

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CLAMPAGEM DO CORDÃO UMBILICAL:
UM GUIA PARA A PRÁTICA

UMBILICAL CORD CLAMPING: A PRACTICE
GUIDE

Estágio de natureza profissional orientado
pela Professora Doutora Marinha Carneiro

Ana Rita Chaves Azevedo

Porto, 2017

AGRADECIMENTOS

Findado este capítulo da minha vida, torna-se inevitável agradecer a todos os que me acompanharam nesta jornada, os quais, direta ou indiretamente, tornaram este feito possível.

À minha orientada, Professora Doutora Marinha Carneiro, pela disponibilidade, pelo encorajamento nos momentos mais difíceis que se fizeram sentir e pela imprescindível e cuidadosa orientação que serviu de guia na realização deste trabalho.

Aos Enfermeiros tutores que fizeram parte do meu percurso e que desempenharam um papel crucial não só no meu desenvolvimento profissional, mas especialmente no âmbito pessoal. À Enfermeira Anabela, Adriana, Paula Janeiro, Fátima Sobral e ao Enfermeiro Cipriano por me mostrarem o caminho para desempenhar o papel de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica com excelência mas, e sobretudo, por se terem revelado generosos amigos.

À Chefia e restantes Enfermeiros do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João por, igualmente, me terem proporcionado momentos de aprendizagem e sem os quais não seria possível desenvolver este estágio. É indeclinável realçar o contributo da Enfermeira Maria José Lemos, pela partilha dos vastos conhecimentos e competências que possui, assim como o da Enfermeira Catarina Sousa, por todo o apoio e carinho.

À equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais do Hospital de Santa Luzia, adjuvantes facilitadores deste processo. Em especial à Enfermeira Beatriz Correia, pela amizade, paciência e compreensão nos momentos de azáfama vividos no decorrer deste percurso.

À família, pelo incentivo, apoio e orgulho que sempre demonstraram face às minhas conquistas académicas.

Aos amigos, sempre presentes ao longo destes dois anos, pelo apoio e pela compreensão, pela motivação e incentivo elementares na conclusão desta minha tão almejada etapa profissional.

À Beatriz, pela contribuição crucial na finalização deste trabalho.

O meu sincero Obrigada a todos estes grandes atores que tornaram a realização deste filme possível.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynaecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-termo

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm - Centímetro

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

DPP - Depressão Pós-Parto

EEESMOG - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica

EGB - Estreptococo do Grupo B

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

ITP - Indução do Trabalho de Parto

MAStARI - JBI Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument

mg/dl - Miligrama/Decilitro

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPT - Parto Pré-Termo

QARI - JBI Qualitative Assessment and Review Instrument

RM - Rotura das Membranas

RN - Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura das Membranas

TP - Trabalho de Parto

TPPT - Trabalho de Parto Pré-Termo

UNICEF - United Nations International Children's Emergency Found

RESUMO

O presente documento, sob a forma de relatório de estágio de natureza profissional, apresenta um olhar retrospectivo sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências relativas ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, ao longo do estágio, tendo como referência e objetivo, o cumprimento do Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, descrito e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros juntamente com a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica.

Este estágio incluiu a intervenção em três diferentes áreas de atuação, nomeadamente, Gravidez, Trabalho de Parto e Parto e Autocuidado Pós-Parto e Parentalidade. Cumulativamente, nestes 3 momentos foram desenvolvidas intervenções de enfermagem, constituídas como ponto de partida para uma síntese crítico-reflexiva dos cuidados especializados prestados, suportando-as pela prática baseada na evidência. Estas intervenções fizeram-se acompanhar por todo o processo de enfermagem, presente sob a forma de focos, diagnósticos, objetivos, e atividades que dão resposta a estas mesmas intervenções, concretizando, de tal modo, todos os cuidados prestados, tendo por base o conhecimento em enfermagem.

No decorrer da prática referente à área de atuação de trabalho de parto e parto, devido à contraditória evidência sobre o *timing* adequado e o procedimento a realizar, surgiu uma problemática no que diz respeito à clampagem do cordão umbilical. Assim, e como perante o parto eutócico, a clampagem do cordão umbilical é da responsabilidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica, foi efetuada uma revisão da literatura sobre a temática, com o intuito e a necessidade de fundamentar a prática e criar a sistematização dos cuidados. Deste modo, da literatura surge a evidência que este procedimento deverá ser realizado com ponderação nos antecedentes materno-fetais, de forma a clarificar os reais efeitos e potenciais riscos, como a presença de mães do tipo *Rhesus* negativo, diagnóstico de doenças infecciosas, entre outros.

Das conclusões obtidas, foi possível constatar que a realização deste procedimento não é recomendada, salvo exceções, após um período pós-nascimento superior a 3 minutos, com risco de hiperbilirrubinemia e necessidade de tratamento, tal como nunca inferior a 1 minuto, evitando desta forma a anemia neonatal. De modo geral, estas são as pedras conclusivas extraídas. Tendo em conta os riscos, existem diversas variáveis que foram consideradas, como o risco prévio de anemia materna ou de deficiência de ferro, o risco de hemólise por incompatibilidade ABO ou até por lesões do parto, como o cefalohematoma, e características do traçado de CTG, entre outros. Variáveis essas que necessitam de ser previamente estudadas, atendendo à individualidade materno-infantil, recorrendo ainda ao pensamento crítico-reflexivo para aferir qual o melhor momento da clampagem e corte do cordão umbilical daquela exata díade.

Ter conhecimento de quais as implicações futuras de uma clampagem precoce ou tardia para o recém-nascido é, certamente, uma diretriz guia para uma melhor adequação das intervenções do enfermeiro especialista, no que diz respeito a esta prática, incluída no 3º Período do TP.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Clampagem; Cordão Umbilical; Parto; Recém-nascido; Termo

ABSTRACT

This present document, introduced here as a professional internship report, presents a retrospective look at the process of acquisition and development of competencies related to the role of the Midwife Nurse, during the internship, having as reference and goal, the compliance with the Competencies Regulation of the Nurse Specialist in Maternal, Obstetrical and Gynecological Health, described and approved by the Ordem dos Enfermeiros together with the Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica.

This intership included the intervention in three different areas of expertise, namely, Pregnancy, Labor and Delivery and Postpartum Self-Care and Parenthood and, commonly at these 3 moments, nursing interventions were developed, constituted as a starting point for a critical-reflexive synthesis of the specialized care provided, supported by evidence-based practice. These interventions were accompanied by the entire nursing process, present in the form of focus, diagnoses, objectives and activities that respond to these same interventions, concretizing all the care provided in the terms of Nursing knowledge.

During the practice regarding the area of labor and delivery, due to the contradictory evidence about the appropriate timing and the procedure to be performed, a problem arose concerning the clamping of the umbilical cord. As such, faced with an eutocic delivery, and because umbilical cord clamping is the responsibility of the Midwife Nurse, a review of the literature has been developed, making it essential to base practice and systematize care. From the literature, the evidence suggests that this procedure should be carried out with consideration of the maternal-fetal history, in order to clarify the real effects and potential risks, such as the presence of *Rhesus* negative type mothers, diagnosis of infectious diseases, among others.

From the conclusions obtained, it can be observed that this procedure is not recommended, with exceptions, to be performed after a period longer than 3 minutes, with risk of hyperbilirubinemia and need for treatment, and never less than 1 minute, avoiding neonatal anemia. These were the main conclusions drawn, however, given the risk, there are several variables that have been considered, such as the prior risk

of maternal anemia or iron deficiency, the risk of hemolysis due to ABO incompatibility, or even birth injury, such as the cephalohematoma, and characteristics of the tracing of CTG, among others, that need to be studied in advance, taking into account the maternal-infant individuality, resorting to critical-reflexive thinking to decide the best moment of clamping and cutting the umbilical cord of that exact dyad.

Being aware of the future implications of early or late cord clamping, for the newborn, has, certainly, provided a guide for better fit of specialists nurse's interventions, with regard to this practice, included in the 3rd Period of labor.

Keywords: Nurse Midwife, Clamping, Umbilical Cord, Delivery, Newborn, Full-Term

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. PROJETO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMOG	17
2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMOG	21
2.1. Gravidez com Complicações	22
2.2. Trabalho de Parto e Parto	30
2.2.1. Clampagem do Cordão Umbilical: Um guia para a prática	56
2.2.1.1. Introdução ao Problema	57
2.2.1.2. Método	59
2.2.1.3. Resultados	61
2.2.1.4. Discussão	71
2.2.1.5. Conclusões	75
2.3. Autocuidado Pós-parto e Parentalidade	77
3. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	95
CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	113
Anexo 1 - Instrumentos de Avaliação da Qualidade, Extração e Síntese de dados ...	114
Anexo 2 - Clampagem do Cordão Umbilical: Um Guia para a Prática	117

Anexo 3 - Dor no recém-nascido - Uma proposta de alteração da prática: Colocação de penso adesivo VS torcido de compressa pós punção venosa e/ou capilar.....	118
Anexo 4 - Síntese Do Registo De Experiências.....	124

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Processo de seleção dos estudos

FIGURA 2 - Grávidas atendidas

FIGURA 3 - Parturientes atendidas

FIGURA 4 - Caracterização das parturientes

FIGURA 5 - Puérperas e RN atendidos e respetiva caracterização

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Estudos incluídos na revisão

QUADRO 2 - Resumo dos dados extraídos dos estudos

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional, integrado no atual plano de estudos do 2º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, referente ao ano letivo de 2015/2016. Neste sentido, e como previsto no Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos (ESEP, 2010), fruto do estágio realizado, foi preconizado, de entre as opções, o desenvolvimento de um relatório final de estágio, a fim de descrever as atividades desenvolvidas na instituição de acolhimento e as competências adquiridas durante todo o processo.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (OE, 2010) rege que, o enfermeiro especialista, no seu exercício profissional, assume, quer intervenções autónomas, no que diz respeito ao curso fisiológico do ciclo reprodutivo, como intervenções interdependentes nas situações de risco, percebidas como aquelas na qual estão envolvidos processos patológicos e disfuncionais do ciclo reprodutivo da mulher.

O documento anteriormente mencionado projeta, como foco dos cuidados de enfermagem desta especialidade, *“a mulher (...) numa perspetiva individual como pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e desenvolve (...); e numa perspetiva coletiva como grupo-alvo entendido como o conjunto de mulheres em idade fértil (...)”* (OE, 2010, pp.1). Tendo este facto por base, objetiva-se pôr em evidência as competências adquiridas durante todo o processo de estágio, bem como a própria contribuição do seu desenvolvimento para a entidade de acolhimento.

Ainda como objetivo, procurou-se desenvolver uma revisão integrativa da literatura, de maneira a fomentar a necessidade de evidência bibliográfica de um fenómeno verificado na prática. Desta forma, resolveu-se explorar os benefícios e riscos associados à clampagem precoce e tardia do cordão umbilical, uma vez que está patente ampla heterogeneidade por parte da literatura, de qual a prática mais benéfica para o desfecho neonatal. Com esta

pesquisa, através de um processo metódico de seleção de estudos, interpretação de resultados e reflexão dos mesmos, pretende-se criar um guia otimizador para a prática, permitindo-se assim, intervir segundo a prática baseada na evidência.

Com o foco nos objetivos acima descritos, essencialmente, no primeiro capítulo, são enunciadas as metas delineadas para a realização do estágio profissionalizante. Posteriormente, o segundo capítulo, integra a descrição das atividades realizadas e das mais-valias adquiridas nos diferentes módulos integrantes do estágio, a saber, gravidez com complicações, trabalho de parto e parto, e autocuidado pós-parto e parentalidade, relacionando-as com as competências específicas, as quais estão referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros (2010), focando o alcance do exercício profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG). Este capítulo contempla ainda a revisão integrativa da literatura, realizada em torno da prática de clampagem do cordão umbilical, e a respetiva influência dos diferentes *timings* de clampagem, isto é, clampagem precoce *versus* clampagem tardia, no desfecho neonatal. Por último, no terceiro capítulo, surge a análise crítico-reflexiva de todo o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências durante o estágio.

Considerando o conhecimento em enfermagem e a sistematização de prestação de cuidados, fundamentado não apenas no sistema de valores e crenças morais como também no conhecimento técnico-científico da área, o processo de enfermagem dá suporte à construção deste relatório, constituindo, para tal, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2.0, como recurso base.

Para ser possível a execução deste trabalho, e tendo em conta a prática baseada na evidência e a sua importância para a construção de novo conhecimento, recorreu-se ao motor de busca Ebsco e às suas diferentes bases de dados, Cochrane Database of Systematic Reviews, Pubmed, Elsevier (Science Direct), Scopus, SciELO e B-On® (Biblioteca de Conhecimento Online). Recorreu-se, ainda, a obras de carácter científico que versam sobre o objeto do presente relatório, as quais, foram disponibilizadas pela biblioteca da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Toda a informação obtida através de pesquisa foi sintetizada e organizada segundo as normas de elaboração de dissertação da Escola, referente ao ano de 2017.

Seguidamente é apresentado o corpo do presente relatório, tendo por base o projeto individual de estágio.

1. PROJETO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO EEESMOG

Portugal cumpre, desde 1987, os requisitos mínimos para o reconhecimento das habilitações profissionais do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG), o que confere reconhecimento a nível europeu (Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, 2007).

Para tal, a Ordem dos Enfermeiros (OE), juntamente com a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica, elaborou um conjunto de competências com o objetivo de uniformizar a formação e o exercício profissional do EEESMOG.

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica identifica a mulher, no seu ciclo reprodutivo, como sendo o foco de atenção da prática desta especialidade, devendo, para tal, ser entendida como um ser individual. Os fatores que contribuíram para este entendimento são, mormente, a relação que a mulher estabelece com aqueles que lhe são próximos e o ambiente em que a mesma está inserida. Acresce a isto, o facto de a mulher ser ainda percebida como um ser coletivo, incluída no grupo de mulheres em idade fértil, em partilha de interesses e com condições de saúde comuns (OE, 2010).

A OE (2010) estipula ainda que o EEESMOG, no seu exercício profissional, deverá prestar assistência à mulher que vivência processos de saúde/doença nos diversos períodos do ciclo reprodutivo. Assim, como áreas de intervenção, a OE incide sobre o planeamento familiar e a saúde pré-concepcional, a gravidez, o parto, o puerpério, o climatério, a ginecologia, a comunidade e ainda, o recém-nascido (RN) até ao 28º dia de vida.

A fim de adquirir as competências necessárias para o desempenho do papel, a formação preconiza a realização de uma totalidade de 900 horas de estágio, realizadas no ano letivo de 2015/2016, integrando-se nelas as diferentes áreas da gravidez com complicações

(100h), trabalho de parto e parto (500h) e autocuidado pós-parto e parentalidade (300h), de forma a assimilar os conhecimentos adquiridos *a priori*, na prática.

Este estágio foi realizado no Centro Hospitalar de São João, nos diversos setores que compõe o serviço de obstetrícia, entre eles, o setor de medicina materno-fetal, o setor de puerpério, a sala de partos e o bloco operatório de obstetrícia. Todos estes setores favoreciam da presença de EEESMOG, porém, no setor de puerpério e, maioritariamente, no bloco operatório, os cuidados eram prestados por enfermeiros generalistas.

O início e a transição entre os diferentes módulos sugeriram a integração na equipa de enfermagem, envolvimento na dinâmica da unidade, consolidação dos conhecimentos, desenvolvimento das práticas e implementação do processo de enfermagem. Para tal, todos os momentos foram acompanhados por um EEESMOG tutor, facilitando a aquisição e o desenvolvimento de competências.

Para o desenvolvimento do estágio foi relevante, desde cedo, delinear metas visando a finalização do mesmo. Por conseguinte, foi criada uma lista de objetivos gerais e específicos, que passam a ser mencionados.

Objetivos Gerais e Específicos

- Prática profissional, ética e legal:
 - Respeitar o direito de escolha do cliente, os seus valores e as suas crenças no que concerne aos cuidados de enfermagem;
 - Preservar a privacidade e dignidade do cliente, agindo de acordo com o Código Deontológico e as normas vigentes.
- Prestação e gestão de cuidados:
 - Promover a saúde no âmbito da gravidez, puerpério e parentalidade;
 - Recorrer ao Processo de enfermagem;
 - Estabelecer uma comunicação efetiva e relações interpessoais.
- Desenvolvimento profissional:
 - Desenvolver e demonstrar competências teórico-práticas de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família na gravidez de risco;
 - Desenvolver e demonstrar competências teórico-práticas de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem à mulher/família em situação de trabalho de parto e parto, assim como assistência ao recém-nascido;

- Desenvolver e demonstrar competências teórico-práticas de suporte ao diagnóstico e intervenções de enfermagem que permitam a assistência especializada à mulher e família no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco;
- Elaborar um relatório final onde esteja patente a aquisição de competências desenvolvidas ao longo do estágio, constando todavia uma revisão integrativa da literatura que transparea a investigação de uma problemática relacionada com uma das diferentes áreas de ação.

As estratégias utilizadas para a operacionalização destes objetivos contaram, além do mais, com a partilha, reflexão e discussão em ambiente de seminário, ao qual se atribuiu um momento por estágio, e que se traduziu num total de 25 horas.

A elaboração do relatório de estágio decorreu em paralelo com a realização do mesmo. Esta foi acompanhada e conduzida nas 75 horas disponíveis para efeitos de orientação tutorial.

Seguem-se, agora, as atividades desenvolvidas, a aquisição de competências referentes ao EEESMOG, bem como a reflexão sobre as mesmas, no próximo capítulo.

2. AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMOG

A realização do estágio profissionalizante tem como finalidade a aquisição e o desenvolvimento de competências que permitam ao estudante desempenhar as funções que prefiguram a competência do EEESMOG. Para cumprir este propósito, este é integrado em diferentes unidades de uma determinada instituição, com o intuito de mobilizar conhecimentos previamente adquiridos, sustentados na prática baseada na evidência, e assim, decidir segundo o pensamento crítico-reflexivo.

De forma a vivenciar experiências nas diferentes áreas de intervenção do EEESMOG, foi possível o contacto com três unidades diferentes, neste caso, do Centro Hospitalar de São João, sendo elas: a unidade de medicina materno-fetal; sala de partos e unidade de puerpério. O percurso ao longo destas unidades não foi realizado naquele que seria o lógico e natural seguimento, ou seja, gravidez, trabalho de parto e parto e, por fim, autocuidado pós-parto e parentalidade, no entanto, as experiências e vivências serão relatadas neste curso, de forma a facilitar a leitura do documento.

É de realçar que, nos três diferentes módulos, foi considerada a responsabilidade ética, legal e profissional que qualquer enfermeiro deverá adotar na sua prática. Por conseguinte, foi tomada a Deontologia do Enfermeiro, capítulo VI do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2015) desde o seu artigo 95º até ao 113º, com exceção do artigo 108º, o qual diz respeito ao doente terminal, como guia. Como tal, foi garantida a privacidade e a dignidade da utente e respetiva família, bem como a confidencialidade e a segurança da informação.

Assim sendo, neste capítulo pretende-se descrever as atividades e intervenções de enfermagem realizadas e consolidadas com a evidência científica, permitindo, com isso, adquirir as competências necessárias para o desempenho futuro do papel de EEESMOG.

2.1. Gravidez com Complicações

A gravidez traduz-se num evento de vida, tanto fisiológico como biologicamente natural e, como tal, a sua evolução ocorre, na maioria das vezes, sem intercorrências. Porém, parte das grávidas, mais precisamente, 20% (Ministério da Saúde, 2000; Tedesco, 2010 cit. por Dourado e Pelloso, 2007), por apresentarem alguma patologia, agravamento da condição de saúde ou surgimento de algum problema, possuem uma maior probabilidade de evolução desfavorável, quer relativamente à grávida quer ao feto, constituindo-se assim como grupo de risco. É de igual modo relevante mencionar que risco poderá passar a existir a qualquer momento, isto é, em qualquer um dos trimestres ou mesmo aquando do trabalho de parto (TP).

Fazendo uma breve apresentação da unidade de Medicina Materno-fetal, esta encontra-se dividida, não fisicamente mas estruturalmente, em três setores. No primeiro, tal como o nome da unidade indica, encontram-se internadas grávidas que, quer por motivos maternos e/ou fetais, necessitam de uma vigilância e monitorização mais rigorosa do decorrer da gravidez, ou mesmo de ser intervencionadas, na presença de alguma patologia, como é o caso das interrupções médicas da gravidez. Esta ala possui ainda uma sala de exames onde não só as grávidas internadas são examinadas quando pertinente, como também onde são realizados procedimentos em ambulatório e que necessitam de uma vigilância materno-fetal de seguida, como por exemplo, as manobras de versão cefálica externa, a ser realizada *a posteriori*, na sala de maturação cervical/indução. Neste setor, onde nos dias úteis dão entrada quer utentes provenientes do domicílio quer do internamento, seja com gravidez de termo ou sejam situações em que os benefícios do nascimento do feto superam os riscos, efetua-se, sobretudo, a estimulação do colo uterino, visto que as induções do trabalho de parto (ITP), falando das induções ocitócicas, serão realizadas em ambiente de sala de partos. Por fim, o último setor destina-se a puérperas com os RN internados na neonatologia e que, por razões emocionais, não se encontram no seio das restantes puérperas com RN, na respetiva unidade de puerpério.

A distribuição dos enfermeiros era pensada diariamente, sendo que seria objetivo do serviço, a presença de apenas EEESMOG a assegurar os cuidados nesta unidade. Como tal, o acompanhamento foi realizado por uma tutora especialista responsável pelas grávidas

internadas, no dia, permanecendo assim, responsável por todos os cuidados inerentes à condição de saúde das mesmas.

Sendo um fenómeno fisiológico e parte do ciclo vital, a gravidez enquadra-se num tipo de transição desenvolvimental. O termo transição deriva do verbo latim *transire*, que significa atravessar (Chick e Meleis In Meleis, 2010), e que Meleis (1986 cit. por Schumacher e Meleis in Meleis, 2010) acrescenta, com base na Teoria das Transições, que constitui um período em que uma mudança a ocorrer no próprio, ou no ambiente, como algo que é sentida, e que não se resume ao mero resultado mas sim a todo o processo vivenciado pela mudança (Chick e Meleis, 1986 cit. por Schumacher e Meleis In Meleis, 2010).

A transição que envolve a gravidez e parentalidade tem vindo a ser alvo de vários estudos nestes últimos anos. Esta envolve diversas alterações, tanto a nível familiar como também a nível social e cultural. Embora a mulher tenha sido mais frequentemente o alvo de atenção, o papel do homem tem, ultimamente, também sido abordado (Battles, 1988, cit. por Schumacher e Meleis In Meleis, 2010).

São diversas as características que uma transição poderá ter, tendo já sido abordado o tipo, esta poderá ainda assumir um padrão, que ditará se a mesma é simples, ou seja, se apenas se trata de um evento transitório ou se se tratam de transições múltiplas. Na presença de uma nova patologia despoletada na gravidez, a mulher e a família não vivem apenas uma transição desenvolvimental mas também uma transição saúde/doença, momento esse caracterizado por um padrão de transição múltiplo, mais precisamente, simultâneo. Como tal, se as terapêuticas de enfermagem se tornavam relevantes para promover e restaurar as dimensões da saúde individual, familiar e organizacional na presença de uma transição desenvolvimental, diante de duas transições concomitantes, mais será a intervenção necessária para conduzir a uma transição saudável (Meleis *et al.*, 2000).

Seguem-se assim, nos próximos parágrafos, as patologias e condições de saúde/doença mais assistidas aquando da frequência do estágio na unidade de medicina materno-fetal, e as experiências vivenciadas que daí resultaram, bem como a respetiva descrição das intervenções de enfermagem e o consequente plano de cuidados.

A fim de caracterizar as patologias mais frequentes que as utentes apresentaram à admissão, foi realizado um pequeno estudo, no primeiro mês de estágio, utilizando a estatística descritiva simples. Dados revelaram diversas patologias com diferentes frequências, a saber, ameaça de parto pré-termo (APPT), incompatibilidade cervical, rotura prematura de membranas (RPM) e metrorragias de 3º trimestre, em conjunto, com uma

representatividade de 46% dos casos; colestase gravídica, 10%; também com 10% apresentaram-se as gravidezes inviáveis, isto é, mola hidatiforme, roturas de ovos desvitalizados e gravidezes ectópicas; a presença de patologias fetais de diversas naturezas que originaram, ou não, a interrupção médica da gravidez, constituíram 12% dos casos; com 5%, fizeram-se representar tanto a pielonefrite aguda como a restrição do crescimento fetal; por fim, outras patologias ou condições, como a febre materna, originaram os restantes 12% das grávidas internadas. No restante decurso do módulo, a frequência da admissão das utentes com as patologias supracitadas foi relativamente a mesma, o que proporcionou vastas experiências e, conseqüentemente, diversos momentos de aprendizagem.

Numa unidade em que o conceito patológico torna-se referência, destaca-se a fisiologia, sendo facilmente menos valorizada a posição da doente. Como tal, diante esta situação verifica-se que a implementação de intervenções resultantes de prescrições acaba por ser sobreposta àquelas que são as intervenções autónomas de enfermagem.

Relativamente ao referido, diz o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015) e o Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG (OE, 2010) que este assume, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, ou seja, aquelas que são realizadas sob a iniciativa e responsabilidade do próprio, em que o mesmo prescreve e implementa; e interdependentes, em todas as situações de médio e alto risco, estas correspondem àquelas que são realizadas em conjunto com outros profissionais e em que o enfermeiro apenas implementa. Posto isto, tendo em conta a situação em que as utentes e as respetivas famílias se encontravam, bem como a transição que estavam a vivenciar, torna-se de extrema relevância privilegiar as intervenções autónomas neste tipo de unidades, tal como ocorreu em todas as situações confrontadas no decurso do estágio, as quais serão descritas posteriormente.

Como verificado, a APPT foi o fenómeno mais constatado ao longo do percurso nesta unidade e, por conseguinte, optou-se por enfatizar esta patologia, fazendo uma breve descrição da fisiopatologia da mesma e o processo de enfermagem subjacente aos cuidados à grávida.

Antes de mais, urge definir e distinguir as diferenças entre a APPT e o trabalho de parto pré-termo (TPPT) efetivo. Durante a gravidez o útero apresenta atividade contrátil, as chamadas contrações de Braxton-Hicks, sobretudo no terceiro trimestre, onde se

apresentam mais frequentes, podendo ser confundidas com início de TP (Bittar e Zugaib, 2009). O que caracteriza o TP é a presença de contrações regulares e com aumento de intensidade, que o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2003 cit. por Bittar e Zugaib, 2009) preconiza ser 4 em 20 minutos ou 8 em 1 hora, dilatação cervical de pelo menos 1 centímetro (cm) e extinção do colo uterino, associado a dor na região sagrada e aumento das contrações na deambulação. Já no falso TP, mas que pode ditar a ameaça, as contrações uterinas são de intensidade variável e associadas a dores abdominais e, as alterações do colo uterino, se presentes, não evoluem.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012), o parto pré-termo (PPT) é aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação, sendo que às 24 semanas a viabilidade é bastante reduzida, tendo o RN apenas 50% de probabilidade de sobreviver com cuidados intensivos neonatais, falando dos países desenvolvidos. A mesma fonte diz-nos que anualmente ocorrem cerca de 15 milhões de PPT, constituindo a segunda maior causa de mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos. Aquelas que sobrevivem apresentam risco acrescido de desenvolver uma incapacidade permanente, tal como paralisia cerebral, doença crónica pulmonar e défices visuais e auditivos. Como tal, o PPT torna-se um problema de saúde pública e deverá constituir uma prioridade na sua prevenção, desde o período pré-concepcional até ao momento do parto.

O TPPT pode ter variadas causas, pode ser de natureza espontânea, onde se dá o início do TP e/ou RPM antes das 37 semanas de gestação, ou de forma induzida, em que o parto é induzido ou é realizado o parto por cesariana eletiva por indicação materna e/ou fetal (Goldenberg et al., 2012 cit. por WHO, 2012). O início de TPPT espontâneo resulta da perda da quiescência do útero e início das contrações uterinas, a sua etiologia não está completamente explícita mas acredita-se que há um risco aumentado em grávidas com idade avançada, após um curto intervalo entre gravidezes, na presença de infeções, baixo índice de massa corporal materno e em gravidezes múltiplas, onde o risco de PPT é 10 vezes superior ao de uma gravidez singular (Goldenberg et al., 2008; Muglia e Katz, 2010 cit. por WHO, 2012; Blondel et al., 2006 cit. por WHO, 2012). O estilo de vida tem também a sua influência sob o início de PPT, uma vez que Muglia e Katz (2010 cit. por WHO, 2012) referem como fatores de risco, o *stress*, atividade física excessiva e períodos prolongados na posição ortostática e/ou ortodinâmica. Gravett et al. (2010 cit. por WHO, 2012) acrescentam ainda que o consumo de tabaco e de álcool, bem como as doenças periodontais, estão também associados ao aumento do risco do PPT.

A título de curiosidade, segundo uma análise estatística realizada pela OMS, em 2010, Portugal encontra-se muito bem posicionado no ranking mundial de número de PPT, com uma estimativa de menos de 10% dos partos.

Na presença de fatores de risco, como um PPT anterior ou pré-eclâmpsia, medidas como a administração de progesterona vaginal e cálcio, respetivamente, podem ter valor na prevenção do PPT, contudo, é sabido que a maioria das causas são do foro desconhecido e, portanto, a atuação é apenas realizada após o diagnóstico de APPT (Barros et al., 2010 cit. por WHO, 2012).

Desta forma, e mesmo sabendo que é vasta a evidência que defende que a inibição das contrações uterinas não impede o TPPT, o que se preconiza após o diagnóstico é a tocólise. Esta, por si só, é incapaz de evitar o PPT e portanto, é apenas utilizada em último recurso, no entanto, permite abolir temporariamente as contrações uterinas, tornando-se possível a corticoterapia pré-natal, a fim de reduzir complicações neonatais como a síndrome de dificuldade respiratória, a hemorragia cerebral, a enterocolite necrosante e a morte neonatal por imaturidade pulmonar. Sendo necessário, a tocólise permite ainda o ganho de tempo para se realizar a transferência da grávida para um centro de atendimento diferenciado a prematuros (Bittar e Zugaib, 2009). Associado a este processo, outras medidas de tratamento poderão ser adotadas. Assim, os autores anteriormente citados acrescentam aos uterolíticos e à corticoterapia, o repouso, a hidratação e a antibioterapia profilática na presença de risco infeccioso neonatal por estreptococo do grupo B (EGB), presente na flora da mucosa vaginal/retal materna.

Está assim demonstrado que, associadas a esta condição, muitas são as intervenções decorrentes de prescrições e que, por isto, deverão ser realizadas pelo enfermeiro em conjunto com outros profissionais de saúde. A OE (2010, pp.4) assim o diz ao referir, segundo a competência H2.3.4. referente ao papel do EEESMOG, passando a citar: *“Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante”*. Assim sendo, durante o percurso realizado nesta unidade, foram realizadas intervenções como a administração de fármacos, como a nifedipina e o atosiban, ambos tocolíticos de primeira escolha, geralmente administrado via oral ou endovenosa, respetivamente; a dexametasona, corticoide de eleição na instituição, administrado de forma intramuscular em 4 tomas separadas de 12 horas; e, por fim, a antibioterapia, como referido anteriormente, deverá ser administrado aquando da presença do agente EGB na vagina e/ou reto, após confirmação analítica no 3º trimestre de gestação, geralmente realizada com ampicilina, por via intravenosa, e com

alternativas como a cefazolina, clindamicina ou vancomicina, em caso de risco de anafilaxia por alergia à penicilina (Bittar e Zugaib, 2009).

O repouso relativo e/ou absoluto, sendo uma indicação médica, em semelhança à administração de medicação, remete também para uma atividade resultante de prescrição. Contrariamente, os cuidados inerentes ao mesmo, desde fornecer a explicação do porquê da indicação e as suas implicações no processo patológico, como todos os cuidados adjacentes ao facto de a grávida estar confinada, grande parte do tempo, ao leito, constituem intervenções autónomas de enfermagem.

Numa unidade em que o risco de repercussões na saúde materna e/ou fetal está iminente, tornam-se necessárias determinadas atividades de vigilância específicas. Os EEESMOG, tal como refere o respetivo livro de bolso (OE, 2015) e como regula a Ordem dos Enfermeiros (2010, pp.4), ao dizer que a este compete *“identificar e monitorizar desvios ao padrão de adaptação à gravidez (...)”*, são responsáveis pela vigilância daquilo que fornecerá dados do decorrer normal da gravidez ou de desvios do que é considerado fisiológico. Entre estas vigilâncias estão os sinais de TPPT, como a rotura das membranas (RM), visualizada e/ou referida pela grávida, tal como a perda sanguínea, frequente aquando da dilatação cervical. De forma a vigiar o bem-estar fetal e a presença de contrações, para além das verbalizadas pela utente, realizou-se ainda a cardiocotografia (CTG). Esta, como referido, é empregue para avaliar o bem-estar fetal e é utilizada, sobretudo no que diz respeito a gestações de alto risco, tendo por base a análise de registos gráficos da frequência cardíaca fetal (FCF) e do tónus uterino (Namura, Miyadahira e Zugaib, 2009). A realização da mesma está contemplada no Regulamento de Competências do EEESMOG da OE (2010, pp.4), na medida em que se insere na competência H2.2.6, que refere que o profissional em causa *“Avalia o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados”*, inclusive, a mesma entidade, em colaboração com a Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica (2012) emite um parecer na qual refere que, dentro da área do conhecimento que é a enfermagem, apenas o EEESMOG está apto para proceder à sua realização e portanto, tem a responsabilidade da mesma.

A OE (2010, pp.4) diz, a respeito das competências do EEESMOG, que este será responsável por *“Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez”* e ainda, *“Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e /ou concomitante com a gravidez”*.

No processo de enfermagem elaborado para a grávida deverá constar, mais do que intervenções resultantes de prescrições e diagnósticos reais da condição patológica, diagnósticos relacionados com as respostas humana à vivência. Este pode ser definido como um instrumento que nos permite identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever as necessidades humanas de indivíduos, famílias e coletividades, face a eventos do ciclo vital ou de problemas de saúde, reais ou potenciais, e simultaneamente determinar quais os aspetos dessas necessidades que exigem uma intervenção profissional de enfermagem (Garcia e Nobrega, 2004; Garcia, 2004 cit. por Garcia e Nobrega, 2009).

Ainda no que à APPT diz respeito, é passível de serem identificados diversos diagnósticos de enfermagem perante esta condição. Assim foi durante este módulo, elaborando-se um conjunto de diagnósticos e intervenções que pudessem ser generalizados perante um diagnóstico de admissão de APPT. *A posteriori* deverá ser devidamente adequado a cada indivíduo.

Antes de mais, o foco deverá ser o conhecimento, isto é, colher dados reveladores do estado da grávida relativamente à posse de conhecimentos adequados acerca da sua condição patológica e, se não for o caso, diagnosticar o conhecimento sobre o processo patológico não demonstrado, particularmente formulado segundo a CIPE beta 2, uma vez que é o sistema de classificação que está preconizado no sistema de informação informático, permitindo assim, transportar o plano de cuidados para o serviço. Para tal, é necessário que, numa fase seguinte, sejam realizadas intervenções no sentido de dotar a utente destes mesmos conhecimentos, nomeadamente, ensinar sobre condição patológica, ensinar sobre sinais de alarme e ensinar sobre medidas redutoras do risco.

Pressupondo que todas as utentes com diagnóstico de APPT se mantenham em repouso, seja de forma relativa ou absoluta, como pôde ser verificado anteriormente, está inerente o compromisso nos autocuidados, sobretudo no que diz respeito à higiene e uso do sanitário. Como tal, o enfermeiro tem como intervenções, aquelas que asseguram a manutenção destes mesmos autocuidados. Ainda como consequência ao repouso no leito surge o compromisso da função vascular, muitas vezes esquecida, no entanto, muito relevante na prevenção de eventos como tromboflebitis e consequentes tromboembolismos pulmonares (Cunningham *et al.*, 2012). Neste sentido, intervenções desde ensinar e incentivar a dorsiflexão e flexão plantar de ambos os pés e negociar a sua realização e respetiva repetição, até ensinar sobre a importância dos mesmos, torna-se relevante na minimização da presença deste risco.

Decorrente da condição patológica da APPT e das implicações a ela adjacentes, foi verificado o impacto sobre o estado psicológico da grávida. Neste sentido, dado os tempos de internamento prolongados e o tempo de permanência no leito, diagnosticou-se o risco de atividade recreativa comprometida, segundo a CIPE beta 2, e cujo termo correspondente na CIPE versão 2.0 é o foco Divertir-se e é definido por: *“Divertir: encarregar-se de encontrar actividades com o objectivo de se entreter, recrear, estimular e relaxar”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, pp.50). Tendo em conta este foco, o serviço disponibiliza uma televisão em cada enfermaria, o que pode provisionar momentos de entretenimento. No entanto, tendo em conta a individualidade de cada um, sabe-se que cada ser tem a sua forma de se divertir e, para tal, como intervenção de enfermagem, as utentes foram incentivadas a escolher atividades de que gostem ou com as quais se identifiquem. Perante esta situação, foi ainda acrescentada informação acerca dos benefícios e tipos de técnicas de distração disponíveis e, posteriormente, reforçada positivamente a sua adoção.

Para colmatar o leque de diagnósticos apresentados perante esta condição patológica, identificou-se a ansiedade. Poderão ser diversas as fontes de origem da ansiedade causada à grávida, seja por estranhar o ambiente, seja pela preocupação pela saúde da própria, seja pelo risco de término da gravidez, seja pela preocupação da perda do filho já idealizado, entre outras. Poderão ser também várias as manifestações de ansiedade pela grávida, a saber: a inquietação, a sudorese, a tensão, a insónia, a irritabilidade, a introspeção, a mudança no padrão alimentar, ou mesmo a verbalização de ansiedade (Moorhead, 2010).

Empiricamente, após a passagem pela unidade de medicina materno-fetal constata-se que a Ansiedade foi o diagnóstico que a grávida frequentemente demonstrava, tornando-se um dos focos mais importantes e desafiantes para a prática. Em virtude deste diagnóstico elaborou-se medidas de intervenção a vários níveis: desde a gestão do ambiente, ou seja, mantendo um ambiente calmo e tranquilo bem como salientar a privacidade da cliente; da comunicação, conseguida através da adoção de uma posição neutra, mantendo o contacto visual e evitando o confronto; da disponibilização da presença, demonstrando interesse, permanência com a utente, ouvindo as suas preocupações e, quando, necessário, usando-se o silêncio; providenciou-se ainda a escuta ativa utilizando uma postura, tom, volume e ritmo de voz adequados, demonstrando empatia e compreensão, refletindo receção e compreensão da mensagem. Por fim, desenvolveram-se atividades terapêuticas que levaram à minimização dos efeitos da ansiedade, tais como explicar à cliente todos os

procedimentos realizados, ajudar a mesma a identificar situações que desencadeiem a sua ansiedade e esclarecer questões e dúvidas sobre o internamento.

Terminado este módulo refletiu-se e constatou-se o quão é importante a presença inteiramente e apenas de EEESMOG, tal como já é planeado nesta unidade. Isto porque, apesar de muitas das intervenções se assemelharem às que o enfermeiro generalista realiza noutras unidades, como as que dizem respeito ao diagnóstico ansiedade, dada a especificidade das patologias e dos eventos de vida daí decorrentes, apenas o EEESMOG está dotado de competências para as realizar, uma vez que apenas este tem o conhecimento das formas de prevenção, dos riscos e consequências da condição patológica ali iminente. Acrescenta-se a isto, o facto de que a realização de técnicas, tal como a realização da CTG e, tal como a OE refere, competências que dizem respeito apenas ao EEESMOG.

Para finalizar este subcapítulo, salienta-se que, apesar da natureza desta unidade e as condições de saúde doença a ela associadas, torna-se essencial alargar a definição de enfermagem à ciência humana que trata de reações, ou potenciais reações, humanas e ambientais, a situações de saúde e doença, isto é, abranger toda uma visão holística da cliente.

2.2. Trabalho de Parto e Parto

Depois das diversas mudanças e adaptações fisiológicas que ocorreram na mulher durante a gravidez, com a inerente formação e desenvolvimento de um feto, chega a última fase da gravidez, o parto. Antes deste, ocorrem um *“conjunto de processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta”* (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, pp.104) que definem o TP, culminando assim no momento do parto e nascimento do RN.

O TP, segundo Lowdermilk (*In* Lowdermilk e Perry, 2008a), divide-se em quatro diferentes períodos. O primeiro inicia com contrações uterinas regulares e termina aquando da dilatação completa que, por sua vez, subdivide-se em fase latente (dos 0 aos 3cm), fase ativa (dos 4 aos 7cm) e fase de transição (dos 8 aos 10cm). O segundo período, ou período

expulsivo, decorre desde a dilatação completa até ao nascimento do RN. O terceiro, ou dequitação, inicia com o nascimento e avança até à saída da placenta. Por fim, o quarto período, o chamado período de hemóstase, inicia com a expulsão da placenta e tem a duração até cerca de duas horas após a saída da mesma (Fatia e Tinoco *In* Nené, Marques e Batista, 2016). Estes períodos ver-se-ão retratados neste subcapítulo como guia descritivo do módulo de estágio relativo ao trabalho de parto e parto.

Na instituição em causa, o serviço apresenta subunidades onde permitem admitir a parturiente, realizar a CTG e ser examinada, outro espaço onde a mesma percorre a primeira fase do primeiro período de TP, chamado de cuidados intermédios, e as salas de parto, onde a parturiente permanece desde o início da segunda fase do primeiro período até ao final do quarto período de TP, caso este seja eutócico ou distócico auxiliado por ventosa ou fórceps. Inclui ainda uma sala destinada ao parto natural, com acesso a banheira para hidroterapia, assim como bloco operatório, onde são realizadas as cesarianas, quer programadas, quer urgentes ou ainda emergentes. Em todos estes espaços foi possível ter oportunidades de aprendizagem tendo como guia o acompanhamento da parturiente em todas as fases do TP que por ordem cronológica, serão relatadas.

Neste serviço, os procedimentos regem-se em torno dos protocolos instituídos, desenvolvidos por diversos colaboradores da equipa de saúde lá pertencentes, contudo, sabendo que as práticas não são generalizáveis, os cuidados foram prestados em conformidade com a evolução e a unicidade de cada indivíduo e respetivo processo fisiopatológico visando, tal como regula a OE (2010), promover a saúde da mulher em TP, detetando precocemente possíveis complicações e providenciando cuidados especiais àquelas com patologia concomitante, otimizando ainda a adaptação do RN à vida extrauterina, bem como a prevenção e diagnóstico precoce das suas complicações.

Perante este cenário, todas as grávidas que recorrem ao serviço de urgência são reencaminhadas para a urgência de obstetrícia, localizada neste espaço, facto que não é generalizado a outras instituições de saúde. Julga-se esta conduta assertiva na medida em que, apenas naquele serviço, se encontram profissionais reconhecidos e especializados na área, e por quem as utentes serão avaliadas.

Nestes momentos foi possível verificar os motivos de recorrência ao hospital e prestar os cuidados imediatos necessários, isto é, verificar o bem-estar materno fetal. Em fases menos avançadas da gravidez, ou seja, no primeiro trimestre, constatou-se diversas recorrências por hemorragias vaginais, sobretudo *minor* mas com grande incidência em desfechos

negativos. Nestes casos foi priorizado o atendimento médico por forma a obter resultados através de exames auxiliares de diagnóstico, como a ecografia.

Já no terceiro trimestre e final da gravidez, a etiologia das recorrências rondam a diminuição dos movimentos fetais, as queixas álgicas, por vezes provocadas pelas contrações uterinas de TP, outras vezes apenas sob a forma de contrações de Braxton Hicks, e a RM. Em todos estes casos foi primordial a monitorização dos batimentos cardíacos fetais e da frequência das contrações uterinas através da CTG. Após a interpretação da mesma, foi tomada uma decisão conforme o juízo atribuído ao traçado, entre estes: o normal, onde apresenta linha de base fisiológica (110-160bpm) e pelo menos 2 acelerações em 50 minutos e ausência de desacelerações; não tranquilizador, na ausência de um dos critérios do traçado normal; e patológico, onde a variabilidade longa ou curta está reduzida, incluindo o padrão sinusoidal, a presença de uma desaceleração prolongada ou desacelerações repetitivas com baixa variabilidade (Campos, Bernardes e Costa *In Montenegro et al.*, 2014).

Na presença de traçados normais de CTG, em todas as situações e na ausência de TP, e após a avaliação médica, a atuação foi no domínio da educação, ou seja, ensinar sobre movimentos fetais na grávida que recorreu à urgência com perceção de diminuição dos mesmos, com atividades que concretizam a intervenção como: ensinar sobre a frequência de diminuição dos movimentos fetais e ensinar sobre a atuação em caso de diminuição dos mesmos. À grávida que recorre por contrações sem presença de TP, foi ensinado sobre as contrações de Braxton Hicks, ensinando as diferenças entre estas e as TP verdadeiro, como distingui-las e como atuar. Excepcionalmente, a grávida com RM foi admitida na unidade para monitorização e vigilância da díade. Na presença de TP concomitante, este decorre de forma espontânea, com monitorização cardiotocográfica contínua, dado os riscos subjacentes à RM antes da apresentação estar insinuada sob o colo uterino, como é o caso do prolapso do cordão umbilical (Santo e Graça *In Graça*, 2010). Em caso de RPM, ou seja, onde a RM se verifica antes do início do TP, a grávida ficou igualmente em vigilância, com início de maturação cervical ou aceleração do TP, de forma a prevenir as complicações adjacentes ao fenómeno como a carioamniotite, descolamento prematuro da placenta, hipoxia fetal, *sepsis* fetal, entre outros (Santo e Graça *In Graça*, 2010).

Neste contexto, foi experienciado um caso de prolapso do cordão umbilical aquando da RM. Tendo em conta esta situação, a conduta da EEESMOG, enquanto sustentava a apresentação manualmente de forma a evitar a compressão dos vasos, foi pedir ajuda, na

qual se colaborou, permitindo a agilização e a preparação do bloco operatório e respetiva equipa, bem como profissionais preparados para a assistência neonatal. O desfecho foi positivo, o RN nasceu em 10 minutos por cesariana com anestesia geral, com um *score* de 7/9/10 no índice de Apgar¹ ao primeiro, quinto e décimo minuto, respetivamente.

Após consultada e analisada a guideline formulada pelo Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas (2014) para este evento, conclui-se que o procedimento a realizar é idêntico ao realizado na situação retratada. A propósito do mencionado, a evidência diz que, na presença de prolapso do cordão umbilical, enquanto é reduzida a compressão exercida sobre este, quer manualmente, quer através do enchimento da bexiga, dando preferência à posição de decúbito lateral ou de quatro apoios com a cabeça a um nível inferior da anca, deverá de ser realizado um pedido de ajuda imediato à equipa de EEESMOG, Obstetras, Anestesiistas e Neonatologista, optando por parto por cesariana, já que é a forma de parto recomendada para estes casos, sob anestesia regional, se possível.

Relativamente à maturação e indução do TP, estas podem ser definidas pela estimulação das contrações uterinas antes do TP ter início de forma espontânea e quando os benefícios para a díade superam os relacionados com a continuidade da gravidez. Como é o caso da RPM, hipertensão gravídica, FCF com padrão desfavorável, gestação pós-termo, entre outras (Cunningham *et al.*, 2012). Sempre que o serviço assim o permitisse, estas foram realizadas na sala de cuidados intermédios, desde as grávidas com RM admitidas na urgência, passando pelas grávidas com patologia materno-fetal associada e com necessidade de término da gravidez, até às grávidas já com ITP programada que provêm do setor de medicina materno-fetal.

O método de concretização deste procedimento pode ser realizado de diferentes formas, conforme as características cervicais. Isto significa que antes da escolha do método por parte da equipa médica, foi realizado um exame vaginal, permitindo “*Identificar (...) o trabalho de parto*” (OE, 2010, pp.5) e determinar se se procederia à maturação cervical ou à ITP.

Entende-se como maturação cervical “*a intervenção obstétrica que tem como objetivo a preparação do colo do útero para uma posterior indução do trabalho de parto, quando as características cervicais (avaliadas pelo índice de Bishop²) não são favoráveis ao sucesso da*

¹ Índice que avalia a frequência cardíaca, cor, movimentos respiratórios, irritabilidade reflexa e tónus muscular do RN (Wheeler *In* Hockenberry e Wilson, 2011)

² Índice que avalia a dilatação, extinção, descida, consistência e posição do colo uterino (Coutinho *et al.*, 2014)

indução” (Direção Geral de Saúde (DGS), 2015a, pp.4). Esta é possível, no caso de a grávida apresentar um *score* no Índice de *Bishop* inferior a 7, com prostaglandinas, sob a forma de Misoprostol e Dinoprostona, ou através de métodos mecânicos, como a sonda de Foley., A grávida com RPM não tem indicação para colocação de Misoprostol, já grávida com cesariana anterior não terá indicação para aplicação de prostaglandinas, dado o risco aumentado de rotura uterina (Wing, Lovett e Paul, 1998 e o ACOG (2006 cit. por ACOG, 2009; Coutinho *et al.*, 2014).

Relativamente à ITP, esta é realizada através da *“iniciação artificial de contrações uterinas rítmicas de forma a desencadear o trabalho de parto antes do seu início espontâneo”* (DGS, 2015a, pp.4) com a utilização de ocitocina como fármaco, aconselhado a mulheres com *score* no índice de *Bishop* superior a 7 e sob monitorização cardiotocográfica contínua (Coutinho *et al.*, 2014; ACOG, 2009 e Medscape Medical News, 2009 cit. por DGS, 2015a).

Da experiência obtida, a ocitocina foi um fármaco que esteve bem presente durante o TP e parto, não só com a perspectiva de induzir mas também de acelerar o TP. Este último conceito pode ser definido como: *“a utilização de métodos que estimulam a frequência e a intensidade das contrações uterinas, uma vez iniciado o trabalho de parto”* (DGS, 2015a, pp.4), estimulando as *“contrações consideradas inadequadas em razão de não produzirem a dilatação do colo e descida ou feto”* (Cunningham *et al.*, 2012, pp.500), ou seja, não com o intuito único de encurtar o TP mas sim estimular a atividade uterina de modo a aumentar a ritmicidade e a eficácia das contrações, perante um TP com progressão lenta devido a contrações uterinas ineficazes (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008b; Silva, Rebelo e Santos *In* Montenegro *et al.*, 2014), diminuindo assim o risco de exaustão materna.

Ainda no que se refere à maturação e ITP, verifica-se que prostaglandinas e ocitocina têm taxas de sucesso muito variáveis, onde a sua eficácia flutua de acordo com diversas características maternas e fetais (Montenegro e Rezende Filho, 2013). Em muitos casos, a literatura argumenta que o útero pode não se encontrar preparado para o parto e isso determina a tentativa frustrada da ITP (Cunningham, 2010). Este fenómeno estabelece-se quando a utilização dos meios farmacológicos e/ou mecânicos referidos *a priori*, não permitem atingir a fase ativa do TP (DGS, 2015).

A ausência de sucesso na maturação cervical ou na ITP não é, porém, preditor de parto por cesariana (WHO, 2011). O tempo a aguardar para o estabelecimento deste diagnóstico está relacionado com a situação clínica que motivou a mesma e na urgência necessária para a terminação da gravidez (DGS, 2015b).

Após admitida a parturiente, seja em TP espontâneo ou seguindo o protocolo de maturação cervical ou ITP, perante o curso normal dos acontecimentos, esta foi colocada na sala de cuidados intermédios.

Neste espaço, foi onde as parturientes, acompanhadas ou não, demonstraram maioritariamente as suas preocupações. Lowdermilk (*In* Lowdermilk e Perry, 2008c) refere que a forma como a mulher encara o parto está relacionado com vivências anteriores, tanto físicas como socioculturais e religiosas. Tendo como referência os focos de enfermagem, segundo a CIPE versão 2.0, de Crença, Expectativa, Autoeficácia, Ansiedade e *Stress* e as suas definições, foram discutidos os sentimentos da parturiente em relação à gravidez e os seus receios em relação ao parto. Este momento de partilha, geralmente iniciada de forma espontânea e pela parturiente, tornou-se significativo, sobretudo para primíparas sem preparação para o parto e parentalidade e as múltiparas com experiências negativas anteriores, uma vez que estas foram aquelas que mais demonstraram necessidade de verbalizar os receios e preocupações e de elaborar questões. Inclusive, estes sentimentos envolvem-se num ciclo vicioso onde os medos não ultrapassados disparam o nível de *stress* e que, por sua vez, poderão inibir todo o processo de TP (Melender, 2012 cit. por Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008c) apresentando-se assim a parturiente com medo, *stress* e sem evolução no TP, causando conseqüentemente mais ansiedade, medo e *stress*.

A presença de um acompanhante durante todo o TP foi possível, incentivada e facilitadora do processo, tornando-se o principal elemento com o papel de apoio que, sendo um foco da CIPE versão 2.0 (ICN, 2011), pode atuar a vários níveis, nomeadamente, a nível familiar, emocional e espiritual.

Fez portanto, parte dos objetivos neste período de TP, promover o bem-estar físico da mulher mas também, e sobretudo, o seu bem-estar emocional. De forma a cumprir este objetivo, as intervenções foram no âmbito de disponibilizar presença, realizar escuta ativa e gerir o silêncio, atividades que vão ao encontro daquelas realizadas perante a grávida em APPT, retratadas no subcapítulo 2.1.1., uma vez que parte dos sentimentos negativos podem ser partilhados em ambas as situações. Para além destas intervenções, crescem aquelas que fomentam o foco conhecimento, como explicar os termos com os quais não está familiarizada, proporcionando explicações e informações sem que esta as tivesse que pedir, preparando-a ainda para as sensações que vai experimentar e os procedimentos que irão ser realizados (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008c). Em relação a este facto,

Mesquita (2007, cit. por Silva, 2014) refere que a aquisição de conhecimentos promove a aquisição de poder e controlo, traduzindo-se numa participação e tomada de decisão ativas.

Perante estas situações prevaleceram atitudes positivas, a segurança e a calma, focando a conversação no nascimento do bebé, facilitando quando este é desejado. Por diversas vezes deparou-se com inseguranças e questões por parte do casal acerca da opinião da equipa relativamente aos comportamentos esperados, por exemplo, “receio de gritar e passar vergonhas” (sic). Neste momento, foi importante negar qualquer expectativa de comportamento da parturiente por parte da equipa multidisciplinar, realçando que cada mulher é individual e vive a experiência de forma individual, devendo ser encarada como tal por parte dos profissionais, comportando-se e expressando-se de acordo com o que o momento lhe transmite. A atenção foi colocada na capacidade inata de cada mulher para parir, apoiando e protegendo os esforços da mesma a fim de atingir este objetivo, facto corroborado por Lothian (2001 cit. por Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008c).

Quer isto dizer que, com as ações mencionadas anteriormente objetivou-se empoderar a parturiente. O conceito de *empowerment* significa “fornecer meios e oportunidades, tornar possível, dar/aumentar o poder, para que os cidadãos se sintam capazes, competentes, independentes e autoconfiantes” (Silva, 2014, pp.32). Durante o TP, torna-se mandatário fornecer orientações de forma a atribuir segurança e confiança ao longo do processo, incentivando a aquisição de poder, tornando assim a sua participação, ativa (Figueiredo *et al.*, 2010).

De facto, a participação ativa da mulher no TP é fundamental, devendo ter escolha nos diferentes tipos de cuidados prestados no TP e parto, desde o local, passando pelas posições até aos métodos de conforto e alívio da dor que antecedem o parto (Carraro *et al.*, 2008).

Tendo por base o antedito, surge o plano de parto, ou seja, aquilo que a puérpera ou o casal gostaria de incluir e/ou excluir da sua experiência de TP e nascimento (Robin *In* Lowdermilk e Perry, 2008). A título de exemplo inclui-se: a presença de acompanhantes, de estudantes, a roupa a usar, o ambiente, as intervenções médicas, as medidas de conforto e o alívio de dor, entre outras (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008b).

Durante o período de experiência na unidade, não foi presenciada a entrega formal de um documento de plano de parto como por vezes é realizado, contudo, e após ser percebido que, comumente a todas as mulheres, existem idealizações do momento do parto, foi

conversado, explorado e favorecido as suas preferências, sempre que estas dependessem de ambos e/ou da equipa de enfermagem. Fala-se da utilização de camisa própria, uso dos óculos, presença de bola de parto, música, entre muitos outros, respeitando aquilo que a OE (2010, pp.5) preconiza para este feito, ou seja: *“Actua de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantido intervenções de qualidade e risco controlado”*.

Notou-se que já nesta primeira fase do primeiro período de TP, as parturientes demonstraram sinais de desconforto, embora mais percebido nas parturientes em TP com início artificial, facto que vai ao encontro com o que diz a DGS (2015a), em que a indução com meios farmacológicos, para além de estar associada a uma maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes, está também associada a uma maior utilização de analgesia por via epidural. Acresce a isto o facto de, apenas no parto desencadeado de forma espontânea, os níveis de beta-endorfinas estarem aumentados, aumentando assim o limiar da dor (Righard, 2001 cit. por Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d).

A dor e o desconforto são fenómenos desagradáveis, complexos e muito próprios, tanto a nível sensorial como emocional podendo, fatores como a fisiologia, a cultura, a ansiedade, as experiências anteriores, a preparação para o nascimento, o conforto, o apoio e o ambiente, influenciar a reação individual à dor (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d).

No atendimento às parturientes, em concordância com Holzman, Turk e Kerns (1986 cit. por Gomes, 2008), a abordagem assentou num carácter otimista, de forma a que esta perspetivasse alternativas mais positivas de entender a dor, realçando a sua capacidade para a controlar e a aliviar. Por esta razão, privilegiou-se o termo desconforto ao invés do termo dor.

É de salientar que devem ser eleitas intervenções de forma a ajudar a grávida ou o casal a lidar com o desconforto bem como a ansiedade já mencionada. A ansiedade e o medo em doses excessivas são emoções negativas que, por norma, estão associadas ao aumento da dor, uma vez que há uma maior secreção de catecolaminas, responsáveis por aumentar o estímulo pélvico ao cérebro e a tensão muscular, levando assim à potenciação da dor (Lowe, 2002 cit. por Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d). Desta forma, aumenta o medo e a ansiedade que conduz à elevação da tensão muscular e, por sua vez, diminui a eficácia das contrações uterinas e aumenta o desconforto. Consequentemente, inicia-se um ciclo vicioso de medo, ansiedade e dor, traduzindo-se na má progressão do TP, como constatado anteriormente (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d).

A participação ativa da parturiente e respetivo acompanhante e a colaboração com o profissional de saúde na busca de soluções e estratégias adequadas e igualmente eficazes no alívio da dor têm um papel de destaque nesta perspetiva otimista. Ao perceber que o sucesso nas medidas de alívio da dor, implementadas pela própria, se devem isoladamente às suas competências pessoais, comportamentos e decisões, a aprendizagem é facilitada, desencadeando sentimentos positivos e maiores mudanças comportamentais, tornando-se num ciclo crescente positivo (Holzman, Turk e Kerns, 1986 cit. por Gomes, 2008).

No que concerne ao processo de enfermagem, foi assim possível atuar ao nível de focos como o autocontrolo e a autoeficácia de forma positiva, promovendo a autonomia e a mestria na implementação destas medidas.

A maioria das vezes, aquando a verbalização da intensificação do desconforto verificou-se alterações morfológicas do colo pelo que, sempre que pertinente, foi realizado o exame vaginal, já não com o intuito de identificar mas sim “ (...) *monitorizar trabalho de parto*”, competência também descrita pela OE (2010, pp.5) relativamente ao papel do EEESMOG. Este procedimento foi realizado tendo em conta as condições de assepsia, privacidade e conforto da utente. No decorrer normal do TP esta técnica foi realizada de 2/2 horas na fase latente e em intervalos de 1 hora nas restantes fases, como protocolado.

Durante o primeiro período do TP a dor é, essencialmente, provocada pelas contrações uterinas, dilatação do colo, distensão do segmento inferior e isquemia uterina (Brazão *In Graça*, 2010), refletindo-se a nível da porção inferior do abdómen, irradiando para a região lombo-sagrada, cristas ilíacas, região glútea e coxas (Lowdermilk *In Lowdermilk e Perry*, 2008d). À medida que o TP progride, esta intensifica-se e expande-se para a região infra umbilical, lombar alta e sagrada. Neste período, o desconforto apenas surge, de forma geral, nos momentos de contração (Lowe, 2002 cit. por Lowdermilk *In Lowdermilk e Perry*, 2008d) havendo, nos intervalos entre estas, oportunidade de optar por atividades de relaxamento e conforto.

Dentro do que foi providenciado, a parturiente e casal puderam escolher lidar com o desconforto usando métodos não-farmacológicos, farmacológicos ou a combinação de ambos. Em qualquer das situações foi realizado um acompanhamento na escolha do método e na implementação do mesmo.

Na primeira fase do primeiro período do TP, com as parturientes ainda localizadas na sala de cuidados intermédios, os métodos usados e incentivados foram a deambulação, sempre que as membranas estivessem íntegras, a apresentação fetal se encontrasse encravada e

sempre que esta não estivesse sob analgesia por via epidural; o uso da bola de parto e técnicas de respiração. Relativamente a estas medidas, a evidência refere vantagens.

Quanto à deambulação, estas refletem-se ao nível da melhoria da atividade uterina, constitui uma forma de distração dos desconfortos, aumentando o autocontrolo, estando ainda associada a uma taxa reduzida de partos instrumentados, menor recurso a analgésicos opióides (Albert et al., 1997 cit. por Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008c) e ainda, a TP menos demorados (Lowrence *et al.*, 2009 cit. por Silva et al., 2011).

As mudanças de posição frequentes foram incentivadas uma vez que a postura vertical e a movimentação podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto, melhorar as contrações uterinas e diminuir o trauma perineal (Zwelling, 2010 cit. por Silva et al., 2011). Por isto, o uso da bola de parto ou, primordialmente chamada de bola suíça, foi uma das estratégias para a promoção do movimento durante o TP. De facto, de acordo com uma revisão da bibliografia, constata-se que a movimentação e o posicionamento podem ter um papel determinante nos ângulos pélvicos (ântero-posterior e transversal) sendo que, através de ressonância magnética, verificou-se que, na posição de cócoras, os diâmetros pélvicos aumentaram 8 ± 9 milímetros e 6 ± 7 milímetros na posição de quatro apoios, comparativamente com os seus diâmetros fisiológicos (Simkin e Bolding, 2004 cit. por Silva et al., 2011).

Sentada na bola de parto, ou ainda na posição de decúbito dorsal, decúbito lateral, na posição de quatro apoios ou em pé, a parturiente pôde tirar partido de exercícios de alívio do desconforto lombar, as chamadas básculas, que não são mais do que movimentos de anteversão e retroversão da bacia coordenados com a respiração e que permitem facilitar o encaixe e posicionamento da cabeça fetal (Kisner & Colby, 1998; Polden & Mantle, 2000; Stephenson & O'Conner, 2004; Lowdermilk & Perry, 2006; Walker, 2006 cit. por Moreira, 2009).

Relativamente à respiração, foi utilizada de forma a proporcionar distração, e conseqüentemente, reduzir a percepção de dor e ajudar a grávida a manter controlo durante as contrações uterinas (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d). Nesta fase de TP, o uso de técnicas de respiração eficazes auxilia no relaxamento dos músculos abdominais, aumentando o espaço livre na cavidade abdominal e diminuindo a fricção e o desconforto entre o útero e a parede abdominal (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d). São várias as técnicas de respiração passíveis de serem utilizadas em TP, no entanto, foi recomendado, sempre que a parturiente se sentisse capaz de a realizar e o seu juízo fosse

positivo em relação à sua utilização, combinar a respiração lenta (aproximadamente 6-8 ciclos respiratórios por minuto com esquema de INS-2-3-4 e EXP-2-3-4...) e a modificada (aproximadamente 32-40 ciclos respiratórios, não devendo superar o dobro da frequência respiratória normal), utilizando a lenta no início e término da contração e a modificada nos picos da mesma (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d). A combinação de ambas as técnicas confere variedade e flexibilidade na sua utilização, permitindo assim a conservação de energia, diminuição da fadiga e do risco de hiperventilação, tendo-se enfatizado a necessidade de utilizar uma respiração normal no intervalo das contrações.

Aos casais que não frequentaram qualquer tipo de preparação para o parto e nascimento tornou-se primordial intervir ao nível do conhecimento, ou seja, o porquê, o para quê e o como utilizar as medidas mencionadas, para seguidamente dar lugar à instrução e treino. Nos casais com conhecimento já adquirido previamente, as intervenções de enfermagem foram, sobretudo, direcionadas para os domínios do instruir e do treinar.

Porém, sobretudo na transição da fase ativa para a fase latente, por dificuldade no controlo da dor com métodos não-farmacológico, foi solicitado por parte da maioria das parturientes, o recurso a analgesia por via epidural.

Embora que, após as experiências obtidas, se constate um melhor desfecho materno-infantil com um parto não medicalizado, isto é, maior satisfação por parte das puérperas e maior atividade, reatividade e melhores reflexos de alimentação por parte do RN, a maioria dos partos foi realizado com recurso a analgesia por via epidural. De facto, a literatura refere que a perceção da dor, para aquelas com dificuldade na sua gestão e implementação de métodos não farmacológicos, só se mostra prejudicial sobre a parturiente e o feto, uma vez que o *stress*, a ansiedade e a dor provocam alterações da homeostasia materna através dos reflexos medulares (Brazão *In* Graça, 2010).

Aquando da colocação do cateter epidural, colaborou-se com o anestesista, permanente na unidade, satisfazendo o parâmetro H3.1.1. daquilo que a OE (2010, pp.5) estipula como regulamento das competências específicas do EEESMOG que diz que este: *“Coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção e controlo da dor”*. Para além da preparação do material e incentivar a parturiente a manter a posição, suspendeu-se a perfusão de ocitocina, se fosse o caso, de forma a diminuir a intensidade e frequência das contrações, facilitando a colocação do cateter e administração da medicação analgésica, e monitorizou-se o bem-estar fetal por períodos frequentes, por forma a verificar como a posição materna e o procedimento se refletiriam na FCF.

A partir deste momento, dependendo da evolução do TP, seria possível colocar uma bomba de perfusão contínua, ou fazer administrações de anestésico em bólus com o respetivo intervalo de segurança, sempre que a parturiente assim o necessitasse. Adjacentes a este procedimento, as intervenções de enfermagem, para além de incidirem no foco conhecimento, complementando a informação dada pelo anestesista, incidiram também na prevenção das mais frequentes complicações, dados os riscos da técnica e dos próprios fármacos. Como tal, foi instituída fluidoterapia em perfusão, de forma a evitar a hipotensão arterial materna e todas as consequências que daí podem advir, e colocado cateter urinário pelo risco de retenção urinária (Brazão *In* Graça, 2010).

Por norma, com o intensificar do desconforto, os cateteres epidurais eram já colocados no final da fase latente ou início da fase ativa pelo que, muitas vezes, coincidia com a transição da sala de cuidados intermédios para a sala de partos.

Nesta fase, por vezes, quando o bloqueio motor ia para além do sensitivo, causado com frequência devido à administração dos anestésicos, a parturiente era impedida de deambular ou utilizar a bola de parto, no entanto, diante desta situação, outras medidas de conforto foram providenciadas.

Na sala de partos, a parturiente disponibilizava de música e um wc equipado com chuveiro. Tirando partido destes equipamentos, para além do uso anteriormente dito da respiração, a parturiente poderia usufruir de musicoterapia e contrapressão (quando ainda sem cateter epidural) e hidroterapia.

A música constitui uma fonte de relaxamento e conseqüente redução na ansiedade, *stress* e perceção da dor (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d, Fátia e Tinoco *In* Nené, Marques e Batista, 2016). O ideal seria: cada parturiente trazer a sua escolha de músicas e ouvi-las com auriculares de forma a isolar os restantes sons. No entanto, só sucedeu por uma vez e portanto, foi providenciada música ao gosto da mesma e que pudesse coincidir com a frequência da respiração a realizar no momento.

A hidroterapia foi realizada através da utilização do chuveiro, geralmente com a colaboração do acompanhante. Os banhos de chuveiro e jatos de água quente são medidas que poderão aumentar o conforto e o relaxamento durante o TP, uma vez que a produção de catecolaminas diminui e, por sua vez, a produção de ocitocina aumenta, estimulando as contrações uterinas e facilitando a produção de endorfinas (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d). Teve-se muito em consideração a fase de TP para a realização desta técnica

já que, na fase latente, a instituição da hidroterapia pode abrandar a evolução do TP (Mackey, 2001 cit. por Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d).

Podendo ser utilizada aquando da hidroterapia, ou não, a contrapressão foi a medida mais realizada quer pelos profissionais, quer também pelos companheiros, após lhes ser ensinado e instruído. Esta técnica é realizada através da pressão constante aplicada sob a região sagrada com o punho ou dorso da mão, de forma a suportar a sensação de pressão interna e dor lombar (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008d).

Das experiências obtidas, a musicoterapia foi aceite e empregue em todos os trabalhos de parto seguidos, tendo o seu culminar, quer em parto eutócico ou distócico. A contrapressão embora com frequência mais baixa, foi requisitada pela maioria das parturientes, grande parte realizada pelos acompanhantes. Ambas as técnicas foram indicadas como medidas de alívio do desconforto relevantes. A hidroterapia, devido ao grande número de colocações de cateteres epidurais ainda na fase latente, não foi utilizada por nenhuma parturiente/casal.

Os exercícios mencionados anteriormente como básculas, foram também bastante incentivados nesta fase, mesmo na ocorrência de diminuição da força dos membros inferiores estes foram recomendados, sobretudo em variedades occipito-posteriores, podendo ser realizados em decúbito lateral.

Retratando agora a fase ativa, pode-se associar uma das complicações mais vivenciadas durante a experiência de estágio. Durante esta fase de evolução do TP, a hiperestimulação uterina foi uma complicação que ocorreu com muita frequência implicando, em todas as ocasiões, uma atitude imediata e premeditada.

Todos os procedimentos apresentam riscos e verificou-se que, muito associado à maturação cervical, indução ou aceleração do TP está a hiperestimulação uterina que tanto diz respeito à hipertonia, ou seja aumento do tónus basal da musculatura uterina com duração maior que dois minutos, bem como à taquissístolia (mais de 5 contrações uterinas em 10 minutos num período superior a 20 minutos (Souza *et al.*, 2010a). *“O diagnóstico e o tratamento precoce de uma contratilidade uterina anómala podem evitar danos perinatais decorrentes da hipoxia”* (Souza *et al.*, 2010a, pp.192).

Nos casos ocorridos, quer na sala de cuidados intermédios, quer na sala de partos, o diagnóstico foi realizado através da CTG, traduzindo-se num aumento das contrações e, por vezes, com reflexão na FCF, registando desacelerações repetitivas e/ou prolongadas. A

intervenção está protocolada e consistiu, por regra, e como apoia Souza e Colaboradores (2010a): quando na presença de fonte de estimulação externa, esta foi cessada, o que se refletiu na paragem da perfusão de ocitocina e na remoção do dispositivo de Dinoprostona no caso de estes estarem instituídos. Em casos mais graves, na maturação cervical com Misoprostol e no TP espontâneo, ou na ineficácia da intervenção anterior, foi necessário a realização de tocólise aguda, com a administração de Salbutamol por perfusão endovenosa no máximo de 5 minutos, uma vez que este atua ao nível do miométrio através da diminuição dos níveis de cálcio intracelular, relaxando o músculo e, por sua vez, diminuindo as contrações uterinas (Campos *In Montenegro et al.*,2014a, Vallerand, Sanoski e Deglin, 2016). Adjacente à administração deste fármaco esteve presente a vigilância e monitorização frequente da pulsação materna, já que um dos efeitos secundários deste fármaco é a taquicardia (Campos *In Montenegro et al.*,2014a, Vallerand, Sanoski e Deglin, 2016).

Na fase de transição as medidas de conforto e alívio da dor mantiveram-se, porém, verificou-se mais cansaço por parte das parturientes, menos disponibilidade para a realização de medidas de relaxamento, mais desconforto, agora na região suprapúbica, sagrada e perineal (Lowdermilk *In Lowdermilk e Perry*, 2008d), e mais necessidade de adotar posições coincidentes com a abertura dos diâmetros da bacia, como a posição de cócoras e a flexão dos membros inferiores na posição de decúbito lateral.

De forma a facilitar a vivência do desconforto deste período, manteve-se a realização de contrapressão e, na presença de sensibilidade dos membros inferiores, foi incentivado o uso da bola de parto com os joelhos apoiados na cama e o tórax da bola, realizando movimentos circulares da bacia, providenciado assim o conforto e ainda facilitando o posicionamento da cabeça fetal na bacia materna.

Foi também nesta fase onde se confirmou com maior frequência a rotura espontânea das membranas. Apenas em um dos partos realizados se presenciou a RM no periparto. Os restantes tiveram rotura espontânea ou então de forma artificial. A rotura artificial das membranas, ou amniotomia, realizou-se na fase ativa ou de transição aquando da necessidade de induzir ou acelerar o TP, ou na necessidade de monitorização interna fetal. O mecanismo pelo qual estes fenómenos ocorrem é ainda incerto, no entanto, acredita-se que ocorre a produção e a libertação de prostaglandinas e ocitocina, e ainda, com a diminuição da quantidade de líquido amniótico há um encurtamento das fibras miométriais, aumentando a eficácia das contrações, tendo o seu efeito na dilatação cervical

(Bricker e Lucas, 2000; Howarth e Botha, 2001; e Fok *et al.*, 2005 cit. por Souza *et al.*, 2010b).

Este procedimento, apesar de a sua realização ser simples, acarreta riscos, tal como muitos outros procedimentos na área de obstetrícia. A realização da amniotomia de forma precoce aumenta a ocorrência de complicações como o prolapso do cordão umbilical, compressão do polo cefálico com desacelerações da FCF, aumento da taxa de infecção ascendente, sangramento fetal ou placentário, embolia amniótica e desconforto materno (Souza *et al.*, 2010b). Perante estas complicações a decisão da realização da amniotomia teve em consideração variáveis como a presença do SGB positivo no risco de infecção, pelo que, na necessidade de acelerar o TP foi necessária, pelo menos, quatro tomas de antibioterapia, como protocolo a instituição; a dilatação cervical superior a 3 cm ou mais; a estática fetal, que se traduziu na necessidade da apresentação se encontrar encravada, ou seja, quando o diâmetro biparietal da cabeça fetal (maior dos diâmetros transversos da apresentação), passa o estreito superior e se encontra ao nível das espinhas isquiáticas, correspondente ao III plano de Hodge ou 0 de De Lee, prevenindo assim a compressão do cordão e a conseqüente redução transitória do fluxo sanguíneo fetal e; o eventual prolapso do cordão (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008^a, Fatia e Tinoco *In* Nené, Marque e Batista, 2016). Claro está que se teve como pressuposto o procedimento aprendido em contexto teórico, ao qual serviu como modelo de aprendizagem, para a execução do mesmo, de forma a que este fosse realizado de forma assertiva e sem impacto negativo sobre a parturiente e/ou o feto.

Chegou-se ao segundo período do TP, geralmente alertado com a descrição por parte das parturientes como um ímpeto de “fazer força” ou, naquelas com bloqueio motor, uma sensação de pressão exercida sobre o períneo. Este fenómeno, de nome reflexo de Ferguson, ocorre devido à pressão exercida pela apresentação nos recetores da face posterior da vagina que leva à conseqüente libertação de ocitocina (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008a).

Neste momento foi preparado todo o material necessário para o procedimento do parto, eventual necessidade de episiotomia e atendimento ao RN.

Da totalidade de parturientes atendidas, apenas 3 apresentavam gravidezes de risco com etiologia, ou na hipertensão arterial, ou na diabetes gestacional, mas sem contra-indicação para o parto vaginal, pelo que foram seguidas de igual forma que as restantes parturientes, adicionando cuidados especiais como a avaliação mais frequente da tensão arterial ou

glicemia e, na necessidade, perfusão contínua de insulina até ao momento do parto. Porém, e não negligenciando o risco, colaborou-se com outros profissionais na presença destas situações, cumprindo, desta forma, o parâmetro H3.3.6. do regulamento das competências específicas do EEESMOG que diz que este: “*Coopera com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez (...).*” (OE, 2010, pp.5).

Relativamente ao posicionamento da grávida no segundo período de TP, embora sejam diversas as alternativas de posicionamento, a litotomia foi a posição amplamente mais utilizada, seguida da posição de semi-fowler e, por duas ocasiões, a lateral. Geralmente, para o apoio e a melhor exposição foram utilizados sustentadores das pernas que igualmente se transformavam em apoio para os pés. Porém, o posicionamento destes instrumentos foi cuidadosamente estudado de maneira a evitar o afastamento em demasia dos membros inferiores ou o desnivelamento dos mesmos, e assim exercer tração sobre o períneo, facilitando a ocorrência de extensão das lacerações espontâneas e/ou da episiotomia (Cunningham *et al.*, 2012).

Fez ainda parte da preparação para o parto, a lavagem vulvar e perineal antes da colocação dos campos estéreis e a proteção individual com barrete, máscara, bata e luvas, os últimos dois, esterilizados, conferindo proteção dos agentes infecciosos *sui generis* do momento a quem realiza o parto, mas também à própria mulher.

Reunindo as condições de parto espontâneo cefálico deu-se início aos esforços expulsivos. Na maioria dos casos as contrações não foram percebidas, no entanto, a força foi reflexa e espontânea aquando da descida da apresentação, com as contrações uterinas. Por vezes, por falta de preparação para o parto ou por ineficácia das forças expulsivas, foi empregue o puxo dirigido, favorecendo intervenções de enfermagem correspondentes ao ensinar, instruir e treinar esforços expulsivos.

Privilegiou-se o incentivo e coordenação da respiração, não do tipo Valsalva, com pausa na respiração e encerramento da glote, mas sim com a glote aberta e aquando da expiração. Por outras palavras, realizar os esforços expulsivos sem que, para isso, seja necessário pausar a respiração, já que, Yildirim e Beiji (2008, cit. por Cunningham *et al.*, 2012) revelam benefícios a nível da duração do segundo período do TP e melhores relações ácido-base no sangue do cordão umbilical.

Após a insinuação, descida, flexão e rotação interna, enquanto a cabeça fetal sofre o processo de modelagem, permitindo o encurtamento dos diâmetros da apresentação, o períneo abaula-se cada vez mais até se transformar na forma ovóide, permitindo que

ocorra o fenómeno da coroação (Cunningham *et al.*, 2012). Neste momento foi analisada a necessidade de ser realizada a episiotomia ou, mais corretamente, perineotomia, já que a primeira diz respeito à incisão dos pudendos (Cunningham *et al.*, 2012). Esta técnica, que consiste numa incisão no períneo com o objetivo de aumentar a área de saída do feto, como defendem os autores acima mencionados, foi realizada quando os riscos de uma laceração de terceiro e quarto grau fossem superados, sempre que na coroação se pudesse verificar a palidez acentuada dos tecidos. A mesma realizou-se quando a cabeça fetal fosse visível durante a contração num espaço de 3 a 4 cm, partindo da fúrcula em direção à tuberosidade isquiática (Fatia e Tinoco *In* Nené, Marques e Batista, 2016). Acerca disto, a Organização Mundial de Saúde (1996 cit. por Carvalho, Souza e Moraes Filho, 2010), aconselha a realização da episiotomia apenas em situações de patente sofrimento fetal, perante progresso insuficiente do ou em caso de laceração iminente do períneo de 3º ou 4º grau.

Dos 41 partos realizados, em 19 das vezes foi realizada a episiotomia mediolateral esquerda já que, esta técnica, em relação à episiotomia mediana, apresenta menos risco de lacerações de terceiro e quarto grau, ou seja, com atingimento do esfíncter anal e mucosa retal, respetivamente (Cunningham *et al.*, 2012). Este facto induziu à reflexão, já que diversas organizações, como a OMS e a OE, têm realizado esforços para diminuir a sua incidência. Após ser realizada uma análise crítica sobre as características das parturientes com maior incidência das episiotomias, percebeu-se que a primiparidade, posição de litotomia, uso de analgesia via epidural, uso de ocitocina e ITP, foram características prevalentes nestes casos. Relativamente a isto, Ballesteros-Meseguer e colaboradores (2016) apontam estes fatores, como variáveis que aumentam a taxa de realização deste procedimento acrescentando ainda os partos pós-termo.

No início do mecanismo de extensão, traduzido pela distensão da vulva e períneo, simultaneamente à proteção do períneo posterior com uma das mãos, com a oposta, foi realizada a manobra de Ritgen modificada, exercendo pressão no occipital em direção ao sentido inferior, favorecendo a extensão do pescoço. Desta forma foi permitindo desencravar os parietais e a expulsão da cabeça pelos seus menores diâmetros (Cunningham *et al.*, 2012; (Fatia e Tinoco *In* Nené, Marques e Batista, 2016).

A cabeça expulsa sofre de imediato o mecanismo de restituição, onde o occipital se direciona no sentido da tuberosidade isquiática e onde se encontrava originalmente posicionada. Se necessário, foi ajudada a restituição da cabeça de forma a esta assumir a

posição transversal. Neste momento, solicitando à parturiente para não realizar esforços expulsivos, foi verificada a presença de circulares do cordão umbilical. É possível relatar, sem precisão que, em mais de um quarto dos partos realizados, foram constatadas circulares do cordão umbilical. Procedeu-se portanto ao desenrolar do cordão à volta da cabeça e prosseguiu-se com o parto. No único caso onde se constatou uma circular apertada adotou-se a conduta sugerida e descrita na bibliografia, ou seja, clampar o cordão com duas pinças, cortar, e então fazer nascer o neonato (Cunningham *et al.*, 2012).

De seguida, e por fim, o ombro anterior aparece sob a sínfise púbica. De modo a facilitar a restante expulsão do feto, os parietais foram suportados bilateralmente por cada uma das mãos, tracionando gentilmente em direção posterior até ao ombro anterior aparecer sob o arco púbico. Protegendo o períneo, fez-se nascer o ombro posterior, fazendo igualmente uma gentil tração mas, desta vez, na direção anterior (Cunningham *et al.*, 2012; Fatia e Tinoco *In* Nené, Marques e Batista, 2016). O restante corpo seguiu os ombros e considerase nascido o RN segundo, e como diz a OE (2010, pp.5), aplicando “*as técnicas adequadas na execução do parto por apresentação cefálica*”. Neste exato momento, registou-se a hora de nascimento.

Todavia, este procedimento não foi vivenciado deste modo em todos os casos. Por duas situações sucedeu distocia de ombros, considerada emergência obstétrica. Esta ocorre quando, após o nascimento da cabeça fetal, não é possível extrair os ombros com a realização das manobras habituais de tração (Campos *In* Montenegro *et al.*, 2014b), quer devido ao bloqueio do ombro anterior pela sínfise púbica, quer pelo bloqueio do ombro posterior no promontório sagrado (Clode *In* Clode, Jorge e Graça, 2011). A primeira situação ocorreu num dos primeiros partos realizados e, após ser percebido que a tração realizada estaria a tornar-se excessiva, foi pedida colaboração da EEESMOG tutora que confirmou a distocia, iniciando-se assim as manobras externas de resolução. Inicialmente, a hiperextensão das coxas das parturiente sob o abdómen, ou Manobra de McRoberts, de seguida, a manobra de Rubin I, traduzida pela pressão suprapúbica contínua, conseguindo a deslocação do ombro anterior em direção ao tórax fetal. Sucessivamente, estas manobras foram suficientes para a resolução da distocia, tal como apoia a literatura, ao referir que a maioria das situações de distocia se resolvem com as manobras anteriormente ditas (Graça *In* Graça, 2010; Campos *In* Montenegro *et al.*, 2014b). Na segunda situação, em contrapartida, já no final do módulo de TP e Parto, com a parturiente previamente com hiperflexão das coxas, foi percebido o sinal de tartaruga, com o recolhimento da cabeça logo após a sua expulsão (Clode *In* Clode, Jorge e Mendes, 2011), neste caso, a EEESMOG

tutora apercebeu-se e realizou de imediato a manobra de Rubin I, permitindo rapidamente a libertação dos ombros.

Destes momentos constatou-se a necessidade de ter bem presente os conhecimentos e as práticas a realizar em situações emergentes como a distocia de ombros. Como tal, foi realizada uma formação em emergências obstétricas a ser descritas no final deste subcapítulo.

Em 28 dos partos assistidos, seja por ineficácia nos esforços expulsivos, exaustão materna, traçados não tranquilizadores, mas sobretudo mal posicionamento da apresentação fetal, maioritariamente deflexão da cabeça de bregma ou frente, foi realizado o parto com auxílio da ventosa. Esta técnica diz respeito à equipa médica, contudo, colaborou-se com esta na sua execução, cooperando *“com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações (...) do parto.”* (OE, 2010, pp.5). Igualmente ao parto eutócico, teve-se a parturiente e o feto como foco da atenção, atendendo ao seu bem-estar físico e psíquico.

Na lista de todas as técnicas que perfazem o procedimento do parto, segue-se a clampagem do cordão umbilical. Esta técnica e o *timing* adequado em que deve ser realizado instauraram a dúvida na execução desta prática já que, existem diversas orientações, desde a clampagem imediata, precoce, tardia ou mesmo após a dequitação. Neste seguimento, foi realizada uma revisão da literatura referente a esta prática, desenvolvida após o término do módulo, que consta neste documento, e que deverá servir como um guia para a prática, sistematizando os cuidados, tendo em conta o que a bibliografia reúne sobre o assunto.

Não obstante, com a bibliografia reunida, o procedimento realizado foi a clampagem após a estimulação e a limpeza das vias respiratórias externas com uma compressa e, quando colocado sob o abdómen materno, foi clampedo 2 a 3 cm da parede abdominal do RN e, com uma pinça, mais 2 a 3 cm acima do clamp, questionando posteriormente a um dos pais a sua vontade de realizar o corte respetivo com a devida instrução.

Imediatamente após o nascimento e clampagem do cordão foi verificada a localização do fundo uterino e a sua consistência, de forma a despistar a atonia uterina.

Sucedeu-se ao nascimento, com o RN a realizar contacto pele-a-pele com a mãe, a dequitação ou terceiro período de TP.

Na necessidade de colher sangue para células estaminais, seja pelo banco público ou privados, ou mesmo na presença de mães do grupo de sangue O ou de *rhesus* negativos, foi colhido sangue do cordão nesta fase.

Entretanto, removeu-se a pinça do cordão umbilical, já que, empiricamente, se tem constatado uma separação mais rápida da placenta. Aguardou-se sinais de separação da mesma, entre os quais, um súbito fluxo de sangue, elevação do útero no abdómen mas, maioritariamente, a progressão do cordão umbilical para o exterior (Cunningham *et al.*, 2012; (Fatia e Tinoco *In* Nené, Marques e Batista, 2016). Na dúvida, realizou-se a manobra de Kustner que, com o bordo externo da mão acima do bordo superior da sínfise púbica, pressão na vertical em direção à coluna vertebral, permite verificar se ocorreu descolamento da placenta, considerando se o cordão retrai ou não.

Na expulsão da placenta, sem nunca ser forçada, evitando desta forma a inversão uterina ou a rotura do cordão, foi realizada tração. Quando a placenta alcançou o introito vaginal, esta tração foi então executada para cima, sendo que, com a placenta no exterior foi efetuada a manobra de Dublin, realizando movimentos rotativos até à exteriorização completa da placenta e membranas. Foi importante perceber, para futuros registos, se primeiro se exteriorizou o lado fetal, chamado de dequitação pelo mecanismo de Schultz, ou o lado materno, segundo o mecanismo de Duncan (Fatia e Tinoco *In* Nené, Marques e Batista, 2016).

Neste momento foi iniciada a infusão endovenosa de ocitocina, conforme o protocolo da instituição, que se mantém até ao final do quarto período de TP. Relativamente a isto Prendiville *et al.* (1998a cit. por Cunningham *et al.*, 2012) refere que a ocitocina administrada antes da expulsão da placenta decresce o risco de perda sanguínea, que Vallerand, Sanoski e Deglin (2016) contrapõem e acrescenta o seu benefício no controlo da hemorragia pós-parto, depois da expulsão da placenta.

Dos partos realizados e assistidos, numa suma de 77, apenas numa ocasião foi necessária a realização de remoção manual da placenta. Procedimento realizado pela equipa médica, se esta não ocorresse de forma espontânea num período de 1 hora. No entanto, em caso de urgência, como apoia a OE (2010, pp.5), o EEESMOG estaria apto a conceber, planear, implementar e avaliar intervenções relativas com a retenção de placenta, extração manual e revisão uterina. No que diz respeito ainda ao terceiro período, não se verificou qualquer episódio de perda de sangue abundante, isto é, superior a 500 ml de sangue (OMS, 2014).

Mais uma vez, antes de se dar início à inspeção da placenta e membranas, verificou-se a presença da formação do globo de segurança de Pinard.

No seguimento do referido anteriormente, com o início do quarto e último período de TP, realizou-se a minuciosa inspeção da placenta, membranas e cordão umbilical. Fizeram parte desta intervenção, atividades como: verificar a existência dos 3 vasos no cordão (2 artérias e 1 veia); verificar a presença de anomalias do cordão (nós verdadeiros ou falsos e inserção velamentosa); o comprimento; o local de inserção e a presença da geleia de Wharton; a forma; a regularidade dos bordos da placenta; a presença dos dois folhetos (Amnion e Córion) completos; a inserção da placenta; a integridade dos cotilédones e a presença de vasos e/ou cotilédones aberrantes.

Não verificando anomalias na placenta, membranas e cordão, procedeu-se à inspeção do canal de parto, verificando quais, se presentes, as estruturas afetadas. Na presença de períneo íntegro, foram realizados os cuidados de higiene perineal, colocando, a *posteriori*, a ainda parturiente numa posição de conforto e providenciando analgesia, se necessário. No caso da reparação do períneo após lacerações de 1º, 2º grau e episiotomia, procedeu-se à higiene perineal, mantendo o posicionamento.

A partir deste momento e como recomenda a Academia Americana de Pediatria e o ACOG (2007 cit. por Cunningham *et al.*, 2012), até ao termo do último período de TP, o pulso radial, a tensão arterial, a presença do globo de segurança de Pinard e a perda sanguínea, foram avaliados de 15 em 15 minutos, bem como atender às queixas maternas (WHO, 2014a; Fatia e Tinoco *In* Nené, Marques e Batista, 2016).

Após ser reunido o material, colocado o campo estéril sob o períneo e vestido o equipamento individual de proteção, passou-se à reparação da laceração e/ou episiorrafia. Relativamente a esta matéria, a OE refere que o EEESMOG deve avaliar “(...) a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de actuação”, como as lacerações de 3º e 4º grau, que não sucederam.

Após uma nova inspeção do canal de parto, colocou-se um tampão de compressas para melhor visualização dos tecidos, impedindo o sangramento contínuo. Procurou-se unir os bordos com fio de sutura de poliglactina 910 de absorção rápida, uma vez que está relacionado com menor intensidade da dor, menor necessidade de remoção dos pontos, menor número de deiscências e melhor satisfação da puérpera (Cunningham *et al.*, 2012; Campos e Calado *In* Montenegro *et al.*, 2014).

No que diz respeito aos passos que complementam este procedimento, no caso de laceração de primeiro grau, foi realizada uma sutura contínua, cruzada ou não cruzada, sendo o primeiro ponto 0,5 a 1 cm acima do vértice da lesão vaginal e o último, encerrado com nó triplo. Em caso de laceração perineal de 2º grau ou episiotomia, foi corrigida, inicialmente a mucosa de igual forma às lacerações de 1º grau, de seguida encerrou-se a camada muscular com pontos contínuos ou pontos separados com nó triplo. Por fim, a pele foi suturada em direção à vagina utilizando pontos separados de Donati e nó triplo, ou, preferencialmente, utilizando a sutura intradérmica contínua, terminando com nó triplo a nível das carúnculas himenais (Campos e Calado *In Montenegro et al.*, 2014; Fatia e Tinoco *In Nené, Marques e Batista*, 2016).

Terminada a correção das lesões do canal de parto, retirou-se o tampão de compressas previamente colocado, palpou-se o útero e avaliou-se a perda sanguínea, procedendo-se novamente aos cuidados de higiene perineal.

Não descurando o RN, ainda em contacto pele-a-pele com a mãe, também mereceu cuidados por parte do EEESMOG, não necessariamente imediatos, caso o *score* do índice de Apgar se encontre dentro dos valores aceitáveis para um RN de termo, ou seja, quando o somatório dos valores obtidos nos parâmetros da frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor, e irritabilidade reflexa, não se encontra inferior a 7 (Wheeler *In Hockenberry e Wilson*, 2011; Oliveira *et. al*, 2012,). Desde o momento do nascimento o RN foi avaliado ao 1º, 5º, e 10º minuto, tendo em conta todos os parâmetros incluídos no índice de Apgar, registando e comunicando qualquer anormalidade do seu comportamento e agindo em conformidade. Efetivamente, dois RN necessitaram de intervenção a nível da reanimação neonatal, a respeito da ventilação por pressão positiva, sobre isto a OE (2010, pp.5) refere que o EEESMOG *“Assegura a reanimação do recém-nascido em situação de emergência”*.

Porém, como após o experienciado, apenas surgiram experiências felizes e RN saudáveis, estes foram avaliados e deu-se início aos cuidados de rotina. Foi imperativo realizar uma avaliação rigorosa cefalocaudal uma vez que, até ao momento da alta, os RN nascidos por parto eutócico não seriam avaliados pela especialidade médica de pediatria. Houve a responsabilidade de avaliar, vigiar e monitorizar o RN nestas primeiras horas de transição da vida intrauterina. Desta forma, vai-se ao encontro do que a OE (2010, pp.5) que recomenda acerca do atendimento ao RN, mencionando que o EEESMOG, no seu exercício profissional *“Assegura a avaliação imediata ao recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação extra-uterina”*, identificando *“(…) alterações morfológicas e*

funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de actuação” e, se for o caso, “Coopera com outros profissionais no tratamento (...).

Antes de mais, foi realizada uma avaliação antropométrica. Torna-se importante qualificar e quantificar o percentil de peso e comprimento ao nascimento, permitindo ainda dar seguimento ao desenvolvimento infantil.

Dando início ao exame físico e, tendo em conta o fenómeno de modelagem que a cabeça fetal sofre no canal de parto, passível de ser visualizado à vista desarmada, procurou-se a presença de *caput succedaneum*, cefalohematoma ou a concomitância de ambos, possíveis escoriações do couro cabeludo, e ainda as suturas cranianas e as fontanelas. As lesões a nível cefálico são relativamente comuns, sobretudo o *caput succedaneum*, uma vez que resulta no edema do couro cabeludo, que atravessa as suturas cranianas, após compressão dos vasos sanguíneos e conseguinte diminuição do retorno venoso. Já o cefalohematoma, que muitas vezes vem acompanhado de *caput succedaneum*, diz respeito a uma acumulação de sangue entre o osso craniano e o perióstio e pode resultar da pressão exercida pelos ossos pélvicos maternos bem como uma consequência dos partos instrumentados. Esta lesão não atravessa suturas e, geralmente, só se percebe quando o *caput succedaneum* começa a desvanecer, ou seja, 3 a 4 dias pós-parto (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008a). Relativamente às suturas cranianas e às fontanelas, estas foram examinadas no sentido de verificar se as primeiras não se encontrariam encerradas e as segundas não se encontrariam encerradas, tensas ou abauladas (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b). Ainda na cabeça do RN foram observados os olhos, o nariz, as orelhas, a boca e a cavidade oral, buscando qualquer anormalidade morfológica, nomeadamente a baixa implantação do pavimento auricular, característico de síndrome de Down e o lábio leporino e/ou fenda palatina, entre outros (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b).

No terço médio do corpo foram avaliados os membros e a sua atividade, foram examinadas as clavículas, despistando assimetrias, características das lesões do plexo braquial e fraturas, e ainda observada a respiração em busca de sinais de dificuldade respiratória para além da tiragem intercostal fisiológica do RN (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b). No abdómen, a vigilância resumiu-se essencialmente ao coto umbilical, confirmou-se então a existência de 3 vasos, duas artérias (menor calibre) e uma veia (maior calibre), passíveis de serem observados acima do clamp, e a eficácia do mesmo a realizar a estenose dos vasos umbilicais (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b). Na região dorsal, não foi esperado, nem encontrado encontrar qualquer protusão ao longo da coluna vertebral

nem tangente a esta, caso contrário, poderia ser alarmante uma vez que é sinal clínico de espinha bífida (Alden in Lowdermilk e Perry, 2008b).

No que toca à genitália, verificou-se a existência de escroto, pénis e localização do meato urinário no RN masculino e grandes e pequenos lábios no RN feminino, sendo achado fisiológico a secreção e edema do clitóris. Ainda no períneo, torna-se crucial constatar a perfuração do ânus e a presença de urina e /ou fezes (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b).

Nas extremidades, foi verificado a tonicidade, o movimento, integridade e cor, esperando cianose ligeira nas mãos e pés, denominada de acrocianose, provocada pela instabilidade vasomotora, estase capilar e elevado nível de hemoglobina (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008a, 2008b).

No seu aspeto geral, o RN apresenta-se com diversas particularidades a nível do sistema tegumentar. O vernix caseoso (substância esbranquiçada aderente à epiderme) foi característico de todos os RN, bem como a acne miliar ou milia, resultante do preenchimento das glândulas pelo sebo, mais percebido na face. O eritema tóxico também foi frequente, apresentando-se sob a forma de erupção cutânea com lesões do tipo máculas, pápulas ou vesículas. Verificou-se que estas particularidades preocuparam os pais de imediato pelo que foi importante ensinar e instruir a definição do fenómeno, a razão pela qual ocorre e qual o tempo em que é esperado o seu desaparecimento, sobretudo no que diz respeito às manchas mongólicas, manchas de pigmentação azul, geralmente encontradas na região sagrada e que os pais frequentemente compararam a equimoses (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008a).

Após o exame integral ao RN, foi administrada, na primeira hora de vida, 1mg vitamina K, por via intramuscular, e aplicada pomada oftálmica de cloridrato de oxitetraciclina em ambos os olhos, retirando a *posteriori*, o excesso (Campos e Calado *In* Montenegro *et al.*,2014). Desta forma, estas medidas contribuem para a profilaxia da anemia neonatal e de conjuntivites, respetivamente.

Em apenas um dos partos, do grupo dos assistidos, houve necessidade de lavar totalmente o RN, uma vez que este se encontrava banhado em mecónio espesso. Porém, é também indicado este procedimento em situações de risco infeccioso, como é o caso de mães portadores de HIV e hepatite B (Campos e Calado *In* Montenegro *et al.*,2014).

De seguida, estando reunidas condições maternas e do neonato, tal como recomenda a United Nations International Children's Emergency Found (UNICEF) (2016), procurou-se dar

início à amamentação logo que possível, preferencialmente, ainda na primeira hora de vida, dando cumprimento àquilo que o EEESMOG tem como competência específica, isto é, “*Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno*” (OE, 2010, pp.5).

Os seguintes minutos, até perfazer as duas horas do quarto período de TP, requereram uma vigilância do RN, com especial incidência na deteção de gemido e outros sinais de dificuldade respiratória (Campos e Calado *In Montenegro et al.*,2014).

Foi neste período, ainda com a parturiente na sala de partos, que foram realizados todos os registos dos fenómenos e intervenções de enfermagem realizadas nos quatro períodos de TP e ainda iniciadas aquelas a ser realizadas no puerpério. Por conseguinte, deu-se termo aos grandes fenómenos de Gravidez e Trabalho de Parto e as respetivas intervenções, desde a vigilância do colo uterino, apresentação e restante estática fetal, CTG, entre muitas outras; até às intervenções relacionadas com o desconforto e métodos farmacológicos e não farmacológicos de lidar com este, quer realizadas pelos profissionais, como ainda no âmbito de ensinar, instruir, treinar e incentivar. Intervenções resultantes de prescrições relativamente ao cateter epidural e algaliação deixaram também de fazer sentido.

Relativamente à puérpera, e com grande ênfase, foram iniciados os diagnósticos Recuperação, referente à recuperação pós-parto e suas vigilâncias e educação para a saúde, Ferida Cirúrgica, se realizada episiorrafia, ou Laceração, Amamentação e Papel Parental, possibilitando associar a este último todas as intervenções a ensinar, instruir e treinar relacionadas com o RN. Adicionado agora um novo cliente, foi iniciado o processo de enfermagem com os diagnósticos de Ferida, referente ao coto umbilical e respetivos cuidados subjacentes e Mamar, incluindo a vigilância dos reflexos de alimentação e da mamada segundo os critérios da OMS/UNICEF, a eliminação urinária e intestinal constou, não como diagnóstico, mas sim como foco a vigiar.

Para além disto procedeu-se ao registo de todas as ocorrências no partograma, livro de grávida e Obscare®, conferindo visibilidade e legalidade ao parto e nascimento.

Passado o quarto período de TP, constatando primeiramente a presença do globo de segurança de Pinard e lóquios adequados ao tempo do pós-parto, foi retirada a perfusão de ocitocina e o cateter epidural, permanecendo o cateter venoso periférico para eventual necessidade de analgesia endovenosa. A puérpera foi auxiliada nos cuidados de higiene e nos restantes autocuidados como o vestuário e, se assim fosse necessário, o uso do

sanitário. Apresentando o puerpério a decorrer dentro da normalidade, a puérpera e RN foram transferidos para o setor de puerpério.

No entanto, nem todas as parturientes assistidas tiveram o desfecho de parto vaginal. Houve exceções em situações de traçados cardiotocográficos não tranquilizadores, tentativas frustradas de partos instrumentados, tentativas frustradas de indução de ITP e trabalho de parto estacionário, definido por o TP que não progride ou progride mais lentamente do que o que era presumível para a fase em que se encontra (Barros e Campos, 2014). Acerca disto, a DGS (2015b) em concordância com Friedman (1972 cit. por Cunningham *et al.*, 2012) divide o primeiro período do TP em duas fases e estipula que, para a fase latente a duração máxima seja 20 horas para a nulípara e 14 para a múltipara (Friedman e Sachtleben, 1963 cit. por Cunningham *et al.*, 2012; DGS, 2015b). A atuação é variável, desde que assegurado o bem-estar materno-fetal e a não existência de indicação para um TP rápido. Deverá haver uma atitude expectante, evitando-se a amniotomia. Na fase ativa estabelece-se a progressão lenta quando, na nulípara, a dilatação for inferior a 1,2 cm/h ou menos de 1cm de descida por hora, já na múltipara, estes valores modificam-se para 1,5 cm/h e 2 cm/h, respetivamente (Friedman, 1972 cit. por Cunningham *et al.*, 2012). A paragem na progressão ocorre quando a paragem da dilatação for igual a 2 cm/h e a paragem da descida, quando passa 1 hora sem descida fetal (Friedman, 1972 cit. por Cunningham *et al.*, 2012). Sobre isto, a DGS (2015b) acrescenta que desde o momento em que a dilatação se encontra completa até à expulsão do feto, ou seja, o período expulsivo, e na presença de contratilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar materno-fetal, a duração máxima deste período deve ser de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara. Na presença de analgesia por via epidural é acrescida 1 hora a estes máximos.

Nos casos supracitados, foi realizado o parto cirúrgico, ou seja, cesariana. Nestas situações, mesmo não competindo ao EEESMOG a sua realização e colaboração, no caso da sala de partos não requerer intervenção naquele momento, foram visualizados os nascimentos por cesariana e realizados os cuidados imediatos ao RN em colaboração com o pediatra, semelhantemente ao realizado em partos instrumentados.

Como mencionado anteriormente, termina-se este subcapítulo com uma breve abordagem da formação realizada no âmbito das emergências obstétricas. Esta formação foi facultada pelo serviço de Obstetrícia para os profissionais de enfermagem, lecionada por uma EEESMOG pertencente ao serviço, e aberta também a estudantes de Mestrado e Pós-

Licenciatura. Dentro dos temas abordados encontram-se a distocia de ombros, a hiperestimulação uterina, o parto pélvico, a hemorragia pós-parto e a crise eclâmpica.

Entende-se que este momento se tornou um momento crucial em termos de desenvolvimento profissional enquanto estudante. Da experiência obtida conclui-se que este tipo de emergências ocorre com mais frequência do que aquela que se deduz, e de forma completamente inesperada, tornando o veredicto deste contacto, essencial. Realizada no primeiro terço do estágio, esta formação permitiu o desenvolvimento de competências, nomeadamente a nível da hiperestimulação uterina e distocia de ombros que, eventualmente, foram empregues em mais do que um momento. Quanto à hemorragia pós-parto e a crise eclâmpica, estas não foram experienciadas, no entanto, e no que diz respeito ao parto pélvico permitiu a aquisição de conhecimentos e habilidades de forma a dar resposta àquilo que a OE (2010, pp.5) refere ser uma competência específica do EEESMOG: *“Aplica as técnicas adequadas na execução (...), em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica”*.

2.2.1. Clampagem do Cordão Umbilical: Um guia para a prática

Constatou-se, no módulo de estágio descrito neste capítulo, correspondente ao trabalho de parto e parto, mais precisamente, no que se refere ao terceiro período de TP, diferentes práticas, por parte dos profissionais, relativamente à clampagem do cordão umbilical, sobretudo no que diz respeito ao *timing*, isto é, o momento adequado no qual deverá ser clampado e cortado o cordão umbilical.

Neste sentido, houve incertezas no que diz respeito ao procedimento da clampagem do cordão umbilical. Como tal, realizou-se uma revisão da literatura, à luz das recomendações do Instituto Joanna Briggs, com o objetivo de compreender em que medida a clampagem do cordão umbilical precoce ou tardia, poderá ter implicações no desfecho neonatal.

Diversas bases de dados foram consultadas e, através de descritores e linguagem booleana deu-se início à pesquisa. Desta, 90 artigos foram selecionados e, após filtragem, através de

critérios de inclusão, exclusão e avaliação da qualidade, foram identificados 6 estudos que serviriam de base à revisão.

Como resultado da análise, ficou comprovado que a clampagem tardia, comparativamente com a clampagem precoce, apresenta benefícios ao nível da hemoglobina do RN nos primeiros dias de vida e das reservas de ferro nos primeiros 6 meses, tendo impacto no desenvolvimento neurológico infantil, sem que, para tal, constitua qualquer desfecho negativo na saúde neonatal.

Assim, conclui-se que a intervenção a realizar deverá ser a clampagem tardia, salvo exceções, já que é um procedimento simples, eficaz, seguro e que traz benefícios a longo prazo ao RN, não apresentando qualquer risco para a saúde neonatal, onde haja necessidade de realização de tratamento.

2.2.1.1. Introdução ao Problema

Após o nascimento do RN, este ainda se encontra ligado à mãe através do cordão umbilical, ainda conectado à placenta (McDonald *et al.*, 2013) e, uma vez que o descolamento da placenta poderá, fisiologicamente, tardar cerca de 30 minutos, há a necessidade de clampar e cortar o cordão umbilical.

Este procedimento é realizado quando, após o nascimento, é colocado um clamp perto do abdómen do RN, a cerca de 2 a 3 cm, uma pinça cirúrgica, como a de Kocher ou de Kelly, é colocada mais distante em relação ao clamp. É neste intermeio que o cordão umbilical é cortado entre o clamp e a pinça.

A clampagem do cordão umbilical constitui uma das práticas mais antigas da humanidade e faz parte dos procedimentos realizados ao longo do terceiro período de TP, ou seja, entre o nascimento do RN e a expulsão da placenta, integrando a gestão ativa da terceira fase do TP. Existem duas diferentes abordagens deste estadió, a expectante, onde há uma atitude não intervencionista, onde a dequitação se faz espontaneamente ou através da estimulação mamilar, e a ativa, onde integram procedimentos como o uso de uterotónicos,

clampagem e corte do cordão umbilical e tração controlada do mesmo (McDonald *et al.*, 2013; WHO, 2014a).

O *timing* certo ou o intervalo de tempo em que deve ser realizada a clampagem do cordão tem vindo a ser bastante debatido nas últimas décadas. Atualmente, este procedimento é realizado segundo duas condutas, a clampagem precoce e a clampagem tardia.

A clampagem precoce tem lugar, geralmente, nos primeiros 60 segundos pós-nascimento, maioritariamente nos primeiros 15 a 30 segundos, independentemente se o cordão umbilical ainda pulsa ou não, enquanto que a clampagem tardia, embora as definições variem, dá-se, pelo menos, 1 minuto após o parto ou até o cordão umbilical cessar a pulsação (McDonald *et al.*, 2013; Pan American Health Organization e World Health Organization Regional Office for the Americas, 2013 cit. por WHO, 2014b).

Não obstante, o tempo de clampagem do cordão umbilical varia de acordo com as políticas e práticas das diferentes instituições de diversos países, tendo-se verificado que a clampagem precoce, continua a ser a conduta dominante (McDonald *et al.*, 2013; Salari, Rezapour e Khalili, 2014; Festin *et al.*, 2003 e Winter *et al.*, 2017 cit. por WHO, 2014b). Contudo, as mais recentes *guidelines* já não recomendam a realização desta prática (McDonald *et al.*, 2013), inclusive, já desde o século XVIII que se estuda a protelação do momento da clampagem do cordão umbilical, com o físico inglês Erasmus Darwin, que explora esta questão, argumentando que a clampagem e o corte precoce do cordão umbilical se torna prejudicial para a criança, devendo ser adiado, não só até esta iniciar a respiração espontânea, mas até que o cordão deixe de pulsar, caso contrário, a criança tornar-se-á mais fraca (Darwin, 1796 e Dunn, 2003 cit. por WHO, 2014b).

A clampagem do cordão umbilical traduz-se na interrupção da circulação feto-placentária, no entanto, nos primeiros minutos após o parto ainda há transferência de sangue, a chamada transfusão placentária (Salari, Rezapour e Khalili, 2014). Esta transfusão constitui um aumento de 30% no volume sanguíneo e uma adição superior a 60% dos glóbulos rubros, o que pode aumentar as concentrações de hemoglobina, hematócrito e reservas de ferro (McDonald 2003; Mercer 2001; Mercer 2006 e Palethorpe 2010 cit. por McDonald *et al.*, 2013; Salari, Rezapour e Khalili, 2014 e Jahazi *et al.*, 2008 cit. por Nesheli *et al.*, 2014). Este facto torna-se relevante na medida em que a deficiência de ferro, não só poderá conduzir a anemia ferropénica, mas também a défices neurológicos (Nesheli *et al.*, 2014; Salari, Rezapour e Khalili, 2014 e Rincón *et al.*, 2014). Por outro lado, este acréscimo de

sangue ao RN poderá constituir um risco do RN desenvolver hiperbilirrubinemia, policitemia, taquipneia transitória e hemorragia materna (Nesheli *et al.*, 2014).

Neste sentido, surge a necessidade, fazendo um balanço entre os benefícios e os riscos das duas condutas em estudo, de determinar qual o momento ou intervalo de tempo em que a circulação feto-placentária deve ser cessada. Uma vez determinada, adotar-se-á uma das condutas, descrevendo as atividades nela envolvidas, constituindo um guia para a prática. Para tal, será necessário realizar uma pesquisa rigorosa da literatura existente neste domínio, de modo a extrair evidência científica e a tomar decisões baseadas nessa mesma evidência.

Serve como guia a este estudo a questão formulada pelo critério PICO (The Joanna Briggs Institute, 2014), ou seja, população alvo (P) – recém-nascido de termo, intervenção (I) – clampagem do cordão umbilical, comparação (C)- precoce ou tardia e resultados (O) – desfecho neonatal, traduzindo-se em: Qual o desfecho neonatal decorrente da clampagem precoce ou tardia do cordão umbilical no recém-nascido de termo?

Assim sendo, é realizada uma revisão integrativa da literatura, na qual Mendes, Silveira e Galvão (2008) referem tratar-se de uma construção da análise ampla da literatura e que Broome (*In* Rodgers e Knafel, 2000 cit. por Mendes, Silveira e Galvão, 2008) diz ter o propósito de obter um profundo entendimento de um determinado assunto baseado em estudos anteriores, sendo, para tal, necessário seguir padrões de rigor metodológico e clareza na apresentação de resultados. Pretende-se com isto, cumprir o objetivo de perceber se os diferentes tempos de clampagem têm implicações na saúde neonatal, e em que medida.

2.2.1.2. Método

De forma a ir ao encontro da questão previamente formulada, foi necessário identificar todos os estudos relevantes e com qualidade metodológica para a construção da revisão, seguindo a abordagem metodológica do Instituto Joanna Briggs (2014) e tendo ainda em conta as orientações descritas por Marques e colaboradores (2008).

Assim, de maneira a reunir os estudos a ser incluídos nesta revisão, foram estabelecidos, previamente, filtros em forma de critérios de inclusão e exclusão para assim assegurar a pertinência e a qualidade da questão. Deste modo, os critérios de inclusão dos artigos foram os seguintes: participantes – parturientes em gestação de termo e de feto único e neonatos, sem complicações, nascidos por parto eutócico; intervenção - realização da clampagem do cordão umbilical; comparação – estudos com reflexão dos efeitos da clampagem precoce e/ou tardia; e os resultados – implicações da clampagem tardia e precoce no desfecho neonatal. Como critérios de exclusão abrangeram-se os recém-nascidos pré-termo, em apresentação pélvica e as gestações múltiplas, por falta de controlo do tempo de clampagem do cordão umbilical nestas condições.

No processo de pesquisa, outros fatores como a data de publicação, o idioma e o acesso ao texto integral foram também considerados. Assim, foram tidos em consideração os seguintes filtros para a realização da busca e seleção dos estudos: estudos no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica, sempre que possível, estudos com acesso ao texto integral em português, inglês ou castelhano; e ainda, estudos que cumpram os critérios de qualidade.

Determinados critérios de avaliação foram ponderados para qualificar o desfecho neonatal. Assim, foram exploradas variáveis como a concentração de hemoglobina, ferro e ferritina, bilirrubina, hematócrito, presença de icterícia e consequente necessidade de fototerapia, dificuldade respiratória, necessidade de admissão na unidade de cuidados intensivos neonatal e desfecho neurodesenvolvimental.

A pesquisa foi realizada entre maio de 2016 e abril de 2017 e, para a seleção dos artigos foi utilizado o motor de busca EBSCOHost, que inclui as bases de dados Academic Search Complete, CINAHL Complete, CINAHL Plus with Full Text, MedicLatina e MEDLINE with Full Text. As bases de dados PubMed, Elsevier e Cochrane, Academic Google e Web of Science foram também usadas durante o processo de pesquisa. De modo a restringir a pesquisa foram utilizados descritores previamente verificados no MeSH Browser e adotada a seguinte conjugação booleana: (“umbilical cord” AND clamp*) AND (time OR timing) NOT (preterm OR premature OR pre-term). Foram ainda impostos limites temporais à pesquisa, de 2010 a 2017, de forma aos estudos não reportarem evidência desatualizada.

Após a seleção dos estudos, estes foram submetidos à avaliação da qualidade metodológica bem como, numa fase posterior, à extração e síntese de dados através dos instrumentos e dos seus parâmetros avaliadores, JBI Qualitative Assessment and Review Instrument (QARI)

e JBI Meta-Analysis of Statistics Assessment and Review Instrument (MAStARI), que constam em anexo³ a este documento.

2.2.1.1. Resultados

Num primeiro refinamento da pesquisa foram identificados 90 artigos, destes, foram eliminados 28 por estarem duplicados, resumindo-se a amostra a 62. Dos restantes artigos foram, posteriormente, eliminados 25 pelo título, tendo sido excluídos aqueles cujo título não continha qualquer referência à temática em estudo e, deste modo, não iria ao encontro à questão de partida. Dos 37 que restaram, apenas 30 estavam disponíveis em texto integral. Destes 30 artigos, após a leitura do resumo, no sentido de identificar os estudos que integrariam os critérios da revisão, excluíram-se 13, ficando, desta forma, 17 artigos que se enquadravam na pesquisa e com potencial para dar resposta à questão formulada inicialmente. Finalmente, procedeu-se à leitura dos mesmos e após este processo, foram excluídos 11 estudos por não obedecerem aos critérios de inclusão.

De forma a configurar maior credibilidade ao estudo, foi ainda analisado o nível de evidência dos estudos integrados na revisão, resultando em um estudo de nível 1a, correspondente à revisão sistemática, três de nível 1b, retratando os ensaios clínicos randomizados, refletindo-se, ambos os desenhos, num grau de recomendação A e, por fim, o estudo de natureza coorte, traduz-se num nível de evidência 2b, correspondendo ao grau de recomendação B (Howick, 2009). Tratando-se de uma avaliação satisfatória, todos os estudos permaneceram para a realização da análise.

³ Anexo 1 - Instrumentos de Avaliação da Qualidade, Extração e Síntese de dados

No total da pesquisa foi estabelecido um processo de seleção dos estudos como demonstrado no Figura 1.

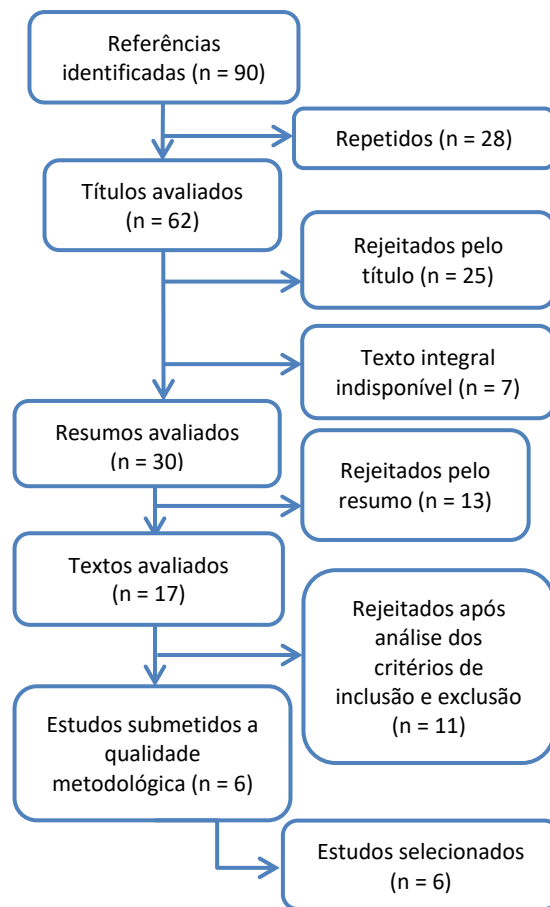


Figura 1 - Processo de seleção dos estudos

Para avaliação da qualidade e extração de dados dos estudos, foram utilizados os instrumentos QARI e MASTARI (The Joanna Briggs Institute, 2014), conforme a natureza dos artigos. Da seleção feita, 1 dos estudos seria de natureza coorte, 4 ensaios clínicos randomizados, sendo o último, uma revisão sistemática da literatura. Como tal foram avaliados os 9 itens preconizados pelo MASTARI no que diz respeito aos ensaios clínicos randomizados, outros 9, para o estudo de coorte assim como os 10 itens para a avaliação da revisão sistemática pelo QARI.

Desta apreciação, resultou a permanência de todos os estudos em questão, uma vez que preenchem os critérios de qualidade. No caso dos ensaios clínicos randomizados, a seleção dos grupos e a alocação dos participantes foi realizada de forma aleatória, a avaliação dos resultados, bem como a descrição e comparação foram realizadas de igual forma em ambos os grupos. A revisão sistemática, apresentava congruência entre a metodologia de investigação e a questão de investigação ou os objetivos, os métodos usados na colheita de dados, a análise dos dados, interpretação dos resultados e a as conclusões apresentadas no

relatório de investigação derivaram da análise e interpretação dos dados. No caso do estudo coorte, os participantes situavam-se num ponto de situação semelhante, os resultados iam ao encontro dos objetivos inicialmente delineados, o acompanhamento foi realizado em tempo suficiente, e os resultados foram avaliados de forma fiável e são apresentados e descritos na análise.

Foram analisados no total 6 estudos. Estes encontram-se apresentados por ordem cronológica no Quadro 1.

Estudo	Autor(es)	Ano	Revista
#1- Efecto del clampeo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida. Estudio clínico controlado aleatorizado	Cernadas, J.M.C.; Carroli, G.; Pellegrini, L.; Ferreira, M.; Ricci, C.; Casas, O.; Lardizabal, J; e Morasso, M.C.	2010	Archivos Argentinos De Pediatría
#2 - Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial	Andersson, O.; Hellström-Westas, L.; Andersson, D.; e Domellöf, M.	2011	The BMJ
#3- Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review)	McDonald, S.J.; Middleton, P.; Dowswell, T.; e Morris, P.S.	2013	Cochrane Database of Systematic Reviews
#4 - Time of cord clamping and neonatal complications, a prospective study	Rincón, D.; Foguet, A.; Rojas, M.; Segarra, E.; Sacristán, E.; Teixidor, R.; e Ortega A.	2014	Anales de Pediatría
#5 - Effect of late vs early clamping of the umbilical cord (on haemoglobin level) in full-term neonates	Nesheli, H.M.; Esmailzadeh, S.; Haghshenas, M.; Bijani, A.; e Moghaddam, T.G.	2014	Journal of the Pakistan Medical Association
#6 - Late umbilical cord clamping, neonatal hematocrit and Apgar scores: A randomized controlled trial	Salari, Z.; Rezapour, M.; e Khalili, N.	2014	Journal of Neonatal-Perinatal Medicine

Quadro 1 – Artigos incluídos na revisão

Os estudos analisados são provenientes de diferentes países, entre os quais: Argentina, Suécia, Espanha e Irão, o que configura uma diversidade cultural enriquecedora para esta revisão. Quanto

aos instrumentos de recolha de dados foi utilizada, em todos os estudos, a análise estatística. As amostras dos estudos foram também variadas, compreendendo valores entre 56 (Salari, Rezapour e Khalili, 2014) e 400 (Andersson et al., 2011) RN que, em todos os estudos, com exceção da revisão, se encontraram divididos em grupos de clampagem precoce, tardia e, em dois estes estudos (Cernadas et al., 2010 e Rincón et al., 2014), acresce a clampagem intermédia.

As intervenções estudadas nos diversos estudos, embora com enfoques diferentes, nomeadamente, os níveis séricos de ferro e de ferritina (Andersson et al., 2011 e Cernadas et al., 2010, Rincón et al., 2014), o score do Apgar (McDonald et al., 2013 e Salari, Rezapour e Khalili, 2014), a hemoglobina e o hematócrito (Andersson et al., 2011, McDonald et al., 2013 e Nesheli et al., 2014), bilirrubina (Rincón et al., 2014), os riscos na saúde neonatal como a anemia, a policitemia, e a presença de icterícia clínica e necessidade de tratamento (McDonald et al., 2013, Rincón et al., 2014 e Nesheli et al., 2014), a dificuldade respiratória e a necessidade de admissão na unidade de cuidados intensivos (Andersson et al., 2011, McDonald et al., 2013 e Nesheli et al., 2014), e o desfecho neurodesenvolvimental (Andersson et al., 2011, McDonald et al., 2013), têm a semelhança de permitir responder à questão guia da revisão.

Assim, tendo como referência a questão inicialmente proposta, ou seja, “Qual o desfecho neonatal decorrente da clampagem precoce ou tardia do cordão umbilical no recém-nascido de termo?” e, após a leitura, extração e síntese dos dados de todos os estudos é então possível agregar a informação, e a partir da sua compilação, responder à mesma. Todos os estudos estabeleceram relações diretas entre o tempo de clampagem e o desfecho neonatal, não tendo, porém, sido estabelecida uma relação estatisticamente significativa em todas as variáveis em estudo.

Segue-se em formato de quadro (2), o resumo dos dados extraídos após a avaliação crítica dos estudos.

Estudo País	Objetivo	Desenho	Participantes	Duração	Resultados	Conclusões	Nível de Evidência/ Recomendação
#1 Argentina	Avaliar o efeito do tempo de clampagem do cordão umbilical no hematócrito venoso e na evolução neonatal	Experimental, Ensaio Clínico Randomizado, Prospetivo	276 RN, 255 foram acompanhados ao longo do tempo, 86 fizeram parte do grupo da clampagem precoce, 83 da clampagem ao primeiro minuto e 83 ao terceiro minuto	6 Meses	<p>A ferritina foi significativamente mais alta nos RN com clampagem ao terceiro minuto (33,2µg/L) comparativamente à clampagem precoce (20,9µg/L) e ao primeiro minuto (20,5µg). Entre as duas últimas não se notaram diferenças estatisticamente significativas.</p> <p>Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas quanto aos valores médios de hemoglobina e volume corpuscular nos três grupos.</p> <p>A prevalência de anemia por deficiência de ferro mostrou diferenças, já que o grupo da clampagem precoce refletiu 7% de RN com anemia, a clampagem ao terceiro minuto 3,6% e a clampagem ao primeiro minuto 2,4%.</p> <p>Relativamente a doenças desenvolvidas nos primeiros 6 meses de vida, não se constatou quaisquer diferenças.</p>	Verificou-se que, embora não se constatasse diferenças estatisticamente significativas relativamente aos níveis da hemoglobina, a clampagem tardia (3 minutos) significou um aumento significativo nas concentrações de ferritina aos 6 meses de idade.	1b/ A

#2 Suécia	Investigar os efeitos da clampagem tardia do cordão umbilical, comparativamente à clampagem precoce, no estado de ferro infantil aos 4 meses de idade, num cenário europeu	Experimental, Ensaio Clínico Randomizado, Prospetivo	400 RN de termo após uma gravidez de feto único, afastada de riscos, colocados aleatoriamente em dois grupos, o grupo da clampagem tardia (≥ 180 segundos) e clampagem precoce (≤ 10 segundos)	Abril de 2008 a Maio de 2009	Entre ambos os grupos não foram encontradas diferenças no que concerne à concentração de hemoglobina. O grupo de estudo, ou seja, os RN submetidos à clampagem tardia, reportaram um maior nível de concentração média de ferritina ($117\mu\text{g/L}$ vs $81\mu\text{g/L}$, $p < 0.001$) e menor prevalência de deficiência de ferro (1 vs 10, $p = 0.01$). Quanto às variáveis secundárias, o grupo da clampagem tardia mostrou ainda menor prevalência relativamente à anemia neonatal ao 2º dia de idade (2 vs 10, $p = 0.01$). Não foram achadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que diz respeito aos sintomas respiratórios, policitemia ou hiperbilirrubinemia com necessidade de realização de fototerapia.	A clampagem do cordão umbilical realizada tardiamente, comparativamente com a precoce, resulta num aumento do estado de ferro, menor deficiência de ferro aos 4 meses de idade e uma prevalência de anemia neonatal reduzida, sem, para tal, ter tradução em efeitos adversos na saúde neonatal.	1b/ A
--------------	--	--	--	------------------------------	---	--	----------

#3 Austrália	Determinar os efeitos da clampagem precoce do cordão umbilical comparativamente com a clampagem tardia após o nascimento no desfecho materno e neonatal	Revisão Sistemática da Literatura, Metanálise	15 Ensaios Clínicos Randomizados, comparando a clampagem tardia e precoce, envolvendo um total de 3911 díades após uma gravidez de feto único, de termo, em apresentação cefálica	13 de Fevereiro de 2013	Desfecho materno: Nenhum estudo reportou morte materna ou morbidade severa. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no resultado primário de hemorragia pós-parto severa. Quanto à hemorragia pós parto de 500ml de sangue ou mais, uso de uterotónicos ou valores médios de hemoglobina, tampouco se verificou diferenças significativas. Desfecho neonatal: Não se constataram diferenças estatisticamente significativas quanto às variáveis de mortalidade ou morbidades neonatais como o <i>score</i> do Apgar inferior a 7 aos 5 minutos, bem como a admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais. No grupo de clampagem precoce verificou-se um número maior de casos de icterícia com necessidade de realização de fototerapia. Quanto ao grupo de clampagem tardia, apresentou maior peso ao nascimento, concentrações superiores de hemoglobina e	Este estudo mostra que a clampagem tardia do cordão umbilical parece ser a abordagem mais adequada já que reporta valores mais altos de hemoglobina nos primeiros dias de vida e aumento das reservas de ferro na infância. Conclui-se assim que este procedimento é benéfico, sempre que o tratamento da icterícia com fototerapia se encontrar disponível.	1a/ A
-----------------	---	---	---	-------------------------	--	--	----------

					reservas de ferro comparativamente ao grupo de clampagem precoce, que presenciou duas vezes mais casos de deficiência de ferro aos 3 e aos 6 meses.		
#4 Girona	Investigar os efeitos da clampagem precoce ou tardia do cordão umbilical em RN de termo, avaliando os níveis de hemoglobina, hematócrito e ferritina e as suas correlações com algumas complicações	Observacional, Coorte, Prospetivo	242 RN saudáveis, nascidos por parto eutócico ou distócico, após gravidez sem complicações, incluídos em grupos conforme o procedimento realizado: 80 no grupo 1 (<60s), 31 no grupo 2 (1-2 min) e 131 no grupo 3 (2-3 min)	Maio de 2009 a Maio de 2010	<p>Não se comprovaram heterogeneidades nas características socio-económico-demográficas materno infantis entre os grupos.</p> <p>Os testes realizados à nascença demonstraram diferenças significativas nos RN expostos à clampagem tardia, apresentando valores mais elevados de ferritina (g1:17.3mg/dl, g2: 125mg/dl; g3: 173mg/dl, p<0.01).</p> <p>No segundo teste, às 48h de vida, também o grupo da clampagem tardia mostrou diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito aos valores de hemoglobina (g1: 17.3 g/dl, g2: 18.9 g/dl, g3: 19.2 g/dl; p<0.01), hematócrito (g1: 53.4%, g2:58%, g3: 59%; p<0.01) e ferritina (g1: 254 mg/dl, g2: 254.7 mg/dl, g3: 313 mg/dl; p = 0.008).</p>	Neste estudo foi possível concluir que a clampagem tardia do cordão umbilical apresenta-se com um aumento no hematócrito, hemoglobina e ferritina às 48h de vida, bem como uma maior incidência da policitemia sintomática.	2b/ B

					O grupo 3 verificou mais casos de incidência de policitemia.		
#5 Irão	Compreender o efeito da clampagem tardia ou precoce no nível de hemoglobina do recém-nascido de termo	Experimental, Ensaio Clínico Randomizado, Prospetivo	60 RN de termo, nascidos por parto vaginal. O grupo foi aleatoriamente dividido em dois (30 na clampagem precoce e 30 na clampagem tardia)	6 Meses	Os níveis médios de hemoglobina ($p < 0.001$), hematócrito ($p < 0.001$), ferro ($p < 0.024$) e transferrina ($p < 0.009$) foram significativamente mais elevados no grupo da clampagem tardia. Os valores de ferritina foram também elevados, no entanto, não estatisticamente significativas ($p < 0.071$). Os casos de policitemia, icterícia e outros efeitos secundários não se verificaram.	No presente estudo, o efeito da clampagem tardia mostrou-se mais benéfica comparativamente à clampagem precoce no que se refere às concentrações de hemoglobina, hematócrito, ferro e transferrina aos 6 meses de idade. Deste modo, sendo uma técnica simples, segura e efetiva, é sugerido pelos autores o uso deste procedimento já que aumenta as reservas de ferro e reduz as prevalências de deficiência de ferro.	1b/ A

#6 Irão	Comparar o impacto da implementação de dois diferentes tempos de clampagem do cordão umbilical no hematócrito e no score de Apgar	Experimental, Ensaio Clínico Randomizado, Prospetivo	56 RN, saudáveis, de termo, nascidos por parto vaginal, alocados ao grupo de clampagem precoce (10s) e tardia (3min)	18 Horas	O grupo da clampagem tardia apresentou níveis mais elevados de hematócrito às 2h ($p=0.0003$) e às 18h de vida ($p=0.0002$), traduzindo-se em diferenças estatisticamente significativas. O score do Apgar ao 5º minuto ($p=0.2$), bem como a duração do 3º período de TP ($p=0.5$), não demonstraram diferenças significativas.	Constatou-se com este estudo que a clampagem tardia do cordão umbilical conduziu a um aumento significativo no hematócrito do RN, sem ter qualquer influência no score do Apgar e na duração do 3º Período de TP.	1b/ A
------------	---	--	--	----------	--	---	----------

Quadro 1 - Resumo dos dados extraídos dos estudos

2.2.1.4. Discussão

Após a análise de todos os artigos que serviram para divulgar os resultados da influência do tempo de clampagem no desfecho neonatal, verifica-se que estes possuem um enquadramento semelhante, embora com ênfase de aspectos particulares diversos. Assim, verifica-se que, embora os enfoques tenham sido diferentes, todos os estudos contribuíram para formular uma resposta à questão criada *a priori*.

Resulta assim, deste estudo, a evidência que diz que, de facto, é possível estabelecer uma relação causa-efeito entre os diferentes tempos de clampagem. Sendo que, ambas as técnicas, falando na clampagem precoce e tardia, trazem vantagens e desvantagens para a diáde. Todavia, a clampagem tardia, após ponderação de riscos e benefícios, foi a intervenção eleita, em todos os estudos.

É pertinente realçar que não foram reportados casos de óbitos ou morbidades severas em todos os casos estudados com ou sem relação direta com o tempo de clampagem do cordão (McDonald *et al.*, 2013).

Mencionando os desfechos neonatais, foram constatadas diversas diferenças aquando da implementação das distintas práticas.

Relativamente às particularidades iniciais que caracterizam a transição para a vida extra uterina, como o *score* de Apgar, foram abordadas nos estudos #3 e #6. No que diz respeito ao *score* de Apgar, estes dois estudos estão de acordo ao revelar que não parece haver diferenças entre grupos em todas as variáveis a nível estatístico, porém, Salari, Rezapour e Khalili (2014) revelam que, em termos absolutos, o *score* médio de Apgar no 5º minuto mostrou-se mais elevado no grupo da clampagem tardia.

McDonald *et al.* (2013) exploraram ainda as diferenças do peso ao nascimento, constatando valores mais baixos no grupo da clampagem precoce do cordão umbilical.

A anemia neonatal, e nos lactentes, embora em decréscimo, apresenta ainda uma prevalência considerável, segundo Ianicelli *et al.* (2012), num estudo realizado em crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 5 meses, de 28,9%. Assim sendo, apresenta-se como um problema de saúde pública com potenciais consequências no desenvolvimento infantil.

Dentro dos estudos analisados, vários foram os autores que estudaram as características do sangue do recém-nascido neste âmbito, tais como a hemoglobina, o hematócrito, volume corpuscular médio e hemoglobina corpuscular média, tendo, contudo, se verificado mais enfoque por parto dos estudos #3, #4, #5 e #6.

Verificou-se uma grande diversidade nos momentos de avaliação dos parâmetros acima mencionados. Rincón *et al.* (2014) e McDonald *et al.* (2013) começaram por analisar o sangue do cordão umbilical, na qual os primeiros não encontraram diferenças nos diversos grupos relativamente aos valores de hemoglobina e hematócrito. No entanto, os segundos apuraram maiores concentrações no grupo de clampagem precoce, não se tendo, por isto, chegado a um consenso.

Nas primeiras horas de vida foram McDonald *et al.* (2013) e Salari, Rezapour e Khalili (2014) que avaliaram os níveis de hemoglobina e hematócrito, sendo consensual a conclusão de que a hemoglobina e hematócrito apresentariam valores mais elevados no grupo de clampagem tardia. McDonald *et al.* (2013) e Salari, Rezapour e Khalili (2014) acrescentam ainda que, às 6 e 18 horas de vida, respetivamente, o grupo de clampagem tardia apresentava menor incidência de anemia, considerada quando o valor do hematócrito fosse inferior a 45%.

Entre as 24 e as 48 horas de vida, estas variáveis foram estudadas por McDonald *et al.* (2013) e Rincón *et al.* (2014), que constataram a persistência de diferenças estatisticamente significativas e valores mais elevados de hemoglobina e hematócrito no grupo de clampagem tardia.

A longo prazo, Andersson *et al.* (2011), McDonald *et al.* (2013) e Nesheli *et al.* (2014) avaliaram, entre os 3 e os 6 meses de idade, estes mesmos parâmetros, aos quais Andersson *et al.* (2011) e MacDonalld *et al.* (2013) referem não constatar diferenças estatisticamente significativas quanto aos valores de hemoglobina e hematócrito a longo prazo e ao qual Nesheli *et al.* (2014) discordam, constatando que aos 6 meses de idade estes valores estão aumentados no grupo da clampagem tardia.

Estes últimos autores, apoiados por Andersson *et al.* (2011) assumem diferenças relativamente a resultados de outros estudos e defendem-se revelando uma particularidade na intervenção. Estes, para a realização da clampagem tardia tiveram em consideração a posição do RN em relação a placenta, por outras palavras, os RN foram

segurados numa posição nunca superior à placenta, pressupondo que a gravidade favorecesse a transfusão adicional de sangue.

Estes últimos autores, apoiados por Andersson *et al.* (2011) assumem diferenças relativamente a resultados de outros estudos e defendem-se revelando uma particularidade na intervenção. Estes, para a realização da clampagem tardia tiveram em consideração a posição do RN em relação a placenta, por outras palavras, os RN foram segurados numa posição nunca superior à placenta, pressupondo que a gravidade favorecesse a transfusão adicional de sangue.

Em termos dos valores do ferro, um dos compostos do sangue, estes foram também estudados, sobretudo com ênfase por parte de Cernadas *et al.* (2010) e Andersson *et al.* (2011).

A deficiência de ferro e a anemia ferropénica é a deficiência nutricional mais frequente nos primeiros dois anos de vida das crianças e constitui um dos problemas major na saúde mundial (Cernadas *et al.*, 2010 e Andersson *et al.*, 2011). Inclusive, não deverá ser levada de forma leviana, já que desempenha um papel crucial do desenvolvimento cognitivo, motor e comportamental da criança, sendo essencial para o desenvolvimento cerebral, incluindo a mielinização, dendritogénese, função neurotransmissora e metabolismo energético neuronal e glial (Andersson *et al.*, 2011). Na infância, o rápido crescimento requer elevados níveis de ferro, no entanto, a entrada deste ião no organismo faz-se de forma lenta, conduzindo, muitas das vezes, a anemia ferropénica, a forma mais severa da deficiência de ferro (WHO, 2014b).

Dada a sua importância, esta variável foi muito estudada entre os artigos selecionados. Para avaliação deste fenómeno foram estudados os valores séricos do ferro, transferrina (proteína responsável pelo transporte do ferro no plasma) e ferritina (proteína responsável pelo armazenamento do ferro no sangue) (Cernadas *et al.*, 2010; Bringhenti, 2011; Andersson *et al.*, 2011; McDonald *et al.*, 2013, Nesheli *et al.*, 2014 e Rincón *et al.*, 2014).

Comumente a todos os estudos, os parâmetros que caracterizam o ferro no organismo apresentam valores mais elevados no grupo de clampagem tardia a curto e a longo prazo, isto é, entre os 3 e os 6 meses (Cernadas *et al.*, 2010; Andersson *et al.*, 2011; McDonald *et al.*, 2013, Nesheli *et al.*, 2014 e Rincón *et al.*, 2014). Acerca disto, Cernadas *et al.* (2010), Andersson *et al.* (2011) e McDonald *et al.* (2013) acrescentam que o grupo de clampagem precoce apresenta mais probabilidade de desenvolver anemia por défice de ferro. De facto, é de realçar que no estudo desenvolvido por Cernadas *et al.* (2010), enquanto que o grupo

de clampagem precoce (imediate) apresentou 7% de crianças com anemia ferropénica, o grupo de clampagem tardia (3º min) apresentou apenas 2,4%.

No entanto, nos estudos de Andersson *et al.* (2011) e McDonald *et al.* (2013) não foram verificadas quaisquer alterações neurodesenvolvimentais em ambos os grupos a longo prazo.

Nada está despromovido de riscos e, como tal, os efeitos adversos da clampagem tardia foram explorados por todos os artigos analisados. Entre estes encontram-se a policitemia, icterícia com e sem necessidade de realização de fototerapia, dificuldade respiratória e necessidade de internamento na unidade de cuidados intensivos.

Relativamente a estes efeitos indesejáveis, embora a policitemia tenha sido apontada como principal preocupação da clampagem tardia (Usher, Shephard e Lind, 1963 e Saigal *et al.*, 1972 cit. por Salari, Rezapour e Khalili, 2014), notaram-se diferenças na presença de icterícia com necessidade de fototerapia apenas por McDonald *et al.* (2013).

Embora não tenha sido foco de atenção na elaboração da questão de partida e critério de inclusão na realização desta pesquisa, os desfechos obstétricos foram também analisados por parte de dois dos estudos, o que pode ser um acréscimo importante para a tomada de decisão e eleição da prática a realizar.

Tanto Salari, Rezapour e Khalili (2014) como McDonald *et al.* (2013), e estes últimos, mais profundamente, estudaram variáveis que caracterizam os desfechos obstétricos, como a mortalidade, morbidade, hemorragia, perda sanguínea média, necessidade de transfusão de sangue, necessidade de remoção manual da placenta, duração do 3º período de TP, entre outros.

A redução do 3º período de TP, a chamada dequitação, pode significar o decréscimo da hemorragia pós-parto e o risco de transfusão fetomaterna, importante nos casos de incompatibilidade do fator *Rhesus* (Salari, Rezapour e Khalili, 2014).

No decurso do mencionado acima, Salari, Rezapour e Khalili (2014), embora tenham verificado uma duração do 3º período inferior no grupo da clampagem tardia, não se constatarem diferenças significativas comparativamente com o tempo de clampagem precoce, em semelhança às publicações estudadas por estes autores, publicadas pelo Oxford Midwives Research Group (1991), Botha *et al.* (1968) e Jahazi *et al.* (2008). Os estudos analisados por McDonald e colaboradores (2013) estão também em concordância com estes resultados.

McDonald *et al.* (2013) acrescentam ainda, relativamente aos resultados obstétricos, que tampouco foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas restantes variáveis maternas estudadas, isto é, hemorragia severa (>1000ml), hemorragia pós-parto (\geq 500ml), perda sanguínea média, hemoglobina pós-parto, necessidade de transfusão, e uso de uterotónicos. Quanto à necessidade de remoção manual da placenta, estes autores conferem também a inexistência de diferenças, facto que Salari, Rezapour e Khalili (2014), corroboram.

2.2.1.5. Conclusões

A clampagem do cordão umbilical, no exercício profissional do enfermeiro especialista, não deverá ser entendida como um elemento da técnica do parto senão como uma intervenção e decisão a ser ponderada segundo o juízo crítico-reflexivo, atendendo tanto às condições socio-económico-demográficas, bem como as condições de saúde materno infantis.

Após a análise dos diversos estudos verificou-se que os tempos e definições de clampagem precoce e tardia não se encontram em conformidade, no entanto, foi consensual que a clampagem precoce foi sempre realizada antes do primeiro minuto após nascimento e a clampagem tardia, entre o primeiro e terceiro minuto de vida.

Por todas as razões mencionadas no subcapítulo anterior, sobretudo no que diz respeito ao aumento das reservas de ferro, que constitui cerca de 40 a 50mg de ferro adicionais (Cernadas *et al.*, 2010), a luta contra a anemia deverá ser uma prioridade.

É necessário ainda suportar a noção de que os RN submetidos à clampagem tardia do cordão umbilical, iniciam a sua vida com uma massa eritrocítica superior, níveis mais elevados de hemoglobina e reservas de ferro, preparando-os para a infância (Rincón *et al.*, 2014).

Parece assim que a prática a instituir será a clampagem tardia do cordão. Esta prática, também recomendada e aprovada pela OMS (2014b) deverá ser realizada, num período entre 1 a 3 minutos, já que, é após os 3 minutos que, na generalidade, a veia umbilical

colapsa, dando termo à circulação fetoplacentária (Morley, 1998 cit in Salari, Rezapour e Khalili, 2014).

Parece assim que a prática a instituir será a clampagem tardia do cordão. Esta prática, também recomendada e aprovada pela OMS (2014b) deverá ser realizada, num período entre 1 a 3 minutos, já que, é após os 3 minutos que, na generalidade, a veia umbilical colapsa, dando termo à circulação fetoplacentária (Morley, 1998 cit in Salari, Rezapour e Khalili, 2014).

Esta prática e tal como os estudos #2 e #5 apoiam, deverá ser realizada com o RN a um nível não superior ao do útero/placenta, sendo possível o corte no abdómen materno, acessível à mãe e pai, contribuindo assim para o aumento de volume de sangue em 32%, auxiliado por ação da gravidade (Andersson *et al.*, 2011 e Nesheli *et al.*, 2014). Mais indicações constam anexadas⁴ ao relatório.

Visto que a hiperbilirrubinemia se mostrou como único efeito indesejado da implementação da clampagem tardia, recomenda-se que seja esperado tanto mais tempo quanto possível, quando na presença de um hospital com fototerapia disponível.

Assim, a clampagem tardia do cordão umbilical constitui uma prática simples, segura e efetiva, sem grandes riscos acrescidos, podendo ser realizada em todos os partos, com pequenas exceções. A título de exemplo, fala-se da necessidade de reanimação, sendo necessário clampar o cordão umbilical de forma a permitir a ventilação eficaz com necessidade de ventilação com pressão positiva (WHO, 2014b). No RN com mãe seropositiva ou seropositividade desconhecida para HIV, ao contrário do pressuposto, também está aconselhado a clampagem tardia visto que o fluxo sanguíneo da placenta para o RN é o mesmo fluxo que ocorre durante a gravidez, não havendo evidência que 1 a 3 minutos de fluxo sanguíneo adicional da placenta, após o nascimento, aumente a possibilidade de transmissão (WHO, 2012 *cit in* WHO, 2014).

A clampagem tardia do cordão umbilical deverá ser encarada numa abordagem mais liberal no RN de termo e saudável. Para tal, torna-se necessário, a implementação de novas políticas nos hospitais, realização de ações na comunidade, mas sobretudo, mudar comportamentos e mentalidades dos profissionais, tendo em foco que a melhor intervenção realizada é aquela assentada na prática baseada na evidência.

⁴ Anexo 2 – Clampagem do Cordão Umbilical: um guia para a prática

2.3. Autocuidado Pós-parto e Parentalidade

Após o TP e parto segue-se um período denominado de puerpério, ou vulgarmente conhecido como período pós-parto, sendo que Cunningham *et al.* (2012) o define como o período compreendido entre as 4 e 6 semanas após o parto e onde as mulheres apresentam mudanças fisiológicas decorrentes da passagem do estado gravídico para o estado não gravídico. Este período começa imediatamente 2 horas após a expulsão do conteúdo uterino, isto é, feto, cordão umbilical, placenta e membranas amnióticas, tem uma duração de 6 semanas ou mais, uma vez que cada mulher poderá apresentar variações na duração deste mesmo período, dada a individualidade dos processos e mudanças fisiológicas. Este pode ser dividido em puerpério imediato (0 a 10 dias após o parto), tardio (11 a 45 dias seguintes ao parto) e remoto (46 a 60 dias pós-parto) (Oliveira, Quirino & Rodrigues, 2012 cit. por Soler, 2015).

Concluído o quarto estadio do TP, ou seja, as primeiras 1 a 2 horas após o nascimento (Kelly Crum *In* Lowdermilk e Perry, 2008a), a puérpera e o respetivo RN ou recém-nascidos, em caso de gestações múltiplas, são transferidos para a unidade de puerpério, assegurando que as primeiras horas pós-parto de ambos estejam a decorrer dentro daquilo que é considerado fisiológico.

Esta unidade acolhe todas as puérperas e RN de baixo risco, independentemente do tipo de parto, em regime de alojamento conjunto, isto é, visando a permanência do RN de baixo risco junto à sua progenitora, 24 horas por dia, até à alta hospitalar de ambos (Almeida e Silva, 2008).

O tempo de permanência na unidade relaciona-se com diversos fatores, como o tipo de parto, a data e a hora. Nos partos por cesariana, devido aos riscos que uma cirurgia abdominal acarreta, o internamento tem uma duração de três dias, ao invés dos dois dias no caso de partos eutócicos ou distócicos auxiliados por ventosa.

A atenção à puérpera e ao RN no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal, sendo que esse atendimento deverá ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar, assim como na avaliação posterior, na comunidade. Até ao momento da alta, a vigilância materno-infantil é realizada por enfermeiros que monitorizam de perto a díade, quer como indivíduos quer como sistema,

desde o momento da transferência da sala de partos e admissão na unidade de puerpério, até à saída destes para o domicílio.

Atualmente, com o decréscimo da natalidade e com o adiamento da maternidade, as mães e os pais têm menos oportunidades de adquirirem conhecimentos relacionados com a parentalidade a partir de experiências anteriores. Isto significa que não cuidaram de familiares mais novos, não assistiram mães a amamentar e, por vezes, nem tão pouco pegaram num bebé ao colo, podendo significar que os pais de primeira viagem possam estar menos bem preparados para assumir o papel parental (Cardoso, 2011).

Na maioria dos casos, o internamento tem uma duração de 48 horas, traduzindo-se num grande impacto no momento de chegada a casa, sem noção por parte dos pais daquilo que é esperado fazerem ou saberem fazer, experienciando a responsabilidade de ter a seu cargo, cuidar totalmente de uma criança recém-nascida (Cardoso, 2011).

Citando Cardoso (2011, pp.46) *“Tornar-se mãe ou pai não é um talento natural”* é, segundo Rubin (1974) e Mercer (1995), um processo aprendido mais do que um processo social, cognitivo ou intuitivo e, como tal, requer aprendizagem e adaptação. A presença de conhecimentos e habilidades torna-se favorável nesta vivência, tornando facilitadora a própria transição uma vez que, quanto mais se sabe sobre algo, maior é a capacidade de adaptação à situação em que esses conhecimentos são importantes (Sink, 2009; Willford, 1998 cit. por Cardoso, 2011).

Segundo Moorhead *et al.* (2010), o conhecimento diz respeito à compreensão da informação, bem como a capacidade de a mobilizar, de modo a manter ou restabelecer a saúde, já a habilidade corresponde a uma ação ou tarefa com um objetivo, que pode vir a ser aperfeiçoada pelo treino (Schmidt & Wrisberg, 2001 cit. por Cardoso, 2011). Advêm destes dois conceitos, as competências parentais, que podem ser definidas como o *“conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança”* (Cardoso, 2011, pp.52).

Determinadas necessidades de aprendizagem emergem durante o internamento como a alimentação da criança, desde a amamentação até ao recurso a leite artificial; o crescimento e desenvolvimento; a aparência do RN; a eructação, a regurgitação e os soluços; o padrão de aumento de peso; a higiene e conforto e os cuidados com a pele; o tratamento do coto umbilical; o lidar com o choro e o confortar a criança; viajar e passear com a criança; a segurança e os acidentes na criança; e vigilância da saúde, entre outros.

Portanto, verifica-se que são vastas as competências que os pais têm que adquirir para o desempenho do papel, o que, por vezes, poderá causar algum sentimento de impotência à puérpera. Como tal, desde a admissão até ao momento da alta, foi foco dos cuidados de enfermagem as reais necessidades da mesma, sobretudo a nível educativo, intervindo no sentido de oferecer estratégias de *coping* e adaptação à transição, com ações voltadas para a superação de dificuldades, considerando a escuta ativa, a empatia, o acolhimento e a valorização das especificidades das mulheres, que frequentemente são influenciadas por expectativas sociais relativas à maternidade (Almeida e Silva, 2008).

Concluiu-se acima que a transição não é, de forma alguma, um momento mas sim um processo e, como tal, ocorre por fases. Assim, a descrição deste módulo será redigida tal como foi realizada a abordagem durante o estágio, ou seja, precisamente, tendo em conta diferentes fases, sobretudo, com ênfase na promoção da saúde da puérpera e do RN, tendo em conta a educação para a saúde e a informoterapia. Este facto explica-se devido a sobrevalorização verificada das rotinas institucionais e menos valoração daquilo que a mulher identifica como necessidades prioritárias, facto que Schmied *et. al* (2009, cit. por Silva e Carneiro, 2014) também concluem na sua pesquisa.

No decorrer do conceito abordado acima, Mitchell (1994 cit. por Cardoso, 2011, pp.52) define a terapia pela informação (informoterapia) como a *“prescrição e a disponibilidade oportunas de informações, baseadas na evidência, para responder às necessidades específicas do cliente e para apoiar a tomada de decisão relativas à saúde”*. O objetivo do conjunto de intervenções terapêuticas de enfermagem com base na informoterapia será, portanto, a aquisição e aumento de conhecimentos que permita capacitar o indivíduo a perseguir níveis mais elevados de saúde e menor recorrência aos serviços de saúde, alterando os seus comportamentos e assumindo a responsabilidade pela preservação da saúde (Mitchell, 1994; Mettler & Kemper, 2003 cit. por Cardoso, 2014).

Numa primeira fase, entre o primeiro e o segundo dia do puerpério, denominada a fase dependente, as puérperas procuram direcionar a atenção para si próprias, relatar a experiência do parto e ouvir o que o corpo lhes comunica, satisfazendo as suas necessidades básicas (Manning *In* Lowdermilk e Perry, 2008).

Neste sentido, numa primeira instância, o cerne tornou-se o bem-estar físico e emocional da puérpera, direcionando a educação, apenas no que diz respeito às necessidades puramente básicas da própria e do RN, dando ênfase também aos períodos de escuta. Acresce a isto a vigilância permanente e prevenção de complicações do puerpério.

Sendo o puerpério um período caracterizado pelos riscos a ele inerentes, torna-se essencial a vigilância e os cuidados de enfermagem qualificados, que visem prevenir complicações, providenciar conforto físico e emocional e dotar a utente de conhecimentos e habilidades que a tornem autossuficiente para cuidar de si e do RN (Almeida e Silva, 2008).

Após a confirmação da transferência da puérpera, recolheram-se previamente os dados clínicos materno-infantis, entre eles, os dados biográficos da utente, o grupo de sangue e fator RhD e o tipo de parto, bem como o sexo do RN, o índice de Apgar e os respetivos dados antropométricos. Aquando da chegada da díade, acrescentou-se a informação que a enfermeira especialista ou do bloco operatório, que transfere a utente, transmitiu, como os antecedentes pessoais, o índice obstétrico, os dados sobre a reparação do períneo, caso esta tenha sido realizada, a presença/ausência do agente SGB na mucosa vaginal/retal, a localização do fundo uterino e as características dos lóquios. No que diz respeito ao RN, os dados como a presença dos reflexos primitivos de alimentação, se foi alimentado e de que forma, a eliminação vesical e intestinal e o comportamento nas primeiras horas de vida são também informações que complementaram a transferência da díade.

De seguida, em todas as situações, foi realizado o exame físico a ambos os elementos da díade de forma a que, tal como o regulamento de competências específicas do EEESMOG preconiza, se identifique e monitorize *“o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para lá da sua área de atuação”* (OE, 2010, pp.6).

No que diz respeito ao exame da puérpera, foi realizado, quer na admissão quer uma vez por turno, uma avaliação cefalocaudal de forma a distinguir aquilo que é fisiológico daquilo que poderá ser potencialmente patológico, no puerpério imediato.

São de extrema importância os fatores que podem predispor a puérpera à hemorragia pós-parto, uma vez que, segundo Lowdermilk (*In Lowdermilk e Perry, 2008e*), esta permanece como a maior causa de mortalidade e morbidade materna em todo o mundo. Estes fatores foram tidos em consideração na observação e exame da utente, entre eles estão: um parto precipitado, ou seja, aquele que ocorre após um TP com duração inferior a 3 horas (Lowdermilk *In Lowdermilk e Perry, 2008b*), um feto grande para as estruturas maternas, grande multiparidade, ou seja, com 6 ou mais crianças viáveis paridas, ou um trabalho de parto induzido (Crum *In Lowdermilk e Perry, 2008a*).

Na observação da puérpera, para além dos sinais vitais, que nos dão informação acerca do estado hemodinâmico da utente, foi realizado um exame onde foram observadas a pele e mucosas, as mamas, o abdómen, o períneo e os membros inferiores.

Inicialmente verificou-se a coloração da pele e mucosa ocular e oral, a propósito de despistar a descoloração das mesmas e detetar precocemente um dos sinais de anemia, por provável hemorragia.

De seguida, as mamas foram examinadas de forma a vigiar a consistência, sensibilidade e a presença de colostro, bem como o formato dos mamilos e a sua integridade.

A nível do abdómen, após ser assegurado que a bexiga estaria vazia, foi pesquisado o fundo uterino através da palpação, isto é, com a mão em concha ligeiramente acima do umbigo explorando em direção à sínfise púbica. É esperado que seja sentido o útero bem contraído, o chamado globo de segurança de Pinard, tendo como referência que, ao final de 12 horas o útero estará aproximadamente 1 cm acima do umbigo e ao final de 24 horas ao nível do umbigo uma vez que este, no decorrer normal do puerpério, regride 1 a 2 cm em cada 24 horas, dando-se se o nome a este fenómeno de involução uterina (Crum *In* Lowdermilk e Perry, 2008b). Caso o parto seja por cesariana, foi ainda observada a integridade do penso, especificamente, se este estaria repassado e quais as características do exsudado e ainda, se este estaria bem adaptado à pele. No momento em que a utente foi posicionada para se examinar o períneo foi possível observar os lóquios nos pensos higiénicos e desta forma, determinar a quantidade, a cor e o cheiro dos mesmos. No tempo de internamento e tal como refere a literatura, estes apenas possuirão características hemáticas, tendo como sua composição: sangue, decídua e restos trofoblásticos (Crum *In* Lowdermilk e Perry, 2008b). Se o parto foi eutócico ou distócico auxiliado por ventosa, foi pesquisada no períneo a presença de solução de continuidade da pele e mucosas, se esta se encontrava reparada por sutura, bem como a presença de deiscência da mesma.

Por fim, relativamente aos membros inferiores, para além de ter sido avaliado a presença de edema, através do sinal de Godet, foi ainda pesquisado o sinal de Homan positivo, ou seja, dor espontânea a nível dos músculos gastrocnémios ou aquando da dorsiflexão do pé. Se ambos os sinais são positivos, e ainda associados a calor, rubor e sensibilidade excessiva, poderá transparecer um quadro clínico de tromboflebite ou, em casos mais graves, trombose venosa profunda ou até embolia pulmonar (Cunningham *et al.*, 2012).

Na presença de um puerpério a decorrer dentro da normalidade, ou seja, quando todos os parâmetros avaliados e supracitados se encontram dentro do esperado, as intervenções de enfermagem direccionaram-se no sentido da promoção, facto que a OE (2010, pp.6) realça quando refere que o EEESMOG *“Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto”*. No entanto, este Orgão refere

também que este “*Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto*”, isto perante situações de anormalidades. Entende-se como situações de anormalidades, quando surgem complicações que são impedimento de, após o exame físico e a observação da utente, se considerar que o puerpério está a decorrer dentro do esperado, sendo elas, a hemorragia pós-parto, como referido *a priori*, e consequente anemia, atonia uterina ou subinvolução uterina, infeção, tromboflebite e consequente tromboembolismo e mastite, situações que não foram vivenciadas ao longo deste módulo. Porém, outras complicações relacionadas com a amamentação, como bloqueio dos ductos lactíferos, o ingurgitamento mamário, a maceração ou fissuras mamilares foram presenciadas e serão tratadas com maior ênfase posteriormente (Lowdermilk *In* Lowdermilk e Perry, 2008).

As mudanças biológicas ocorridas durante a transição para o meio extrauterino para o RN são inúmeras. As primeiras 24 horas de vida são consideradas críticas, dada a instabilidade e a imaturidade orgânica do RN e portanto, este deve ser vigiado e monitorizado constantemente (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b).

Relativamente à observação do RN, foi também realizado um exame cefalocaudal à semelhança do que foi realizado na sala de partos após nascimento, no entanto, não tão minuciosa. Primeiramente foi observado o RN externamente, ou seja, o seu estado geral, a sua cor, esperando um bebé rosado, possivelmente com palidez ou cianose nas extremidades, devido à lenta circulação periférica dos mesmos, e a atividade global e reatividade. De facto, foi também confirmada a presença ou ausência de *caput succedaneum* e/ou cefalohematoma e escoriações do couro cabeludo, no sentido de vigiar a sua regressão. No tórax e abdómen foram vigiados sinais de dificuldade respiratória para além da tiragem subcostal, que é considerada normal na adaptação do RN ao meio extrauterino, como é a tiragem intercostal, o adejo nasal e a retração do apêndice xifoide. Ainda no abdómen, observou-se o cordão umbilical, isto é, se este estava devidamente clampado e se apresentava ambas as artérias e uma veia. Passando para a região genital, foi confirmado o sexo e qualquer anomalia da genitália e ainda a confirmação de que o ânus estaria perfurado.

Posto isto, após confirmada a identificação da mãe na pulseira do RN, previamente colocada na sala de partos, foi colocada e ativada a pulseira eletrónica no pé do RN. Esta é obrigatória nos hospitais portugueses desde 2009 com um sistema de alarme e o encerramento automático das portas quando a pulseira é cortada ou atravessada uma barreira física de limite. A mesma é desativada no momento da alta (Campos, 2008).

Os momentos de avaliação supracitados foram realizados de forma sistemática em todos os turnos até à alta hospitalar. Contudo, atendendo às horas de puerpério e às horas de vida do RN, as vigilâncias foram sendo adequadas.

Após um parto, há uma rápida descida da pressão intra-abdominal, o que se traduz numa dilatação dos vasos sanguíneos que irrigam os intestinos levando à estase de sangue nas vísceras. Esta situação pode contribuir para a hipotensão ortostática e, portanto, o momento em que a puérpera se levanta ou se senta pela primeira vez, foi acompanhado e a puérpera foi vigiada, tendo em atenção os valores de tensão arterial de base e obtidos em vários momentos durante este procedimento (Crum *In* Lowdermilk e Perry, 2008a; Cunningham *et al.*, 2012). Na situação de um parto eutócico, este levante foi progressivo e realizado logo que a puérpera assim o desejou e acompanhado por um enfermeiro, inclusive este foi incentivado a que fosse realizado o mais precoce possível, de forma a prevenir eventos tromboembólicos. No caso da cesariana, sendo esta uma cirurgia abdominal e, tendo em consideração tudo o que a mesma acarreta, nomeadamente a anestesia, o levante foi realizado mais tardiamente, com pelo menos 6 horas de repouso.

Algo também muito importante de valorizar nas primeiras vigilâncias, prendeu-se com eliminação urinária. A distensão da bexiga provoca no útero uma deslocação, impedindo-o de contrair normalmente, traduzindo-se no risco de atonia uterina (Crum *In* Lowdermilk e Perry, 2008e). Para tal, é importante o esvaziamento precoce e, idealmente, espontâneo da bexiga, processo de igual modo incentivado. O padrão normal de eliminação vesical deve restabelecer-se ao final de 4 horas, ao contrário do funcionamento do intestino, que poderá tardar mais, dada a perda de tonicidade dos músculos (Cunningham *et al.*, 2012).

No RN, de modo a detetar a normalidade/anormalidade do funcionamento do sistema de eliminação foi também necessária a sua vigilância. É de esperar que no primeiro dia de vida o RN tenha a sua primeira micção, no segundo dia 2 micções, no terceiro dia 3 micções e, a partir do quarto dia 6 a 8 micções de cor amarelo claro, considerando assim a sua normalidade (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b). No que diz respeito à eliminação intestinal, inicialmente o RN elimina uma substância viscosa, de cor verde escura e com sangue oculto, este é o chamado mecónio. Trata-se de uma substância que preenche o intestino grosso do RN, resultando de líquido amniótico, secreções intestinais e células originárias da mucosa, armazenados na sua vida intrauterina (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b).

Relativamente às vigilâncias do RN tornou-se ainda relevante verificar a presença de parte dos reflexos primitivos como o de busca, onde a criança roda a cabeça em direção ao estímulo após ser tocada no lábio, bochecha ou canto da boca; o de sucção e o de deglutição. Estes, estando preservados, permitem que o RN procure e se alimente com coordenação, sem náuseas e/ou vômitos. No reflexo de preensão, o RN flete os dedos após lhe ser tocado na palma das mãos ou planta dos pés. O reflexo de moro foi outro reflexo de importância vigiado durante o internamento. Neste reflexo o RN, após sacudido ou após causada uma mudança súbita no equilíbrio, reage com abdução e extensão dos membros superiores de forma simétrica, simulando um abraço e os dedos produzem a forma de um “C”, os membros inferiores podem replicar esta reação. Esta reação ocorre apenas até aos 3-4 meses e traduz-se na ausência de lesões cerebrais e/ou medulares, se ocorrer de forma assimétrica poderá significar lesão cervical ou braquial, no caso de a resposta persistir após os 6 meses deverá ser questionada a lesão cerebral. Por fim, o reflexo de Babinski, também tradutor da função neuromotora, é despoletado pelo estímulo tátil da região plantar desde o calcanhar ao arco do pé, refletindo-se na hiperextensão dos dedos e dorsiflexão do hálux (Wheeler *In* Hockenberry e Wilson, 2011).

A segunda fase de mudança da puérpera, a fase dependente-independente, dá-se a partir do segundo/terceiro dia e poderá ter uma duração de 10 dias a várias semanas. Nesta fase já se torna evidente a necessidade de demonstrar competências em cuidar do RN, de assumir a responsabilidade, e procurar aprender e praticar (Manning *In* Lowdermilk e Perry, 2008). Assim sendo, e dada a curta duração da estadia no internamento, após a demonstração de interesse, envolvimento, consciencialização, partiu-se para a transmissão de conhecimento e habilidades já anteriormente mencionados como a higiene do RN, amamentação, lidar com o choro, entre outros. De forma empírica, foi percebido que esta fase, na maioria das vezes, ocorreu mais precocemente em puérperas múltíparas, provavelmente devido à experiência vivida com cuidados prestados a filhos anteriores.

Tendo por base o experienciado, foi neste segundo/terceiro dia de internamento que surgiu a questão fisiológica da icterícia neonatal, tendo ocorrido em cerca de metade dos RN assistidos.

No exame do RN foi contemplada a observação da pele, e foi através da cor da pele do mesmo e a presença de icterícia, ou não, que foi verificada a possibilidade de o mesmo apresentar hiperbilirrubinemia. A icterícia é clinicamente visível quando os valores de bilirrubina superam os 5 miligramas/decilitro (mg/dl). Tem um aparecimento cefalocaudal com início na face, sobretudo escleróticas e mucosa, progredindo até às extremidades, o

seu desaparecimento ocorre em ordem inversa. A icterícia fisiológica surge após as 24 horas de vida e resulta, precisamente de características fisiológicas do RN, como uma produção aumentada de bilirrubina, resultante da massa eritrocitária elevada, curta vida dos eritrócitos e imaturidade hepática. Já a icterícia patológica, pode ocorrer antes das 24 horas de vida e aumenta mais de 0,5 mg/dl por hora, tendo como etiologias a incompatibilidade sanguínea ou infecção e, raramente, defeitos enzimáticos eritrocitários, entre outros (Askin *In* Hockenberry e Wilson, 2011). Como tal, na presença de mães portadoras do grupo O, ou com fator *Rhesus* negativo foi colhido sangue do cordão umbilical no 3º período de TP, de forma a obter o grupo sanguíneo do RN e assim antever a incompatibilidade sanguínea e a possível hiperbilirrubinemia por hemólise dos eritrócitos, em resultado da presença de anticorpos maternos, tendo, por vezes, que ser pedido o complemento da prova de Coombs.

As práticas alimentares podem ter a sua influência no aparecimento ou grau de icterícia já que, uma vez que a bilirrubina é eliminada por via intestinal, os RN precisam de aporte oral introduzido precocemente e de forma adequada, de modo a iniciar e estimular a eliminação de bilirrubina (Alden *In* Lowdermilk e Perry, 2008b).

O principal objetivo do tratamento da hiperbilirrubinemia será prevenir a encefalopatia bilirrubínica e, perante os casos de incompatibilidade sanguínea, reverter o processo hemolítico (Askin *In* Hockenberry e Wilson, 2011).

Na presença do diagnóstico de hiperbilirrubinemia, o tratamento de eleição a nível mundial é a fototerapia, considerada segura e eficaz na diminuição da bilirrubina total e prevenção da sua neurotoxicidade (American Academy of Pediatrics, 2004 e Bhutani, Committee on Fetus and Newborn e American Academy of Pediatrics, 2011 cit. por Quintas e Ramires, 2013). Esta consiste na exposição do RN à luz fluorescente, promovendo a excreção da bilirrubina através da fotoisomerização, permitindo que a bilirrubina se transforme num isómero solúvel (lumirrubina) e que assim possa ser eliminado através da urina e bÍlis (Askin *In* Hockenberry e Wilson, 2011; Quintas e Ramires, 2013).

A mesma pode ser empregue segundo diversos dispositivos, no entanto, na instituição em causa é utilizada a Bilibed®, um colchão adaptado que é introduzido no berço e onde o RN é colocado com um fato protetor, permitindo que a díade mantenha o alojamento conjunto (Medela, 2016). Neste caso é usado o espectro de luz azul-verde (450nm) uma vez que tem maior facilidade de penetração na pele, tornando o processo de descida dos valores de bilirrubina mais rápido (Lissauer e Clayden, 2007 cit. por Silva, 2011).

A fototerapia é, sem dúvida, a modalidade terapêutica mais utilizada mundialmente para o tratamento da icterícia neonatal (Quintas e Ramires, 2013). Porém, este tratamento não é inócuo e, como tal, poderá resultar em reações adversas como diarreia, desidratação, rash maculopapular, síndrome do bebê bronzeado, queimaduras por exposição aumentada e trombocitopenia (Stoll e Kliegman, 2004; Guimarães e Santos, 1991 cit. por Silva, 2011). Tornou-se relevante, aquando da vivência deste processo fisiopatológico e do respetivo tratamento, vigiar estes sinais, bem como alertar a mãe/pai sobre os riscos e suas manifestações.

Perante esta situação, as intervenções foram direcionadas não só ao próprio RN, mas também à mãe, no âmbito do foco Parentalidade, neste caso, relativamente a necessidades especiais. Após o diagnóstico de hiperbilirrubinemia o RN foi despido, apenas permanecendo com a fralda a proteger as gónadas e colocado na Bilibed®, dentro do fato, o Bilicomb®, apenas a *posteriori* foram ligadas as luzes. Relativamente à mãe, nesta fase já mais recetiva a assimilar a informação dada, foram realizadas intervenções no que diz respeito ao ensinar, como ensinar sobre a hiperbilirrubinemia, ensinar sobre a fototerapia e ensinar sobre cuidados a ter durante o tratamento, como o aumento da frequência das mamadas de forma a promover a eliminação da bilirrubina, a vigilância da eliminação urinária e intestinal, mas também no âmbito do instruir e treinar, no que se refere, por exemplo, ao funcionamento do aparelho, mudanças de posição, entre outras.

Acima consta o foco Parentalidade que, ao invés do papel parental, e que o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, pp.66), define como:

“Papel de membro da família: Interagir de acordo com as responsabilidades de ser pais; internalizar a expectativa mantida pelos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de pais, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente”.

não se remete apenas à responsabilidade de ser pai/mãe perante a sociedade e o comportamento social conseguinte a isto, mas sim aos cuidados inerentes ao RN que fazem parte deste papel, isto é:

“Tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, pp.66).

Neste enquadramento surge o alimentar o RN e, incluindo a amamentação como o principal alimento do RN, torna-se ainda relevante referir que as complicações e dificuldades começaram neste momento e, segundo o experienciado, foi relativamente à amamentação que estas foram mais percebidas.

Segundo o conhecimento científico, o aleitamento materno é o único alimento natural do RN e lactente, e a OMS (2001 cit. por Graça, Figueiredo e Conceição, 2011) e Levy e Bértolo (2012) recomendam que seja realizado de forma exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, uma vez que as vantagens são múltiplas e já bastante reconhecidas, quer a curto, quer a longo prazo. Posteriormente, até aos dois anos como complemento à restante alimentação. No entanto, desde a primeira hora pós-parto, momento no qual deverá ser iniciada a amamentação, segundo o que recomenda a UNICEF (2016), poderão advir dificuldades e complicações.

As dificuldades poderão surgir nas primeiras semanas, sobretudo para as mães que estão a amamentar pela primeira vez, quer relacionadas com elas mesmas, como, e sobretudo, relacionados com RN. Alia-se a isto complicações, fisiológicas ou patológicas, que também poderão ocorrer, como o ingurgitamento mamário, o bloqueio dos ductos, as fissuras mamilares, a mastite, os mamilos planos e/ou invertidos, entre outras (Levy e Bértolo, 2016).

É de realçar que, da experiência obtida, nem todas estas complicações supracitadas foram vivenciadas. Predominantemente, as complicações foram o ingurgitamento mamário e as lesões mamilares. Neste sentido, aconselhou-se o calor, visto que parece facilitar a ejeção do leite e melhora a absorção de ocitocina (Uvnäs-Moberg, 1998 cit. por International Lactation Consultant Association, 2011) seguido de massagem. A crioterapia, uma vez que causa a vasoconstrição inicial e uma vasodilatação posterior, diminuindo o edema e melhorando a drenagem linfática e a expressão manual de leite, foi também uma medida instituída e ensinadas à puérpera no sentido de prevenir e tratar o ingurgitamento mamário. Já relativamente a lesões nos mamilos, como a maceração e as fissuras, a puérpera foi incentivada a aplicar colostro no final da mamada, já que este possui imunoglobulina secretora A, ou seja, anticorpos que protegem o organismo da invasão viral ou bacteriana, assim como vitamina A, composto que tem o seu papel na regeneração das fibras elásticas da pele; a providenciar arejamento aos mamilos, quer ao ar ambiente, quer através de dispositivos com este efeito, e a aplicar pomadas à base de lanolina anídrica uma vez que, dados obtidos através de um estudo realizado por Coca e Abrão (2008) demonstram o seu efeito positivo, já que exibem resultados estatisticamente significativos

no tratamento das lesões mamilares após as mulheres do grupo experimental apresentaram diminuição do tamanho das lesões em 24 horas (Dias, 2008, International Lactation Consultant Association, 2011). No caso de dor intensa no mamilo que seja impedimento da amamentação, apesar de ser controverso, poderão ser empregue os chamados mamilos de silicone. Desta forma, a amamentação não fica comprometida e o RN poderá beneficiar daquele que é o alimento mais adequado para este (International Lactation Consultant Association, 2011).

Muito em consequência do referido, a realidade portuguesa, num estudo realizado por Silva (2013), é que, embora a percentagem de puérperas a iniciar a amamentação na maternidade seja de aproximadamente 96%, no decorrer dos meses sofre um decréscimo acentuado, sendo que, aos três meses, a taxa de prevalência do aleitamento materno exclusivo é de cerca de 40% e aos seis meses varia entre os 22,4% e os 36%. A autora mencionada acrescenta os factos que se seguem como as razões mais frequentes para o abandono do aleitamento materno: “leite insuficiente”; “leite fraco” e o não aumento de peso. É assim possível de constatar que a etiologia do abandono do aleitamento materno cinge-se maioritariamente a razões de natureza subjetiva, podendo significar lacunas no conhecimento por parte da mãe.

Posto isto, foi dada bastante ênfase ao foco amamentação durante o internamento, tornando todos os momentos desta prática com as puérperas e RN, uma oportunidade de aprendizagem, uma vez que as intervenções de enfermagem foram, maioritariamente, voltadas para a educação para a saúde. Portanto, as ações centraram-se no ensinar, instruir e treinar. Exemplos destas intervenções foram: ensinar sobre os benefícios da amamentação para a mãe e bebé, ensinar sobre os diferentes tipos de leite, ensinar sobre quais os critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas, ensinar e instruir sobre quais os sinais de boa pega, instruir sobre técnica de amamentar, ensinar sobre sinais de saciedade e ingestão nutricional suficiente, ensinar sobre complicações, fatores de risco e formas de prevenção e tratamento das mesmas, entre outras, nomeadamente, numa fase de mestria, se for o caso, apenas treinar. Desta forma cumpriu-se o parâmetro H4.3.3. do Regulamento das Competências Específicas do EEESMOG (OE, 2010, pp.6) que refere que este “*Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno*” e ainda “*Concebe, planeia, implementa e avalia medidas corretivas ao processo de aleitamento materno*”.

Tal como a amamentação, outras intervenções de enfermagem foram trabalhadas até ao momento da alta, as restantes, pela sua pertinência, apenas neste momento. Assim sendo,

pode-se dizer que o momento da alta, para além da revisão e consolidação de todos os conhecimentos e habilidades anteriormente transmitidas, constituiu um momento de nova construção de conhecimento a fim de facilitar a adaptação e transição para a parentalidade.

Tal como a amamentação, outras intervenções de enfermagem foram trabalhadas até ao momento da alta, as restantes, pela sua pertinência, apenas neste momento. Assim sendo, pode-se dizer que o momento da alta, para além da revisão e consolidação de todos os conhecimentos e habilidades anteriormente transmitidas, constituiu um momento de nova construção de conhecimento a fim de facilitar a adaptação e transição para a parentalidade.

No dia da alta surgiram novas rotinas, a mãe e o RN foram examinados pela equipa médica de forma a comprovar a ausência de complicações e riscos, e assim rumarem ao domicílio em segurança, alertados apenas para questões fisiológicas.

No exame da puérpera para além das questões físicas, em simultâneo, foram lembrados os cuidados com a episiorrafia/ferida cirúrgica, com as mamas e os mamilos e a evolução fisiológica dos lóquios. Como já referido, novos conhecimentos foram transmitidos, nomeadamente, conhecimento sobre período menstrual, contraceção, alimentação e exercício físico.

A respeito destes focos, como atividades que concretizam as intervenções, as puérperas foram informadas que a menstruação pode regressar entre a quarta e a décima semana pós-parto, dependendo da frequência das mamadas, uma vez que as hormonas da lactação interferem com a ovulação. Contudo, as relações sexuais devem ser evitadas nas primeiras 2 a 4 semanas devido à cicatrização dos tecidos e ao risco de infeção, no entanto, apenas ao casal dirá respeito ditar um momento para iniciar a atividade sexual. Foi porém, alertado que desde cedo deverá ser empregue um método contraceptivo, uma vez que o curto intervalo entre gravidezes é um fator determinante na saúde da mulher e da criança, constatando-se que um intervalo inferior a 2 anos tem impacto negativo na saúde materno-infantil (DGS, 2008). Assim sendo, nas primeiras 6 semanas após o parto, incentivou-se o uso de preservativo uma vez que os contraceptivos hormonais combinados podem diminuir a quantidade e a qualidade do leite podendo, por isto, ter efeitos adversos no crescimento da criança com amamentação exclusiva, e os contraceptivos hormonais só com progestativo não terem evidência relativamente ao seu efeito sobre o desenvolvimento hepático e cerebral do RN neste período. Passado o puerpério e, tendo em conta o processo de

amamentação, o método a eleger naquilo que se refere aos métodos medicamentosos, será apenas os progestativos orais (DGS, 2008; Vieira, Brito e Yazlle, 2008).

Quanto à alimentação, apenas foi recomendada uma alimentação equilibrada, privilegiando a roda dos alimentos, dando atenção especial às fibras, como os vegetais, legumes e cereais e consumo de água, de forma a prevenir a obstipação e o consequente desconforto perineal e perianal, no caso de presença de hemorroidas (Crum in Lowdermilk e Perry, 2008b). No que diz respeito ao exercício, este deve ser evitado de forma excessiva, sobretudo os exercícios abdominais nas primeiras 2-4 semanas, sendo necessário evitar pesos superiores a 5 quilos, visto que neste período apenas é recomendado exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, como os exercícios de Kegel e a caminhada (Crum in Lowdermilk e Perry, 2008b).

Por fim, a puérpera foi alertada para se, em caso de desvio do padrão da normalidade, ou seja, febre, lóquios com cheiro fétido, aumento da perda de sangue ou persistência da cor vermelha, dor, edema e /ou deiscência da ferida, contactar os serviços de saúde. Perante dificuldades na amamentação, a utente deverá também recorrer a ajuda especializada, e neste caso, a própria instituição disponibiliza uma linha de apoio à amamentação.

Foi também neste momento que, em puérperas RhD negativo com RN RhD positivo, se realizou a profilaxia com imunoglobulina anti-D, uma vez que deverá ser realizada nas primeiras 72h pós-parto, com limite até ao 28º dia, com risco de aloimunização e desenvolvimento de anticorpos, aumentando o risco de complicações em gravidezes futuras (Administração Regional de Saúde do Norte, 2009; Campos, Leite e Monteiro *In* Montenegro *et al.*, 2014).

Com as intervenções supracitadas foi conseguido conceber, planear, implementar e avaliar *“as intervenções de recuperação pós-parto”, “intervenções com a finalidade de potenciar a saúde após o parto”,* informar e orientar *“a mulher sobre sexualidade e contraceção no período (...) pós-parto”* e informar e orientar *“sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera (...), promovendo a decisão esclarecida”,* critérios de avaliação ditados pela OE (2010, pp.6) no regulamento das competências do EEESMOG.

Relativamente ao RN, foram também lembrados os factos já falados ao longo dos passados dias de internamento, como o que diz respeito à amamentação ou, se for o caso, aleitamento artificial, cuidados de higiene e coto umbilical e hábitos urinários e intestinais. À semelhança da puérpera, existem sinais de alerta inerentes aos primeiros dias de vida do

RN. Estes foram ensinados, como os sinais de icterícia, sinais de infecção, febre e tudo o que é díspar do fisiológico. Neste último dia de internamento foram administradas as primeiras vacinas que constam no plano nacional de vacinação e, nesse sentido, foram também ensinados os cuidados com o local de injeção e referida a importância das consultas de vigilância de saúde infantil e a continuidade do cumprimento do plano de vacinação, a ser disponibilizado nas unidades de cuidados de saúde primários.

Cumpra-se assim, aquilo que o ESMOG deverá desempenhar neste momento, ou seja, informar e orientar a puérpera sobre *“crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido”* e *“sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida”* (OE, 2010, pp.6).

Após a alta hospitalar, os pais e mães devem sentir confiança e capacidade para assumir este novo papel de vida e, como tal, deverão ser empoderados através da transmissão de conhecimentos e habilidades que, num futuro próximo, os leve à mestria.

Porém, após os sentimentos de felicidade e de bem-estar, ainda antes da terceira fase, a fase interdependente, em que a mãe e a família, bem como o casal, retomam as características anteriores, avançando como uma unidade, incluindo o bebé num novo estilo de vida (Manning *In* Lowdermilk e Perry, 2008), surge o período *blues*. Com uma incidência de 50 a 80%, este é caracterizado por labilidade emocional e choro frequente, sem razão aparente, estado depressivo, sentimentos derrotistas, fadiga, insónia, etc. Este fenómeno não tem ainda uma etiologia determinada, no entanto, especula-se que tudo poderá originar-se pelas novas responsabilidades parentais, acrescentando-se ainda a falta de descanso, de momentos de distração, de atenção e outros (Manning *In* Lowdermilk e Perry, 2008). Este quadro, por norma, é transitório, remetendo-se apenas às primeiras semanas pós-parto, porém, a sua permanência e agravamento poderá traduzir-se numa síndrome mais grave, com incidência a partir das quatro semanas, denominada de depressão pós-parto (DPP). Esta poderá ter a sua etiologia associada com a queda brusca de estrógenos e progesterona desenvolvidos durante a gestação (Manning *In* Lowdermilk e Perry, 2008). Este fenómeno traduz-se na presença de, pelo menos, cinco dos seguintes sintomas: humor depressivo e/ou perda de interesse, distúrbios do sono e/ou do apetite, aceleração ou atraso psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade, culpa excessiva ou inapropriada, capacidade diminuída para pensar ou se concentrar e ideias obsessivas ou supervalorizadas de suicídio (American Psychiatric Association, 2014).

Assim, com vista no conhecimento sobre a DPP teve-se em consideração, como profissionais da saúde que atuam na área obstétrica, em função de prestar cuidados diretos às puérperas e familiares, identificar estas características e, desta forma, reencaminhar para outro profissional de saúde, de forma a dar continuidade de cuidados, facilitando a superação de dificuldades achadas ao longo desta transição no ciclo vital (Menezes, *et al.*, 2010). Sendo uma complicação pós-parto, ao diagnosticar e referenciar para cuidados personalizados satisfaz-se as competências descritas pela OE do EEESMOG, isto é: *“Identifica complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”* (OE, 2010, pp.6), bem como, e uma vez que foge ao padrão daquela que seria uma transição saudável, *“Identifica e monitoriza alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para a sua área de atuação”* (OE, 2010, pp.6).

Frequentemente, devido às puérperas apresentarem riscos fisiológicos, a intervenção é sobretudo direcionada para a díade mãe/RN, no entanto, existe maioritariamente outra figura associada que deve ser integrada nos nossos cuidados. Embora de curta duração, e ainda sem iminência desta sintomatologia, a envolvência dos conviventes significativos foi tida em consideração durante o internamento almejando a prevenção e deteção precoce desta complicação. Por outras palavras, os pais, visto que são, na sua maioria, os principais acompanhantes, foram envolvidos nos cuidados, enfatizando as alterações físicas e emocionais a decorrerem na puérpera, chamando a atenção para os comportamentos fora do padrão e quais os recursos disponíveis na comunidade. Não obstante, este também sofre alterações emocionais e, frequentemente a adaptação à parentalidade por parte do pai é acompanhada por sentimentos de ambivalência, impotência, ciúme e frustração pelas limitações nos cuidados, como a amamentação (Manning in Lowdermilk e Perry, 2008). Vista a sua pertinência, ambos os pais foram alertados para as mudanças emocionais e consequentes mudanças comportamentais durante a prestação de cuidados no internamento, atuando assim a nova família como um novo sistema e não como conjunto de indivíduos.

Novamente, com as intervenções descritas anteriormente cumpre-se aquilo que a OE preconiza para esta especialidade, ou seja, *“Concebe, planeia, (...) implementa (...) intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável”* (OE, 2010, pp.6.)

Por forma a terminar este subcapítulo, e tendo como referência as punções para colheita de sangue aos RN e as punções consequentes da vacinação no momento da alta surgiu um

trabalho de pesquisa e uma proposta para o serviço, uma mudança de prática. Nestes momentos, no local da punção era colocado um penso adesivo, ao qual foi proposto a colocação de um torcido de compressa.

A pertinência desta proposta faz-se na medida de evitar a dor na remoção do penso adesivo. Moreno (2012) identifica este mesmo procedimento como um dos mais dolorosos ao qual os RN são submetidos.

Durante vários anos acreditou-se que o RN não sentia dor devido à imaturidade das vias da nociceção (Anand, 2008; Codipietro *et al.*, 2008 cit. por Vidal, 2010). Isto, porque se constava que a mielinização das fibras nervosas não estava ainda completa ao nascimento, dos recetores da dor (nociceptores) estarem ainda imaturos, da transmissão dos estímulos nos tecidos nervosos imaturos se realizar de forma diferente e de existir uma maior concentração plasmática de β -endorfinas no RN, associada a uma maior permeabilidade da barreira hematoencefálica nesta população (Carbajal *et al.*, 2004; Carbajal *et al.*, 2008 cit. por Vidal, 2010).

Hoje sabe-se que a capacidade para sentir dor se inicia ainda no meio intrauterino. As vias da dor iniciam a sua mielinização no segundo trimestre de gestação, completando-se entre a 30ª e a 37ª semana de gestação. Porém, mesmo não estando todas as fibras mielinizadas ou totalmente mielinizadas, são capazes de transportar estímulos dolorosos e portanto, capazes de sentir dor, uma mielinização incompleta apenas se irá traduzir numa transmissão mais lenta do estímulo (Carbajal *et al.*, 2004 cit. por Vidal, 2010).

Neste sentido foi apresentado, argumentado e discutido a proposta de mudança de prática que se encontra anexado⁵ ao relatório, com as respetivas ilustrações da nova proposta de procedimento pós-punções a RN.

⁵ Anexo 3 - Dor no recém-nascido - Uma proposta de alteração da prática: Colocação de penso adesivo VS torcido de compressa pós punção venosa e/ou capilar

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

Dado por terminado o estágio profissionalizante, e os três módulos que o integraram, pode-se constatar que houve crescimento pessoal a diversos níveis, não só no âmbito profissional, que sobressaiu, mas também a nível emocional, cultural e social.

A área de atuação de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica ocorre em diversos âmbitos, pelo que se torna necessário adquirir um vasto leque de competências, sendo essencial, para tal, realizar formação teórica e prática. Neste seguimento, e como anteriormente explorado, esta realizou-se no âmbito da gravidez, trabalho de parto e parto, e pós-parto.

Houve possibilidade de acompanhamento de todas as fases da gravidez, desde a pós-conceção e as complicações a ela adjacentes, passando pelos 3 trimestres da gravidez saudável ou acompanhada de riscos, o início de trabalho de parto, parto e nascimento, bem como os primeiras horas de puerpério e as primeiras horas de vida do RN. Todos estes momentos foram propícios a desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e reflexão, possibilitando a construção deste relatório.

Apesar dos conhecimentos adquiridos *a priori*, todo o percurso fez-se acompanhar pela prática baseada na evidência, tendo sido um recurso essencial para a tomada de decisão e execução de intervenções assentadas na melhor evidência científica.

Ao longo do período de estágio, foram diversas as experiências que proporcionaram a aquisição e o desenvolvimento de competências descritas pela OE (2010), permitindo dar cumprimento ao Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, publicado em Diário da República, facilitando assim, o alcance de todas as atividades que constam neste documento legal e que possibilitam a aquisição do título de parteira.

O Decreto-Lei acima mencionado refere ainda que, para a aquisição do título e das competências que o descrevem, o estudante deverá realizar, ao longo do seu percurso: 100 exames pré-natais; cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da

ginecologia e da obstetrícia; vigilância e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes; realização de, pelo menos, 40 partos; participação ativa em partos de apresentação pélvica, e em caso de impossibilidade, a sua simulação; prática de episiotomia e iniciação à sutura; observações e cuidados a RN que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como RN de peso inferior ao normal e doentes; e vigilância e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e RN normais.

Tendo em conta o antedito, foram prestados cuidados a 132 grávidas em ambiente de consulta e preparação para o parto e a 101 grávidas com patologia associada no domínio da obstetrícia. Considerou-se ainda o atendimento a 40 grávidas sem risco, que recorreram à urgência, sem qualquer necessidade de cuidados especiais, e as grávidas recebidas para manobras de versão cefálica externa. Foram 106, o número de parturientes atendidas, das quais, excluindo os partos distócicos com auxílio de ventosa, cesarianas e realizados por outros profissionais, apenas foram realizados 41 partos, 19 com episiotomia, sendo que foi realizada episiorrafia a 16 e, entre lacerações do períneo e períneo íntegros, estiveram 22. Foram ainda, tidas em conta, a assistência e participação em partos realizados por outros profissionais, bem como os partos distócicos auxiliados por ventosa, em que, em muitos dos casos, era previamente realizada a tentativa de parto eutócico, estes somaram um número de 36. Dos RN nascidos, houve necessidade de cuidados especiais com ventilação de pressão positiva, em 2 dos casos. Relativamente ao parto pélvico, por não se ter proporcionado esta experiência, este foi simulado, quer em ambiente de sala de aula, quer na formação de emergências obstétricas, já mencionada no subcapítulo 2.2. Em termos de parturientes, 121 foi o número às quais foram prestados cuidados e, uma vez que, em 3 das situações, se esteve diante de gestações múltiplas, foram 124 os RN correspondentes.

Segue-se agora, um conjunto de figuras capazes de ilustrar, em maior pormenor, as experiências obtidas, no que diz respeito a números. Em anexo⁶, consta ainda a síntese de experiências obtidas ao longo do mestrado.

⁶ Anexo 4 - Síntese do registo de experiências

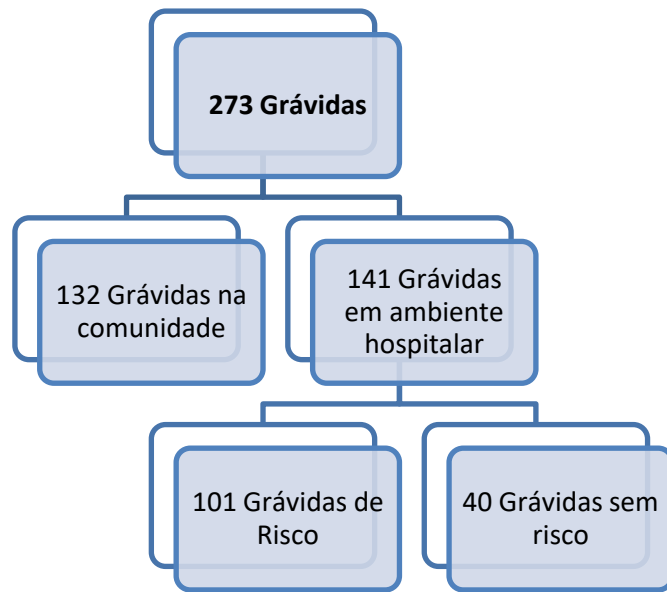


Figura 2 - Grávidas atendidas

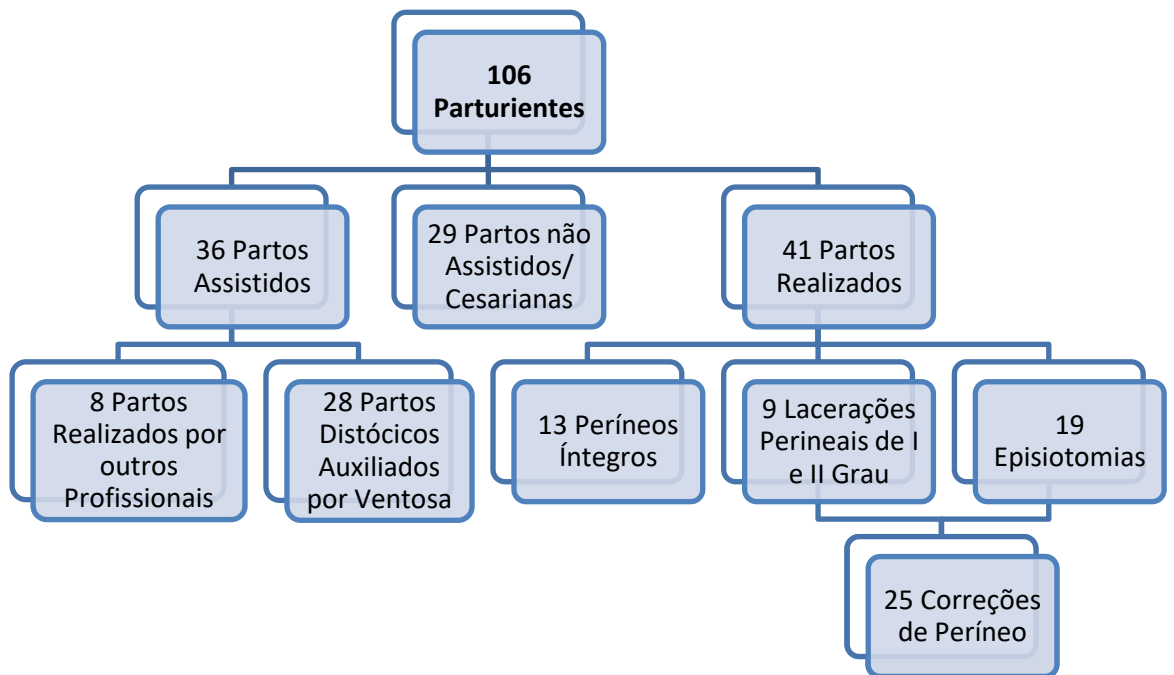


Figura 3 -Parturientes atendidas

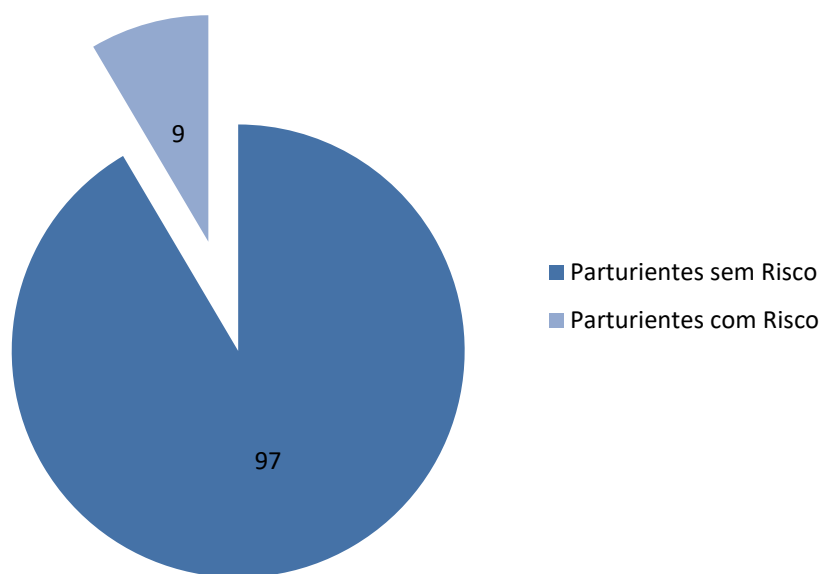


Figura 4 - Caracterização das parturientes

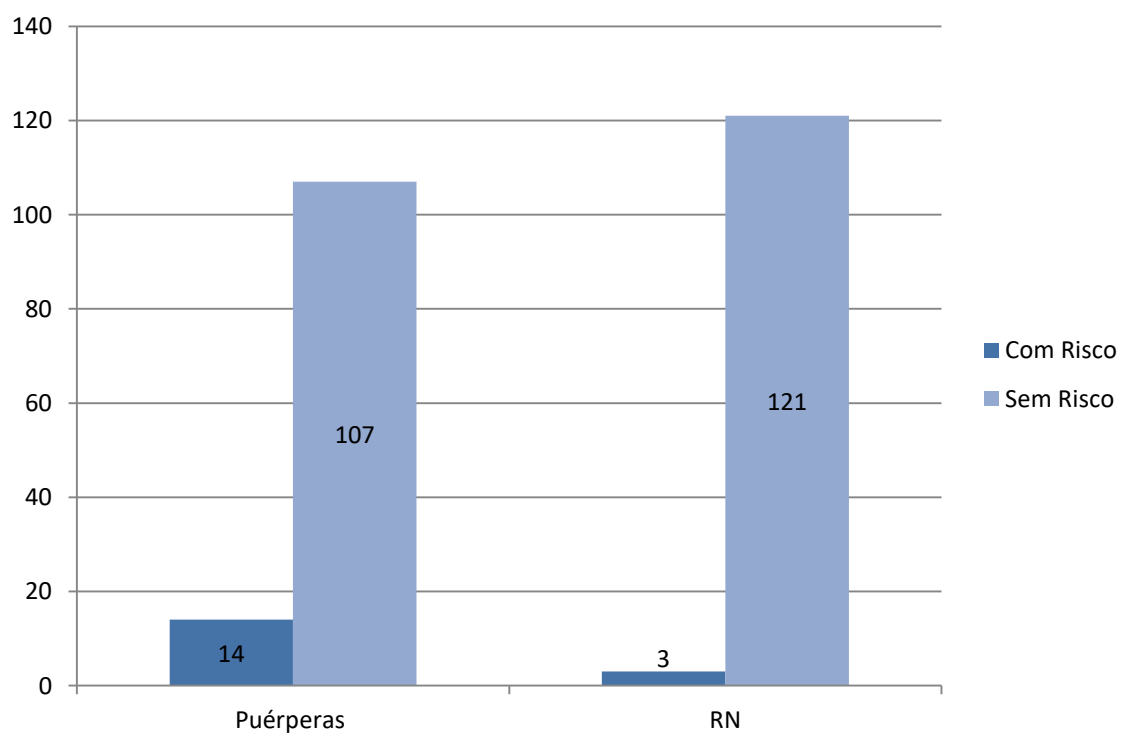


Figura 5 - Puérperas e RN atendidos e respectiva caracterização

CONCLUSÃO

No final deste percurso, dadas as particularidades da população alvo, percebeu-se que a formação do EEESMOG torna-se imprescindível para a prestação de cuidados especializados. Esta etapa significou o desenvolvimento de um vasto conjunto de conhecimentos e competências na área específica da Enfermagem da Saúde Materna, permitindo a excelência na prestação de cuidados.

Neste relatório é realizada uma descrição e reflexão das atividades experienciadas e, com isso, as competências adquiridas. Porém, nem todos os momentos de contacto com as grávidas, parturientes, puérperas e RN, bem como entre profissionais, foram descritos. Sem prejuízo de terem havido outros momentos igualmente importantes respeitantes à consolidação de conhecimento e ao desenvolvimento das competências, cumpre referir que, no fundo, o que mais pesou, enquanto critério de análise, foram os momentos reais que, pelo facto de incitarem à reflexão pessoal e profissional, se revelaram instantes de aprendizagem.

Abrangendo a gravidez, o trabalho de parto e o pós-parto, com a realização deste estágio, e aquisição de competências adjacentes, verificou-se que a prática baseada na evidência deverá ser uma constante aliada para a prática do exercício do papel. De facto, derivada da permanente reflexão e da tomada de decisão com base na evidência, surgiu a necessidade de explorar a literatura atinente à temática da clampagem do cordão umbilical e o devido tempo de clampagem, realizando-se uma revisão integrativa da literatura. Este trabalho revelou-se como sendo bastante proveitoso para a práxis, uma vez que se tornou um guia de ação desta prática, incorporada no 3º período de TP. Sobrevoando um conjunto vasto de questões que se prendem com a clampagem do cordão umbilical, podem ser elencadas diversas mais-valias na prática da clampagem tardia, standardizada para 1 a 3 min. Daí que, por força das suas vantagens sobre as de clampagem precoce, a clampagem tardia mostrou-se como prática adequada para a prestação de cuidados futuros, enquanto EEESMOG.

Adicionalmente, ao considerar a CIPE ao longo do estágio, permitiu-se a comunicação e a discussão dos cuidados, entre pares, de forma sistemática e universal, refletindo o processo de pensamento e a atuação dos enfermeiros com base no conhecimento em enfermagem.

Com base nas premissas e nos objetivos previamente aludidos, se depreende que estes foram cumpridos. Efetivamente, evidenciou-se as competências adquiridas e todo o processo a elas associado, bem como se procurou desenvolver um contributo para as práticas da instituição, como sucedeu no setor de medicina materno-fetal, a nível do processo de enfermagem na APPT, e no setor de puerpério, com a proposta de mudança de prática realizada, no que diz respeito à substituição dos pensos adesivos.

Em jeito de conclusão, é com uma enorme satisfação que, através de um olhar retrospectivo, se dá por terminada esta etapa do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a qual simboliza a proximidade da aquisição do título de EESMOG. Considerando este marco como o início de uma nova etapa, fica assente o compromisso do recurso à evidência, visando o constante desenvolvimento de competências, não somente baseadas no conhecimento empírico, mas, e sobretudo, no conhecimento científico. Pretende-se, acima de tudo, prestar cuidados especializados, e de excelência, quer à mulher, como ao RN e família, no processo de transição.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS - *Induction of Labor*. [Em linha] Estados Unidos da América: ACOG Practice Bulletin No.107, 2009. [Consultado a 23 de março de 2016]. Disponível em: https://www.mnhospitals.org/Portals/0/Documents/patientsafety/Perinatal/acog--practice_bulletin_107_2009.pdf

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - Manual Diagnóstico e Estatístico De Transtornos Mentais - Dsm-5. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014. ISBN 978-85-8271-088-3.

ANDERSSON, Ola *et al.* - *Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial*. Sweden: JMB [Em linha] 2011, 343, d7157. [Consultado a 10 de abril de 2017]. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d7157.full.pdf>

ALDEN, Kathryn Rhodes - *Adaptações Fisiológicas e Comportamentais*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008a, pp.557-586. ISBN 978-989-8075-16-1.

ALDEN, Kathryn Rhodes - *Avaliação e Cuidados ao Recém-Nascido*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008b, pp.587-647. ISBN 978-989-8075-16-1.

ALMEIDA, Mariza Silva e SILVA, Isília Aparecida - *Necessidades de mulheres no puerpério imediato em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil*. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem USP [Em linha]. Junho 2008, vol.42, nº2, pp.347-354. [Consultado a 2 de fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a18.pdf>

BALLESTEROS-MESEGUER C, CARRILLO-GARCÍA C, MESEGUER-DE-PEDRO M, CANTERAS-JORDANA M, MARTÍNEZ-ROCHE ME - *Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas que influenciam sua realização*. São Paulo: Revista Latino-Americana de

Enfermagem [Em linha] 2016, vol.24, nº 2793. [Consultado a 23 de março de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02686.pdf

BARROS, Mónica e CAMPOS, Diogo Ayres de - *Trabalho de Parto Estacionário*. In: MONTENEGRO, Nuno *et al.* – *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014, pp.224-225. ISBN 978-989-752-035-8.

BITTAR, Roberto Eduardo e ZUGAIB, Marcelo - *Tratamento do trabalho de parto prematuro*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Em linha]. 2009, vol. 31, nº8, pp.415-22. [Consultado a 21 de dezembro 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a08.pdf>

BRAZÃO, Rui – *Rotura Prematura das Membranas*. In: GRAÇA, Luis Mendes da – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010, pp.356-364. ISBN 978-972-757-654-8.

BRINGHENTI, Camila - *Alterações nos Níveis de Ferritina e Transferrina e sua Relação com Doença Hepática*. Unidade Acadêmica De Ciências Da Saúde, Universidade Do Extremo Sul Catarinense, 2011. Trabalho de Conclusão de Curso.

CAMPOS, Alexandra - *Pulseiras electrónicas para recém-nascidos passam a ser obrigatórias nos hospitais*. Público, 05-08-2008, Portugal. [Consultado a 7 de junho 2016]. Disponível em: <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/pulseiras-electronicas-para-recemnacidos-passam-a-ser-obrigatorias-nos-hospitais-1337769>

CAMPOS, Diogo Ayres de – *Hiperestimulação Uterina*. In: MONTENEGRO, Nuno *et al.* – *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014a, pp.227. ISBN 978-989-752-035-8.

CAMPOS, Diogo Ayres de, BERNARDES, João e COSTA, Antónia - *Análise e Interpretação da Cardiotocografia*. In: MONTENEGRO, Nuno *et al.* - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014, pp.175-177. ISBN 978-989-752-035-8.

CAMPOS, Diogo Ayres de e CALADO, Elsa - *Episiorrafia e Correção de Lacerações Perineais de 2º Grau*. In: MONTENEGRO, Nuno *et al.* - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014, pp.242-244. ISBN 978-989-752-035-8.

CAMPOS, Diogo Ayres de, LEITE, Ana e MONTEIRO, Carla - *Profilaxia da Aloimunização RhD*. In: MONTENEGRO, Nuno *et al.* - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014, pp.33-35. ISBN 978-989-752-035-8.

CARDOSO, Alexandrina - *Tornar-se mãe, Tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento.

CARVALHO, Cynthia Coelho Medeiros, SOUZA, Alex Sandro Rolland Souza E MORAES FILHO, Olímpio Barbosa - *Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências*. São Paulo: Femina [Em linha] 2010, vol.38, nº5, pp.265-270. [Consulta a 29 de junho de 2016]. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>

CARRARO, Telma Elisa et al. - *O Papel da Equipe de Saúde no Cuidado e Conforto no Trabalho de Parto e Parto: Opinião de Puérperas*. Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem [Em linha] 2008, vol.17, nº3, pp.502-509. [Consulta a 29 de março de 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a11v17n3.pdf>

CERNADAS, José M. Ceriani et al. - *Efecto del clampo demorado del cordón umbilical en la ferritina sérica a los seis meses de vida*. Estudio clínico controlado aleatorizado. Argentina: Archivos Argentinos de Pediatría [Em linha] 2010, vol. 108, nº3, pp.201-208. [Consultado a 10 de abril de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v108n3/v108n3a05.pdf>

CHICK, Norma e MELEIS, Afaf Ibrahim - *Transitions - A Nursing Concern*. In: MELEIS, Afaf Ibrahim - *Transitions Theory: Middle-Range And Situation-Specific Theories In Nursing Research And Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6. pp.24-38.

CLODE, Nuno - *Distócia de Ombros (Do)*. In: CLODE, Nuno, JORGE, Carlos Calhaz e GRAÇA, Luís Mendes da - *Normas de Actuação na Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Santa Maria - 2012*. 2ª Edição. Lisboa: Bayer Health Care, 2011, pp.47-50.

COLA, Kelly Pereira e Abrão e VILHENA, Ana Cristina Freitas de - *Avaliação do efeito da lanolina na cicatrização dos traumas mamilares*. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem [Em linha]. 2008, vol.21, nº1, pp.11-16. [Consultado a 21 de fevereiro de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_01.pdf

COMISSÃO DE ESPECIALIDADE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA; ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS - *Proposta de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - CIPE® Versão 2: *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

COUTINHO, José Pedro *et al.* – *Maturação Cervical e Indução do Trabalho de Parto*. In: CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* – *Obstetrícia de Williams*. 23ª Edição. São Paulo: Mc Gram Hill, 2012. ISBN 978-85-63308-69-6

CRUM, Kelly - *Cuidados de Enfermagem no quarto trimestre*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008b, pp.478-489. ISBN 978-989-8075-16-1.

CRUM, Kelly - *Fisiologia Materna no Período Pós-Parto*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008a, pp.490-520. ISBN 978-989-8075-16-1.

DECRETO-LEI n.º 156/2015. D.R. / série. N.º 181 (15-09-16), pp. 8059-8105.

DECRETO-LEI n.º 9/2009. D.R. / série. N.º 44 (04-03-09), pp. 1466-1530.

DIAS, Ana Margarida Pereira da Silva de Portugal - *Nutrição e a Pele*. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, 2008. Monografia.

DOURADO, Viviani Guilherme e PELLOSO, Sandra Marisa - *Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma gestação*. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem [Em linha]. 2007, vol. 20, nº1, pp. 69-74. [Consultado a 21 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>

ESEP – *Regulamento do Segundo Ciclo de Estudos*. Porto: s.n.,2010.

FATIA, António e TINOCO, Lídia – *Trabalho de Parto*. In: NENÉ, Manuela, MARQUES, Rosália e BATISTA, Margarida Amado – *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª Edição. Lisboa: Lidel, 2016, pp.308-323. ISBN 978-989-72-146-1.

FIGUEIREDO, Juliana Vieira *et al.* - *Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da enfermagem na construção da cidadania*. *Enfermagem em Foco* [Em linha]. 2010, vol.1, nº3, pp.124-128. [Consulta a 29 de março de 2016]. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/41/41>

GARCIA, Telma Ribeiro e Nóbrega, Maria Miriam Lima - *Processo De Enfermagem: Da Teoria à Prática Assistencial e de Pesquisa*. [S.l.]: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Em

linha]. 2009, vol.13, nº1, pp.188-193. [Consultado a 13 de janeiro de 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a26.pdf>

GRAÇA, Luís Mendes de – *Distocia Ombros*. In: GRAÇA, Luis Mendes da – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010, pp.701-705. ISBN 978-972-757-654-8.

GRAÇA, Luís Carlos Carvalho, FIGUEIREDO, Maria do Céu Barbiéri e CONCEIÇÃO, Maria Teresa Caetano Ferreira - *Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno*. São Paulo: Revista Latino-Americana de Enfermagem [Em linha]. 2011, v.9, nº2, Tela 1-9. [Consultado a 25 de fevereiro de 2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf

HOWICK, Jeremy – *Levels of Evidence*. Oxford: Centre For Evidence Based Medicine [Em linha] 2009. [Consultado a 18 de abril de 2017]. Disponível em: https://static-content.springer.com/esm/art%3A10.1007%2Fs00296-014-3196-7/MediaObjects/296_2014_3196_MOESM1_ESM.pdf

IANICELLI, Juan Carlos *et al.* - *Prevalencia de anemia en lactantes menores de 6 meses asistidos en un centro de atención primaria de la ciudad de La Plata*. Argentina: Archivos Argentinos de Pediatría [Em linha] 2012, vol. 110, nº2, pp.120-125. [Consultado a 19 de abril de 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v110n2/v110n2a07.pdf>

INTERNACIONAL LACTATION CONSULTANT ASSOCIATION - *Manual Prático para consultores de lactação*. 2ª Edição. Loures: Lusociência, 2011. ISBN 978-972-8930-59-2.

LEVY, Leonor, BÉRTOLO, Helena – *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Unicef [Em linha]. 2012. [Consultado a 25 de Fev 2016]. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf

LOWDERMILK, Deitra Leonard – *Controlo do desconforto*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008d, pp.355-387. ISBN 978-989-8075-16-1.

LOWDERMILK, Deitra Leonard – *Cuidados de Enfermagem durante o Trabalho de Parto e Parto*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008c, pp.414-477. ISBN 978-989-8075-16-1.

LOWDERMILK, Deitra Leonard – *Complicações Pós-Parto*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008e, pp.861-891. ISBN 978-989-8075-16-1.

LOWDERMILK, Deitra Leonard – *Trabalho de Parto e Parto de Risco*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008b, pp.808-860. ISBN 978-989-8075-16-1.

LOWDERMILK, Deitra Leonard – *Trabalho de Parto e Nascimento*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008a, pp.333-354. ISBN 978-989-8075-16-1.

MANNING, Barbra – *Transição para a Parentalidade*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008, pp.490-520. ISBN 978-989-8075-16-1.

MCDONALD, SJ *et al.* - *Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes (Review)*. Australia: Cochrane Database of Systematic Reviews [Em linha] 2013, vol.7, nºCD004074. [Consultado a 27 de maio de 2016]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004074.pub3/pdf/abstract>

MEDELA - *BiliBed and BiliCombi*. [Em linha]. Switzerland, 2016. [Consultado a 28 Feb 2016]. Disponível em: <https://www.medela.com/breastfeeding-professionals/products/phototherapy/bilibed>

MELEIS, Afaf Ibrahim *et al.* - *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. USA: Advances In Nursing Science [Em linha]. 2000, vol. 23, nº1, pp. 12-28. [Consultado a 27 de dezembro 2015]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/12352146_Experiencing_Transitions_An_Emerging_Middle-Range_Theory

MENDES, Karina Dal Sasso, Silveira, Renata Cristina de Campos Pereira e Galvão, Cristina Maria – *Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem*. Florianópolis: Texto e Contexto Enfermagem [Em linha] 2008, vol.17, nº4, pp.758-764. [Consultado a 27 de Maio de 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

MENEZES, Francisnele Lopes *et al.* *Depressão puerperal no âmbito da saúde pública*. Santa Maria: Revista Santa Maria [Em linha]. 2012, vol.38, nº1, pp.21-30. [Consultado a 21 de fevereiro 2016]. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/3822/380>

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA - *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.

Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. *Parecer nº13/2012: Realização de Cardiotocografia*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros [Em linha]. 2012. [Consultado a 13 de janeiro 2015]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer13_MCEESMO.pdf

MONTENEGRO, Carlos Antonio Barbosa e REZENDE FILHO, Jorge – *Rezende Obstetrícia*. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Lda., 2013. ISBN 978-85-277-2229-2.

MOORHEAD, Sue *et al.* - *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MOREIRA, Sara Cláudia Vieira - *Educar para a saúde na gravidez: (re)educação de grávidas para a prevenção da dor lombar*. Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho, 2009. Tese de Mestrado.

MORENO, Adélia Sofia Machado e Silva - *O controlo da dor em neonatologia: intervenções não farmacológicas*. [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado. [Consultado a 30 de janeiro de 2016]. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9380/1/tese_ADELIAMoreno.pdf

NAMURA, Roseli Mieko Yamamoto, MIYADAHIRA, Seizo e ZUGAIB, Marcelo - *Avaliação da vitalidade fetal anteparto*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Em linha]. 2009, vol. 31, nº10, pp.513-26. [Consultado a 21 de dezembro de 2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n10/08.pdf>

NESHELI, Hassan Mahmoodi *et al.* – *Effect of late vs early clamping of the umbilical cord (on haemoglobin level) in full-term neonates*. Paquistão: Journal of the Pakistan Medical Association [Em linha] 2014, vol.64, nº11, pp. 1303-1305. [Consultado a 12 de abril de 2017]. Disponível em: <http://jpma.org/PdfDownload/7078.pdf>

OLIVEIRA, Tatiana Gandolfi de - *Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo*. Einstein [Em linha]. 2012, vol.10, nº1,

pp.22-28. [Consulta a 03 de abril de 2016]. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/eins/v10n1/pt_v10n1a06.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. [S.l.]: Ordem dos Enfermeiros, 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Genebra: OMS, 2014. ISBN 978 92 4 854850 5.

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde - *Indução do trabalho de parto*. [Em linha] Lisboa: DGS, 2015a. [Consultado a 23 de março de 2016] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015.aspx>

PORTUGAL. Direção Geral De Saúde - *Plano Nacional de Saúde Reprodutiva. Saúde reprodutiva/Planeamento familiar*. Lisboa: DGS, 2008. ISBN 978-972-675-182-3.

PORTUGAL. Direção Geral De Saúde - *Trabalho de parto estacionário*. [Em linha] Lisboa: DGS, 2015b. [Consultado a 23 de março de 2016] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte. *Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Administração De Imunoglobulina Anti-D (Rh)*. Porto, 2009.

QUINTAS, Conceição e RAMIRES, Albina - *Icterícia Neonatal*. [Em linha]. In: Sociedade Portuguesa de Neonatologia - *Consensos de Neonatologia*. Portugal, 2013. [Consultado a 24 de fevereiro 2016]. Disponível em: http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2013-Ictericia_neonatal.pdf

RINCÓN, D *et al.* - *Time of cord clamping and neonatal complications, a prospective study*. Barcelona: Anales de Pediatría [Em linha] 2014, vol.81, nº3, pp.142-148. [Consultado a 12 de abril de 2017]. Disponível em: http://ac.els-cdn.com/S2341287914000519/1-s2.0-S2341287914000519-main.pdf?_tid=92ad4e22-1fa1-11e7-9b17-00000aab0f02&acdnat=1492016626_5c44f9f3b04724a9dfba6b600daf3b44

ROBIN, Webb Corberr - *Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez*. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard e PERRY, Shannon E. - *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Loures: Lusodidata, 2008b, pp.245-303. ISBN 978-989-8075-16-1.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS - *Green-top Guideline No. 50: Umbilical Cord Prolapse*. [Em linha] 2ª Edição. Reino Unido: NICE, 2014. [Consultado a 25 de março de 2016]. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-50-umbilicalcordprolapse-2014.pdf>

SALARI, Z, REZAPOUR, M e KHALILI, N - *Late umbilical cord clamping, neonatal hematocrit and Apgar scores: A randomized controlled trial*. Irão: Journal of neonatal-Perinatal Medicine [Em linha] 2014, vol.7, nº4, pp.287-291. [Consultado a 28 de maio de 2016]. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=20549ef1-d016-4279-83e2-58acac5d1297%40sessionmgr4010&vid=5&hid=411>

SANTO, Susana e GRAÇA, Luís Mendes da - *Rotura Prematura das Membranas*. In: GRAÇA, Luis Mendes da – *Medicina Materno-Fetal*. 4ª Edição. Lisboa: Lidel, 2010, pp.446-455. ISBN 978-972-757-654-8.

SCHUMACHER, Karen L. e MELEIS, Afaf Ibrahim - *Transitions: A Central Concept*. In Nursing. In: MELEIS, Afaf Ibrahim - *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC, 2010, pp.38-51. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

SILVA, Catarina Sousa e CARNEIRO, Marinha - *Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho*. Coimbra: Revista Referência. [Em linha]. 2014, série IV, nº3, pp.17-26. [Consultado a 28 de fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn3/serIVn3a03.pdf>

SILVA, Daniela Neves - *Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade*. Escola Superior de Saúde de Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, 2014. Tese de Mestrado.

SILVA, Joana Lima, REBELO, Cláudio e SANTOS, Rosa Maria - *Aceleração do Trabalho de Parto*. In: MONTENEGRO, Nuno et al. – *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª Edição. Lisboa: Lidel, 2014, pp.226-227. ISBN 978-989-752-035-8.

SILVA, Lia Mota *et al.* - *Uso da bola suíça no trabalho de parto*. São Paulo: Acta Paulista de enfermagem [Em linha]. 2011, vol.24, nº5, pp.656-662. [Consultado a 02 de abril de 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/10v24n5.pdf>

SILVA, Sílvia Monteiro - *Icterícia Neonatal*. [Em linha]. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2011. Monografia. [Consultado a 09 de fevereiro 2016]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/61080/2/Ictercia%20Neonatal.pdf>

SILVA, Tânia - *Aleitamento materno: prevalência e factores que influenciam a duração da sua modalidade exclusiva nos primeiros seis meses de idade*. Lisboa: Acta Pediátrica Portuguesa. [Em linha]. 2013, vol.44, nº5, pp.223-228. [Consultado a 25 de fevereiro de 2016]. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/3399/2709>

SOLER, Damaris Rodrigues *et al* - *Quality Of Life In The Puerperium: Assessment In The Immediate, Late And Remote Postpartum Periods* - Recife: Journal of Nursing UFPE on line [Em linha]. Dezembro 2015, vol.9, nº12, pp.1093-1101. [Consultado a 13 de fevereiro 2016]. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8459/pdf_9015

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* - *Indução do trabalho de parto: conceitos e particularidades*. São Paulo: Revista Femina [Em linha]. 2010a, vol.38, n.4, pp.185-194. [Consultado a 27 de março de 2016]. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_v38n4p185-941.pdf

SOUZA, Alex Sandro Rolland *et al.* - *Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto*. São Paulo: Revista Femina [Em linha]. 2010b, vol.38, n.4, pp.195-201. [Consultado a 31 de março de 2016]. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Femina_v38n4p195-2011.pdf

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE - *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Austrália: The Joanna Briggs Institute, 2014. ISBN 978-1-920684-11-2.

UNICEF - *Dez medidas para ser considerado Hospital Amigo dos Bebés*. [Em linha]. Portugal, 2016. [Consultado a 25 de fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/Unicef-10-medidas-para-BFHI.pdf>

VALLERAND, April Hazard, SANOSKI, Cynthia A. e DEGLIN, Judith Opfer - *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. 14ª Edição. Loures: Lusodidacta, 2016. ISBN 978-989-8075-68-0.

VIDAL, Inês Fonseca Forja da Cunha - *Dor no recém-nascido* [Em linha]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010. Artigo de revisão. [Consultado a 30 de janeiro de 2016]. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/18764/2/In%C3%AAs%20Vidal.pdf>

VIEIRA, Carolina Sales, BRITO, Milena Bastos e YAZLLE, Marta Edna Holanda Diogenes - *Contraceção no puerpério*. São Paulo: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. [Em linha]. 2008, vol.30, nº9, pp.470-479. [Consultado a 29 de fevereiro 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n9/v30n9a08.pdf>

WHEELER, Barbara J. - *Promoção da Saúde do Recém-nascido e da Família*. In: HOCKENBERRY, Marilyn J. e WILSON, David – *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011, pp.203-248. ISBN 978-85-352-3447-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva: WHO, 2012. ISBN 978 92 4 150343 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – *Care on Norma Birth: Practical Guide*. Genebra: WHO [Em linha] 1996. [Consultado a 29 de março de 2017] Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. Geneva: WHO, 2014. ISBN 978-92-4 150820-9

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *WHO recommendations for Induction of labour*. Genebra: WHO, 2011. ISBN 978 92 4 150115 6.

ANEXOS

Anexo 1 – Instrumentos de Avaliação da Qualidade, Extração e Síntese de dados

JBI Critical Appraisal Checklist for Comparable Cohort/ Case Control

Reviewer Date

Author Year Record Number

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Is sample representative of patients in the population as a whole?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Are the patients at a similar point in the course of their condition/illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Has bias been minimised in relation to selection of cases and of controls?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Are confounding factors identified and strategies to deal with them stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Are outcomes assessed using objective criteria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up carried out over a sufficient time period?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control / Pseudo-randomised Trial

Reviewer Date

Author Year Record Number

	Yes	No	Unclear	Not Applicable
1. Was the assignment to treatment groups truly random?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were participants blinded to treatment allocation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was allocation to treatment groups concealed from the allocator?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the outcomes of people who withdrew described and included in the analysis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were those assessing outcomes blind to the treatment allocation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were the control and treatment groups comparable at entry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were groups treated identically other than for the named interventions?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were outcomes measured in the same way for all groups?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Were outcomes measured in a reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

JBI QARI Critical Appraisal Checklist for Interpretive & Critical Research

Reviewer Date

Author Year Record Number

- | | Yes | No | Unclear | Not Applicable |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Are participants, and their voices, adequately represented? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info.

Comments (Including reason for exclusion)

Anexo 2 - Clampagem do Cordão Umbilical: um guia para a prática⁷

Etapas para integrar a clampagem tardia do cordão umbilical e cuidados essenciais ao recém-nascido de termo, no 3º período de trabalho de parto de um **parto eutócico**.

1. Colocar o RN, após o nascimento, ao nível do introito vaginal ou sob a metade inferior do abdómen materno e iniciar os cuidados imediatos ao RN (secagem, estimulação e avaliação do Apgar ao 1º minuto).
2. Apenas após passado 1 minuto, se protocolado na instituição, administrar um fármaco uterotónico à parturiente, sendo a ocitocina o mais recomendado (10mg IV/IM).
3. Em todos os casos, atrasar a clampagem do cordão umbilical quanto possível, num período compreendido entre 1 e 3 minutos.
4. No entretanto, continuar os cuidados ao RN, prevenindo a perda de calor, permitindo o contacto pele-a-pele e realizando uma avaliação contínua da respiração, cor e tónus muscular.
5. No momento em que o cordão cesse a pulsação ou passados 3 minutos, realizar a clampagem do cordão umbilical com o clamp a 2-3 cm do abdómen neonatal e colocar uma pinça cirúrgica (Kocher ou Kelly) nos seguintes 2-3cm.
6. O corte do cordão deverá ser realizado entre estes dois instrumentos hemostáticos e poderá ser realizada por profissionais ou pelo companheiro(a) da parturiente, após devidamente instruído(a), quando estes(as) assim o desejem.

* A clampagem do cordão umbilical precoce (≤ 1 minuto após o nascimento) somente deve ser realizada quando o recém-nascido necessitar de reanimação com ventilação de pressão positiva.

⁷ Baseado nas orientações clínicas da OMS

Anexo 3 - Dor no recém-nascido - Uma proposta de alteração da prática: Colocação de penso adesivo VS torcido de compressa pós punção venosa e/ou capilar

A dor como conceito é algo que tem evoluindo à medida que os tempos vão passando. Aristóteles considerou-a como uma emoção, já na idade média foi aceite como um castigo por pecados cometidos e, Descartes veio defini-la como um fenómeno físico, meramente sensorial (Quartilho, 1996; Barbosa, 1997; Mateus, 1998 cit. por Batalha, 2006 cit. por Moreno, 2012).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Conselho Internacional De Enfermeiros, 2011, pp. 50) define dor como uma:

“percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite”.

Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde (2010, pp. 4) define dor como sendo *“uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão, sem indicadores específicos”.*

Considerada como o 5º sinal vital pela Organização Mundial de Saúde desde 1999, constitui-se como um fenómeno bivalente, já que é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, descrita pelo próprio indivíduo e associada a uma real ou potencial lesão tecidual e, portanto, poderá ser descrita tanto como sensação, como uma emoção (Fauci *et al*, 2008; Carbajal *et al.*, 2008; Lago *yh al.*, 2009 cit. por Vidal, 2010)

É constatável que existem diversas visões conceptuais daquilo que é a dor, no entanto, nenhuma investigação trouxe a definição do conceito de dor neonatal. A possibilidade do recém-nascido sentir dor é investigada desde 1960 (Balda e Guinsburg, 2004 cit. por Moreno, 2012), não obstante, mitos como o facto de o recém-nascido não sentir dor, ainda persistem (McCaffery e Beebe, 1990 cit. por Moreno, 2012).

Durante vários anos acreditou-se que o recém-nascido não sentia dor devido à imaturidade das vias da nocicepção (Anand, 2008; Codipietro *et al.*, 2008 cit. por Vidal, 2010). Isto

porque se constava que a mielinização das fibras nervosas não estava ainda completa ao nascimento, dos recetores da dor (nociceptores) estarem ainda imaturos, da transmissão dos estímulos nos tecidos nervosos imaturos se realizar de forma diferente e de existir uma maior concentração plasmática de β -endorfinas no recém-nascido, associada a uma maior permeabilidade da barreira hematoencefálica nesta população (Carbajal *et al.*, 2004; Carbajal *et al.*, 2008 cit. por Vidal, 2010).

Hoje sabe-se que a capacidade para sentir dor se inicia ainda no meio intrauterino. As vias da dor iniciam a sua mielinização no segundo trimestre de gestação, completando-se entre a 30^a e a 37^a semana de gestação. Porém, mesmo não estando todas as fibras mielinizadas ou totalmente mielinizadas, são capazes de transportar estímulos dolorosos e, portanto, capazes de sentir dor. Uma mielinização incompleta apenas se irá traduzir numa transmissão mais lenta do estímulo (Carbajal *et al.*, 2004 cit. por Vidal, 2010). A título de curiosidade, nos adultos, apenas 80% das fibras que transmitem dor são mielinizadas (Tamez, 2009 cit. por Moreno, 2012).

Estudos realizados com o objetivo de comparar a intensidade da dor entre o neonato e o adulto têm vindo a ser realizados. Fica então comprovado que, nos recém-nascidos, existe uma maior densidade de recetores da dor cutâneos, as distâncias interaxionais são mais curtas, a quantidade e qualidade dos neurotransmissores inibidores descendentes é menor e os opioides endógenos e vias inibidoras medulares não adquirem funcionalidade antes dos três meses de vida (Fitzgerald *et al.*, 1995; Biscaia, 1995; Santos, 1997; Franck *et al.*, 2000 cit. por por Batalha, 2006 cit. por Moreno, 2012). A capacidade do recém-nascido para modular a dor encontra-se diminuída uma vez que os mecanismos de controlo descendente estão imaturos, o que faz com que a transmissão e perceção da dor seja aumentada e potenciada (Anand, 2000; Fitzgerald, 2000; Auquier, 2001 cit. por Batalha, 2006 cit. por Moreno, 2012). Fica assim estabelecido o facto que, contrariamente aos conceitos existentes de insensibilidade à dor por parte do recém-nascido, “o recém-nascido é hiperálgico” (Biscaia, 1995; Santos, 1997; Franck *et al.*, 2000; Anand, 2000; Anand *et al.*, 2001; Auquier, 2001 cit. por por Batalha, 2006, pp. 28 cit. por Moreno, 2012).

Moreno (2012), num estudo realizado no Centro Hospitalar de São João, em contexto de neonatologia, tendo como objeto de estudo a dor no recém-nascido, tem em consideração um conjunto de intervenções potenciadoras de causar dor com base nos Consensos de Neonatologia, literatura analisada e relatos de profissionais de saúde. Entre elas encontram-se aspirações, colocações de sondas, punções venosas, punções capilares,

colocação de cateteres, remoção de adesivos e tratamento de feridas. Numa unidade de puerpério, onde o recém-nascido é, à partida, saudável, não existe a necessidade de realizar a totalidade de procedimentos mencionados anteriormente, no entanto, com vista a despistar complicações das primeiras horas de vida do RN, procedimentos como punções capilares e venosas e a consequente colocação de pensos adesivos poderão ocorrer com bastante frequência.

Aquando da realização destes procedimentos a dor poderá ser avaliada através de diversas escala. A autora supracitada optou por utilizar a EDIN (*Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*) uma vez que é a escala de referência para unidades de cuidados intensivos neonatais, podendo-se utilizar a partir das 25 semanas de gestação até ao primeiro ano de vida (OE, 2008). Numa unidade em que predominam neonatos saudáveis e de termo, poderá ser utilizada a NFCS reduzida (Neonatal Facial Coding System), indicada para situações de dor aguda para crianças com menos de 18 meses, em que o foco é a expressão facial do RN.

Neste sentido, e uma vez que as punções são, maioritariamente inevitáveis, este documento surge como uma proposta de alteração da prática de colocação de pensos adesivos após as punções, dada a comprovada causa de dor. Está certo que medidas não farmacológicas de controlo da dor como a contenção, sucção não nutritiva e administração de substâncias açucaradas poderiam ser utilizadas aquando deste procedimento, porém evitar a dor ao neonato deverá prevalecer.

Como alternativa propõe-se um torcido de uma compressa não esterilizada, tal como o conjunto de imagens abaixo sugerem, após ser feita a hemóstase do local da punção, comumente ao procedido com a colocação de penso adesivo.



Imagem 1- Compressa não esterilizada aberta



Imagem 2 - 1º Passo



Imagem 3 - 2º Passo



Imagem 4 - 3º Passo



Imagem 5 - 4º Passo

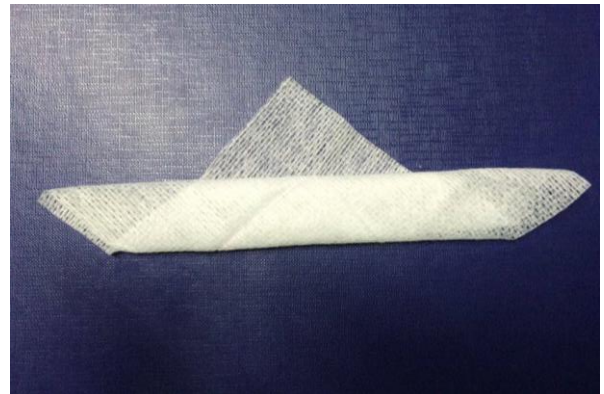


Imagem 6 - 5º Passo



Imagem 7 - 6º Passo

Na presença de difícil hemóstase poderá proceder-se à colocação de compressa dobrada no local da punção e seguidamente o torcido de compressa, tal como é exposto na imagem 9 e 10.

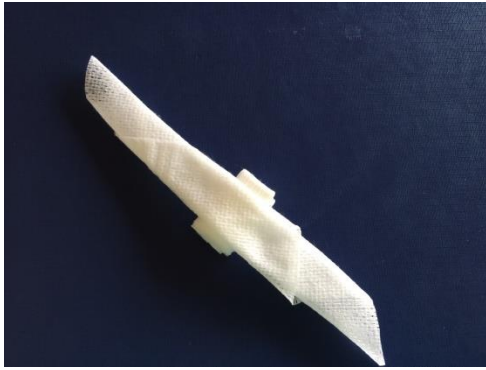


Imagem 9 - Torcido para punção com difícil hemóstase



Imagem 10 - Torcido pós punção venosa

A dor no recém-nascido é um tema que tem vindo a ganhar destaque, principalmente ao longo das últimas duas décadas, graças aos estudos que se têm desenvolvido nesta área e que permitiram demonstrar que, ao contrário do que a maioria dos profissionais de saúde acreditava, os recém-nascidos são capazes de ter uma perceção da dor tão ou mais clara que os adultos (Moreno, 2012).

A adoção desta técnica não traz meramente e maioritariamente benefícios à criança mas ainda económicos, já que uma compressa não esterilizada tem menos custo que um penso adesivo, como ainda ambientais, já que apenas existe resíduo de risco biológico ao invés do papel/plástico mais o resíduo biológico. A isto acresce que o facto de não solicitar mais recursos humanos nem temporais acrescidos, em comparação à colocação do penso adesivo.



Imagem 11 - Uso de penso adesivo



Imagem 12 - Uso de compressa

BIBLIOGRAFIA

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - *CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.

Moreno, Adélia Sofia Machado e Silva - *O controlo da dor em neonatologia: intervenções não farmacológicas*. [Em linha]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2012. Dissertação de Mestrado. [Consultado a 30 de Janeiro de 2016]. Disponível em http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9380/1/tese_ADELIAMoreno.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Conselho de Enfermagem*. DOR - Guia Orientador de Boa Prática. [Em linha] Ordem dos Enfermeiros, 2008. [Consultado a 20 de Fevereiro de 2016]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cadernosoe-dor.pdf>

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – *Circular Normativa nº 09/DGCG. 2003-06-14*. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor [Em linha]. [Consultado a 5 de Fevereiro 2016]. Disponível em <http://www.esscvp.eu/wordpress/wp-content/uploads/2015/06/Dor5SinalVitalCircularNormativaDGS.pdf>

VIDAL, Inês Fonseca Forja da Cunha. Dor no recém-nascido [Em linha]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2010. Artigo de revisão. [Consultado a 30 de Janeiro de 2016]. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/18764/2/In%C3%AAs%20Vidal.pdf>

Post-scriptum:

As fotografias a recém-nascidos foram tiradas com a devida autorização dos pais e na presença dos mesmos.

Anexo 4 - Síntese Do Registo De Experiências



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**SÍNTESE DO REGISTO DE EXPERIÊNCIAS, Ano Letivo 2015/2016
(considerando a Lei n.º 9/2009, de 4 de Março, pp. 1515)**

Consultas De grávidas Incluindo Exames Pré-natais	Grávidas		Vigilância e Cuidados a 106 Parturientes		41 Partos Executados		Partos Participados		Prática Sutura	121 Puérperas		124 Recém-nascidos	
	Risco	Normais	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Participação parto pélvicos ou simulação	Cefálicos		Risco	Normais	Risco	Normais
132	101	40	9	97	19	22	2 (simulação)	36	25	14	107	3	121