

A Deambulação Como Intervenção Promotora da Evolução do Trabalho de Parto - Projeto de estágio de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autora

Inês Quelhas Ferreira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Estágio de natureza profissional com relatório

A Deambulação Como Intervenção Promotora da Evolução do Trabalho de Parto - Projeto de estágio de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

AMBULATION AS A LABOUR PROMOTING INTERVENTION - Specialist Clinical Skills Development Internship Project in Maternal and Obstetric Health Nursing

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela Professora Doutora Sónia Brandão e coorientado pela Professora Bárbara Leitão

Autora
Inês Quelhas Ferreira

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Sónia Brandão por toda a disponibilidade, incentivo, apoio, exigência e rigor ao longo deste percurso.

Às Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que tive o prazer de conhecer e trabalhar, por terem sido fundamentais na minha formação, por tudo o que me ensinaram e por confiarem em mim e nas minhas capacidades.

Às minhas colegas de Mestrado, especialmente à Catarina, que nunca me deixou desistir e tornou esta caminhada mais leve.

À minha mãe e aos meus avós pela presença, apoio e motivação a ser mais e a fazer melhor. Por todos os abraços nos dias de maior cansaço e pelas palavras reconfortantes nos momentos mais difíceis. Obrigada por me incentivarem a seguir os meus sonhos.

Ao Guilherme por compreender a minha ausência e por me acompanhar incansavelmente nesta etapa. Pelo amor, companheirismo e força que me deu para continuar à medida que os desafios surgiam.

A todas as famílias com as quais me cruzei e tive o prazer de cuidar, o meu sincero obrigada.

ABREVIATURAS

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AGDH - *Australian Government Department of Health*

ALT - Alanina Aminotransferase

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

AST - Aspartato Aminotransferase

BP - Bloco de Partos

BPM (bpm) - Batimentos por Minuto

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

EBCOG - *European Board and College of Obstetrics and Gynaecology*

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HPP - Hemorragia Pós-Parto

IB - Índice de *Bishop*

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

ISSHP - *International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy*

ITP - Indução do Trabalho de Parto

MCEESMO - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

ODP - Occipito Direita Poserior

OE - Ordem dos Enfermeiros

OEA - Occipito Esquerda Anterior

OMS - Organização Mundial da Saúde

OP - Occipito Posterior

PQCEESMO - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RPM - Rotura Prematura de Membranas

RPMP - Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo

SOGC - Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

TEP - Tromboembolismo Pulmonar

TEV - Tromboembolismo Venoso

TP - Trabalho de Parto

TVP - Trombose Venosa Profunda

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado

ULS - Unidade Local de Saúde

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

USF - Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional tem como finalidade descrever o processo de aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Neste documento, estão descritas as experiências vivenciadas e as atividades desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional e da assistência pré-natal realizados numa Unidade Local de Saúde na região Norte. Existe, ainda, um capítulo destinado à documentação do processo de conceção de cuidados de casos clínicos relevantes nos diferentes contextos.

O desenvolvimento deste documento permitiu uma reflexão crítica sobre as intervenções autónomas de enfermagem no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, as intervenções resultantes de prescrição e os conceitos aprendidos durante os ensinamentos clínicos, com recurso à evidência científica mais atual.

Face ao paradigma atual da prática de enfermagem baseada na evidência, destaca-se a inclusão neste relatório de uma revisão integrativa da literatura sobre o tema: “A deambulação como intervenção promotora da evolução do trabalho de parto”. O mote para a realização desta revisão baseou-se na observação de que a maior parte das parturientes restringiam-se ao leito, durante quase toda a totalidade do trabalho de parto, contrastando com a evidência, que descreve que as mulheres que deambulam e adotam posições verticais, tendem a ter primeiras fases do trabalho de parto mais curtas. Esta revisão da literatura teve como objetivo explorar o efeito da deambulação na progressão do trabalho de parto, com a finalidade de, não só transmitir informações concisas e seguras às parturientes de forma a envolvê-las ativamente no seu trabalho de parto e a tomar decisões de forma livre e esclarecida, como também de guiar a minha futura prática profissional como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Palavras-chave: deambulação; trabalho de parto; primeira fase do trabalho de parto; duração

ABSTRACT

The purpose of this Professional Nature Internship Report is to describe the process of acquiring and developing technical, scientific and relational skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health. This document describes the experiences and activities carried out during the professional internship and the antenatal care provided at a Local Health Unit in the Northern region. Additionally, there is a chapter dedicated to documenting the care conception process for relevant clinical cases in different contexts.

The development of this document allowed a critical reflection on the autonomous nursing interventions in the field of Maternal and Obstetric Health, interventions resulting from prescription and the concepts learnt during clinical training, using the most current scientific evidence.

Given the current paradigm of evidence-based nursing practice, this report emphasizes the inclusion of an integrative literature review with the theme: "Ambulation as a labour promoting intervention". The impetus for conducting this review was based on the observation that most parturient women remained confined to bed for almost entirety of labour, contrasting with evidence suggesting that women who ambulate and assume vertical positions, tend to have shorter first stages of labour. This literature review aimed to explore the effect of ambulation on labour progression, not only to provide concise and reliable information to labouring women, to actively engage them in their labour and make informed decisions, but also to guide my future professional practice as a Midwife.

Keywords: ambulation; labour; first stage of labour; duration

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	16
Unidade de Cuidados na Comunidade	17
Consulta de Obstetrícia	18
Internamento de Grávidas/Medicina Materno-Fetal	19
Bloco de Partos	21
Puerpério	23
CAPÍTULO 2: PROCESSO DE CONCEÇÃO DE CUIDADOS	27
Processo de Conceção de Cuidados na Assistência à Grávida em Situação de Risco.....	27
Caso Clínico - Internamento de Grávidas de Risco.....	27
1. Cenário Clínico	27
2. Domínios Identificados	28
3. Plano de Cuidados.....	33
Processo de Conceção de Cuidados na Assistência à Mulher em Trabalho de Parto.....	38
1. Domínio: Parto.....	38
1.1. Diagnóstico: Trabalho de Parto	38
1.2. Diagnóstico: Nascimento	45
2. Domínio: Procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica Médica	47
2.1. Foco: Cateter Epidural	47
2.2. Foco: Cateter Venoso Periférico	48
3. Domínios: Comportamentos para Amamentar e Lactação.....	48
4. Domínio: Reflexo de Sucção (Recém-nascido)	49
Casos Clínicos - Bloco de Partos	50
Caso Clínico 1	50
1. Cenário Clínico	50
2. Domínios Identificados	51
3. Plano de Cuidados - Parturiente	53
4. Plano de Cuidados - Recém-Nascido.....	66
Caso Clínico 2	69
1. Cenário Clínico	69
2. Domínios Identificados	69
3. Plano de Cuidados - Parturiente	71
4. Plano de Cuidados - Recém-Nascido.....	81

Caso Clínico 3	84
1. Cenário Clínico	84
2. Domínios Identificados	85
3. Plano de Cuidados - Parturiente	85
4. Plano de Cuidados - Recém-Nascido.....	90
Caso Clínico 4	92
1. Cenário Clínico	92
2. Domínios Identificados	93
3. Plano de Cuidados - Parturiente	93
Processo de Conceção de Cuidados na Assistência à Mulher no Período Pós-Natal.....	99
Caso Clínico - Internamento de Puerpério	99
1. Cenário Clínico	99
2. Domínios Identificados	99
3. Plano de Cuidados - Puérpera	104
4. Plano de Cuidados - Recém-Nascido.....	108
CAPÍTULO 3: CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	111
Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	111
Competência do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	111
Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	112
Competência do Domínio da Gestão dos Cuidados	113
Competência do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	113
Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	114
Desenvolvimento de Competências no Âmbito da Assistência Pré-Natal	114
Unidade de Cuidados na Comunidade	115
Consulta de Obstetrícia	117
Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Internamento de Grávidas de Risco .	119
Pré-Eclâmpsia.....	120
Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo	121
Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Trabalho de Parto	124
Cuidados Prestados à Mulher em Trabalho de Parto	126
Cuidados Prestados ao Recém-Nascido.....	128
Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Puerpério	129
Cuidados Prestados à Puérpera	132
Cuidados Prestados ao Recém-Nascido.....	133
Desenvolvimento de Competências de Investigação no Âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	134

Revisão Integrativa da Literatura: A Deambulação Como Intervenção Promotora da Evolução do Trabalho de Parto	135
Enquadramento Teórico	136
Método	137
Resultados	139
Discussão e Implicações Para a Prática	140
CONCLUSÃO	143
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
ANEXOS	170
ANEXO I - Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials (2023)	171
ANEXO II - Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (2020)	175
APÊNDICES	176
APÊNDICE I - Poster sobre os benefícios da deambulação realizado no âmbito da consulta de obstetrícia	177
APÊNDICE II - Avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados	178
APÊNDICE III - Quadro síntese dos artigos selecionados	187

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos.....	138
---	-----

INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado no âmbito da primeira edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O MESMO habilita o enfermeiro com o grau de Mestre e, para habilitar o titular de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) à obtenção do título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE), é essencial a realização de um estágio de natureza profissional, no segundo ano do curso, com a elaboração e discussão de um Relatório de Estágio de Natureza Profissional. Este relatório deve comprovar a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

O Regulamento nº 140/2019 do Diário da República, publicado a 6 de fevereiro de 2019, que define as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, considera “competências comuns” as que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, sendo estas a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; e d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Por sua vez, as “competências específicas” são definidas como as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019), o enfermeiro especialista possui competências científicas, humanas e técnicas para prestar cuidados individualizados na área da sua especialidade, para além de cuidados gerais de enfermagem. No mesmo Regulamento, estão descritas as seguintes competências: a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; b) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; c) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; e g) Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2019).

O Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado e que visa o desenvolvimento das competências anteriormente descritas, publicado em Diário da República de 3 de março de 2021, em Aviso nº 3916/2021, pela OE, descreve que a formação do EEESMO deve adequar-se ao novos desafios no domínio da saúde global e da saúde sexual e reprodutiva, em particular, aos quais não são alheios a pluralidade das vivências das mulheres, as novas configurações familiares e sociais e as diferentes conjunturas políticas e económicas, que se refletem direta ou indiretamente nos cuidados de enfermagem. Assim, o programa de formação que está regulamentado por legislação europeia, designadamente, pela Diretiva 2005/36/CE, do Conselho e do Parlamento de 7 de setembro, que transposta para o ordenamento jurídico português pela Lei nº 9/2009, de 4 de março, na sua atual redação, visa assegurar um conjunto de conhecimentos e experiências mínimas capazes de garantir o reconhecimento automático das qualificações profissionais.

Desta forma, o estudante, tendo em conta os objetivos de aprendizagem definidos de acordo com o enquadramento legal atual (Lei nº 9/2009 de 4 de março; Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio; Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro; Aviso nº 3917/2021 de 3 de março; Aviso nº 3916/2021 de 3 de março) deve ser capaz de:

- Planear, executar e avaliar os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Interpretar a complexidade da intervenção no âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sustentada na evidência científica, na prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade;
- Integrar os princípios éticos legais que orientam a profissão com vista ao desenvolvimento de ações autónomas e/ou interdisciplinares adequadas a cada situação clínica na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;
- Participar na construção, implementação e avaliação de programas de intervenção de Saúde Materna e Obstétrica nos diversos contextos;
- Sistematizar evidência e integrar o conhecimento técnico-científico, ético e relacional e a capacidade de argumentação que fundamentem a tomada de decisão clínica, face a problemas complexos e imprevisíveis na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Como referido anteriormente, é necessário cumprir as experiências mínimas obrigatórias consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei nº9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio, sendo estas:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais, incluindo a assistência a 40 grávidas em situação de risco;

- Assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo estudante de, pelo menos, 40 partos, número que poderá ser reduzido para 30 partos se a falta de parturientes o justificar, e na condição de o estudante participar, para além daqueles, em mais 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica; em caso de impossibilidade, será realizado treino em simulação;
- Prática de episiotomia/perineorrafia;
- Assistência a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos normais;
- Assistência a, pelo menos 40 puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais;
- Assistência a mulheres que apresentem patologias no domínio de ginecologia/obstetrícia.

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo deste percurso no âmbito do MESMO tiveram como referencial teórico a Teoria das Transições, proposta por Afaf Meleis. Esta teoria de médio alcance, vê as pessoas como seres biopsicossociais em constante mudança e movimento, numa contínua interação com o ambiente, tendo capacidades para aprenderem a lidar com diversas mudanças, ao longo do seu ciclo de vida. Segundo Meleis et al. (2000), uma transição é caracterizada como uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, representando um período de instabilidade entre dois momentos de estabilidade. Tal transição implica uma alteração no estado de saúde, nos papéis relacionais, nas expectativas ou nas habilidades individuais, exigindo a incorporação de novos conhecimentos, modificação de comportamentos e uma redefinição do eu no contexto social.

A Enfermagem, para além de profissão, é também uma disciplina do saber, cujo foco está voltado para a compreensão das respostas humanas diante das transições de vida (Sousa e Silva & Carneiro, 2014). A forma como cada pessoa vivencia a transição é também uma questão fundamental para a Enfermagem, uma vez que a Enfermagem não estuda a transição de um indivíduo, de uma família, ou de uma comunidade, de forma isolada, mas sim, considera as influências do contexto ambiental sobre as representações e significados associados à mudança (Meleis, 2007).

A Teoria das Transições foi usada de forma transversal ao longo da execução do presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional.

Este encontra-se estruturado por capítulos. No primeiro capítulo, irão ser caracterizados os contextos clínicos onde estive inserida. No segundo capítulo será demonstrado o processo de conceção de cuidados, através da apresentação de casos clínicos relevantes dos diferentes contextos. No terceiro capítulo irá ser explanado, de forma crítica e reflexiva, de que modo os

ensinos clínicos contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências necessárias à aquisição do título de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e à aquisição do título profissional de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Ainda neste capítulo, de forma a demonstrar a aquisição de competências no âmbito da investigação, será descrito o processo de revisão integrativa da literatura sobre o tema “A deambulação como intervenção promotora da evolução do trabalho de parto”. Por fim, o relatório culminará com uma análise crítico-reflexiva do meu percurso, refletindo sobre as minhas características pessoais e as dos contextos onde estive inserida, que facilitaram ou dificultaram a aquisição de competências.

Com este relatório, pretendo comprovar a aquisição de competências necessárias para me tornar Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

CAPÍTULO 1: CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

De acordo com o Despacho n.º 9607 de 1 de outubro de 2021, o 2º ano deste curso concretiza-se em duas unidades curriculares: “Assistência pré-natal” e “Estágio de natureza profissional com relatório final”.

A “Assistência pré-natal” tem como objetivos aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas a novas situações, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem de saúde materna e obstétrica; executar intervenções de enfermagem especializadas centradas nos diagnósticos relativos à grávida/casal e família durante a gravidez em contexto comunitário; e mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da vigilância da gravidez, adaptação à gravidez, preparação para a parentalidade e preparação para o parto. A concretização desta unidade curricular contempla dois contextos clínicos: unidade de cuidados na comunidade (UCC), perfazendo um total de 140 horas e consulta de obstetrícia, num total de 60 horas.

Por sua vez, o “Estágio de natureza profissional com relatório final” tem como objetivos promover a responsabilização pessoal na construção dos respetivos itinerários e projetos de vida profissional, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e de promoção de um espírito empreendedor; identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas centrados nas necessidades em cuidados à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; consolidar a capacidade para a resolução de problemas em contexto de multidisciplinaridade; mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de saúde materna, obstetrícia e ginecologia; promover uma consciência profissional sobre o papel do EEESMO; e elaborar e discutir o relatório de estágio, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo. Esta unidade curricular está dividida em três contextos diferentes: internamento de grávidas/medicina materno-fetal, bloco de partos (BP) e puerpério, perfazendo um total de 800 horas.

Todos os ensinamentos clínicos decorreram numa Unidade Local de Saúde (ULS) no norte do país, mais concretamente no hospital que integra a ULS e numa Unidade de Cuidados na Comunidade. A ULS tem como missão promover a saúde com base na identificação das necessidades da comunidade, garantindo o acesso a cuidados de saúde integrados, preventivos, personalizados, humanizados e de excelência técnica, científica e relacional, ao longo do ciclo vital, criando

um forte sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e utentes. É responsável pela prestação de cuidados a 318 mil utentes.

De seguida, irão ser caracterizados os diferentes contextos clínicos.

Unidade de Cuidados na Comunidade

Este ensino clínico, desenvolvido no âmbito dos cuidados de saúde primários, foi realizado numa UCC, durante o período de 12 de setembro a 20 de outubro de 2023, sob a supervisão da única EEESMO desta unidade. As instalações da UCC incluem seis gabinetes, um deles designado para a saúde materna, uma sala de reuniões e uma sala de formação. A missão da UCC é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, que abrange 3 freguesias da região norte, com o objetivo de obter ganhos em saúde. Esta unidade colabora com outras unidades funcionais, como as Unidade de Saúde Familiar (USF) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizado (UCSP), bem como o hospital da sua área geográfica e parceiros comunitários. A equipa é composta por profissionais de diversas áreas, incluindo enfermeiros especialistas em reabilitação, saúde infantil e pediátrica, saúde materna e obstétrica, saúde mental e psiquiatria e saúde comunitária, enfermeiros pós-graduados em cuidados paliativos e atividade física e saúde, além de profissionais em medicina geral e familiar, serviço social, psicologia, nutrição e fisioterapia.

A UCC desenvolve diversas atividades e programas de intervenção de acordo com as necessidades de saúde da população, sendo um destes projetos a preparação para o parto e parentalidade. O público-alvo são grávidas/casais a partir das 20 semanas de gestação, referenciados pela equipa de saúde familiar, crianças até aos 12 meses de vida inscritas nas equipas de saúde familiar da área de abrangência da UCC e famílias referenciadas com crianças com necessidades de saúde. Os objetivos do programa incluem a promoção de conhecimentos e estratégias facilitadoras para um papel ativo no trabalho de parto (TP); a promoção de conhecimentos e capacidades para o exercício e vivência saudável da parentalidade; a promoção do aleitamento materno através do Cantinho da Amamentação; a promoção do toque terapêutico através do ensino da massagem infantil; e a promoção da adoção de comportamentos saudáveis através da educação parental.

Este projeto é dinamizado por uma EEESMO e por uma Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, o que não está de encontro ao parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) nº 43/2019, que atribui apenas aos EEESMO competências para realizar programas de preparação para o parto, adaptação à parentalidade e adaptação ao pós-parto.

O projeto é dividido em sessões teóricas e práticas. As sessões teóricas, que têm lugar na sala de reuniões da UCC, abordam temas como a preparação da casa e o regresso após a alta, a vigilância do recém-nascido, o lidar com o choro, o transporte seguro, a higiene do recém-nascido, a amamentação e o trabalho de parto. As sessões práticas ocorrem na Junta de Freguesia, onde as mulheres têm a oportunidade de treinar posições favoráveis ao parto e experienciar técnicas não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto, como a respiração, imaginação guiada e massagem. O projeto também inclui uma atividade em meio aquático, suspensa desde o início da pandemia de Covid-19, visitas ao bloco de partos e serviço de puerpério do hospital da ULS e sessões de massagem infantil, após o nascimento. Existe um horário específico para o Cantinho da Amamentação, mas quando necessário, em situações urgentes, a equipa disponibiliza-se para prestar apoio fora do horário estabelecido e através de contacto telefónico, ou e-mail.

Consulta de Obstetrícia

O ensino clínico, referente à consulta de obstetrícia, decorreu no hospital que integra a ULS, entre o dia 23 de outubro e o dia 3 de novembro de 2023, sendo este mais centrado na avaliação da evolução da gravidez e promoção da adaptação à mesma, com ou sem complicações. A consulta é assegurada por diversos EEESMO, integrantes da equipa de enfermagem do BP, em colaboração com médicos obstetras, em conformidade com o parecer nº 43/2019 (MCEESMO, 2019). Fisicamente, o espaço é composto por dois gabinetes de enfermagem, gabinetes médicos e uma sala equipada com dois cardiotocógrafos para realizar cardiotocografias. As grávidas são referenciadas através dos cuidados de saúde primários, tanto em fases iniciais da gravidez, em caso de riscos identificados, como em fases mais avançadas, passando pela consulta externa grávidas com diferentes idades gestacionais.

Durante a primeira consulta com a grávida/casal, são recolhidos dados pessoais e antecedentes médicos, incluindo obstétricos, e informação sobre a gravidez atual, de forma a iniciar o processo clínico. Em todas as consultas são monitorizados parâmetros como a pressão arterial, a temperatura, o pulso e o peso da grávida, é realizado o exame químico da urina e questionados os possíveis efeitos colaterais da gravidez, como náuseas, vômitos, edemas, leucorreia ou dor músculo-esquelética. A auscultação dos batimentos cardíacos fetais, através de doppler, é realizada em grávidas com mais de 14 semanas de gestação, e a partir das 37 semanas realiza-se monitorização de cardiotocografia (CTG). A perceção dos movimentos fetais é questionada a partir das 20 semanas de gestação, dado que a maior parte das grávidas têm consciência dos movimentos nesta altura da gestação.

Dada a individualidade das consultas, estas representam o momento ideal para avaliar os significados atribuídos ao processo de gravidez e de trabalho de parto, permitindo intervir quando necessário, através da redefinição dos mesmos.

Além das intervenções práticas mencionadas, são realizadas intervenções de promoção da saúde, no âmbito da adaptação à gravidez e preparação para o parto, adaptadas à idade gestacional, incluindo ensinamentos relacionados com a autogestão dos efeitos colaterais da gravidez, com a higiene pessoal, vestuário, sono/repouso, padrão de alimentação, exercício físico, regime de vacinação, movimentos fetais, desenvolvimento fetal, sinais de início de trabalho de parto, estratégias facilitadoras de trabalho de parto, opções farmacológicas e não farmacológicas para lidar com a dor e preparação da mala para a maternidade. A partir das 24 semanas de gestação, os casais são incentivados a frequentar a preparação para o parto e parentalidade do hospital e às 35 semanas questionados sobre a vontade de realizar consulta de plano de parto.

Internamento de Grávidas/Medicina Materno-Fetal

As atividades de estágio, desenvolvidas no âmbito da gravidez com complicações, foram realizadas na unidade materno-fetal do hospital da ULS, entre 6 de novembro de 2023 e 3 de janeiro de 2024, perfazendo um total de 200 horas. Para além do internamento de grávidas com complicações, este serviço dá apoio ao BP na prestação de cuidados às mulheres submetidas a indução do trabalho de parto (ITP).

Devido às obras de melhoria do bloco de partos, a unidade materno-fetal foi transferida para outro espaço do hospital. No entanto, mantiveram-se as 6 camas de lotação, embora fossem necessárias realizar algumas adaptações. Estruturalmente, o serviço dividia-se em duas enfermarias com duas camas cada e dois quartos individuais. Existia uma sala de enfermagem, destinada à preparação de medicação e registos informáticos no SClínico e uma casa de banho para as grávidas. A proximidade física entre as unidades tornou desafiador garantir a privacidade das grávidas/casais, sendo necessário o uso de cortinas para colmatar esta situação. Tentava-se alocar as grávidas com patologia em enfermarias separadas das que estavam em processo de indução, reservando os quartos individuais, sempre que possível, para situações mais delicadas como interrupções médicas da gravidez (IMG). A dimensão do serviço mostrou ser benéfica para mulheres com internamentos prolongados, devido à baixa rotatividade de clientes, favorecendo o estabelecimento de relações terapêuticas. No entanto, a localização distante do bloco de partos e da urgência de obstetrícia representou um desafio em situações de emergência.

Em cada turno, está presente apenas um EEESMO, com o apoio de uma técnica auxiliar de saúde. Conforme o parecer nº 43/2019 da MCEESMO, o rácio de assistência no internamento de medicina materno-fetal é de 1:3 para gravidezes de alto risco e de 1:6 para médio risco, enquanto para as induções é de 1:3. Apesar de ser possível este serviço não cumprir as dotações seguras preconizadas pela OE, durante o ensino clínico, foi possível observar que estas foram sempre cumpridas, o que só aconteceu porque o serviço nunca esteve com a sua lotação completa com grávidas com patologia ou com grávidas em indução de trabalho de parto.

As grávidas com complicações podem ser admitidas a qualquer momento, provenientes da urgência obstétrica. A passagem de informação sobre a condição clínica da grávida é realizada via telefone, devido à distância entre os serviços, e a grávida acompanhada até ao serviço de internamento, apenas, pela técnica auxiliar de saúde. Esta prática pode levantar algumas questões, nomeadamente, de que forma uma profissional sem diferenciação na área de saúde materna e obstétrica, conseguiria lidar com uma situação de emergência, como por exemplo, uma convulsão associada a um diagnóstico prévio de pré-eclâmpsia.

Após o acolhimento ao serviço, que inclui a apresentação dos profissionais, demonstração do espaço físico e explicação das rotinas e horário das visitas, procede-se à avaliação inicial da mulher, que consiste na recolha de dados através do processo clínico e da entrevista com a mesma. O diagnóstico clínico, os antecedentes obstétricos e a idade gestacional são consultados nas notas médicas e no boletim de saúde da grávida. Os restantes dados, como os antecedentes pessoais, a medicação domiciliária, alergias e o contacto telefónico da pessoa significativa são obtidos durante a entrevista. De seguida, são monitorizados os sinais vitais, auscultados os batimentos cardíacos fetais, através de monitorização de cardiocografia ou doppler, de acordo com a idade gestacional, e esclarecidas eventuais dúvidas da grávida. As intervenções são orientadas segundo protocolos de serviço e prescrições médicas, destacando-se a vigilância do bem-estar materno e fetal, a monitorização dos sinais vitais e da glicemia capilar pré e pós-prandiais e a administração de medicação, como anti-hipertensivos, tocolíticos e corticoterapia.

Em todos os turnos, são avaliados os sinais vitais e, após as grávidas tomarem o pequeno-almoço, lanche e ceia, procede-se à monitorização de cardiocografia durante 20 a 30 minutos ou à auscultação dos batimentos cardíacos fetais com doppler. Também são prestados cuidados no sentido de facilitar a adaptação à gravidez com complicações e a lidar com a nova condição, ensinando sobre a autovigilância de complicações, sobre o regime medicamentoso, dietético e de exercício, no sentido de promover a adaptação à parentalidade e no sentido de promover o conhecimento sobre a ligação mãe-filho, nomeadamente através de intervenções como: ensinar sobre os movimentos fetais, ensinar sobre técnicas de estimulação fetal, ensinar sobre desenvolvimento fetal e características do recém-nascido.

Quanto às induções do trabalho de parto, no turno da manhã, das 8 horas às 14 horas e 30 minutos, são admitidas as grávidas submetidas a indução, provenientes da urgência onde já foram avaliadas pela equipa médica e iniciado o processo de indução, normalmente, com prostaglandinas. Após o acolhimento ao serviço e realizada a avaliação inicial, é explicado o processo de indução e realizado cardiotocografia durante uma hora, conforme protocolo do serviço. São sugeridas estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto, como a deambulação, o uso da bola de parto, o chuveiro e a massagem. Em mulheres que não aceitam estas estratégias, são adotadas medidas farmacológicas, como a administração de petidina intramuscular, de acordo com o protocolo. Quando as grávidas apresentam contrações rítmicas, regulares e intensas, associadas a dilatação cervical, e/ou solicitam analgesia epidural, são transferidas para o bloco de partos acompanhadas pelo EEESMO.

Bloco de Partos

O ensino clínico, no âmbito do trabalho de parto e parto, decorreu no serviço de bloco de partos do hospital da ULS, de 6 de março até 21 de julho de 2023, perfazendo um total de 500 horas. Estruturalmente, o BP é composto por seis salas de parto destinadas a grávidas em trabalho de parto, em indução ou outras complicações que requerem uma vigilância materna e/ou fetal mais rigorosa; por um bloco operatório (a sala 14), utilizado para a realização de cesarianas; por uma unidade de recobro com duas camas e respetivas telemetrias; por uma sala para cuidados imediatos ao recém-nascido após cesariana; por uma sala de trabalho; uma sala de resíduos; e uma copa para os profissionais de saúde.

As salas de parto, apesar da presença de alguns elementos que contribuem para a perceção de um ambiente hospitalar, possibilitam o ajuste da luz e a colocação de música à escolha do casal, proporcionando um ambiente mais recetivo e acolhedor. As camas de parto ajustáveis permitem às parturientes a alternância de posições e a liberdade de movimentos nos diferentes períodos do trabalho de parto. O corredor do serviço proporciona espaço para a deambulação e socialização entre as parturientes em fase latente.

A urgência de ginecologia/obstetrícia faz parte do BP e é composta por uma sala com duas marquesas e dois aparelhos de monitorização de cardiotocografia; uma sala de observação com duas camas, onde permanecem as mulheres que necessitam de vigilância durante um curto período de tempo; um gabinete de enfermagem, onde se realiza a triagem, colheitas de sangue ou outros procedimentos necessários; dois gabinetes médicos, cada um com uma marquesa de observação ginecológica e um ecógrafo; e um gabinete destinado à Enfermeira Gestora.

Em cada turno, a equipa de enfermagem é constituída por cinco EEESMO, sendo que três estão na assistência às parturientes/casais no bloco de partos, um está alocado à urgência e outro ao

internamento de grávidas de risco. Os EEESMO que asseguram a consulta externa e a preparação para o parto e parentalidade também prestam cuidados no BP, sendo um aspeto positivo, pois permite que os casais conheçam e possam criar uma relação de confiança com a equipa que futuramente lhes prestará assistência durante o trabalho de parto.

O EEESMO presta cuidados individualizados a uma ou duas parturientes/casais. Dada a imprevisibilidade do serviço, embora seja difícil cumprir rigorosamente os rácios da assistência intraparto descritos no parecer nº 43/2019 da MCEESMO, onde é preconizado que estes devem ser de 1:2 no primeiro estágio de trabalho de parto e de 1:1 no segundo, durante o ensino clínico estes foram sempre respeitados.

A admissão no bloco de partos ocorre após o diagnóstico de trabalho de parto. As mulheres são admitidas, maioritariamente, provenientes da unidade materno-fetal, após serem submetidas a indução do trabalho de parto, mas também da urgência por trabalho de parto espontâneo.

Neste hospital, a indução por volta das 39 semanas de gestação passou a ser uma prática recorrente desde a pandemia de SARS-COV-2, devido à necessidade de testagem para a Covid-19. Embora, atualmente, não seja necessária a realização de testes, a prática de indução de trabalho de parto às 39 semanas de gestação manteve-se, algo que será discutido criticamente no capítulo “Contributos para o Desenvolvimento de Competências”.

Após a admissão do casal, é feito o acolhimento, apresentando os profissionais de saúde e mostrando as instalações que podem utilizar. Concomitantemente, é efetuada a colheita de dados, através do boletim de saúde da grávida, onde são recolhidos dados como a idade, índice obstétrico, antecedentes pessoais, consultas de vigilância, grupo sanguíneo e alergias e através de entrevista, onde é questionado à grávida as expectativas relacionadas com o trabalho de parto e parto, a existência de plano de parto, a frequência da preparação para o parto, preferência de técnicas para lidar com a dor e nome do recém-nascido.

Além de estratégias farmacológicas, como a analgesia epidural, são oferecidas opções não farmacológicas para lidar com a dor, como a musicoterapia, hidroterapia, liberdade de movimentos, bola de parto, alternância de posições, técnicas de relaxamento e massagem.

Importa referir que as parturientes podem estar acompanhadas pela sua pessoa significativa durante o trabalho de parto, sendo que na maioria dos casos a pessoa escolhida é o pai. A presença de um acompanhante que apoia a mulher durante todo o trabalho de parto é essencial para o bem-estar emocional da mesma. Esta pessoa, para além do suporte emocional, auxilia a mulher nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor e estabelece uma comunicação com a equipa de saúde. O pai é sempre envolvido no processo de cuidados após o nascimento e participa ativamente nos cuidados imediatos ao recém-nascido.

Os cuidados à parturiente e ao recém-nascido irão ser abordados no capítulo “Processo de Conceção de Cuidados” e refletidos de forma crítica no capítulo “Contributos para o Desenvolvimento de Competências”.

Puerpério

O desenvolvimento de atividades no contexto do pós-parto decorreu no serviço de puerpério do mesmo hospital, entre o dia 6 de fevereiro e 3 de março de 2023, num total de 100 horas, supervisionado por duas EEESMO. A equipa de enfermagem é constituída por EEESMO, por três enfermeiras generalistas que estão a frequentar o MESMO e três Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O turno da manhã, das 8 horas às 14 horas e 30 minutos, é assegurado por quatro enfermeiras, o da tarde, das 14 horas às 20 horas e 30 minutos, por três enfermeiras e o da noite, das 20 horas às 8 horas e 30 minutos, também por três enfermeiras. Durante o turno da manhã de segunda a sexta-feira, está presente a enfermeira de referência, responsável por acompanhar a visita médica e por atribuir as altas às puérperas e recém-nascidos. Nos turnos de sábado e domingo, estas funções são desempenhadas pela enfermeira responsável de turno.

Em situações de capacidade máxima do serviço, ou seja, com as 21 unidades ocupadas cada enfermeira presta cuidados a cinco ou seis puérperas e recém-nascidos no turno da manhã e a sete no turno da tarde e noite. As dotações seguras não são cumpridas nos turnos da tarde e noite, conforme estabelecido no parecer nº 43/2019 emitido pela MCEESMO, que preconiza um rácio de 1:6 no puerpério normal, devendo ser exclusivamente assegurados por EEESMO.

Fisicamente, o serviço é composto por 21 unidades distribuídas por enfermarias de duas ou quatro camas e, ainda, por um quarto individual. Cada unidade está equipada com uma cama para a puérpera, um cadeirão para o acompanhante e um berço para o recém-nascido. À entrada de cada enfermaria, há uma casa de banho completa para as mulheres e uma adicional para os acompanhantes.

No serviço, existe uma sala destinada aos cuidados de higiene dos recém-nascidos e procedimentos médicos necessários, com espaço suficiente para a presença dos pais. Existe, também, uma sala de tratamento com uma marquesa ginecológica, para avaliação médica das puérperas antes da alta, dois gabinetes de enfermagem, um para registos no SClínico e passagens de turno e outro para preparação de medicação e uma sala de sujos onde é feita a lavagem e desinfeção de objetos e materiais, incluindo biberões, copos coletores ou bombas elétricas.

No que diz respeito ao método de trabalho, cada enfermeira assume total responsabilidade pelos cuidados a um grupo de puérperas e recém-nascidos, permitindo uma assistência individualizada e humanizada. Em situações de urgência ou emergência, a equipa trabalha em conjunto de forma a dar resposta às necessidades imediatas.

Cerca de duas horas após o parto vaginal, a puérpera e o recém-nascido são admitidos no serviço, acompanhados por uma técnica auxiliar de saúde, e a passagem de informação é feita via telefone. Mais uma vez, este procedimento levanta algumas questões relacionadas com a capacidade de uma profissional sem diferenciação na área de saúde materna e obstétrica de lidar com uma emergência, como uma hemorragia pós-parto, que pode acontecer a qualquer momento, incluindo na transferência entre serviços. Telefonicamente, são transmitidos os dados mais relevantes como o índice obstétrico e antecedentes da mulher, a hora e tipo de parto, o grupo sanguíneo e fator Rh, intercorrências durante o trabalho de parto e parto, existência de trauma perineal ou feridas cirúrgicas, índice de Apgar, peso do recém-nascido e hora da primeira mamada.

No caso de cesarianas, quer sejam realizadas no BP ou no bloco operatório central, uma enfermeira e uma técnica auxiliar de saúde dirigem-se a estes serviços para receber as informações de forma presencial e transferem a puérpera para o serviço de puerpério. O que difere nestes dois serviços é a possibilidade do acompanhante e do recém-nascido permanecerem com a puérpera. No BP, esta pode estar acompanhada, ao passo que, no bloco central, após a cirurgia, o recém-nascido e o pai são transferidos para o puerpério enquanto a puérpera realiza recobro de duas horas.

Independentemente do tipo de parto, o acolhimento é realizado da igual forma. Depois da apresentação dos profissionais de saúde e do espaço físico, o casal é informado sobre as normas e rotinas do serviço, os direitos e deveres de cada um e o horário das visitas.

Os cuidados de enfermagem diferem consoante o tipo de parto. Para partos vaginais, os cuidados imediatos incluem a monitorização dos sinais vitais, a vigilância da involução uterina, dos lóquios e das mamas, a avaliação das feridas perineais, a observação dos membros inferiores e a verificação de globo vesical e/ou primeira micção espontânea. Apesar do primeiro levante após o parto ser realizado no bloco de partos, o levante no serviço de puerpério é sempre assistido pela enfermeira e é incentivado o uso da casa de banho, quando as mulheres ainda não urinaram espontaneamente. O primeiro banho de chuveiro é também acompanhado pela enfermeira.

Por rotina de serviço, nas mulheres que tiveram parto vaginal, a temperatura auricular é avaliada em todos os turnos e a pressão arterial uma vez ao dia no turno da manhã, à exceção das puérperas com doenças hipertensivas durante a gravidez, onde esta monitorização é realizada em todos os turnos, bem como a vigilância de cefaleias, epigastralgias, alterações da

visão e edemas. A involução uterina, as características dos lóquios, o estado das mamas e a ferida perineal são, também, avaliados em todos os turnos.

Nos partos por cesariana, os cuidados de enfermagem imediatos são semelhantes aos descritos anteriormente, sendo que as diferenças se prendem pela vigilância do penso da ferida cirúrgica abdominal e pelo registo de diurese, dado que as mulheres encontram-se com cateter urinário. Quanto ao primeiro levante, este é realizado doze horas após a cesariana, acompanhado pela enfermeira e o início da alimentação também doze horas após.

Nas primeiras 24 horas após a cirurgia, os sinais vitais, a involução uterina, os lóquios, as características das mamas e o penso da ferida cirúrgica são avaliados em todos os turnos. Já no segundo dia pós-operatório, a monitorização da tensão arterial e da frequência cardíaca são avaliadas no turno da manhã e da tarde, sendo as restantes vigilâncias em todos os turnos. O cateter epidural e o cateter urinário são retirados 24 horas após a cirurgia, exceto indicação contrária por parte do médico anestesista.

A inspeção das mamas, é feita aquando da observação da mamada, onde são vigiadas as características do mamilo, a presença de fissuras e a consistência da mama. A promoção da amamentação é incentivada e apoiada durante todo o internamento, com orientações sobre o posicionamento, pega adequada e sinais de saciedade.

No que diz respeito ao recém-nascido, quando este é admitido vindo do BP, o exame físico já foi realizado, pelo que à chegada ao puerpério, a enfermeira confirma a pulseira de identificação e a pulseira eletrónica. Nos casos em que é admitido vindo do bloco operatório central, é realizado o exame físico pela enfermeira. Este exame inclui a monitorização do peso, comprimento e perímetro cefálico, a observação das características dos diferentes sistemas corporais, aspeto do coto umbilical e avaliação dos reflexos. É, também, administrada a vitamina K e aplicada a pomada oftalmológica. Após o acolhimento, o recém-nascido é colocado em contacto pele-a-pele com o pai, de forma a regular a temperatura corporal e a prevenir hipoglicemias e, conseqüentemente, a introdução do leite artificial. Quando a mãe chega ao serviço, o recém-nascido é colocado à mama.

Durante todo o internamento, são retiradas as dúvidas aos pais e promovida a adaptação à parentalidade, através do ensino, da instrução e do treino sobre as diferentes vertentes do papel parental: higiene e conforto, segurança, amamentação, ingestão nutricional e vigilância e promoção da saúde.

Por rotina, os cuidados de higiene ao recém-nascido são prestados no turno da manhã. O primeiro banho é dado e explicado pela enfermeira e observado pelos pais. O segundo banho é dado pela mãe ou pelo pai e é a oportunidade para a enfermeira avaliar o conhecimento e capacidade dos mesmos para este papel parental. A higiene do cordão umbilical é também explicada aos pais no turno da manhã. Em relação à troca das fraldas, a primeira é realizada

pela enfermeira, onde esta explica como fazer a higiene perineal e alerta para a presença de cristais de urato e/ou secreções hemáticas no caso dos recém-nascidos do sexo feminino.

Nas primeiras 24 horas de vida, é administrada a primeira dose da vacina contra a hepatite B. Os pais são alertados para possíveis reações à vacina e informados sobre o Programa Nacional de Vacinação. O diagnóstico precoce, através do “teste do pezinho” é realizado quando o recém-nascido não tem alta em tempo útil, sendo que este deve ser feito entre o 3º e o 6º dia de vida. Os pais são informados acerca da realização do rastreio e onde podem confirmar os resultados.

A alta ocorre entre 48 e 72 horas após o parto, mas a preparação para a alta e para o regresso a casa é feita durante todo o internamento, dado que durante este tempo é promovida a autogestão da recuperação no pós-parto, através do ensino, à mulher, sobre o autocuidado e as complicações durante este período e o desenvolvimento de competências para o papel parental. Todas as mulheres são reavaliadas pelo médico obstetra, em colaboração com a enfermeira de referência. São orientadas, para os sinais e sintomas de complicações no pós-parto, como febre, lóquios em grande quantidade e com cheiro fétido, dor perineal, na ferida cirúrgica ou nos membros inferiores e reforçados os ensinamentos sobre o autocuidado, incluindo a higiene perineal, os cuidados a ter com a ferida abdominal, reinício da atividade sexual e uso de contraceptivos. Todos os casais são informados sobre os apoios que existem na comunidade, como o enfermeiro de família, os cantinhos da amamentação e a linha de amamentação do hospital, disponível 24 horas por dia, para quando surgirem dúvidas ou dificuldades na amamentação.

Relativamente ao recém-nascido, este é reavaliado pelo pediatra no dia da alta. Os pais são alertados para a necessidade de informar o centro de saúde, após o regresso a casa, de forma a receberem a visita domiciliária da enfermeira de família para a realização do teste de diagnóstico precoce, nos casos em que não são feitos no internamento, e para o agendamento da consulta de vigilância.

Por fim, são explicadas as condições de segurança para o transporte do recém-nascido e os pais recebem todas as informações necessárias e documentos relevantes como o boletim de saúde da grávida e o boletim de saúde infantil, com o livro de vacinas em anexo, devidamente preenchidos.

CAPÍTULO 2: PROCESSO DE CONCEÇÃO DE CUIDADOS

Neste capítulo irá ser demonstrado o processo de pensamento na conceção de cuidados, através da apresentação de seis Planos de Cuidados: um plano de cuidados relacionado com a grávida em situação de risco, quatro planos de cuidados relacionados com a grávida/casal em trabalho de parto e um plano de cuidados relacionado com o puerpério.

Os nomes, datas e horários mencionados nos planos de cuidados são fictícios e servem exclusivamente para melhor compreensão dos mesmos.

Processo de Conceção de Cuidados na Assistência à Grávida em Situação de Risco

Caso Clínico - Internamento de Grávidas de Risco

1. Cenário Clínico

Realizado turno da noite.

Grávida M.P., colombiana, 31 anos, 32 semanas e 3 dias de gestação, com índice obstétrico: 0/1/1/1. Morte *in útero* às 35 semanas de gestação em 2016 e parto pré-termo às 31 semanas de gestação em 2018. Ambas as gravidezes com diagnóstico de colestase gravídica. Após a segunda gravidez, realizou estudo genético com o intuito de perceber se a colestase seria hereditária, com resultado foi negativo.

Admitida há 1 semana por colestase gravídica após ter referido, na consulta externa, prurido nas palmas das mãos e ter sido encaminhada ao serviço de urgência. Realizou colheita de sangue para doseamento de ácidos biliares, que se encontravam a 32,5 $\mu\text{mol/l}$. Sendo o valor mínimo para internamento de 10 $\mu\text{mol/l}$.

Medicação no turno:

- 21h00: Ácido Ursodesoxicólico 1000mg oral
- SOS: Hidroxizina 25mg oral

Atitudes terapêuticas:

- Monitorização de cardiotocografia (1x/turno)

- Monitorização de sinais vitais (1x/turno)

2. Domínios Identificados

Foram identificados os domínios Gestação, Adaptação à Gravidez com Complicações, Lactação, Adaptação à Parentalidade e Comportamentos de Ligação Mãe/Pai-Filho.

A colestase gravídica, também denominada por colestase intra-hepática da gravidez, é a doença hepática específica mais comum da gestação. É uma doença limitada à gravidez e ao período peri-parto, sendo o principal sintoma o prurido corporal, combinado com níveis séricos elevados de ácidos biliares e/ou outros marcadores da função hepática, como a alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST) (Bicocca et al., 2018).

A sua incidência e prevalência diferem em função da etnia e distribuição geográfica, sendo significativamente maior em mulheres da América Latina. A taxa de incidência na gravidez em termos globais varia entre 0,2 e 2%. (Smith & Rood, 2020; Williamson & Geenes, 2014).

A etiologia da colestase ainda não é completamente conhecida, mas pensa-se que seja uma doença multifatorial, envolvendo a interação de fatores genéticos, hormonais e ambientais (Piechota & Jelski, 2020). Acredita-se que a combinação destes agentes etiológicos contribua para a acumulação excessiva de componentes tóxicos da bÍlis no organismo e placenta, pela produção aumentada de ácidos biliares ou pela ausência da sua remoção (Smith & Rood, 2020). Tem sido estudado o papel das mutações genéticas ao nível dos transportadores da via biliar, uma vez que algumas dessas mutações estão, também, presentes noutras formas de colestase. Por outro lado, o envolvimento de esteroides sexuais é corroborado pelo surgimento mais frequente desta patologia no 3º trimestre da gravidez, quando as concentrações de estrogénio e progesterona são máximas. O aumento da concentração destas hormonas, contribui para a diminuição da eficiência dos transportadores dos ácidos biliares, com conseqüente acumulação dos mesmos. A nível ambiental, acredita-se que as condições geográficas e sazonais induzem a colestase. Fatores dietéticos, principalmente baixos níveis de selénio e zinco, e défice de vitamina D parecem ser a razão para a acumulação de ácidos biliares (Larson et al., 2016).

Mulheres com idade superior a 35 anos, múltiparas, grávidas com gestação múltipla, com antecedentes de colestase em gravidezes anteriores, ou história familiar da doença, e com doença hepática preexistente são mais propensas a desenvolver esta patologia (Blumenfeld & Koo, 2022).

O primeiro e principal sintoma é o prurido sem erupção cutânea, que surge de novo no 2º ou 3º trimestre da gravidez. Geralmente, afeta as palmas das mãos e plantas dos pés, mas pode tornar-se generalizado ao resto do corpo e tem tendência a exacerbar durante a noite, razão

pelo qual algumas mulheres referem insônia, irritabilidade e depressão. A sua intensidade vai agravando com o decorrer da gestação e podem surgir sintomas mais raros como dor abdominal, náuseas, vômitos, icterícia, colúria e acolia. O prurido pode surgir antes de qualquer alteração laboratorial ou outra manifestação clínica e resolve espontaneamente dentro de 48 horas após o parto e os valores da função hepática elevados normalizam dentro de algumas semanas (Jurk et al., 2021; Piechota & Jelski, 2020).

O prognóstico materno é bom, mas há um aumento da incidência de efeitos adversos no feto, nomeadamente a morte fetal. A fisiopatologia deste evento é ainda desconhecida, mas acredita-se que a concentração elevada de ácidos biliares promova o desenvolvimento de arritmia fetal ou vasoespasmo dos vasos superficiais coriônicos da placenta (Ovadia & Williamson, 2016). Para além disto, a colestase aumenta o risco de parto pré-termo espontâneo ou iatrogénico, presença de mecónio no líquido amniótico, sofrimento fetal agudo, síndrome de dificuldade respiratória, padrão de frequência cardíaca fetal anteparto não tranquilizador, baixos índices de Apgar e maior taxa de admissão na unidade de cuidados intensivos neonatais (Pillarisetty & Sharma, 2023).

No que toca às implicações maternas, por norma, esta patologia não se associa a complicações graves a curto prazo, ainda assim, existem estudos que sugerem que grávidas com colestase apresentam risco aumentado de desenvolver diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, esteatose hepática aguda da gravidez, dislipidemia e hemorragias pós-parto e, ainda, hipotiroidismo, diabetes mellitus ou doença de Crohn a longo prazo (Marshall et al., 2013; Mor, et al., 2020; Shemer et al., 2015).

De modo a reduzir o risco de morbimortalidade perinatal e atenuar a sintomatologia materna, após o diagnóstico de colestase gravídica, deve instituir-se o tratamento de imediato. O fármaco de eleição é o ácido ursodesoxicólico, que é administrado por via oral, até à data do parto. A rifampicina pode também ser administrada como adjuvante ao ácido ursodesoxicólico e a colestiramina pode ser usada como alternativa ao mesmo (Pillarisetty & Sharma, 2023). Os anti-histamínicos, como a hidroxizina, são muitas vezes prescritos para aliviar o prurido materno, especialmente o noturno, pelos seus efeitos sedativos. Por fim, a administração de vitamina K é muitas vezes considerada, uma vez que a colestase pode cursar com redução da absorção desta vitamina, com consequentes complicações hemorrágicas fetais e/ou maternas (Piechota & Jelski, 2020).

Até ao momento, não existem recomendações concretas quanto aos testes e à periodicidade para a vigilância destas gravidezes, no entanto é preconizado, pela maioria dos obstetras, o doseamento da função hepática e dos parâmetros da coagulação uma vez por semana e a realização de uma ecografia abdominal, com o intuito de avaliar o fígado da grávida. É, também, recomendado a avaliação frequente do bem-estar fetal, através da monitorização de

cardiotocografia, perfil biofísico, ecografias obstétricas e fluxometrias doppler da artéria umbilical (Ovadia & Williamson, 2016; Piechota & Jelski, 2020).

De acordo com o protocolo hospitalar, o tratamento passa, de igual forma, pela administração de ácido ursodesoxicólico oral, anti-histamínico oral, normalmente a hidroxizina, vitamina K oral ou intramuscular e prednisolona oral se prurido refratário. Pode também, ser aplicado um anti-pruriginoso tópico, como o Caladryl®. No que toca à vigilância obstétrica, esta é realizada como descrito anteriormente.

À semelhança do que sucede com a vigilância pré-natal, o momento ideal para o parto permanece incerto. O *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) recomenda a indução do trabalho de parto entre as 35 e as 36 semanas em mulheres com colestase severa, entre as 38 e as 39 semanas em mulheres com colestase moderada e até às 40 semanas em mulheres com colestase ligeira (Girling, et al., 2022). O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) defende que o parto deve ocorrer entre as 36 e as 37 semanas de gestação, especialmente em mulheres com sintomas persistentes, mesmo após o tratamento com ácido ursodesoxicólico, história prévia de morte fetal *in utero* antes das 37 semanas secundária à colestase, ou níveis de ácidos biliares séricos totais superiores a 100 µmol/L (ACOG, 2019).

No hospital da ULS, a gravidez é terminada às 37 semanas porque o risco de morbilidade perinatal é inferior à incerteza do risco fetal da continuação da gravidez. No caso de existência de prurido refratário e intolerável, sofrimento fetal, morte fetal antes das 36 semanas em gestação anterior ou ácidos biliares iguais ou superiores a 100 µmol/L, o parto é realizado antes das 37 semanas de gestação.

O EEESMO, na presença desta patologia, tem um papel fundamental na identificação dos sintomas sugestivos de colestase durante as consultas pré-natais, na educação sobre a doença, sobre como gerir os sintomas e os possíveis desfechos, na avaliação do bem-estar fetal e evolução da patologia e na adaptação à parentalidade.

O diagnóstico de uma gravidez com complicações, pode interferir no processo de adaptação à parentalidade (Meleis, 2010). A transição para a parentalidade corresponde a um processo irreversível, com início durante a gravidez, que acarreta mudanças pessoais e interpessoais, que ocorrem à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho (Cardoso, 2011). As transições podem ser descritas como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldadas pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e perceções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações e pelo impacto destas modificações no nível de bem-estar (Meleis et al., 2000). Quando interferem com a saúde, ou as suas respostas são manifestadas através de comportamentos relacionados com a saúde, estas

são assumidas como um dos domínios de intervenção do enfermeiro (Cardoso, 2011). Este antecipa, avalia, diagnostica e ajuda a lidar com as mudanças inerentes a eventos críticos ou processos de vida, promovendo ao máximo a autonomia e bem-estar (Meleis et al., 2000). A experiência da transição exige que cada pessoa incorpore novos conhecimentos, ajuste ou altere comportamentos, redefina os significados associados aos eventos e que altere a definição de si mesmo no contexto social (Cardoso et al., 2023; Meleis et al., 2000). Por isso, é crucial que os EEESMO sejam capazes de reconhecer as respostas humanas e promover a adaptação à nova condição de saúde (Meleis, 2010).

Tendo em conta a possibilidade de um parto prematuro, é indispensável e primordial que o EEESMO esteja atento às necessidades, expectativas e aos receios dos pais. Estes idealizam um parto de termo gratificante, pelo que, quando este período é abreviado, através de um parto prematuro, os pais sentem-se perdidos e incompletos (Miele et al., 2018; Najafi et al., 2023), incapazes de lidar com um recém-nascido prematuro. Por isso, torna-se fundamental que o EEESMO conheça as dificuldades dos pais, de modo a facilitar a adaptação aos seus novos papéis, promovendo novas competências, em qualquer contexto em que o recém-nascido se encontre.

As mães de recém-nascidos pré-termo sentem dificuldades no início do aleitamento devido ao desenvolvimento prematuro da mama, à ausência de sucção do bebé, às questões emocionais que resultam do parto e ao pouco apoio que têm nesta fase (Palmér & Ericson, 2019; Vizzari et al., 2023). A separação entre os dois ou a falta de apoio adequado à extração de leite são situações que provocam stress e podem perturbar o reflexo de ejeção do leite ao inibir a quantidade de ocitocina libertada (Nagel et al., 2022).

Estas precisam de ser encorajadas e orientadas a iniciar a extração precoce e frequente de leite, para estimular a lactação. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) preconiza a extração entre a primeira e a terceira hora após o parto. A extração deve ser realizada na mesma frequência em que normalmente amamentaria se a mãe não estivesse separada do bebé, ou seja, 8 a 12 vezes por dia. Por volta dos 10-14 dias após o parto, se a mulher estiver a extrair exclusivamente, é expectável que consiga extrair cerca de 700 a 980 ml de leite (Bartick et al., 2021).

A extração pode ser realizada de forma manual ou mecânica. A forma manual implica uma massagem delicada de todos os quadrantes da mama, estimulando o tecido mamário e o mamilo. Esta técnica, se utilizada sozinha, não é tão efetiva como um extrator mecânico. Os extratores elétricos combinam a força de sucção e os padrões de sucção, imitando o padrão de sucção dos recém-nascidos. Inicialmente há uma fase de estimulação, com sucção mais rápida, para estimular a ejeção de leite e depois uma fase de expressão, com sucções mais lentas e regulares, com o objetivo de facilitar a extração do leite (Meier et al., 2016).

Existem outros fatores que auxiliam a produção do leite, como por exemplo, a extração num ambiente confortável e relaxado, fotografias, sons ou o cheiro do bebê, que estimula a liberação de ocitocina e melhora a ejeção de leite (Bartick et al., 2021).

O leite humano é especialmente importante nos primeiros meses de vida após um nascimento prematuro devido ao seu papel na maturação gastrointestinal, no controlo de doenças infecciosas e crónicas e no desenvolvimento neurológico. O leite pré-termo difere do leite de termo, uma vez que contém teores mais elevados de energia, lípidos, proteínas, azoto, imunoglobulinas, elementos anti-inflamatórios, minerais e vitaminas (Chiurazzi, et al., 2021; Dimitrouglou et al., 2022).

Por fim, a ligação mãe/pai-filho tem início durante a gravidez e vai-se desenvolvendo durante o primeiro ano de vida da criança. É um fator relevante na previsão de comportamentos de afetividade no pós-parto, influenciando a satisfação e as competências no exercício do papel parental após o nascimento (Abasi et al., 2021). O desenvolvimento desta ligação não deve ser encarado como um processo linear, visto que sofre influência de múltiplas condicionantes, como a disposição cognitiva e emocional dos pais, as alterações hormonais da mãe, os fatores económicos e as circunstâncias da gravidez e do parto (Čěsnaitė et al., 2019). As mães que têm uma ligação mais forte e saudável com feto durante a gravidez, interagem melhor com seus filhos, o que, por sua vez, pode ter um impacto significativo no desenvolvimento emocional, cognitivo e social dos mesmos (Verklan et al., 2020). As interpretações dos pais em relação aos movimentos fetais, o imaginar como será o bebê e como será dar de mamar, bem como o comportamento de acariciar o feto através do abdómen materno e de falar com ele constituem formas de relação (Abasi et al., 2013).

De forma a garantir uma relação positiva entre os pais e o bebê no pós-parto, é essencial detetar perturbações a esta ligação no período pré-natal e intervir de forma a melhorá-la (Abasi et al., 2021). As complicações na gravidez podem afetar esta relação, afetar as atitudes e os comportamentos maternos (Kucharska, 2019). O diagnóstico de patologias durante a gestação pode ser um grande fator de stress, associado a níveis mais elevados de ansiedade e depressão, atrasando o início da ligação mãe-filho (Çelik & Güneri, 2020). Por isso, os EEESMO devem estar conscientes que estes fatores podem afetar a ligação e devem implementar estratégias que promovam a relação entre a mãe e o feto (Stoodley et al., 2023). Essas estratégias passam por ensinar sobre a estimulação tátil e sonora do feto, sobre a contagem de movimentos fetais e sobre a atividade e desenvolvimento do feto (Abasi et al., 2021; Salehi et al., 2017; Stoodley et al., 2023).

3. Plano de Cuidados

Domínio	GESTAÇÃO
Diagnóstico	GRAVIDEZ
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuir a morbilidade materno-fetal 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de agravamento de complicações da gravidez e desenvolvimento fetal
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução da gravidez e bem-estar fetal: <ul style="list-style-type: none"> • Pressão sanguínea avaliada no membro superior esquerdo, com a grávida sentada e com as pernas descruzadas: 119/71 mmHg • Temperatura: 36°C • Perda de sangue vaginal: Sem perda de sangue vaginal • Monitorização de cardiocotografia durante 30 minutos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Linha de base: 140bpm ○ Variabilidade entre 5-25bpm ○ Com acelerações ○ Sem contrações uterinas • Movimentos fetais: Padrão normal de movimentos fetais • Perda de líquido amniótico: Sem perda de líquido • Prurido: Não refere • Dor abdominal: Não refere • Vômitos/Náuseas: Não refere • Pele: Sem alterações 	

Domínio	ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • A grávida referiu “antes de ir à consulta externa, já sabia que ia estar outra vez com os ácidos biliares alterados porque estava a sentir prurido nas palmas das mãos, principalmente à noite, igual ao que aconteceu nas últimas vezes” (sic) • “para aliviar o prurido, para além da hidroxizina que fazia antes de dormir aplicava um creme com corticoide e por vezes água morna” (sic) • “eu sei que se os ácidos biliares não estiverem nos valores adequados, vou ter outra vez um parto antes do tempo, porque isto é prejudicial à minha bebé” (sic) 	
Dado	CONHECIMENTO SOBRE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ FACILITADOR

Domínio	ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES
<u>Dado(s):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> A grávida referiu “quando decidimos engravidar, já sabíamos que isto poderia voltar a acontecer. Claro que fico triste por mais uma vez, não ter uma gravidez normal e por passar pelo processo da neonatologia outra vez, mas sei que a minha bebé vai ser forte e vamos ultrapassar isso.” (sic) 	
Dado	SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES FACILITADOR

Domínio	LACTAÇÃO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> A grávida referiu “eu quero dar o meu leite. Na última gravidez, a minha filha também esteve internada na neonatologia e eu tentei extrair leite com a bomba do hospital, mas não sabia como é que funcionava e também não tive grande apoio... E como saía pouco leite, achava que não tinha o suficiente e desisti, preferi dar leite artificial quando fui para casa...” (sic) Questionou “Acha que vou ter leite suficiente?” (sic) 		
Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE LACTAÇÃO	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> Promover conhecimento sobre lactação 		<ul style="list-style-type: none"> Que a grávida compreenda o processo de produção e libertação de leite materno Que a grávida identifique estratégias de estimulação da produção e libertação de leite materno
<u>Intervenções:</u>		
Ensinar sobre lactação:		
<ul style="list-style-type: none"> Referir que um parto pré-termo não implica que a mama não consiga produzir leite, uma vez que esta está preparada para a lactação a partir das 16 semanas de gestação, sem qualquer intervenção ativa da mulher. Todavia, a placenta liberta uma hormona chamada progesterona que funciona como um inibidor da produção do leite. Quando esta sai, é apenas necessário um estímulo para se iniciar a produção de leite; Referir que existem outras 2 hormonas importantes na lactação. A ocitocina, a hormona do amor, que é responsável pela ejeção do leite, ou seja, pela saída do leite para fora da mama, e a prolactina que tem como principal função a produção de leite. Após o parto, esta ajuda a iniciar e a manter a produção do leite. 		
Ensinar sobre estratégias para manter a lactação:		
<ul style="list-style-type: none"> Explicar que quanto mais amamentar ou extrair leite, mais prolactina e ocitocina são libertadas, logo é produzido mais leite e este é ejetado mais facilmente; 		

- Referir que a ocitocina é libertada, não só em resposta à sucção ou ao contacto da boca do bebé com a areola ou mamilo, mas também através de outros sentidos. Basta olhar para a sua bebé, ver uma fotografia, sentir o cheiro dela ou pensar nela. Estas atitudes levam uma mensagem até ao cérebro de que tem de libertar ocitocina e esta vai, através da corrente sanguínea, até à mama, onde vai ajudar na saída do leite;
- Reforçar que, seja no momento de extração de leite ou de amamentação, estes devem ocorrer num ambiente calmo e a mãe deve estar tranquila, uma vez que emoções como a insegurança, a preocupação ou a ansiedade prejudicam a ação da ocitocina, dado que as hormonas produzidas em resposta a essas situações são antagonistas da sua ação;
- Explicar que os níveis de prolactina vão diminuindo se a mama não for estimulada a produzir leite. Ou seja, se uma mulher não extrair o leite, ou não amamentar, os níveis desta hormona voltam aos de pré-gravidez, que foi o que aconteceu na última gravidez.

Avaliar evolução do conhecimento sobre lactação

Domínio	ADAPATAÇÃO À PARENTALIDADE	
<p><u>Dado(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durante o discurso referiu várias vezes que queria amamentar a filha, “<i>porque o leite materno é rico em nutrientes importantes, principalmente na fase prematura, e quero criar uma ligação mais próxima com a bebé, mas tenho noção que posso não dar logo de mamar.</i>” (sic) • “<i>No entanto, eu quero dar o meu leite. Na última gravidez, a minha filha também esteve internada na neonatologia e eu tentei extrair leite com a bomba do hospital, mas não sabia como é que funcionava e também não tive grande apoio... E como saía pouco leite, achava que não tinha o suficiente e desisti, preferi dar leite artificial quando fui para casa...</i>” (sic) • “<i>Eu queria saber como é que se extrai de forma eficaz, quantas vezes é que tenho de extrair e claro, como é que posso conservar, porque sei que vou ter alta, mas a minha bebé vai ficar aqui.</i>” (sic) 		
<p>Diagnóstico</p>	<p>POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE EXTRAÇÃO DE LEITE MATERNO</p>	
<p><u>Objetivo(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover conhecimento sobre extração de leite 	<p><u>Critério(s) de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a grávida compreenda os princípios da extração do leite materno de forma manual e mecânica • Que a grávida saiba como preparar o ambiente promotor para a extração de leite materno 	
<p><u>Intervenções:</u></p> <p>Ensinar sobre extração de leite materno:</p>		

- Referir que o leite materno pode ser extraído de 2 formas. Extração manual e extração mecânica com bomba extratora;
- Explicar que a extração manual é uma técnica que pode levar algum tempo a ser eficaz e é necessário praticá-la;
- Extração manual: Antes de a realizar, adotar uma posição confortável e tentar relaxar. Ter ao seu lado uma fotografia da sua bebé, ou uma roupa dela para estimular a libertação de ocitocina que falamos anteriormente. De seguida, colocar uma toalha morna nas mamas, ou massajar durante alguns minutos, com a mão fechada todo o tecido mamário, ajudando assim a estimular a produção e ejeção de leite. Estimular, também, o mamilo suavemente. Depois, posicionar a mão no peito em C (polegar na parte superior e dedos em baixo da mama). Os dedos devem estar a 2,5 a 5 cm atrás do mamilo. Empurrar suavemente a mama com os dedos em direção ao corpo e depois pressionar, juntando os dedos. Aliviar a pressão. Repetir estes passos a um ritmo constante e rítmico, até que não haja mais saída de leite. Evitar que os dedos deslizem sobre a pele e saiam do lugar inicial. Quando o leite gotejar em menor quantidade, rodar gentilmente a posição da mão e extrair leite de outra área da mama;
- Explicar que a extração mecânica é feita através de uma bomba elétrica. No internamento, após o parto, é-lhe emprestada uma bomba, mas poderá adquirir, para em casa também conseguir extrair o leite. Existem diversas bombas no mercado, mas o ideal é utilizar uma bomba dupla, para extrair leite das duas mamas ao mesmo tempo;
- Explicar que o princípio da extração é o mesmo da extração manual: colocar-se numa posição confortável, imaginar a sua bebé, ver uma fotografia dela... A única diferença, é que a bomba faz a sucção semelhante à dos recém-nascidos, que com a mão não é possível. No início, estas bombas têm uma fase de estimulação, cerca de 2 minutos. Nesta fase raramente sai leite, mas potencia a fase seguinte que é a fase da sucção;
- Referir que, se for separada da sua bebé logo após o parto, a extração deve ser iniciada entre a 1ª e a 3ª hora pós-parto e deve ser realizada na mesma frequência em que normalmente amamentaria, ou seja, 8 a 12 vezes por dia;
- Reforçar que é normal que das primeiras vezes não consiga extrair quase leite nenhum, provavelmente vai conseguir encher uma seringa de 1 ml. E, à medida que vai extraindo, vai aumentando a produção de leite, como já falamos anteriormente;
- Referir que no fim da extração mecânica pode voltar a fazer extração manual.

Avaliar evolução do conhecimento sobre extração de leite materno

Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Promover conhecimento sobre conservação do leite materno 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Que a grávida saiba como conservar o leite materno extraído 	
<u>Intervenções:</u> Ensinar sobre conservação do leite materno: <ul style="list-style-type: none"> • Referir que o leite que conseguir extrair pode ficar na seringa, num biberão ou num recipiente próprio, à temperatura ambiente (< 25°C) se for para ser dado em menos de 6 a 8 horas; 		

- Explicar que, se não for usado em menos de 6 a 8 horas, pode ser refrigerado ou congelado. Se refrigerado, no fundo da primeira prateleira, com temperaturas entre 4 e 10°C, tem tempo máximo de conservação de 3 a 5 dias, mas se a temperatura for superior a 5°C, deve ser consumido nas 6 horas seguintes depois do 3º dia. Se refrigerado, no fundo da primeira prateleira, com temperaturas entre 0 e 4°C, tem tempo máximo de conservação de 8 dias. No congelador, com uma temperatura inferior a -20°C, a conservação pode prolongar-se por 6 meses, embora as características nutricionais e imunológicas do leite materno vão-se degradando. Se a temperatura de congelação for superior a -20°C, o tempo de armazenamento não deve ser superior a 3 meses;
- Referir que se deve colocar a data e a hora de extração no recipiente;
- Referir que, se fizer extração em casa, com o objetivo de levar para o hospital, caso a bebé esteja internada na neonatologia, o leite deve ser transportado em recipientes refrigerados como bolsas térmicas com gelo ou em gel.

Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação do leite materno

Domínio	COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO
<p><u>Dado(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • A grávida falava muitas vezes com a bebé, de forma carinhosa. Acariciava a barriga e sorria sempre que falava dela. • Referiu: <i>“a minha filha está muito entusiasmada com a minha gravidez e a chegada da irmã, mas eu já lhe fui preparando para a possibilidade de não irmos logo para casa, e para o facto de a irmã precisar de mais cuidados”</i> (sic) • <i>“O meu marido já tem estado a preparar o quarto, a montar o muda-fraldas e o berço. Gostava de estar a ajudar, mas vou dando umas dicas”</i> (sic). 	
Foco	LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO

Processo de Conceção de Cuidados na Assistência à Mulher em Trabalho de Parto

Neste subcapítulo irão ser abordados os domínios transversais aos diversos processos de conceção de cuidados durante a assistência à mulher em trabalho de parto e, no fim, apresentados os planos de cuidados.

O domínio comum identificado em todos os planos de cuidados foi o Parto.

No Caso Clínico 1 e 3 foi identificado o domínio Procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica Médica, incluindo o Cateter Epidural e o Cateter Venoso Periférico. Já no Caso Clínico 2 foi identificado o mesmo domínio, mas o foco foi Procedimento Invasivo.

Os domínios Comportamentos para Amamentar e Lactação foram identificados nos Casos Clínicos 1 e 2.

Foram também identificados domínios comuns no que diz respeito ao recém-nascido nos Casos Clínicos 1 e 2, nomeadamente Parto, mais concretamente o foco Nascimento e Reflexo de Sucção. No Caso Clínico 3, apenas será identificado o Nascimento.

1. Domínio: Parto

Neste domínio existem dois focos de atenção/diagnósticos: Trabalho de parto e Nascimento.

1.1. Diagnóstico: Trabalho de Parto

O trabalho de parto comporta um conjunto de fenómenos fisiológicos que podem ser induzidos ou espontâneos e culmina com a saída do feto e da placenta do útero através da vagina. Este é caracterizado por quatro estádios diferentes: dilatação e extinção do colo uterino, período expulsivo, dequitação e período de hemóstase (Hutchison et al., 2023).

Embora seja difícil precisar quando é que se inicia o TP, o primeiro estágio começa quando a mulher tem perceção de contrações uterinas rítmicas, dolorosas e regulares e termina com a dilatação completa do colo do útero (Hutchison et al., 2023). Considera-se a dilatação completa quando deixa de ser possível tocar tecido do colo diante da apresentação, o que ocorre quando o diâmetro do canal atingiu os 10 centímetros (Fatia & Tinoco, 2016). O primeiro estágio divide-se em fase latente e em fase ativa. A OMS (2018) define fase latente como o período caracterizado por contrações uterinas dolorosas e por alterações variáveis no colo uterino, incluído algum grau de extinção, até aos 5 cm de dilatação. Esta fase pode durar até 20 horas

nas mulheres nulíparas e até 14 horas nas múltíparas (Graça, 2017). A fase ativa é caracterizada pelo aumento da intensidade, duração e frequência das contrações, bem como por uma rápida dilatação cervical (OMS, 2018), que promove a descida e rotação do feto ao longo da pelve, até à dilatação e extinção completas. Geralmente, a duração desta fase do TP não se estende para além das 12 horas em primíparas, nem para além das 10 horas em mulheres múltíparas (OMS, 2018). Em relação às alterações verificadas no colo do útero, nas nulíparas, ocorre primeiro a extinção do colo e posteriormente a dilatação, ao passo que, nas múltíparas, a dilatação inicia-se mais cedo (Graça, 2017).

O segundo estágio inicia-se com a dilatação completa e termina com a expulsão do feto, sendo a sua duração diferente de mulher para mulher e influenciada pela presença de analgesia epidural, variedade da apresentação e percepção da necessidade de realizar esforços expulsivos (Gizzo et al., 2014). Nas primíparas pode durar até três horas, enquanto nas múltíparas geralmente não ultrapassa as duas horas (OMS, 2018). Durante este período, o feto vai descendo no canal de parto, com ou sem esforços expulsivos maternos (Hutchison et al., 2023) e é expectável que se adapte aos diâmetros pélvicos da mãe. A esta adaptação dá-se o nome de mecanismos do trabalho de parto e divide-se em sete movimentos cruciais que facilitam a passagem do feto, em apresentação cefálica, pelo canal vaginal (Cunningham et al., 2015):

- Encravamento ou insinuação - quando o diâmetro biparietal fetal atravessa o estreito superior da bacia;
- Descida - que depende de quatro forças: pressão do líquido amniótico, pressão pelo fundo do útero contraído, contração do diafragma e músculos abdominais e alinhamento do corpo fetal;
- Flexão - ocorre logo que a cabeça fetal encontra resistência, ficando o mento e o tórax fetal em contacto. Desta forma, é o menor diâmetro, o suboccipito-bregmático a atravessar o estreito inferior;
- Rotação interna - consiste na rotação do polo cefálico, de forma que a fontanela posterior se alinhe anteriormente com a sínfise púbica;
- Extensão - a apresentação fetal atinge o 4º plano de Hodge e ocorre deflexão do polo cefálico sob o bordo inferior da sínfise púbica. De seguida, a cabeça emerge por extensão;
- Rotação externa - após expulsão da cabeça, ocorre a restituição que corresponde à rotação do corpo fetal para posição transversa, colocando o diâmetro biacromial em relação ao diâmetro ântero-posterior da bacia e permitindo a descida do ombro anterior pela sínfise púbica;
- Expulsão - assim que o ombro anterior aparece sobre a sínfise púbica, o períneo distende sob o ombro posterior e o restante corpo é exteriorizado.

O terceiro estágio, denominado de dequitação, decorre desde o nascimento até à expulsão da placenta e membranas (Graça, 2017). Neste período pode ser adotada uma conduta expectante, aguardando pelos sinais de descolamento e consequente saída da placenta, ou uma conduta ativa, com a finalidade de abreviar e facilitar a sua saída (Begley et al., 2019). As diretrizes mundiais não têm uma opinião consensual em relação ao tempo que é necessário esperar antes de intervir. O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) sugere um tempo de espera de 30 minutos se gestão ativa ou de 60 minutos se atitude expectante, enquanto a OMS propõe um tempo de espera de 30 minutos antes de se intervir de forma ativa (NICE, 2023; OMS, 2012).

E por fim, o último estágio refere-se ao período de hemóstase, que começa depois da dequitação e prolonga-se pelas duas horas seguintes (Faria & Tinoco, 2016). Neste período, as fibras musculares uterinas contraem-se ao redor dos vasos sanguíneos do miométrio na área de inserção placentar, prevenindo a hemorragia pós-parto (Graça, 2017).

Perante o diagnóstico de “Trabalho de parto”, o EEESMO tem objetivos específicos de acordo com o estágio em que a grávida se encontra, sendo estes: Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto; Facilitar o trabalho de parto/nascimento; Controlar dor de trabalho de parto; Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto; Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto; Prevenir laceração do períneo; Promover parto eutócico e Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento.

1.1.1. Objetivo: Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

A avaliação da evolução do trabalho de parto é realizada com o intuito de perceber se o TP e parto progridem conforme o esperado e para identificar precocemente desvios à normalidade (Downe et al., 2013). Existem vários métodos não invasivos para avaliação do TP, incluindo a deteção da frequência e intensidade das contrações uterinas, a descida da apresentação fetal através da palpação abdominal, a observação da linha púrpura e do losango de Michaelis, a utilização de ultrassonografia e a identificação das mudanças no comportamento materno e das vocalizações, especialmente no segundo período do trabalho de parto, devido às alterações hormonais (Asl et al., 2018; Ghi et al., 2018; Irani et al., 2018; Moncrieff, et al., 2022; Pan et al., 2022).

Apesar de ser o mais invasivo, o método mais utilizado é o toque vaginal. Esta intervenção permite a avaliação das características do colo uterino como a posição, a dilatação, a extinção e a sua consistência (Downe et al., 2013), as condições da bacia materna e da estática fetal como a apresentação, a situação, a posição, a variedade, a atitude e a descida da apresentação fetal e o estado da bolsa amniótica (Nené et al, 2016).

A apresentação fetal diz respeito à parte fetal palpável ao toque vaginal através do colo do útero e pode ser cefálica, pélvica ou de espádua. A situação, por sua vez, é a relação entre os maiores eixos maternos e fetais. A posição é definida como a relação do ponto de referência da apresentação com os lados direito ou esquerdo do canal de parto, enquanto a variedade é a relação com as regiões anterior, posterior ou transversal do canal de parto. A atitude, por fim, corresponde à postura que o feto assume no final da gravidez e que se caracteriza pela flexão de todo o corpo (Nené et al, 2016). A descida da apresentação fetal ao longo do canal de parto pode ser identificada através dos planos de Hodge. O primeiro plano é delimitado pelo bordo superior da sínfise púbica e pelo promontório, o segundo plano pelo bordo inferior da sínfise púbica e segunda vertebra sacrada, o terceiro plano pelas espinhas isquiáticas e o quarto plano pela extremidade do cóccix.

De acordo com a OMS (2018), o exame vaginal deve ser realizado em intervalos de quatro horas em gestações de baixo risco. No entanto, e sendo uma intervenção frequentemente associada a desconforto e ansiedade materna (Papoutsis et al., 2024), não existe consenso relativamente a estes intervalos, pelo que na prática, estes são efetuados quando necessário, ou seja, antes da colocação de cateter epidural, antes da realização de amniotomia, sempre que existam alterações no traçado de CTG ou quando a mulher refere dor ou desconforto diferente do habitual.

O bem-estar fetal, a contratilidade uterina e os movimentos fetais são avaliados através da monitorização de CTG eletrónica. Em relação ao bem-estar fetal são avaliados quatro parâmetros: linha de base, variabilidade e presença de acelerações e/ou desacelerações. A linha de base da frequência cardíaca fetal (FCF) corresponde aos segmentos com menos oscilações, durante 10 minutos e é expressa em batimentos por minuto (bpm). Os limites considerados normais são entre os 110 e os 160 bpm, sendo a bradicardia definida com uma linha de base abaixo dos 110 bpm e taquicardia acima dos 160 bpm. A variabilidade traduz as oscilações da frequência cardíaca e é considerada normal quando está compreendida entre os 5 e 25 bpm, reduzida se inferior a 5 bpm e aumentada se superior a 25 bpm durante 50 minutos com uma linha de base normal, ou durante 3 minutos numa desaceleração. Uma aceleração é definida como um aumento abrupto da FCF acima da linha de base superior a 15 bpm e com duração superior a 15 segundos, enquanto uma desaceleração é definida como uma diminuição da linha de base superior a 15 bpm com duração superior a 15 segundos. Esta pode ser precoce traduzindo compressão do polo cefálico fetal, variável quando há compressão do cordão umbilical, tardia ou prolongada, estando estas associadas a hipoxemia fetal. O padrão sinusoidal diz respeito a uma onda característica, com formato ondulatório e amplitude entre 5 e 15 bpm, frequência de 3 a 5 ciclos/minuto e com duração mínima de 30 minutos (De Campos & Pinto, 2022; Santo, 2016).

Tendo em conta estes parâmetros, os traçados cardiotocográficos podem ser classificados como normal quando apresentam uma linha de base entre os 110 e os 160 bpm, variabilidade entre os 5 e os 25 bpm e sem desacelerações repetitivas, patológico se linha basal inferior a 110 bpm, variabilidade reduzida, aumentada ou padrão sinusoidal ou desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas e suspeito quando se verifica ausência de pelo menos um critério de normalidade, mas que não apresenta características patológicas. Em relação às alterações da contratilidade, a taquissistolia é definida como a ocorrência de 5 ou mais contrações em 10 minutos em dois períodos consecutivos de 20 minutos (De Campos & Pinto, 2022; Santo, 2016).

A OMS (2018) não recomenda a cardiotocografia contínua para avaliação do bem-estar fetal em grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo, tendo em conta que esta intervenção aumenta as taxas de cesariana, bem como outras intervenções médicas, sem ser custo-efetiva e com aceitabilidade e viabilidade variáveis. Por outro lado, pode restringir outras intervenções benéficas durante o trabalho de parto, como a possibilidade de caminhar livremente ou de adoção de posições mais confortáveis durante o TP e parto (OMS, 2018). Por sua vez, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023) aconselha a monitorização contínua de CTG externa desde a fase latente do TP. O protocolo hospitalar preconiza a monitorização contínua a partir da fase ativa.

No pós-parto, a avaliação da localização do fundo uterino e do tónus do útero possibilita a identificação precoce de atonia uterina (Graça, 2017). A OMS (2018) aconselha que a avaliação da perda vaginal, do tónus uterino, da altura uterina, da temperatura e da frequência cardíaca sejam realizadas de forma rotineira, sem definir *timings*. A DGS (2023) preconiza a avaliação da perda hemática vaginal, do pulso radial, da tensão arterial e do estado de contratura uterina a cada 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto. No hospital, estas vigilâncias são realizadas três vezes durante as primeiras duas horas após o parto, uma delas após a dequitação, outra uma hora após o parto e por fim antes de transferir a puérpera para o puerpério.

1.1.2. Objetivo: Facilitar trabalho de parto/nascimento

Existem diversas intervenções que dão resposta a este objetivo, como por exemplo: assistir no posicionar-se, gerir ingestão de líquidos, assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto, executar amniotomia e assistir na expulsão da placenta. Cada intervenção irá ser explicada aquando da apresentação dos planos de cuidados.

1.1.3. Objetivo: Controlar dor de trabalho de parto

A perceção da dor durante o trabalho de parto e parto é determinada por vários fatores psicossociais, influenciada por processos cognitivos e pelo significado que lhe é atribuída e, por

isso, nem todas as mulheres a sentem da mesma forma (Ryding et al., 2016; Whitburn et al., 2017).

O tipo de dor muda à medida que o TP evolui. A dor de período de dilatação, geralmente, é uma dor visceral que ocorre devido à isquemia do miométrio durante as contrações e à dilatação cervical. É considerada uma dor clássica, porque é transmitida, lentamente, pelo colo do útero, útero e ligamentos pélvicos a outras zonas como o abdómen inferior e região lombar (Zuarez-Easton et al., 2023).

Durante o final do primeiro estágio de TP e início do segundo, a distensão e tração na região pélvica torna-se a fonte predominante de dor, que se torna intensa e aguda, estando localizada, principalmente, no períneo, ânus, parte inferior do sacro e coxas. O estímulo é transmitido pelos nervos pudendos (Zuarez-Easton et al., 2023). A dor sentida durante o período expulsivo é causada, também, pela pressão que a apresentação fetal induz no pavimento pélvico, atingindo a bexiga e a uretra (Zuarez-Easton et al., 2023).

Esta é inevitável durante o processo de trabalho de parto, mas pode ser controlada com estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor (OMS, 2018). O controle da dor durante o TP deve ser uma preocupação dos EEESMO, uma vez que contribui para o bem-estar físico e emocional da parturiente.

1.1.4. Objetivo: Promover autocontrole: lidar com a dor de trabalho de parto

Compreender as características multidimensionais e a individualidade da experiência da dor é essencial, pois estes fatores afetam as preferências da mulher e servem como base para adoção de estratégias não farmacológicas ou farmacológicas de alívio da dor (Thomson et al., 2019; Suarez-Easton et al., 2023). Os métodos não farmacológicos são utilizados como complemento aos agentes farmacológicos, ou como principal fonte de alívio da dor. O ACOG (2019), a *European Board and College of Obstetrics and Gynaecology* (EBCOG, 2022) e a OMS (2018) reconhecem a sua utilidade como adjuvantes aos agentes farmacológicos, de acordo com a preferência da parturiente. Os principais métodos utilizados são as técnicas de respiração e de relaxamento, a alternância de posições, a hidroterapia, a massagem, a aplicação de calor ou frio, a musicoterapia e a imaginação guiada.

A presença e o envolvimento da pessoa significativa durante o trabalho de parto, que é recomendado pela OMS (2018), também diminui a necessidade de analgesia, bem como reduz a duração do TP e aumenta a confiança e satisfação materna. O acompanhante apoia a grávida, através da partilha de informação sobre o parto, servindo como ponte comunicacional entre os profissionais de saúde e a mulher, facilitando no uso estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e fornecendo apoio emocional (Bohren et al., 2019).

1.1.5. Objetivo: Promover autocontrole: lidar com o trabalho de parto

Sendo o TP influenciado pela eficácia das contrações uterinas, pela descida da apresentação fetal, pela mobilidade da pelve, pelo relaxamento e elasticidade dos músculos pélvicos e pelos efeitos das hormonas e do stress, existem comportamentos que podem ser adotados pela grávida e/ou pessoa significativa que poderão influenciar estes fatores e contribuir para a evolução do TP (Cardoso et al., 2023).

A verticalidade e o movimento, por exemplo, desencadeiam um conjunto de mecanismos a nível da bacia materna, que influenciam a progressão da apresentação fetal através do canal de parto, diminuindo a duração do TP e a percepção da dor e aumentando a eficácia das contrações uterinas (Aryani et al., 2022; Emam & Al-Zahrani, 2018).

1.1.6. Objetivo: Prevenir laceração do períneo

O trauma perineal é uma complicação comum do parto vaginal e pode ocorrer de forma espontânea ou iatrogénica, no caso das episiotomias (Domenighi et al., 2021; Ugwu et al., 2018). As lacerações perineais espontâneas podem ser classificadas da seguinte forma (ACOG, 2018):

- 1º grau: lesão superficial da mucosa vaginal que envolve a pele perineal;
- 2º grau: envolve mucosa vaginal e músculos perineais;
- 3º grau: envolve o esfíncter anal;
- 4º grau: prolonga-se para além do esfíncter anal, atingindo a mucosa retal.

Os fatores de risco associados incluem primiparidade, parto instrumental, macrossomia fetal, posição materna, período expulsivo prolongado e variedade de posição occipital posterior (Domenighi et al., 2021; Goh et al., 2018). A maioria das lacerações não causa complicações a longo prazo, no entanto as lacerações graves estão associadas a uma maior incidência de disfunção do pavimento pélvico, disfunção urinária e incontinência fecal, a um aumento da dor perineal e a dispareunia (Ramar & Grimes, 2023).

Na literatura são referidas várias estratégias para a prevenção do trauma perineal, mas não há consenso sobre quais as melhores práticas (Vieira et al., 2018). A OMS (2018) recomenda, durante o período expulsivo, a realização de massagem perineal, a aplicação de compressas quentes no períneo e a técnica de “hands on”, tendo sempre em atenção a preferência da parturiente. Existem, ainda, a técnica de Ritgen modificada, que não é recomendada pela OMS (2018) pela falta de evidência científica acerca do seu benefício, e a utilização de lubrificantes (Aasheim et al., 2018; Aquino et al., 2019; Aquino et al., 2020).

1.1.7. Objetivos: Promover parto eutócico e prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento

Durante o período expulsivo, o EEESMO tem como objetivos implementar estratégias que visam facilitar este período e ajudar a mulher a encontrar as melhores estratégias para respeitar o processo fisiológico do parto e nascimento. No entanto, por vezes, é necessário implementar manobras devido a alterações no decurso normal do parto, podendo constituir uma emergência obstétrica (Posner et al., 2014).

1.2. Diagnóstico: Nascimento

Após o parto, o EEESMO, para além de continuar a cuidar da mulher, tem um novo ser aos seus cuidados, o recém-nascido, e é necessário promover a sua adaptação à vida extrauterina.

Esta adaptação é um período crítico na vida do recém-nascido, uma vez que este tem de se ajustar às alterações fisiológicas e comportamentais que têm início logo após o nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008).

A alteração fisiológica mais crítica exigida ao recém-nascido é a transição da circulação fetal ou placentária para a respiração independente. Este mecanismo depende de estímulos químicos, térmicos e táteis, sendo que a estimulação no dorso, durante a secagem do recém-nascido, após o parto, pode ajudar a iniciar a respiração (Wheeler, 2014). Depois de estabelecida a respiração, a regulação da temperatura corporal é outro fator crítico na sobrevivência do recém-nascido. Este perde calor por convecção, radiação, evaporação e condução. A hipotermia leva ao aumento do consumo de oxigénio, promovendo a vasoconstrição pulmonar e periférica, com diminuição do aporte de oxigénio a nível pulmonar e dos tecidos e ao aumento da glicose anaeróbica, conduzindo à acidose metabólica (Yitayew et al., 2020). Assim, nos cuidados imediatos ao recém-nascido, o EEESMO deve assegurar a secagem rápida da sua pele, o envolvimento em lençol aquecido, o contacto pele-a-pele, sendo a intervenção mais efetiva na termorregulação (Moore et al., 2016) e o exame físico deve realizar-se sob uma fonte de calor (OMS, 2018).

Quanto à clampagem do cordão umbilical, de acordo com as *European Resuscitation Council Guidelines 2021*, esta deve ser realizada, pelo menos, 60 segundos após o nascimento, ou quando deixar de pulsar, idealmente após o recém-nascido ter realizado as primeiras inspirações (Madar et al., 2021). Segundo a OMS (2014), a clampagem tardia do cordão tem vários benefícios neonatais, como o aumento das reservas de ferro, a diminuição da necessidade de transfusões sanguíneas, a diminuição do risco de enterocolite necrosante e de sépsis infantil e a redução de hemorragia intraventricular.

A avaliação inicial do recém-nascido é realizada através do exame físico e do índice de Apgar. Este score permite avaliar de forma rápida e sistematizada a vitalidade do bebê e orienta o EEESMO para os cuidados a implementar (Freitas & Baptista, 2016). Esta avaliação inclui a frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, coloração da pele e irritabilidade reflexa, que devem ser avaliados ao 1º, 5º e 10º minutos. Um score de zero a três traduz uma dificuldade grave na adaptação à vida extrauterina, de quatro a seis uma dificuldade moderada e de sete a dez ausência de dificuldades (Wheeler, 2014). Por sua vez, o exame físico consiste na avaliação antropométrica do recém-nascido, ou seja, peso, comprimento e perímetro cefálico e observação dos vários sistemas corporais. Segundo a DGS (2023) e a OMS (2013), esta avaliação deve ser realizada uma hora após o nascimento, depois da primeira mamada. Apesar da recomendação, o exame era realizado antes do contacto pele-a-pele. Esta prática irá ser discutida de forma crítica no capítulo seguinte.

Concomitantemente e, seguindo a recomendação da OMS (2018), é administrado 1 mg de vitamina K, via intramuscular, com o objetivo de prevenir a doença hemorrágica do recém-nascido e aplicada pomada oftálmica para prevenção da conjuntivite neonatal.

Com o intuito de promover a adaptação à vida extrauterina, o recém-nascido é colocado em contacto pele-a-pele com a mãe, se esta assim o desejar, coberto por um lençol quente. Na primeira hora após o parto, tanto a mãe como o recém-nascido vivenciam um momento único que foi biologicamente predeterminado. É neste momento que são observados os maiores níveis de ocitocina maternos e os de catecolaminas no recém-nascido (Widström et al., 2019). As catecolaminas, como a adrenalina e a noradrenalina, são essenciais para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, sofrendo um aumento no fim do TP. Estas hormonas permitem a preservação do fluxo sanguíneo para os órgãos alvo, facilitam as trocas pulmonares, a termorregulação e ainda auxiliam a desenvolver um estado de alerta essencial para o início da amamentação (Buckley, 2015).

As evidências demonstram imensos benefícios do contacto pele-a-pele tanto para a mãe, como para o recém-nascido (Widström et al., 2019). Na mãe, este contacto reduz a duração do terceiro período do TP, diminui a dor aquando da realização da sutura, diminui a utilização de ocitocina sintética e o risco de hemorragia pós-parto (Brimdyr et al., 2023), aumenta a sensação de autoeficácia na amamentação, traduzindo-se num maior tempo de amamentação exclusiva (Karimi et al., 2022), reduz os níveis de stress e melhora a ligação mãe-filho (Moore et al., 2016; Widström et al., 2019). As vantagens para o bebê incluem a regulação da temperatura, através da vasodilatação materna, do sistema cardiorrespiratório e dos níveis de glicose, a diminuição do stress do parto (Widström et al., 2019) e a promoção de uma sucção mais eficaz durante a amamentação (Brimdyr et al., 2023).

Os bebês saudáveis de termo, adotam um conjunto específico de comportamentos inatos que podem ser descritos em 9 fases (Brimdyr et al., 2020; Widström et al., 2019):

1. Choro após o parto;
2. Relaxamento, onde não se verificam movimentos corporais;
3. Despertar, em que o recém-nascido realiza movimentos com a cabeça e membros;
4. Atividade, no qual se tenta movimentar;
5. Descanso;
6. Rastejar/deslizar, onde os movimentos resultam em deslocamento do corpo em direção ao mamilo;
7. Familiarizar-se, onde toca e lambe o mamilo;
8. Mamar;
9. Adormecer.

Durante a primeira hora de vida, aquando do contacto pele-a-pele, o recém-nascido deve ser observado a cada 15 minutos (DGS, 2023).

2. Domínio: Procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica Médica

2.1. Foco: Cateter Epidural

A analgesia epidural é considerada o método mais eficaz de alívio da dor durante todo o trabalho de parto (Zuarez-Easton et al., 2023) e recomendada pela OMS (2018). Consiste na administração de um anestésico local, geralmente combinado com um opioide, através de um cateter que é colocado entre as vértebras L4-L5.

A grande complicação relacionada com o cateter epidural é a punção da dura mater, que provoca cefaleias intensas quando a mulher se coloca na posição vertical e só melhora com o decúbito (Barati-Boldaji et al., 2023; Poma et al., 2023; Uppal et al., 2023). Na maioria dos casos, pode também estar associada a náuseas, fotofobia, zumbido e vertigem (FitzGerald & Salman, 2019).

Para além do referido, a administração deste tipo de analgesia pressupõe a vigilância dos seus efeitos secundários, como hipotensão materna, prurido, aumento da temperatura, diminuição da sensibilidade nos membros inferiores, náuseas, vômitos e retenção urinária (Graça, 2017). Com a diminuição da sensibilidade dos membros inferiores, a mobilidade da parturiente fica condicionada e, conseqüentemente, existe um aumento da duração do TP e necessidade de administração ocitocina. Por sua vez, o feto pode ser afetado indiretamente pelas alterações fisiológicas maternas, como a hipotensão e a febre, observando-se alterações a nível da frequência cardíaca fetal (Kearns & Lucas, 2023).

Existem intervenções que devem ser realizadas na presença de analgesia epidural. São elas: monitorização dos sinais vitais de 10 em 10 minutos na primeira meia hora após colocação de cateter epidural, monitorização de sinais vitais antes e 30 minutos após administração de fármaco (Sequeira et al., 2020) e avaliação do bloqueio sensitivo e motor 20 minutos após administração de analgesia, usando a escala de Bromage (DGS, 2023). De maneira a prevenir a hipotensão, e de acordo com o protocolo de serviço, antes da colocação do cateter epidural eram administrados 500ml de Lactato de Ringer por via endovenosa e, após colocação, eram repetidos mais 500ml.

2.2. Foco: Cateter Venoso Periférico

É protocolo de serviço colocar um acesso venoso periférico a todas as grávidas que ficam internadas no bloco de partos. Este acesso serve para administração de soro, ocitocina, antibioterapia, ou para alguma emergência. Por outro lado, a colocação de cateter epidural pressupõe a inserção de um cateter venoso periférico para administração de fármacos, quando na presença de efeitos adversos da analgesia epidural (OMS, 2018).

3. Domínios: Comportamentos para Amamentar e Lactação

O hospital que integra a ULS é, desde setembro de 2011, considerado “Hospital Amigos dos Bebés”. Esta iniciativa, desenvolvida pela OMS e UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*), descreve 10 etapas para o sucesso da amamentação, incluindo a amamentação na primeira hora de vida (OMS, 2018; UNICEF, 2018). Estas entidades recomendam o contacto pele-a-pele contínuo, por pelo menos uma hora, logo após o nascimento, encorajando as mães a identificar quando os recém-nascidos estão prontos para serem alimentados (Lucchese et al., 2023). A amamentação, aliada ao contacto pele-a-pele é fundamental para o recém-nascido, uma vez que o permite adaptar mais facilmente ao ambiente extrauterino, contribuindo para a sua regulação térmica, estabilização da respiração, preservação do equilíbrio ácido-base, colonização bacteriana pela microbiota cutânea da mãe e prevenção da hipoglicemia (Ayres et al., 2021; Ramiro et al., 2021). Na mãe, reduz de hemorragia pós-parto, intensifica o processo de lactação, uma vez que estimula a hipófise materna a produzir ocitocina e prolactina, e promove a ligação mãe-filho (Azevêdo et al., 2023; Lucchese et al., 2023). A sucção iniciada precocemente aumenta a probabilidade de o recém-nascido receber o colostro que contém propriedades imunológicas e que é extremamente nutritivo e de fácil digestão, acelerando a maturação da mucosa intestinal (Silva et al., 2018).

Assim, é prioridade do EEESMO incentivar o início da amamentação, se assim a mulher o desejar e assistir na amamentação se for necessário.

4. Domínio: Reflexo de Sucção (Recém-nascido)

O reflexo sucção é crucial para os recém-nascidos e começa a surgir por volta das 12 semanas de gestação, sendo que está efetivo, em situações normais, entre as 32 e as 34 semanas. Este reflexo permite ao bebê ingerir leite materno imediatamente após o nascimento (Segala et al., 2021). Um recém-nascido possui a capacidade inata de executar o reflexo de sucção sem qualquer dificuldade, mas tem de adquirir habilidades para coordenar esse reflexo com a deglutição e respiração para uma amamentação bem-sucedida (Segala et al., 2021). Este reflexo depende fortemente dos movimentos da língua, como o peristaltismo que guia o leite em direção ao esôfago, o acanolamento que causa pressão no mamilo e a força de sucção (Alan et al., 2023). A avaliação do reflexo de sucção, por parte dos EEESMO, é crucial para o sucesso da amamentação.

Casos Clínicos - Bloco de Partos

Caso Clínico 1

1. Cenário Clínico

Realizado turno da tarde.

Parturiente I.P. de 29 anos, com índice obstétrico: 1/0/0/1, tendo tido um parto eutócico em 2020. Grupo sanguíneo A+ e *Streptococcus* grupo B negativo. Encontra-se com 39 semanas e 1 dia de gestação. Deu entrada no Bloco de Partos para indução do trabalho de parto, marcada para hoje às 9 horas, por apresentar como antecedente pessoal diabetes gestacional controlada com dieta.

Não elaborou plano de parto e não fez preparação para o parto nesta gravidez, tendo realizado na anterior. Encontra-se na presença da sua pessoa significativa, o pai do bebé.

Apresentou rotura de membranas espontânea às 12 horas, por isso no início do turno, apresentava rotura há 2 horas.

Às 13 horas, por aumento da intensidade da dor relacionada com as contrações, colocou cateter epidural, sendo que a última administração de analgesia via epidural foi às 14 horas.

Às 14 horas, por protocolo de serviço, foi realizada pesquisa de glicemia capilar: 83 mg/dl

Foi realizado exame vaginal às 14 horas, pela colega do turno da manhã, apresentando as seguintes características:

- Posição do colo do útero: posterior
- Consistência do colo do útero: mole
- Extinção do colo do útero: 50%
- Dilatação do colo do útero: 7 cm
- Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 40 segundos
- Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação
- Variedade fetal: OEA
- Descida do feto: 2º plano de Hodge
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
- Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal
- Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado

No início do turno, a parturiente encontrava-se deitada na cama, confortável a realizar CTG e com perfusão de soro fisiológico sem glucose a 100 ml/h.

2. Domínios Identificados

A parturiente encontra-se na fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto, logo foi identificado o domínio Parto e o diagnóstico Trabalho de Parto, já explorados acima. Adicionalmente, foram identificados os focos Cateter Epidural e Cateter Venoso Periférico, dado que a parturiente se encontra com cateter epidural. Uma vez que apresenta como antecedente diabetes gestacional controlada com dieta, foi também identificado o domínio Metabolismo.

No decorrer do turno, irão ser identificados outros domínios como Comportamentos para Amamentar e Reflexo de Sucção e o diagnóstico Nascimento.

Domínio: Metabolismo

A diabetes gestacional é a complicação metabólica mais comum na gravidez. É definida como intolerância à glicose com início no segundo ou terceiro trimestre da gravidez (American Diabetes Association, 2021). Ao longo da gestação, a sensibilidade à insulina altera-se dependendo das necessidades da gravidez. No início, a sensibilidade aumenta, promovendo a captação de glicose nas reservas adiposas, preparando a mulher para as exigências energéticas do resto da gravidez. À medida que esta avança, as hormonas como o estrogénio, a progesterona, o cortisol e a hormona de crescimento placentário, criam um estado de resistência à insulina (Shamsad et al., 2023). Desta forma, a glicose existente no sangue fica ligeiramente elevada e é facilmente transportada através da placenta para o feto. No entanto, as adaptações metabólicas não ocorrem adequadamente em todas as gestações. A diabetes gestacional resulta da incapacidade das células β pancreáticas de detetar as concentrações de glicose ou de libertar insulina suficiente em resposta a este aumento durante a gravidez (Plows et al., 2018).

Embora, na maioria dos casos, se resolva após o parto, a diabetes impõe um risco aumentado de resultados adversos a curto e a longo prazo, como distúrbios hipertensivos gestacionais, rotura prematura de membranas (RPM), parto pré-termo, macrossomia fetal, hipoglicemia no recém-nascido, desenvolvimento de diabetes mellitus pós-parto e complicações cardiovasculares tanto para a mãe como para o recém-nascido (John et al., 2018; Mistry et al., 2021). Atualmente, a ITP tem sido sugerida para gestações a termo com diabetes gestacional, apesar das recomendações inconsistentes sobre o momento ideal da indução (Luo et al., 2023).

O ACOG (2018), recomenda que mulheres com diabetes gestacional controlada com dieta devem induzir o parto entre as 39 e as 40 semanas de gestação enquanto o NICE (2020) recomenda até às 40 semanas e 6 dias.

No hospital onde foi realizado o ensino clínico, em grávidas com diabetes gestacional controlada com dieta, que se encontram em trabalho de parto, é feita uma monitorização horária da glicemia capilar, sendo o objetivo glicémico entre 80-110 mg/dl:

- Se glicemia <80 mg/dl: iniciam perfusão de soro fisiológico com glucose 5% a 100-125 ml/h;
- Se glicemia entre 80-126 mg/dl: iniciam perfusão de soro fisiológico sem glucose a 100-125 ml/h;
- Se glicemia >126 mg/dl: iniciam perfusão de soro fisiológico sem glucose a 100-125 ml/h e repetiam pesquisa de glicemia capilar após 30 minutos. Se duas medições consecutivas >126 mg/dl, iniciam perfusão de insulina de acordo com esquema protocolado pelo serviço de endocrinologia.

No momento do período expulsivo, a monitorização de glicemia capilar é realizada de 30 em 30 minutos e o objetivo glicémico entre 70-126 mg/dl:

- Se glicemia entre este valor: iniciam perfusão de soro fisiológico com glucose 5% a 100-125 ml/h;
- Se glicemia >140 mg/dl: iniciam perfusão de insulina como prescrito por endocrinologia.

Após dequitação ou cesariana, até iniciarem alimentação por via oral, realizam-se pesquisas de glicemia de 2 em 2 horas, mantém-se a perfusão de soro com glucose a 125 ml/h e o objetivo glicémico é entre 80-150 mg/dl:

- Se glicemia acima dos objetivos, suspende-se soro com glucose;
- Se glicemia se mantiver acima dos valores sem soro com glucose, administra-se Insulina Actrapid® endovenoso segundo esquema de endocrinologia.

Depois de iniciarem alimentação oral, suspende-se a perfusão de soro e as pesquisas são feitas pré e pós-prandiais, sendo o objetivo glicémico entre 80-150 mg/dl:

- Se glicemias dentro dos objetivos durante 48 horas desde o parto, suspende monitorização glicémica;
- Se glicemia acima dos objetivos, é administrado Actrapid® endovenoso de acordo com protocolo de endocrinologia.

Em relação ao recém-nascido, sendo filho de mãe com diabetes gestacional, há um risco maior de hipoglicemia neonatal. Em condições normais, o feto não produz glucose, iniciando-se a

gluconeogenese após o nascimento, dependendo inteiramente do aporte materno durante a gravidez. Após a clampagem do cordão umbilical, a concentração de glicose diminui rapidamente no recém-nascido, alcançando o valor mínimo entre as 2 e 3 horas de vida e normalizando entre as 6 e as 12 horas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2013). No caso de filhos de mãe com diabetes gestacional, que podem apresentar hiperinsulinismo, o risco de hipoglicemia é maior até às 12 horas (SPN, 2013). Os recém-nascidos em risco de hipoglicemia devem ser monitorizados desde o nascimento e com periodicidade estabelecida. De acordo com o protocolo hospitalar, essa monitorização é feita 30 minutos após a alimentação na 1ª hora de vida:

- Se glicemia < 25 mg/dl: alimentação entérica e avaliar glicemia 1 hora depois:
 - Se glicemia se mantiver < 25 mg/dl: administrar glicose endovenosa;
 - Se glicemia entre 25-40 mg/dl: repetir alimentação entérica ou iniciar glicose endovenosa.

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013), recomenda que um recém-nascido com um valor de glicemia baixo após alimentação com leite materno, deve manter o aleitamento materno, mas deve aumentar a frequência. Por sua vez, Chiruvolu et al. (2017), aconselham a manutenção do contacto pele-a-pele após um valor baixo de glicemia, uma vez que este continuará a promover a termorregulação, através da conservação da gordura e consequentemente evita a diminuição de glicogénio nos recém-nascidos. A amamentação é também aconselhada, dado que melhora a produção de colostro, que é capaz de estabilizar os níveis de glicose (Chiruvolu et al., 2017; Dalsgaard et al., 2017).

3. Plano de Cuidados - Parturiente

14h30:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • A parturiente encontra-se a realizar monitorização de cardiotocografia contínua. 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal 	<ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal 	

Intervenções:

Avaliar evolução do trabalho de parto:

- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
- Frequência da contração uterina: 4 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 45 segundos
- Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto
- Manifestação de globo vesical: Sem globo vesical. Urinou no WC

Em gravidezes de alto risco não há consenso quanto à monitorização de cardiotocografia contínua ou intermitente. O CTG contínuo é geralmente obrigatório em qualquer trabalho de parto considerado de alto risco, incluindo a diabetes (Pinas & Chandraharan, 2016) mas, o NICE (2022) preconiza o CTG contínuo apenas em mulher com diabetes pré-gravidez, tipo 1 ou 2, e em mulheres com diabetes gestacional controlada com medicação.

Domínio	PARTO	
<p><u>Dado(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• A parturiente foi questionada se teria interesse em sentar-se na bola de parto, sendo que esta respondeu afirmativamente. Acrescentou que <i>“quando fiz preparação para o parto, em 2020, explicaram-me que poderia utilizar e que iria ajudar no trabalho de parto e na gestão da dor, mas não usei no último parto e agora, com esta barriga, tenho algum receio de me desequilibrar”</i> (sic)• Apresentação fetal no 2º plano de Hodge		
Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO	
<p><u>Objetivo(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto	<p><u>Critério(s) de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Que a grávida adote posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto	
<p><u>Intervenções:</u></p> <p>Assistir e instruir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <u>envolvendo a pessoa significativa</u> - bola de parto:</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicar à parturiente que o ideal é estar próxima de um suporte fixo, ou da pessoa significativa, para se segurar em caso de necessidade;• Demonstrar a realização de movimentos que permitem ampliar o estreito superior da bacia, promovendo a passagem do feto, como a contranutação do sacro e do íliaco e a supinação do íliaco:<ul style="list-style-type: none">○ Realizar rotação externa dos membros inferiores;○ Realizar movimentos extrínsecos da bacia como circulares em ambos os sentidos, sinal de infinito e para a frente e para trás.		

- Explicar à pessoa significativa que pode estar posicionada atrás da grávida, proporcionando suporte, ou à frente, abraçando-a e permitindo que esta se incline para a frente, aliviando a dor nas costas.

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto envolvendo a pessoa significativa

A bola de parto é uma das estratégias para lidar com a dor e promotora da evolução do TP (Delgado et al., 2019), dado que permite a mobilidade e a verticalidade, aumenta a estimulação da contratilidade uterina e promove a descida da apresentação fetal, para além de melhorar o conforto e, desta forma, contribuir para uma experiência de parto satisfatória (Sharifipour et al., 2022; Zaky, 2016).

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • A parturiente referiu aumento da dor na região lombar e fundo da barriga (4 Escala Numérica da Dor). 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal • Controlar dor de trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal • Que a grávida sinta um alívio da dor 	
<u>Intervenções:</u>		
Avaliar evolução do trabalho de parto:		
<ul style="list-style-type: none"> • Posição do colo do útero: posterior • Consistência do colo do útero: mole • Extinção do colo do útero: 80% • Dilatação do colo do útero: 8 cm • Variedade fetal: OEA • Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) • Descida do feto: 2.º plano de Hodge • Frequência da contração uterina: 4 contrações uterinas/10 minutos • Duração da contração uterina: 45 segundos • Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical • Características do líquido amniótico: Líquido amniótico de características normais 		
Gerir analgesia:		
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorização dos sinais vitais antes da administração de analgesia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tensão arterial: 125/78 mmHg 		

- Frequência cardíaca: 80 bpm
- Saturação de oxigênio: 98%

Administração de analgesia epidural conforme prescrição médica

15h00:

Domínio	METABOLISMO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Diabética gestacional controlada com dieta com perfusão de soro fisiológico sem glucose a 100 ml/h. 		
Foco	GLICEMIA	
<u>Objetivo(s):</u>		<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da glicemia 		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir hipoglicemias e hiperglicemias maternas
<u>Intervenções:</u>		
Avaliar evolução da glicemia: 87 mg/dl.		

15h30:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • A parturiente referiu alívio da dor no fundo da barriga, mas mantém na região lombar (2 na Escala Numérica da Dor). • Mostrou desejo em voltar a estar sentada na bola de partos. • Foi questionada se gostaria de aplicar calor ou frio na região lombar de modo a diminuir a dor local, tendo respondido <i>“nem me tinha lembrado disso... quando tinha dores menstruais, colocava um saco quente e aliviava! Podemos experimentar, mas não trouxe nenhum saquinho...”</i> (sic) • Sinais vitais e bloqueio sensitivo 30 minutos após administração de analgesia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tensão arterial: 120/72 mmHg ○ Frequência cardíaca: 82 bpm ○ Saturação de oxigênio: 98% ○ Ausência de bloqueio motor e sensitivo (0 na escala de Bromage) 		
Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>		<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Promover autocontrole: lidar com a dor de trabalho de parto 		<ul style="list-style-type: none"> • Que a grávida adote estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

Intervenções:

Assistir e instruir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto envolvendo a pessoa significativa - aplicação de calor:

- Explicar que o calor tem o efeito de aumentar a temperatura local da pele e ativar a circulação, reduzindo os espasmos musculares e aumentando o limiar da dor;
- Demonstrar à pessoa significativa que pode aquecer compressas com água quente e aplicar no fundo das costas e sacro enquanto a mulher se encontra na bola de parto;
- Referir que pode ser aplicado durante ou no intervalo das contrações;
- Explicar que deve ir mudando as compressas à medida que estas ficam frias.

Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto envolvendo a pessoa significativa

Uma outra vantagem no uso da bola de parto é o seu efeito na diminuição da dor. Esta altera a percepção da mesma e estimula a fisiologia do trabalho de parto através da libertação de ocitocina e endorfinas (Cardoso et al., 2013), permite a distração através do movimento rítmico e alivia as dores nas costas (Grenvik et al., 2022; Yeung et al., 2019).

A aplicação de calor local provoca a dilatação dos vasos sanguíneos, promovendo o suprimento sanguíneo e bloqueando, momentaneamente, a transmissão dos impulsos nervosos ao cérebro, induz o relaxamento muscular e promove a libertação de ocitocina, permitindo a progressão do TP (Goswami et al., 2022; Nori et al., 2023). É uma técnica segura e de baixo custo que pode ser aplicada de diversas formas, por exemplo através de toalhas húmidas, compressas ou garrafas de água quentes, ou imersão em água. Pode também ser realizada em vários locais no corpo: região lombo-sagrada, abdómen, períneo e região suprapúbica (Didevar et al., 2022; Goswami et al., 2022).

16h00:

Domínio	METABOLISMO	
Foco	GLICEMIA	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução da glicemia	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">• Prevenir hipoglicemias e hiperglicemias maternas	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução da glicemia: 90 mg/dl.		

16h30:

Domínio	PARTO
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">A parturiente voltou a referir aumento da dor no fundo da barriga (5 na Escala Numérica da Dor).	
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none">Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetalControlar dor de trabalho de parto	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetalQue a grávida sinta um alívio da dor
<u>Intervenções:</u> <p>Avaliar evolução do trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none">Extinção do colo do útero: 100%Dilatação do colo do útero: 10 cmVariedade fetal: OEABem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)Descida do feto: 3º plano de HodgeFrequência da contração uterina: 4 contrações uterinas/10 minutosDuração da contração uterina: 60 segundosDor de trabalho de parto: dor do período expulsivoManifestação de globo vesical: Sem globo vesical. Urinou no WCCaracterísticas do líquido amniótico: Líquido amniótico de características normais <p>Gerir analgesia:</p> <ul style="list-style-type: none">Monitorização dos sinais vitais antes da administração de analgesia:<ul style="list-style-type: none">Tensão arterial: 130/75 mmHgFrequência cardíaca: 95 bpmSaturação de oxigénio: 97% <p>Administração de analgesia epidural conforme prescrição médica</p>	

17h00:

Domínio	PARTO
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">A parturiente referiu alívio da dor no fundo da barriga.Mostrou desejo em estar de pé.Apresentação fetal no 3º plano de Hodge.	

<ul style="list-style-type: none"> • Reflexo de Ferguson ausente. • Sinais vitais e bloqueio sensitivo 30 minutos após administração de analgesia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tensão arterial: 127/72 mmHg ○ Frequência cardíaca: 89 bpm ○ Saturação de oxigénio: 98% ○ Ausência de bloqueio motor e sensitivo (0 na escala de Bromage) 	
Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Que a grávida adote posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto
<u>Intervenções:</u> Assistir e instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <u>envolvendo a pessoa significativa</u> - em pé: <ul style="list-style-type: none"> • Dado que preferia estar em pé, explicar que pode se agarrar à pessoa significativa e realizar os mesmos movimentos que fazia na bola: as circundações, translações, retroversão e anteversão da bacia, através das rotações, do movimento para a frente e para trás e do símbolo do infinito; • Pode também abraçar a pessoa significativa e realizar rotação interna e externa dos membros inferiores, de forma alternada, de modo a aumentar a amplitude do estreito médio da bacia; • Referir que pode utilizar o banco para colocar uma perna em cima e fazer flexão superior a 90° da mesma e rotação interna, enquanto a outra perna se encontra em extensão e rotação externa, de forma alternada. Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto <u>envolvendo a pessoa significativa</u>	

Domínio	METABOLISMO
Foco	GLICEMIA
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da glicemia • Controlar glicemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir hipoglicemias e hiperglicemias maternas
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução da glicemia: 89 mg/dl. Administrar solução com glicose: Perfusão de soro com glucose a 5% a 100 ml/l.	

17h20:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• A parturiente encontrava-se deitada na cama com o reflexo de Ferguson presente.		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal• Prevenir laceração do períneo• Facilitar trabalho de parto/nascimento• Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">• Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal• Que a grávida não apresente trauma perineal• Que o período expulsivo decorra dentro da normalidade	
<u>Intervenções:</u> <p>Avaliar evolução do trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none">• Variedade fetal: OEA• Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)• Descida do feto: 4.º plano de Hodge• Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10 minutos• Duração da contração uterina: 65 segundos• Manifestação de globo vesical: Sem globo vesical.• Características do líquido amniótico: Líquido amniótico de características normais• Esforços expulsivos: esforços expulsivos eficazes <p>Assistir no posicionar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colocar a parturiente na cama de parto em posição semi-sentada, com as pernas apoiadas nas perneiras em flexão superior a 90°, em rotação interna, permitindo-a agarrá-las pela face externa. <p>Implementar medidas de proteção do períneo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplicar óleo de amêndoas doces no períneo antes do coroamento;• Aplicar calor no períneo com recurso a compressas embebidas em água quente, tendo sempre em consideração a sensibilidade e preferência da mulher;• Colocar as compressas sobre o períneo, contemplando a fúrcula e zona perianal, durante o coroamento da cabeça fetal;• Realizar manobra de Ritgen modificada quando o diâmetro suboccipital-frontal esteja em coroamento: colocação de uma mão protegida por uma compressa na região vulvoperineal, com os dedos polegares e indicador junto à fúrcula e outra mão na região anterior, com os dedos polegar e indicador entreabertos sobre o occiput fetal, de forma a controlar a saída do crânio.		

Embora a literatura recomende que as mulheres sejam encorajadas a adotar a posição que preferem durante o parto (Berta et al., 2019; Huang, et al., 2019; OMS, 2018), a parturiente foi colocada em posição semi-sentada, na cama de parto.

17h35:

Domínio	PARTO	
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar trabalho de parto/nascimento Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento 	<u>Critério(s) de resultado:</u>
		<ul style="list-style-type: none"> Que o período expulsivo e parto decorram dentro da normalidade
<u>Intervenções:</u>		
Executar técnica de parto:		
<ul style="list-style-type: none"> Após manobra de Ritgen modificada, e saída da cabeça fetal, solicitar à parturiente que deixe de realizar esforços expulsivos e observar presença de circulares do cordão - sem circulares; Amparar a cabeça do feto, auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros no menor diâmetro biacromial; Desencravamento dos ombros: depois da restituição, colocar uma mão no parietal inferior e outra no parietal superior, colocando os dedos em forma de “garra” à volta do pescoço. De seguida, efetuar um movimento suave pressionando a cabeça contra o reto de forma a libertar o ombro anterior. Mantendo as mãos nas mesmas posições, efetuar um movimento suave ascendente de modo que o ombro posterior se exteriorize sobre o períneo; Após a exteriorização dos ombros, voltar a proteger o períneo com a mão direita e com a esquerda proceder à restante exteriorização fetal. 		

17h50:

Domínio	PARTO	
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<ul style="list-style-type: none"> Prevenir principais complicações do 3º estágio do trabalho de parto 	<u>Critério(s) de resultado:</u>
		<ul style="list-style-type: none"> Que a parturiente não apresente complicações no 3º estágio do trabalho de parto
<u>Intervenções:</u>		
Assistir na expulsão da placenta:		

- Palpar o fundo uterino e perceber se o útero está bem contraído. Se não estiver, massajar até estar contraído;
- Realizar manobra de Kustner, que consiste na colocação da mão na vertical em cima da sínfise púbica, aplicando pressão em direção à coluna vertebral, de modo a corrigir a anteversão do útero. Se o cordão se mantiver fixo, indica que a placenta já descolou;
- Como o cordão se manteve fixo, foi solicitado à parturiente que realizasse pequenos esforços expulsivos e realizada manobra de Brandt-Andrews que consiste na tração cuidadosa do cordão, no sentido descendente, com uma mão e pressão supra-púbica com a outra;
- Apoiar a placenta durante a sua exteriorização, para diminuir a pressão sobre as membranas friáveis;
- Executar manobra de Dublin, realizando torção suave da placenta, de forma a evitar a retenção de membranas na cavidade uterina;
- Palpar fundo uterino e observar se está formado o globo de segurança de Pinard.

Administrar ocitocina:

- 10 UI diluídas em 1000 ml de soro a um ritmo de 250ml/h de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto.

Inspecionar placenta, cordão umbilical e membranas:

- Colocar placenta na mesa de parto;
- Com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo os coágulos, de forma a assegurar que não houve retenção de fragmentos ou cotilédones;
- Observar forma, tamanho e bordos da placenta, a fim de detetar vasos ou cotilédones aberrantes e a inserção da mesma;
- Observar membranas fetais, verificando de tem dois folhetos (amnion e córion) e reconstituir câmara âmnic;
- Observar inserção e característica do cordão umbilical, nomeadamente existência de duas artérias e uma veia, presença de anomalias, como nós verdadeiros ou falsos, comprimento e presença da geleia de Wharton.

Inspecionar canal de parto:

- Se necessário colocar compressa no canal de parto de forma a realizar hemóstase e permitir melhor inspeção
- Começar a observar desde o clitóris e visualizar meato urinário, pequenos lábios e carúnculas;
- Remover compressa.

A hemorragia pós-parto (HPP) é definida como a perda de sangue igual ou superior a 500 mL nas 24 horas após o parto. Quando a perda é igual ou superior a 1000 mL classifica-se como HPP grave (OMS, 2012). A gestão ativa do terceiro estágio do TP engloba um conjunto de intervenções com o intuito de prevenir a HPP, incluindo a administração de ocitocina. Esta liga-se aos recetores do miométrio, produzindo contrações uterinas, sendo o principal agente farmacológico na prevenção da HPP (Jones et al., 2023). Pode ser administrada por via

endovenosa ou intramuscular, mas a administração endovenosa em perfusão é a de eleição devido à evidência de maior eficácia, maior precisão na dosagem e início de ação mais rápido (ACOG, 2017; Oladapo et al., 2020). A injeção endovenosa direta deve ser evitada, devido ao risco de hipotensão (ACOG, 2017). Duas revisões sistemáticas da Cochrane, uma de 2018 e outra de 2019, demonstraram que a ocitocina é mais eficaz na prevenção da HPP do que qualquer outro tratamento (Gallos et al., 2018; Slati et al., 2019). A OMS (2018) refere o uso de 10 UI de ocitocina via endovenosa ou intramuscular para profilaxia da HPP em qualquer tipo de parto.

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Hora do nascimento: 17h35 • Tipo de parto: eutócico - conforme a expectativa • Hora da dequitação: 17h50 • Tipo de dequitação: espontânea - Schultze • Características da placenta: sem alterações observáveis, incluindo cordão sem alterações observáveis • Perda sanguínea vaginal: moderada • Estado do períneo: íntegro 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do pós-parto 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o pós-parto 	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução do pós-parto: 17h55: <ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 132/82 mmHg • Frequência cardíaca: 82 bpm • Temperatura: 37°C 18h10: <ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 129/81 mmHg • Frequência cardíaca: 80 bpm 18h25: <ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada 		

<ul style="list-style-type: none"> • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 133/82 mmHg • Frequência cardíaca: 85 bpm
18h40: <ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 130/80 mmHg • Frequência cardíaca: 87 bpm
18h55: <ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 129/78 mmHg • Frequência cardíaca: 80 bpm
19h10: <ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 127/70 mmHg • Frequência cardíaca: 80 bpm
19h25: <ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 129/75 mmHg • Frequência cardíaca: 82 bpm
19h40: <ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: escassa • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 128/79 mmHg • Frequência cardíaca: 83 bpm

18h00:

Domínio	METABOLISMO
Foco	GLICEMIA
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da glicemia 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenir hipoglicemias e hiperglicemias maternas
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução da glicemia: 100 mg/dl. Suspendeu perfusão de soro com glucose a 5% a 100 ml/l porque iniciou dieta oral.	

18h25:

Domínio	LACTAÇÃO
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• Características da mama após o parto: mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após• Presença de leite na mama	
Foco	LACTAÇÃO

Domínio	COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR
<u>Dado(s):</u> <p>Avaliação da primeira mamada:</p> <ul style="list-style-type: none">• Adota posição confortável para facilitar o mamar: sim. Optou por se colocar deitada de lado.• Pega adequada: sim. Lábios bem curvados para fora. O lábio inferior cobre mais aréola e o queixo está encostado à mama, com a cabeça em hiperextensão. Bochechas cheias e arredondadas.• Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade: sim. Recém-nascido largou espontaneamente a mama e adormeceu.	
Foco	AMAMENTAÇÃO
<u>Objetivo(s):</u> <p>Determinar evolução da amamentação</p>	
<u>Intervenções:</u> <p>Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar - segunda mamada:</p> <ul style="list-style-type: none">• Adota posição confortável para facilitar o mamar: sim. Optou por se sentar colocando o recém-nascido em posição tradicional• Oferece a mama quando reconhece sinais de fome• Pega adequada: sim. Lábios bem curvados para fora. O lábio inferior cobre mais aréola e o queixo está encostado à mama, com a cabeça em hiperextensão. Bochechas cheias e arredondadas.• Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade: sim. Recém-nascido largou espontaneamente a mama e adormeceu.	

4. Plano de Cuidados - Recém-Nascido

17h35:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Hora do nascimento: 17h35 		
Diagnóstico	NASCIMENTO	
<u>Objetivo(s):</u>		<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptação à vida extrauterina 		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir complicações na adaptação à vida extrauterina
<u>Intervenções:</u>		
Gerir ambiente:		
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura entre os 25-28°C; • Níveis de ruído e luminosidade mínimos. 		
Estimulação tátil:		
<ul style="list-style-type: none"> • No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. 		
Avaliar Índice de Apgar:		
<ul style="list-style-type: none"> • 1º minuto: 8 • 5º minuto: 9 • 10º minuto: 10 		
Executar clampeamento do cordão umbilical (17h37):		
<ul style="list-style-type: none"> • Aguardar mais de 1 minuto para clampar cordão com um clamp descartável a cerca de 3 cm do abdómen fetal; • Colocar pinça de Kocher afastada do clamp, cerca de 1 cm; • Permitir à mãe ou pessoa significativa cortar o cordão entre o clamp e a pinça de Kocher. 		
Monitorizar dados antropométricos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Peso: 2900 gr • Comprimento: 47 cm • Perímetro cefálico: 34 cm 		
Administrar vitamina K:		
<ul style="list-style-type: none"> • 1 mg intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo 		
Aplicar pomada oftálmica		

Executar técnica de pele com pele:

- Mãe numa posição confortável, semi-reclinada e com apoio sob os braços;
- Posicionar recém-nascido no abdómen da mãe, evitando compressão do tórax e tendo em atenção a posição do clamp do cordão umbilical;
- Cobrir com lençol seco e quente, mas manter o rosto visível;
- Lateralizar cabeça do recém-nascido, com o nariz e boca desobstruídos pela mama ou cobertor;
- O mamilo deve estar acessível ao recém-nascido;
- Mostrar à mãe e ao pai como apoiar a mama para manter as vias aéreas permeáveis durante o período em que o recém-nascido começa a procurar o mamilo;
- Lembrar a mãe e o pai para se concentrar no recém-nascido e seguirem o seu comportamento, dando tempo para as 9 fases.

Avaliar recém-nascido (a cada 15 minutos durante a primeira hora de vida):

- Pele rosada, com vestígios de vernix caseoso e extremidades quentes;
- Bom tônus muscular, com os músculos fletidos;
- Sem sinais de dificuldade respiratória.

18h25:

Domínio	REFLEXO DE SUÇÃO
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• Com acanolamento da língua• Com peristaltismo da língua• Com força de sucção• A coordenar os movimentos de sucção-deglutição-respiração	

18h45:

Domínio	METABOLISMO
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• Filho de mãe com diabetes gestacional controlada com dieta• Pesquisa de glicemia capilar: 23 mg/dl	
Diagnóstico	HIPOGLICEMIA
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução da glicemia• Controlar glicemia	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">• Prevenir hipoglicemia neonatal
<u>Intervenções:</u> Manter técnica de pele com pele Incentivar amamentação Avaliar evolução da glicemia (conforme protocolo):	

- 19h45: 42 mg/dl

TERMO AO DIAGNÓSTICO: HIPOGLICEMIA

Duas horas após o parto, foi removido o cateter epidural à parturiente e o casal e recém-nascido foram admitidos no serviço de puerpério.

Caso Clínico 2

1. Cenário Clínico

Realizado turno da manhã.

Parturiente M.S. de 35 anos, com índice obstétrico: 3/0/0/3, tendo tido 3 partos eutócicos, o último em 2021. Grupo sanguíneo B+ e *Streptococcus* grupo B negativo. Encontra-se com 39 semanas e 6 dias de gestação. Recorreu à urgência de obstetrícia, às 10 horas, por contrações dolorosas. Refere rotura da bolsa às 8 horas e 45 minutos, com saída de grande quantidade de líquido amniótico claro. Como não tinha dores, tomou um banho e preparou-se para vir para o hospital, mas a caminho começou a sentir contrações fortes e dolorosas.

Não elaborou plano de parto e frequentou a preparação para o parto na sua UCC. Não está acompanhada por ninguém.

Na urgência realizou CTG e toque vaginal:

- Posição do colo do útero: posterior
- Consistência do colo do útero: mole
- Extinção do colo do útero: 80%
- Dilatação do colo do útero: 9 cm
- Tempo de rotura da bolsa: 1h30
- Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 60 segundos
- Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação
- Variedade fetal: ODP
- Descida do feto: 3º plano de Hodge
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
- Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal
- Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado

Às 10 horas e 15 minutos, deu entrada no Bloco de Partos e solicitou analgesia epidural. Foi chamado o anestesista, que optou por não colocar cateter epidural, tendo sido administrada uma dose de analgesia raquidiana.

2. Domínios Identificados

Para além de identificado o domínio Parto e o diagnóstico Trabalho de Parto, dado que a parturiente se encontra no fim da fase ativa do primeiro estágio do TP, foi também identificado

o foco Procedimento Invasivo, que faz parte do domínio Procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica Médica, que irei explicar de seguida.

Mais uma vez, irão ser identificados os domínios Comportamentos para Amamentar, Lactação e Reflexo de Sucção, e o diagnóstico Nascimento.

Foco: Procedimento Invasivo

Foi identificado este foco pela necessidade de diferenciar analgesia raquidiana de analgesia epidural.

Como anteriormente referido, no final do primeiro período do TP e início do segundo, a apresentação fetal desce, originando estiramento vaginal e perineal, transformando a dor numa sensação somática que é transmitida até à medula espinhal pelo nervo pudendo (Shatil & Smiley, 2020). Frequentemente, esta é uma dor que necessita de maior quantidade de anestésico local para um alívio bem-sucedido. A analgesia raquidiana é administrada no espaço subaracnoide, ao passo que a epidural é aplicada no espaço peridural (Imani et al., 2021; Rahmati et al., 2021). O efeito desta última depende do local onde foi colocado o cateter e, muitas vezes, é necessário mais tempo até começar a fazer efeito no período expulsivo. Por sua vez, a administração de medicação no espaço subaracnoide proporciona um bloqueio sacral mais rápido e eficaz, por ser aplicada perto das raízes nervosas, sendo a preferência de alguns profissionais (Kähkönen & Väänänen, 2023; Shatil & Smiley, 2020). Quando uma mulher se encontra perto de parir, uma única injeção de anestésico local, como a bupivacaína ou ropivacaína, com um opioide, por exemplo fentanil ou sufentanil, pode fornecer analgesia até uma a duas horas (Shatil & Smiley, 2020). No geral, as duas medidas farmacológicas apresentam os mesmos efeitos secundários, como náuseas, vômitos, hipotensão e bloqueio motor (Aragão et al., 2019; Imani et al., 2021), sendo que este último depende da quantidade anestésico local que é administrado, ou seja, uma concentração maior de bupivacaína ou ropivacaína pode aumentar o bloqueio motor e diminuir o sucesso de um parto eutócico (Shatil & Smiley, 2020). A hipotensão pode ser prevenida pela administração de uma solução de Lactato de Ringer (Imani et al., 2021; Rahmati et al., 2021).

De acordo com a *American Society of Anesthesiologists* (2021), a parturiente, após lhe ser administrada analgesia neuroaxial, deve ficar, pelo menos, 20 minutos sobre observação de um EEESMO. Durante este período, a tensão arterial, a frequência cardíaca e a saturação de oxigénio devem ser avaliadas de 5 em 5 minutos ou, se possível, a cada 2 minutos nos primeiros 10 minutos.

No hospital, estas vigilâncias dependem do anestesista presente. Este deu indicação de monitorizar os sinais vitais e o bloqueio motor e sensitivo de 5 em 5 minutos, nos primeiros 15 minutos após administração da medicação, e de 20 em 20 minutos até ao parto.

3. Plano de Cuidados - Parturiente

10h30:

Antes da administração de analgesia, foram administrados 500 mL de Lactato de Ringer por via endovenosa e a parturiente foi colocada em decúbito lateral direito, solicitando que colocasse as costas arqueadas, para facilitar a técnica.

Domínio	PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA MÉDICA	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Sinais vitais antes da administração de analgesia: <ul style="list-style-type: none"> ○ Tensão arterial: 127/72 mmHg ○ Frequência cardíaca: 89 bpm ○ Saturação de oxigénio: 98% • Administração de analgesia raquidiana pelo anestesista 		
Diagnóstico	PROCEDIMENTO INVASIVO - ANALGESIA RAQUIDIANA	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar sinais de complicações relacionados com a analgesia raquidiana 	<ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais de complicações relacionados com a analgesia raquidiana 	
<u>Intervenções:</u>		
Avaliar evolução de sinais de complicações:		
10h35:		
<ul style="list-style-type: none"> • Tensão arterial: 132/80 mmHg avaliado no membro superior esquerdo • Pulso: 90 bpm; amplo e regular, avaliado no pulso radial • Saturação de oxigénio: 98% a ar ambiente • Bloqueio motor quase completo, apenas capaz de mover os pés (2 na escala de Bromage) 		
10h40:		
<ul style="list-style-type: none"> • Tensão arterial: 125/72 mmHg avaliado no membro superior esquerdo • Pulso: 85 bpm; amplo e regular, avaliado no pulso radial • Saturação de oxigénio: 98% a ar ambiente • Bloqueio motor quase completo, apenas capaz de mover os pés (2 na escala de Bromage) 		
10h45:		
<ul style="list-style-type: none"> • Tensão arterial: 126/72 mmHg avaliado no membro superior esquerdo • Pulso: 86 bpm; amplo e regular, avaliado no pulso radial 		

<ul style="list-style-type: none"> • Saturação de oxigénio: 98% a ar ambiente • Bloqueio motor quase completo, apenas capaz de mover os pés (2 na escala de Bromage)
11h00: <ul style="list-style-type: none"> • Tensão arterial: 129/79 mmHg avaliado no membro superior esquerdo • Pulso: 85 bpm; amplo e regular, avaliado no pulso radial • Saturação de oxigénio: 97% a ar ambiente • Bloqueio motor parcial, capaz de elevar os joelhos (1 na escala de Bromage)
11h15: <ul style="list-style-type: none"> • Tensão arterial: 132/79 mmHg avaliado no membro superior esquerdo • Pulso: 89 bpm; amplo e regular, avaliado no pulso radial • Saturação de oxigénio: 97% a ar ambiente • Bloqueio motor parcial, capaz de elevar os joelhos (1 na escala de Bromage)
11h30: <ul style="list-style-type: none"> • Tensão arterial: 135/78 mmHg avaliado no membro superior esquerdo • Pulso: 85 bpm; amplo e regular, avaliado no pulso radial • Saturação de oxigénio: 98% a ar ambiente • Ausência de bloqueio motor (0 na escala de Bromage)
11h45: <ul style="list-style-type: none"> • Tensão arterial: 133/80 mmHg avaliado no membro superior esquerdo • Pulso: 88 bpm; amplo e regular, avaliado no pulso radial • Saturação de oxigénio: 98% a ar ambiente
12h00: <ul style="list-style-type: none"> • Tensão arterial: 130/78 mmHg avaliado no membro superior esquerdo • Pulso: 90 bpm; amplo e regular, avaliado no pulso radial • Saturação de oxigénio: 97% a ar ambiente

10h40:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Após administração de analgesia, foi realizada monitorização de cardiotocografia contínua e quando apresentou melhoria da dor, foi avaliada através do toque vaginal. 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal 	<ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal 	
<u>Intervenções:</u>		
Avaliar evolução do trabalho de parto:		
<ul style="list-style-type: none"> • Posição do colo do útero: posterior • Consistência do colo do útero: mole • Extinção do colo do útero: 100% 		

- Dilatação do colo do útero: 10 cm
- Variedade fetal: ODP
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
- Descida do feto: 3.º plano de Hodge
- Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 50 segundos
- Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto
- Manifestação de globo vesical: Sem globo vesical
- Características do líquido amniótico: Líquido amniótico de características normais

Apesar da dilatação completa e da apresentação fetal no 3º plano de Hodge, a parturiente não sentia sensação de pressão ou vontade de iniciar esforços expulsivos, o que poderia ser devido à analgesia raquidiana, por isso aguardou-se até a mesma começar a sentir essa necessidade. Como nem sempre se verificou esta prática, a mesma será refletida no capítulo seguinte. As entidades internacionais, como a NICE e a OMS, quando se referem ao segundo estágio do trabalho de parto, só mencionam a analgesia epidural. Esta e a analgesia raquidiana apresentam o mesmo efeito quanto à diminuição da vontade de iniciar esforços expulsivos (Imani et al., 2021).

11h30:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • A parturiente começa a sentir vontade de iniciar esforços expulsivos. 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal • Prevenir laceração do períneo • Facilitar trabalho de parto/nascimento • Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal • Que a grávida não apresente trauma perineal • Que o período expulsivo decorra dentro da normalidade 	
<u>Intervenções:</u>		
Avaliar evolução do trabalho de parto:		
<ul style="list-style-type: none"> • Variedade fetal: ODP • Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) • Descida do feto: 3.º plano de Hodge 		

- Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 60 segundos
- Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo
- Manifestação de globo vesical: Realizado esvaziamento urinário. Sem globo vesical
- Características do líquido amniótico: Líquido amniótico de características normais
- Esforços expulsivos: esforços expulsivos ineficazes

Assistir no posicionar:

- Colocar a parturiente na cama de parto em posição semi-sentada, com as pernas apoiadas nas perneiras em flexão superior a 90°, em rotação interna, permitindo-a agarrá-las pela face externa.

Implementar medidas de proteção do períneo:

- Aplicar óleo de amêndoas doces no períneo antes do coroamento;
- Aplicar calor no períneo com recurso a compressas embebidas em água quente, tendo sempre em consideração a sensibilidade e preferência da mulher.

Apesar da parturiente realizar esforços expulsivos espontâneos quando sentia as contrações e descansando no intervalo das mesmas, estas não estavam a ser eficazes dado que a apresentação fetal não estava a progredir no canal de parto. Nestes casos, uma das estratégias recomendadas pelo NICE (2023) é a mudança de posição.

Um feto que se encontra em posição occipital posterior (OP) está associado a trabalhos de parto mais prolongados, exaustão materna, sofrimento fetal, corioamionite, parto instrumentado, cesariana, lacerações perineais graves, hemorragia pós-parto e baixos índices de Apgar (Lee et al., 2021; Simic et al., 2017). Este posicionamento fetal ocorre devido à ausência de rotação interna (Graça, 2017).

Uma das estratégias utilizadas para promover a rotação do feto para occipital anterior é a mudança de posição materna para uma posição lateral (Bueno-Lopez et al., 2018; Huang et al., 2019). Esta posição, concomitantemente, com a hiperflexão e abdução femoral promove a natação do sacro e o alargamento da articulação sacrococcígea, aumentando os diâmetros pélvicos maternos e permitindo a rotação espontânea para a posição occipital anterior (Desseauve et al., 2019; Iravani et al., 2023; Zhang et al., 2020).

Bueno-Lopez et al. (2018) referem que lateralizar a mulher para o lado onde se encontra o dorso fetal promove a rotação espontânea para uma posição occipital anterior, enquanto Liu et al. (2018) descrevem que a flexão e abdução do fémur combinado com a posição contralateral ao dorso fetal é a melhor estratégia para ocorrer a rotação espontânea. Por sua vez, Le Ray, et al. (2016) demonstraram que posições assimétricas laterais para o lado oposto ao do dorso fetal não facilitam a rotação do mesmo.

11h50:

Domínio	PARTO	
<p><u>Dado(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Esforços expulsivos espontâneos ineficazes.• Posição fetal: occipito direita posterior• Sem progressão da apresentação no canal de parto.		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<p><u>Objetivo(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal• Prevenir laceração do períneo• Facilitar trabalho de parto/nascimento• Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento	<p><u>Critério(s) de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal• Que a grávida não apresente trauma perineal• Que o período expulsivo decorra dentro da normalidade	
<p><u>Intervenções:</u></p> <p>Avaliar evolução do trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none">• Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)• Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10 minutos• Duração da contração uterina: 65 segundos <p>Assistir no posicionar:</p> <ul style="list-style-type: none">• Colocar a parturiente em decúbito lateral esquerdo com os membros inferiores em assimetria: a perna superior em flexão > a 90°, com rotação interna e a perna inferior em pequena flexão;• Nos períodos de pausa entre os esforços expulsivos, colocar a perna que eleva na perneira;• Durante o esforço expulsivo, a parturiente pode agarrar na perna que eleva, pela parte externa, e realizar hiperflexão da mesma. <p>Implementar medidas de proteção do períneo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aplicar calor no períneo com recurso a compressas embebidas em água quente, tendo sempre em consideração a sensibilidade e preferência da mulher;• Colocar as compressas sobre o períneo, contemplando a fúrcula e zona perianal, durante o coroamento da cabeça fetal;• Realizar manobra de Ritgen modificada quando o diâmetro suboccipital-frontal esteja em coroamento: colocação de uma mão protegida por uma compressa na região vulvoperineal, com os dedos polegares e indicador junto à fúrcula e outra mão na região anterior, com os dedos polegar e indicador entreabertos sobre o occiput fetal, de forma a controlar a saída do crânio.		

12h07:

Domínio	PARTO			
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO			
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• Facilitar trabalho de parto/nascimento• Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">• Que o período expulsivo e parto decorram dentro da normalidade			
<u>Intervenções:</u> Executar técnica de parto: <ul style="list-style-type: none">• Após manobra de Ritgen modificada, e saída da cabeça fetal, solicitar à parturiente que deixe de realizar esforços expulsivos e observar presença de circulares do cordão;• Identificada uma circular do cordão. Como era uma circular larga, exteriorizou-se algum cordão para ser removido do pescoço e foi colocado para trás, no tronco.• Amparar a cabeça do feto, auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros no menor diâmetro biacromial;• Desencravamento dos ombros: depois da restituição, colocar uma mão no parietal inferior e outra no parietal superior, colocando os dedos em forma de “garra” à volta do pescoço. De seguida, efetuar um movimento suave pressionando a cabeça contra o reto de forma a libertar o ombro anterior. Mantendo as mãos nas mesmas posições, efetuar um movimento suave ascendente de modo que o ombro posterior se exteriorize sobre o períneo;• Após a exteriorização dos ombros, voltar a proteger o períneo com a mão direita e com a esquerda proceder à restante exteriorização fetal.				

As circulares do cordão ocorrem quando o cordão umbilical se enrola em torno do pescoço. Entre 20 e 34% dos casos, o feto apresenta uma única circular, entre 2,5 e 5%, apresenta duas e entre 0,2 e 0,5% apresenta três circulares (Cunningham et al., 2015). Geralmente, não estão associadas a morbidade, nem mortalidade perinatal, mas pode afetar o resultado do parto, com possíveis efeitos a longo prazo nos bebés (Peesay, 2017). As circulares têm maior probabilidade de causar problemas se forem apertadas, uma vez que a compressão do cordão pode causar obstrução do fluxo sanguíneo na veia umbilical, enquanto o sangue continua a ser bombeado para a placenta através das artérias umbilicais, causando hipovolémia, hipotensão, hipoxia, acidose e anemia (Peesay, 2017).

Na resolução destes casos, evita-se clampar o cordão e tenta-se passar o cordão pela cabeça do feto, no entanto, se as circulares são apertadas ou se existem várias à volta do pescoço, podem impedir a descida da apresentação fetal e causar asfixia, pelo que pode ser necessário outra abordagem. A manobra de Somersault, que consiste em colocar a palma da mão sobre o occipital e flexionar suavemente a cabeça do bebé em direção à coxa da mãe, possibilitando que o corpo seja exteriorizado, permite que o cordão seja libertado e que seja retornada a

transfusão placentária (Hutchon, 2013). A laqueação prévia do cordão também é utilizada quando existem circulares apertadas e a técnica passa por clampar o cordão em dois locais com pinças Kocker, seccioná-lo entre elas e desenrolá-lo do pescoço antes que a expulsão fetal progrida (Sequeira et al., 2020).

12h25:

Domínio	PARTO
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> Prevenir principais complicações do 3º estágio do trabalho de parto 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> Que a parturiente não apresente complicações no 3º estágio do trabalho de parto
<u>Intervenções:</u> <p>Assistir na expulsão da placenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> Palpar o fundo uterino e perceber se o útero está bem contraído. Se não estiver, massajar até estar contraído; Realizar manobra de Kustner, que consiste na colocação da mão na vertical em cima da sínfise púbica, aplicando pressão em direção à coluna vertebral, de modo a corrigir a anteversão do útero. Se o cordão se mantiver fixo, indica que a placenta já descolou; Como o cordão me manteve fixo, foi solicitado à parturiente que realizasse pequenos esforços expulsivos e realizada manobra de Brandt-Andrews que consiste na tração cuidadosa do cordão, no sentido descendente, com uma mão e pressão supra-púbica com a outra; Apoiar a placenta durante a sua exteriorização, para diminuir a pressão sobre as membranas friáveis; Executar manobra de Dublin, realizando torção suave da placenta, de forma a evitar a retenção de membranas na cavidade uterina; Palpar fundo uterino e observar se está formado o globo de segurança de Pinard. <p>Administrar ocitocina:</p> <ul style="list-style-type: none"> 10 UI diluídas em 1000 ml de soro a um ritmo de 250ml/h de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto. <p>Inspeccionar placenta, cordão umbilical e membranas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Colocar placenta na mesa de parto; Com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo os coágulos, de forma a assegurar que não houve retenção de fragmentos ou cotilédones; Observar forma, tamanho e bordos da placenta, a fim de detetar vasos ou cotilédones aberrantes e a inserção da mesma; 	

- Observar membranas fetais, verificando de tem dois folhetos (amnion e córion) e reconstituir câmara âmnic
- Observar inserção e característica do cordão umbilical, nomeadamente existência de duas artérias e uma veia, presença de anomalias, como nós verdadeiros ou falsos, comprimento e presença da geleia de Wharton.

Inspecionar canal de parto:

- Se necessário colocar compressa no canal de parto de forma a realizar hemóstase e permitir melhor inspeção
- Começar a observar desde o clitóris e visualizar meato urinário, pequenos lábios e carúnculas;
- Remover compressa.

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Hora do nascimento: 12h07 • Tipo de parto: eutócico - conforme a expectativa • Hora da dequitação: 12h25 • Tipo de dequitação: espontânea - Schultze • Características da placenta: sem alterações observáveis, incluindo cordão sem alterações observáveis • Perda sanguínea vaginal: moderada • Estado do períneo: íntegro 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do pós-parto 	<ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o pós-parto 	
<u>Intervenções:</u>		
Avaliar evolução do pós-parto:		
12h30:		
<ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 134/72 mmHg • Frequência cardíaca: 75 bpm • Temperatura: 37,2°C 		
12h45:		
<ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 132/71 mmHg • Frequência cardíaca: 74 bpm 		

13h00:	<ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 129/73 mmHg • Frequência cardíaca: 77 bpm
13h15:	<ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 130/75 mmHg • Frequência cardíaca: 74 bpm
13h30:	<ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: moderada • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 125/78 mmHg • Frequência cardíaca: 80 bpm
13h45:	<ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: escassa • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 132/78 mmHg • Frequência cardíaca: 79 bpm
14h00:	<ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: escassa • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 127/75 mmHg • Frequência cardíaca: 75 bpm
14h15:	<ul style="list-style-type: none"> • Contração do útero pós-parto: útero contraído • Perda sanguínea vaginal: escassa • Involução uterina: nível infra-umbilical • Tensão arterial: 129/72 mmHg • Frequência cardíaca: 75 bpm

13h10:

Domínio	LACTAÇÃO
<u>Dado(s):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Características da mama após o parto: mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após • Presença de leite na mama 	
Foco	LACTAÇÃO

Domínio	COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR	
<p><u>Dado(s):</u> Avaliação da primeira mamada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adota posição confortável para facilitar o mamar: sim. Optou por se colocar deitada de lado. • Pega adequada: Sem manifestações de pega adequada. Recém-nascido estava a sugar na ponta do mamilo, com a cabeça ligeiramente fletida. 		
Diagnóstico	AMAMENTAÇÃO	
<p><u>Objetivo(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da amamentação • Promover o amamentar/mamar 	<p><u>Critério(s) de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que o recém-nascido execute pega adequada 	
<p><u>Intervenções:</u> Assistir na amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a mãe a colocar o recém-nascido junto a si, com a barriga do bebé em contacto com o seu corpo e a cabeça, costas e nádegas do mesmo alinhadas; • Referir que pode colocar a mão, apoiando o pescoço no bebé, mas não na cabeça, para que esta esteja livre para realizar a extensão; • Referir que deve apontar o mamilo em direção ao nariz do bebé, para que este incline a cabeça para trás, toque com o queixo na mama e abra bem a boca, abocanhando o mamilo; • Explicar que é normal que abocanhe uma parte maior da aréola inferior do que da superior e isto permite que o mamilo seja puxado mais para trás da boca do recém-nascido, tornando-se mais confortável para a mãe. <p>Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Após assistir na mamada, foi perceptível que o recém-nascido realizou uma boa pega e que mamou durante 20 minutos, largando espontaneamente a mama e adormecendo de seguida. 		

Depois do contacto pele-a-pele, o EEESMO supervisiona a primeira mamada e assiste-a, se necessário, instruindo verbalmente a mãe, tocando na mama ou cabeça do bebé em último caso (Surówka et al., 2021). O posicionamento e a pega adequada são essenciais para uma amamentação bem-sucedida, permitindo que o bebé sugue eficazmente, estimulam e mantêm a produção de leite materno e previnem complicações na mama (Saus-Ortega, 2020; Vieira et al., 2015).

Domínio	COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Aquando da observação da mamada, foi perceptível que o recém-nascido estava a abocanhar a ponta do mamilo. • Questionei a mãe se estava a correr tudo bem na mamada e esta respondeu “<i>Sim, acho que pegou bem, apesar de estar a magoar-me um bocadinho, está a mamar bem</i>” (sic) 		
Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AMAMENTAÇÃO	
<u>Objetivo(s):</u>		<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Promover autogestão da amamentação 		<ul style="list-style-type: none"> • Que a mãe reconheça sinais de pega adequada
<u>Intervenções:</u>		
Ensinar sobre pega adequada enquanto assistia na amamentação:		
<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar que a boca do bebé está bem aberta, o lábio inferior virado para fora contra a mama e o superior neutro (pode também estar virado para fora); • Referir que é visível mais aréola acima do lábio superior do que do inferior; • Demonstrar que a cabeça do bebé está ligeiramente estendida, o nariz está desobstruído e o queixo toca na mama; • Durante a amamentação, demonstrar que as bochechas do bebé estão arredondadas, sem covinhas ou retrações; • Referir que é suposto sentir a sensação de “puxão” quando o bebé inicia a mamada, mas sem dor e que, por vezes, pode ser ouvida a sucção e deglutição do leite; • Ambos estão relaxados e sem desconforto; • Referir que quando o bebé largar a mama, a cor e o formato do mamilo permanecem inalterados. Poderá ver-se um alongamento do mamilo, mas este não está comprimido. 		
Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação		

4. Plano de Cuidados - Recém-Nascido

12h07:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Hora do nascimento: 12h07 		
Diagnóstico	NASCIMENTO	
<u>Objetivo(s):</u>		<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptação à vida extrauterina 		<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir complicações na adaptação à vida extrauterina

Intervenções:

Gerir ambiente:

- Temperatura entre os 25-28°C;
- Níveis de ruído e luminosidade mínimos.

Estimulação tátil:

- No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves.

Avaliar Índice de Apgar:

- 1º minuto: 8
- 5º minuto: 9
- 10º minuto: 10

Executar clampeamento do cordão umbilical (12h09)

- Aguardar mais de 1 minuto para clampar cordão com um clamp descartável a cerca de 3 cm do abdómen fetal;
- Colocar pinça de Kocher afastada do clamp, cerca de 1 cm;
- Permitir à mãe cortar o cordão entre o clamp e a pinça de Kocher.

Monitorizar dados antropométricos:

- Peso: 2852 gr
- Comprimento: 46 cm
- Perímetro cefálico: 32 cm

Administrar vitamina K:

- 1 mg intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo

Aplicar pomada oftálmica

Executar técnica de pele com pele:

- Mãe numa posição confortável, semi-reclinada e com apoio sob os braços;
- Posicionar recém-nascido no abdómen da mãe, evitando compressão do tórax e tendo em atenção a posição do clamp do cordão umbilical;
- Cobrir com lençol seco e quente, mas manter o rosto visível;
- Lateralizar cabeça do recém-nascido, com o nariz e boca desobstruídos pela mama ou cobertor;
- O mamilo deve estar acessível ao recém-nascido;
- Mostrar à mãe como apoiar a mama para manter as vias aéreas permeáveis durante o período em que o recém-nascido começa a procurar o mamilo;
- Lembrar a mãe para se concentrar no recém-nascido e seguir o seu comportamento, dando tempo para as 9 fases.

Avaliar recém-nascido (a cada 15 minutos durante a primeira hora de vida):

- Pele rosada e extremidades quentes;

- Bom tónus muscular, com os músculos fletidos;
- Sem sinais de dificuldade respiratória.

13h10:

Domínio	REFLEXO DE SUÇÇÃO
<p><u>Dado(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Com acanolamento da língua• Com peristaltismo da língua• Com força de sucção• A coordenar os movimentos de sucção-deglutição-respiração	

Duas horas após o parto, a parturiente e recém-nascido foram transferidos para o serviço de puerpério.

Caso Clínico 3

1. Cenário Clínico

Realizado turno da noite.

Parturiente I.P. de 29 anos, com índice obstétrico: 0/0/0/0. Grupo sanguíneo A+ e *Streptococcus* grupo B negativo. Encontra-se com 39 semanas e 4 dias de gestação. Recorreu a urgência de obstetrícia às 16 horas, por rotura espontânea da bolsa às 15 horas, com saída de líquido amniótico claro, e por queixas de contrações dolorosas. Na admissão, foi avaliada e o colo encontrava-se em posição intermédia, com 3 cm de dilatação e 50% extinto.

Colocou cateter epidural às 17 horas, de seguida iniciou ocitocina a 15ml/h e esteve na bola de partos das 18 horas às 19 horas.

Às 19 horas, foram identificadas desacelerações precoces no CTG e comunicado à equipa médica que deu indicação de suspender perfusão de ocitocina.

Às 19 horas e 30 minutos, referiu aumento da dor pelo que lhe foi administrado analgesia via epidural e realizado toque vaginal:

- Posição do colo do útero: posterior
- Consistência do colo do útero: mole
- Extinção do colo do útero: 50%
- Dilatação do colo do útero: 4 cm
- Tempo de rotura da bolsa: 4h30
- Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 40 segundos
- Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação
- Variedade fetal: OEA
- Descida do feto: Acima do 1º plano de Hodge
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
- Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal
- Características do líquido amniótico: Líquido amniótico de características normais
- Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado

A parturiente elaborou plano de parto onde manifesta vontade de um parto vaginal com epidural, que seja realizado contacto pele-a-pele e que seja o pai da bebé a cortar o cordão umbilical. Frequentou a preparação para o parto na sua UCC. Encontra-se acompanhada pela sua pessoa significativa, o pai da bebé.

2. Domínios Identificados

Foram identificados o domínio Parto e o diagnóstico Trabalho de Parto, visto que a parturiente se encontra no primeiro estágio do trabalho de parto, os focos Cateter Epidural e Cateter Venoso Periférico e o diagnóstico Nascimento.

3. Plano de Cuidados - Parturiente

20h30:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>	<ul style="list-style-type: none">A parturiente encontra-se a realizar monitorização de cardiocografia contínua.	
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<ul style="list-style-type: none">Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução do trabalho de parto: <ul style="list-style-type: none">Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)Frequência da contração uterina: 4 contrações uterinas/10 minutosDuração da contração uterina: 45 segundosDor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de partoManifestação de globo vesical: Sem globo vesical.		

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>	<ul style="list-style-type: none">A parturiente encontrava-se na bola de parto com o apoio da pessoa significativa.Referiu <i>“ainda tenho alguma dor no fundo das costas, mas para já não preciso de mais medicação”</i> (sic)Quando questionada se tinha experimentado alguma estratégia não farmacológica para lidar com a dor de trabalho de parto na preparação para o parto, a parturiente referiu, olhando para o namorado, <i>“nós falamos de algumas técnicas, lembro-me da massagem nas costas, mas não chegamos a fazer... Gostava de experimentar, acredito que me vai aliviar a dor”</i> (sic)	

Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> Promover autocontrole: lidar com a dor de trabalho de parto 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> Que a grávida adote estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto 	
<u>Intervenções:</u> Assistir e instruir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <u>envolvendo a pessoa significativa</u> - massagem nas costas: <ul style="list-style-type: none"> Referir que pode ser realizada durante ou no intervalo das contrações; Colocar a parturiente numa posição confortável: Sentada na bola, inclinada sobre a cama, apoiando os braços e a cabeça sobre uma almofada. Colocar o acompanhante sentado no banco, atrás da parturiente; Colocar o óleo de amêndoas doces nas mãos e espalhar nas costas da mulher, usando toda a palma da mão; Demonstrar à pessoa significativa como realizar a massagem; Realizar quatro repetições de cada um dos movimentos; 1º movimento: Colocar as mãos sobre o sacro, deslizá-las com pressão, uma de cada lado da coluna, até ao pescoço e regressar ao sacro, diminuído a pressão durante o movimento de regresso. Deslizar as mãos com pressão em direção dos ombros e regressar ao sacro. Repetir em direção às axilas. Por último, deslizar à volta da pelve, sobre os ossos ilíacos, com pressão, e voltar ao sacro. 2º movimento: Com as mãos sobre o sacro, os polegares fazem movimentos circulares nessa zona e, depois, vão subindo e percorrendo os músculos à volta da coluna. 3º movimento: Colocar os polegares na extremidade inferior do sacro, junto ao cóccix. Com as mãos totalmente pousadas nas nádegas, os polegares percorrem as articulações sacroilíacas, num movimento de ida e volta; 4º movimento: Colocar as mãos sobre o sacro, em forma de V. Deslizá-las sobre as nádegas, uma para cada lado e à volta da pelve, sobre os ilíacos, com pressão, até tocarem nas cristas ilíacas; Referir que devem sempre comunicar, para se adaptar a pressão e os movimentos à tolerância e conforto da parturiente. <p style="text-align: right;">(Cardoso et al., 2023)</p> Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto <u>envolvendo a pessoa significativa</u>		

A massagem é o método de estimulação tátil mais antigo usado para aliviar a dor de TP (Bolbol-Haghighi et al., 2016; Çevik & Karaduman, 2019). Envolve a manipulação dos tecidos moles do corpo e pressupõe um toque intencional de uma ou várias partes do corpo, como as costas, ombros, coxas, mãos e pés (Caughey & Tilden, 2021; Oztas et al., 2023). A massagem reduz a produção de adrenalina, noradrenalina e cortisol e aumenta a libertação de endorfinas e ocitocina (Çevik & Karaduman, 2019). Desta forma, diminui a dor, promove o relaxamento e reduz o stress e a ansiedade (Oztas et al., 2023).

Çevik & Karaduman (2020), Oztas et al. (2023) e Türkmen & Tuna-Oran (2021) demonstraram que a massagem nas costas, incluindo sacro e ombros, é uma intervenção eficaz e sem custos,

que reduz a percepção da dor das mulheres em TP, diminui os níveis de ansiedade e aumenta os níveis de satisfação relacionados com o TP. Nenhum estudo demonstrou efeitos prejudiciais na realização da massagem, mesmo sendo feita por pessoas sem conhecimento ou treino prévio.

21h15:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> A parturiente referiu aumento da dor na região lombar e fundo da barriga (4 Escala Numérica da Dor). 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>		<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal Controlar dor de trabalho de parto 		<ul style="list-style-type: none"> Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal Que a grávida sinta um alívio da dor
<u>Intervenções:</u>		
<p>Avaliar evolução do trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Posição do colo do útero: posterior Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 50% Dilatação do colo do útero: 4 cm Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos Duração da contração uterina: 40 segundos Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação Variedade fetal: OEA Descida do feto: 1º plano de Hodge Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal Características do líquido amniótico: Líquido amniótico de características normais <p>Gerir analgesia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Monitorização dos sinais vitais antes da administração de analgesia: <ul style="list-style-type: none"> Tensão arterial: 125/62 mmHg Frequência cardíaca: 86 bpm Saturação de oxigénio: 98% <p>Administração de analgesia epidural conforme prescrição médica</p>		

21h40:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">O cardiotocógrafa começou a alarmar.		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none">Promover bem-estar fetal	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">Que o traçado CTG apresente linha basal entre 110-160 bpm, variabilidade entre 5-25 bpm e que não apresente desacelerações.	
<u>Intervenções:</u> <p>Avaliar bem-estar fetal:</p> <ul style="list-style-type: none">Linha basal: 110-160 bpm;Variabilidade: 5-25 bpm;Com desacelerações tardias repetitivas <p>Avaliar contratilidade uterina:</p> <ul style="list-style-type: none">Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutosDuração da contração uterina: 40 segundos <p>Monitorizar sinais vitais:</p> <ul style="list-style-type: none">Tensão arterial: 120/61 mmHgFrequência cardíaca: 79 bpmSaturação de oxigênio: 97%Dor: Sem dor <p>Assistir no posicionamento:</p> <ul style="list-style-type: none">Colocar a parturiente em decúbito lateral esquerdo. <p>Referenciar compromisso do estado do feto à equipa médica</p> <p>21h42:</p> <p>Avaliar bem-estar fetal:</p> <ul style="list-style-type: none">Linha basal: 110-160 bpm;Variabilidade: 5-25 bpm;Sem desacelerações repetitivas <p>Avaliar contratilidade uterina:</p> <ul style="list-style-type: none">Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutosDuração da contração uterina: 40 segundos		

As desacelerações tardias recorrentes refletem insuficiência uteroplacentária transitória ou crônica, que podem significar hipoxia fetal (ACOG, 2010; Pillarisetty & Bragg, 2023). As causas mais comuns incluem hipotensão materna após administração de analgesia epidural, taquissístolia uterina, hipoxia materna, coriomnionite e hemorragia. Nestas situações é importante promover a perfusão uteroplacentária e oxigenação fetal (ACOG, 2010; Pillarisetty & Bragg, 2023). De entre as estratégias que existem, como a administração de fluidos endovenosos e oxigênio materno, a suspensão de ocitocina e a administração de tocolíticos, a que foi usada foi a alternância de posição materna.

A mudança de posicionamento para uma posição lateral esquerda, alivia a compressão da veia cava pelo útero, permitindo um aumento do retorno venoso e débito cardíaco, o que consequentemente, aumenta o fluxo sanguíneo uteroplacentário (NICE, 2022; Pillarisetty & Bragg, 2023). Se estas estratégias não forem efetivas, e se as desacelerações tardias se mantiverem persistentes com diminuição da variabilidade, medidas rápidas devem ser tomadas para o parto instrumentado ou a cesariana (Pillarisetty & Bragg, 2023).

22h15:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> O cardiotocógrafo volta a alarmar. 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Promover bem-estar fetal 	<ul style="list-style-type: none"> Que o traçado CTG apresente linha basal entre 110-160 bpm, variabilidade entre 5-25 bpm e que não apresente desacelerações. 	
<u>Intervenções:</u>		
Avaliar bem-estar fetal:		
<ul style="list-style-type: none"> Linha basal: 110-160 bpm; Variabilidade: reduzida Com desacelerações tardias repetitivas 		
Avaliar contratilidade uterina:		
<ul style="list-style-type: none"> Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos Duração da contração uterina: 45 segundos 		
Preparar parturiente para cesariana de emergência:		
<ul style="list-style-type: none"> Vestir bata; 		

- Iniciar perfusão de soro glicosado endovenoso;
- Transferir para a maca.

Por hemorragia intraparto, associada a hipotensão, taquicardia e descida da saturação de oxigénio, a puérpera foi encaminhada para o Serviço de Medicina Intensiva, após estabilização. Enquanto eram prestados os cuidados necessários à puérpera, o recém-nascido esteve em contacto pele-a-pele com o pai.

4. Plano de Cuidados - Recém-Nascido

22h31:

O parto decorreu na sala 14 do BP. Os EEESMO presentes no BP são responsáveis por receber e prestar cuidados ao recém-nascido.

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Hora do nascimento: 22h31 • Parto por cesariana 		
Diagnóstico	NASCIMENTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptação à vida extrauterina 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir complicações na adaptação à vida extrauterina 	
<u>Intervenções:</u>		
Gerir ambiente:		
<ul style="list-style-type: none"> • Temperatura entre os 25-28°C; 		
Avaliar Índice de Apgar:		
<ul style="list-style-type: none"> • 1º minuto: 7 • 5º minuto: 8 • 10º minuto: 9 		
Monitorizar dados antropométricos		
<ul style="list-style-type: none"> • Peso: 3105 gr • Comprimento: 47 cm • Perímetro cefálico: 33 cm 		
Administrar vitamina K:		
<ul style="list-style-type: none"> • 1 mg intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo 		

Aplicar pomada oftálmica

Executar técnica de pele com pele com o pai:

- Colocar o pai numa posição confortável, semi-reclinada e com apoio para os braços;
- Pedir para despir a parte superior da roupa;
- Posicionar recém-nascido no peito do pai, evitando compressão do tórax e tendo em atenção a posição do clamp do cordão umbilical;
- Cobrir com lençol seco e quente, mas manter o rosto visível;
- Lateralizar cabeça do recém-nascido, com o nariz e boca desobstruídos pelo cobertor;
- Lembrar a pai para se concentrar no recém-nascido e seguir o seu comportamento.

Avaliar recém-nascido (a cada 15 minutos durante a primeira hora de vida):

- Pele rosada e extremidades quentes;
- Bom tônus muscular, com os músculos fletidos;
- Sem sinais de dificuldade respiratória.

Em situações em que o contacto pele-a-pele não pode ser realizado, imediatamente, com a mãe, este pode ser realizado com o pai. Ayala et al. (2021) e Huang et al. (2019) demonstraram que o contacto pele-a-pele com o pai permite, de igual modo como com a mãe, estabilizar a temperatura corporal e a frequência cardíaca dos recém-nascidos. O odor paterno pode estimular o olfato e o tato dos bebés a iniciar os reflexos de busca e sucção, essenciais para a amamentação (Huang et al., 2019). Além disso, os pais que realizam contacto pele-a-pele com os recém-nascidos, diminuem os seus níveis de stress e ansiedade, interagem mais com os filhos e envolvem-se mais nos cuidados, desenvolvendo uma transição saudável para a paternidade (Morris et al., 2021; Toprak & Erenel, 2021).

Após a equipa médica decidir que a puérpera iria para o Serviço de Medicina Intensiva, o recém-nascido e o pai foram admitidos no serviço de puerpério.

Caso Clínico 4

1. Cenário Clínico

Realizado turno da tarde.

Parturiente F.C. de 33 anos, com índice obstétrico: 0/0/0/0. Grupo sanguíneo O+ e *Streptococcus* grupo B negativo. Encontra-se com 40 semanas de gestação.

Deu entrada no Bloco de Partos, durante a manhã, para indução do trabalho de parto. Induziu com um comprimido de misoprostol 25 µg, colocado no fundo do saco vaginal posterior, às 8 horas e 30 minutos. Foi avaliada nesse momento e encontrava-se com o colo do útero numa posição anterior, com consistência intermédia, em início de extinção e com 1 cm de dilatação. Tinha uma contração a cada 10 minutos, mas não eram perceptíveis pela grávida.

Elaborou plano de parto onde expressa a sua vontade de um parto eutócico, sem recurso a analgesia epidural, sem recurso a ocitocina, sem monitorização CTG contínua e sem episiotomia. Quer que seja o marido a cortar o cordão umbilical e que este esteja sempre presente. Frequentou preparação para o parto na sua UCC.

Às 13 horas começou a sentir dores no fundo da barriga, pelo que foi avaliada:

- Posição do colo do útero: intermédia
- Consistência do colo do útero: mole
- Extinção do colo do útero: 30%
- Dilatação do colo do útero: 3 cm
- Frequência da contração uterina: 2 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 40 segundos
- Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical
- Apresentação: cefálica
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
- Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal
- Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.

A parturiente referiu que *“eu aceitei a indução porque a obstetra disse que era melhor, que a minha bebé estava a ficar muito grande e que se não induzisse teria de ser cesariana... Sei que já não é considerado um parto natural, mas eu quero que a partir de agora seja o mais natural possível.”* (sic)

Usou o chuveiro, como estratégia não farmacológica para lidar com a dor, tendo ficado melhor.

2. Domínios Identificados

Igualmente aos restantes planos, foram identificados o domínio Parto e o diagnóstico Trabalho de Parto, dado que a parturiente se encontra no processo de indução do trabalho de parto.

A indução do trabalho de parto é definida como o processo artificial de amadurecimento do colo e/ou estimulação da contratilidade uterina, com o intuito de precipitar o processo fisiológico que é o trabalho de parto espontâneo. As indicações obstétricas para induzir o parto baseiam-se nas situações em que o risco materno-fetal associado à continuação da gestação é superior ao da intervenção médica (Borovac-Pinheiro et al., 2023). No hospital onde decorreram os ensinamentos clínicos, as induções são um procedimento de rotina, independentemente de haver algum risco, por isso será refletido no capítulo seguinte. A técnica de indução depende do grau de maturação do colo uterino. Este é avaliado através do índice de Bishop (IB) modificado, sendo que se o colo é desfavorável ($IB \leq 6$), a indução é realizada com recurso a uma sonda de Foley colocada no útero ou com recurso a prostaglandinas, como a dinoprostona e misoprostol. A dinoprostona é colocada no fundo do saco vaginal, enquanto o misoprostol também pode ser colocado no fundo do saco vaginal ou administrado via sublingual. Se a mulher apresentar um colo favorável ($IB > 6$), é induzida com ocitocina e amniotomia.

Quanto à monitorização de CTG, nas ITP, esta é feita durante uma hora após administração de prostaglandinas, e depois é realizada de forma intermitente, durante 30 minutos, sempre que a mulher apresentar queixas, ou continua se contratilidade regular, segundo o protocolo hospitalar.

3. Plano de Cuidados - Parturiente

14h30:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">A parturiente encontra-se a realizar monitorização de cardiocografia intermitente, durante 30 minutos.		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none">Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal	

Intervenções:

Avaliar evolução do trabalho de parto:

- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)
- Frequência da contração uterina: 2 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 40 segundos
- Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto
- Manifestação de globo vesical: Sem globo vesical. Urinou no WC

15h00:

A parturiente foi avaliada pela equipa médica para colocação de novo comprimido de misoprostol, mas recusou. Nesta altura encontrava-se com o colo em posição intermédia, consistência mole, 30% extinto e com 3 cm de dilatação.

15h30:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>	<ul style="list-style-type: none">• A parturiente foi questionada se teria interesse em caminhar, uma vez que promove a progressão do trabalho de parto e esta respondeu afirmativamente.• Foi questionada se sabia que movimentos poderia fazer com a bacia, enquanto está de pé, sendo que esta respondeu <i>“lembro-me de falarmos do infinito”</i> (sic)	
Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>	<ul style="list-style-type: none">• Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">• Que a grávida adote posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto
<u>Intervenções:</u>	Assistir e instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <u>envolvendo a pessoa significativa</u> - de pé: <ul style="list-style-type: none">• Explicar que pode caminhar no corredor do bloco de partos, acompanhada pelo seu marido, o tempo que quiser;• Explicar que andar proporciona uma sensação de controlo e reduz a dor das contrações;• Referir e demonstrar que enquanto caminha pode balançar a bacia, fazendo movimentos de anteversão e retroversão, como colocar a bacia para a frente e para trás, inclinação lateral, infinito e circular.• Referir e demonstrar como realizar assimetrias enquanto caminha e está de pé, colocando uma perna em posição diferente da outra.	

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto envolvendo a pessoa significativa

Evidências científicas recentes demonstram que deambular e a adotar posições verticais no primeiro estágio do trabalho de parto reduzem a duração do mesmo, o risco de parto por cesariana e a necessidade de analgesia epidural, para além de não apresentarem efeitos adversos maternos nem neonatais (George & Ledbetter, 2020; Khresheh et al., 2023; Lawrence et al., 2013; Marzouk & Eid, 2020).

16h30:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> A parturiente encontrava-se na bola quando referiu que sentia dor (3 na Escala Numérica da Dor) aquando das contrações, mas não quis analgesia. 		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u>		<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal 		<ul style="list-style-type: none"> Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal
<u>Intervenções:</u>		
<p>Avaliar evolução do trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> Posição do colo do útero: posterior Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 50% Dilatação do colo do útero: 3 cm Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos Duração da contração uterina: 40 segundos Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação Apresentação: cefálica Posição: esquerda Descida do feto: acima do 1º plano de Hodge Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal 		

17h00:

Como apresentava contratilidade regular, foi explicado à parturiente que o ideal seria colocar CTG contínuo. Colocou-se o equipamento sem fios para permitir a liberdade de movimentos, o qual a mesma aceitou.

Foi possível observar que se encontrava na bola de partos a realizar movimentos livres da bacia, com o apoio da sua pessoa significativa, confortável, sem queixas.

18h15:

Domínio	PARTO	
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">A parturiente referiu aumento da dor aquando das contrações (4 na Escala Numérica da Dor).Foi questionada se gostaria de experimentar uma estratégia não farmacológica que estava em estudo, a realidade virtual, onde iria realizar meditação guiada, através de um vídeo e de uma voz calma, ao qual respondeu <i>“adorava experimentar, costumo fazer ioga e meditação! Não sabia que existia esta opção aqui”</i> (sic)		
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none">Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetalPromover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none">Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetalQue a grávida lide com a dor de trabalho de parto através da realidade virtual	
<u>Intervenções:</u> <p>Avaliar evolução do trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none">Extinção do colo do útero: 50%Dilatação do colo do útero: 5 cmFrequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutosDuração da contração uterina: 45 segundosDor de trabalho de parto: dor do período de dilataçãoVariedade: OEADescida do feto: acima do 1º plano de HodgeBem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal		

Assistir no uso de estratégia não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto - realidade virtual:

- Escolher com a parturiente o tema que pretende ver (mar, natureza, montanhas);
- Colocar o equipamento, ajustado à face da mulher;
- Manter o ambiente à volta calmo e tranquilo.

Uma das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e a ansiedade em diversos contextos clínicos, que surgiu a partir de inovações recentes, é a realidade virtual. É uma nova tecnologia que proporciona aos indivíduos uma experiência virtual, simulando o mundo real (Gür & Apay, 2020). Envolve a utilização de um *head-mounted display*, que inclui óculos e auriculares e permite às pessoas visualizar um vídeo acompanhado de sons (Linowes, 2020).

Esta técnica possibilita aos utilizadores redirecionarem a sua atenção dos estímulos dolorosos, através das distrações e estímulos visuais e auditivos, reduzindo assim a sua perceção de dor (Gür & Apay, 2020; Wu et al., 2020). A realidade virtual tem um enorme potencial como alternativa ou complemento à analgesia farmacológica durante o TP, no entanto a sua implementação depende das preferências das mulheres (Musters et al., 2023)

Vários estudos têm demonstrado que a realidade virtual diminui a dor no primeiro período de trabalho de parto (Frey et al., 2019; Hajesmaeel-Gohari et al., 2021), principalmente quando usada na fase ativa (Ahmed et al., 2023; Gür & Apay, 2020; Wu et al., 2020). Ao diminuir a sensação de dor e os níveis de ansiedade, diminui também a libertação de catecolaminas e adrenalina, resultando na redução da duração deste período (Ahmed et al., 2023; El Sharkawy et al., 2022).

18h45:

A parturiente perguntou se poderia ver outro vídeo de realidade virtual, *“porque apesar de continuar a sentir as contrações, a dor é diferente, parece que me esqueço que estou em trabalho de parto”* (sic)

19h30:

Domínio	PARTO
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• A parturiente encontra-se com monitorização de cardiotocografia contínua.• Refere que sente as contrações, mas que consegue lidar com essa sensação e pediu para descansar.	
Diagnóstico	TRABALHO DE PARTO

<p><u>Objetivo(s):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal 	<p><u>Critério(s) de resultado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações durante o trabalho de parto e do bem-estar fetal
<p><u>Intervenções:</u></p> <p>Avaliar evolução do trabalho de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos • Duração da contração uterina: 45 segundos • Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) 	

Processo de Conceção de Cuidados na Assistência à Mulher no Período Pós-Natal

Caso Clínico - Internamento de Puerpério

1. Cenário Clínico

Realizado turno da tarde.

Puérpera A.R.P., primigesta, de 34 anos, grupo sanguíneo A-, encontra-se no 2º dia pós-parto eutócico das 3 horas e 50 minutos. Sem conhecimento de alergias e sem história clínica relevante. Apresenta uma laceração perineal corrigida com sutura intradérmica.

Recém-nascido S.P., com idade gestacional de 38 semanas e 1 dia, do sexo masculino, nasceu com índice de Apgar 9/10/10, com 3800 g, 51 cm de comprimento e 35,50 cm de perímetro cefálico. Grupo sanguíneo A-. A realizar amamentação exclusiva.

A puérpera e recém-nascido teriam alta após o almoço, mas este foi diagnosticado com hiperbilirrubinemia e ia iniciar fototerapia. O pai não se encontrava presente.

Medicação da puérpera no turno:

- 16h00: Paracetamol 1000mg oral
- 19h00: Ferro bivalente 329,7mg oral
- SOS: Ibuprofeno 400mg oral
- SOS: Petidina 25mg EV
- SOS: Glicerina + gelatina 6,5g retal

Atitude terapêutica do recém-nascido:

- Fototerapia (s/horário)

2. Domínios Identificados

Em relação à mulher, foram identificados os domínios Pós-parto, uma vez que esta se encontra no 2º dia pós-parto eutócico, Pele, devido à laceração que apresenta, Sensações Somáticas, Comportamentos para Amamentar, Lactação, Eliminação Urinária, Eliminação Intestinal, Adaptação à Parentalidade e Comportamentos de Ligação Mãe/Pai-Filho.

No que concerne ao recém-nascido, foram identificados os domínios Recém-Nascido, Atitude Terapêutica, dado que ia iniciar fototerapia, Reflexo de Sucção, Eliminação Urinária e Eliminação Intestinal.

Puérpera

O puerpério corresponde ao período de seis semanas após o parto, no qual se verifica uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas decorrentes da gravidez. Este pode ser dividido em 3 fases distintas: puerpério imediato, que corresponde às primeiras 24 horas, puerpério precoce, que se estende até ao final da primeira semana e puerpério tardio, que termina na sexta semana (Graça, 2017). Concomitantemente, este período é caracterizado por uma série de mudanças emocionais e sociais, que exigem uma adaptação por parte da mulher, tornando-a mais vulnerável (Iwanowicz-Palus et al., 2021; Janik et al., 2018).

A puérpera encontra-se no puerpério precoce, sendo que os principais objetivos do EEESMO são a deteção atempada de sinais e sintomas de complicações maternas e neonatais, a promoção do autocuidado da puérpera e os cuidados ao recém-nascido envolvendo, sempre que possível, a mãe e/ou pai, permitindo uma melhor adaptação à parentalidade.

Nesta fase é espectável que o útero se encontre a nível infra umbilical (Lowdermilk & Perry, 2008). A avaliação da localização do fundo uterino e do tónus do mesmo possibilita a identificação precoce e atonia uterina (Graça, 2017). É esperado, também, que os lóquios, que resultam da regeneração do revestimento epitelial uterino e são definidos como as secreções provenientes do útero no pós-parto, sejam hemáticos, em abundante quantidade e com cheiro *sui generis*, semelhante ao fluxo menstrual. Estes devem ser avaliados quanto à sua cor, cheiro, fluxo e características que se vão modificando ao longo do tempo (Lowdermilk & Perry, 2008). A avaliação da quantidade dos lóquios faz-se pelo grau de saturação do penso higiénico relacionado com o tempo, considerando-se uma perda abundante quando há saturação do penso higiénico em 2 horas e hemorragia em 15 minutos (AGOG, 2017).

A perda contínua de lóquios após quatro semanas pós-parto, associada a uma involução uterina inadequada, pode indicar presença de restos placentares. Lóquios com características purulentas, com cheiro fétido, dor abdominal e temperatura corporal superior a 38°C podem indicar a presença de endometrite (Graça, 2017). Por isso, durante o internamento, a puérpera deve ser informada sobre as características dos lóquios, bem como as mudanças esperadas ao longo do puerpério, para que possa valorizar os sinais de alarme.

A vigilância das características da respiração e do pulso e a inspeção dos membros inferiores são, também, importantes nesta fase do pós-parto. A tromboembolia pulmonar (TEP) e trombose venosa profunda (TVP) constituem dois componentes de um só processo

fisiopatológico chamado tromboembolismo venoso (TEV). A primeira ocorre, geralmente, em consequência da segunda, mas, muitas vezes, a trombose não é diagnosticada antes da ocorrência de embolia (Pontes et al., 2013). Durante a gravidez, a ativação do sistema de coagulação, a lesão endotelial e a estase venosa contribuem para o aumento deste risco. As hormonas endógenas aumentam os níveis dos fatores de coagulação, como o fibrinogénio, os fatores VII, VIII, X e o fator de von Willebrand, diminuem os níveis dos fatores antitrombóticos, como a proteína S e C, e diminuem a atividade fibrinolítica, funcionando como um mecanismo evolutivo de proteção contra a hemorragia durante e após o parto (Blondon & Skeith, 2022). O EEESMO deve estar atento e alertar as puérperas para os sinais e sintomas de TVP, que incluem dor gemelar ou da coxa, sensibilidade e edema depressível do membro inferior, e para os de TEP que podem ser dor torácica pleurítica, dispneia, taquicardia, tosse e síncope (Maughan et al., 2022).

Quanto à ferida perineal, esta deve ser avaliada de 8 em 8 horas, de modo a prevenir ocorrência de complicações (OMS, 2015). A curto prazo, estas complicações podem ser hemorragia vaginal, hematomas, dor perineal, infeção e deiscência da sutura e a longo prazo, alterações do pavimento pélvico, dispareunia e incontinência urinária e fecal (Graça, 2017). O EEESMO deve dotar a puérpera de conhecimentos e capacidades promotoras do autocuidado e prevenção de complicações. Estas devem ser ensinadas sobre a lavagem perineal, que deve ser realizada após eliminação intestinal, com água e sabão líquido desde a uretra até ao ânus, seguida de secagem e substituição do penso higiénico a cada 4 horas ou sempre que necessário, sobre sinais e sintomas de complicações e tempo previsível de cicatrização, que deve ocorrer duas a três semanas após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008).

A dor decorrente do trauma perineal pode condicionar de forma significativa a vida da puérpera, os cuidados ao recém-nascido e a amamentação, por isso é fundamental controlá-la através da analgésicos orais e crioterapia (Abalos et al., 2021; Francisco et al., 2018; Khajehei et al., 2024).

Em relação à eliminação urinária, este domínio foi identificado porque a puérpera tinha referido, no turno da manhã disúria. Quanto à eliminação intestinal, esta pode não acontecer de forma espontânea nos primeiros dois a três dias após o parto, devido à diminuição da tonicidade dos músculos do intestino, ao jejum prolongado, à desidratação, à presença de hemorroides, à dor perineal ou abdominal ou ao medo de evacuar (Turawa et al., 2020). No entanto, foi identificado pois a puérpera apresentou a primeira dejeção neste turno.

Os domínios Comportamentos para Amamentar e Lactação foram identificados, uma vez que os EEESMO desempenham um papel fundamental no início e na continuação da amamentação no período pós-parto precoce (Cetisli et al., 2018). A amamentação pouco frequente durante este período, bem como as primeiras más experiências da mãe, contribuem para o abandono da amamentação exclusiva (Xiao et al., 2020). Além disso, os fatores psicossociais, como o pouco

conhecimento sobre a amamentação, a falta de apoio e a baixa autoeficácia estão associados a uma duração mais curta da amamentação (Nilsson et al., 2019). Estes são fatores que o EEESMO pode modificar, através da promoção do conhecimento e autoeficácia na amamentação (Xiao et al., 2020).

A ligação mãe/pai-filho, já referida neste documento, não diz respeito a um momento ou comportamento, mas sim a um processo que implica tempo e vai evoluindo ao longo do mesmo. O período pós-natal é um momento de reajustes, tanto físico, com emocional e social e está marcado por um período de novas adaptações e na aquisição de novas responsabilidades (Leite et al., 2022). O nascimento de um filho está associado a sentimentos ambíguos e extremos, que podem variar entre alegria, vulnerabilidade, desânimo, incapacidade e depressão (Villela et al., 2016). Estes sentimentos negativos não afetam apenas o bem-estar da mãe, mas também têm um impacto significativo na evolução da ligação saudável com o recém-nascido. Uma vinculação comprometida pode levar a distúrbios no desenvolvimento social/emocional do bebé (Lehnig et al., 2019). Sendo a ligação mãe/pai-filho imprescindível para promover a integração do recém-nascido na família e o seu desenvolvimento adequado, é fundamental conhecer este processo e caracterizá-lo, com o intuito de criar estratégias e implementar intervenções adequadas à sua promoção (Lehnig et al., 2019).

A adaptação à parentalidade foi outro domínio identificado uma vez que este processo de transição, iniciado na gravidez, continua até que os cuidados à criança deixem de ser desconhecidos ou imprevisíveis, terminando quando a mãe e o pai desenvolvem sentimentos de bem-estar, confiança e mestria no desempenho do papel (Cardoso, 2011). A transição para mãe/pai é um acontecimento significativo, que exige adaptações a nível físico, psicológico e social (Walker et al., 2019). Os EEESMO são os profissionais mais qualificados para apoiar o casal na transição para a parentalidade (Eikemo et al., 2023; Kuiper et al., 2024). Hannon et al. (2022), McLeish et al. (2021) e Van Beeck et al. (2022) referem que as mulheres beneficiam de apoio emocional, de ser validadas, avaliadas e encorajadas no papel materno durante o período pós-parto.

Quando os pais ainda se estão a adaptar ao seu novo papel, o adiamento da alta hospitalar devido a icterícia pode ser traumático e ter consequências negativas na transição (Montealegre et al., 2020). Muitos descrevem que a hospitalização é emocionalmente desgastante e tem um impacto negativo na restante família (Pettersson et al., 2023). Devido à falta de conhecimento sobre a icterícia neonatal e sobre o seu tratamento, os pais sentem-se culpados pela condição do seu filho, ansiosos e stressados (Pettersson et al., 2023; Yan et al., 2022). Assim, torna-se relevante que os EEESMO transmitam as informações necessárias aos pais, como as manifestações, o diagnóstico e o tratamento da icterícia de forma a tranquilizá-los e a estabelecer uma comunicação adequada entre todos (Liu et al., 2011).

Recém-nascido

A icterícia é um achado clínico muito comum no período neonatal, caracteriza-se pela cor amarela da pele e das mucosas e manifesta-se progressivamente no sentido céfalocaudal, em resultado do aumento dos níveis séricos de bilirrubina não conjugada, denominado de hiperbilirrubinemia (Santos et al., 2018; Silva et al., 2021).

A hiperbilirrubinemia neonatal pode ser fisiológica ou patológica. A fisiológica reflete as limitações do recém-nascido no metabolismo, no transporte e na excreção de bilirrubina, que podem ser explicadas pela imaturidade hepática, pela sobrecarga hepática e pelo transporte e excreção escassos de bilirrubina, por parte do sistema gastrointestinal. É uma condição transitória e benigna, que geralmente surge entre as 48 e as 72 horas após o nascimento e é uma das principais causas de hospitalização nesta faixa etária. A patológica pode ser grave e causar grandes danos ao recém-nascido. Surge antes das 24 horas de vida, podendo ser acompanhada de letargia, má sucção e instabilidade térmica e evoluir para encefalopatia bilirrubínica que se não for tratada rapidamente pode culminar em complicações irreversíveis como défice neurológico ou morte (Silva et al., 2021). Na maioria dos casos os sintomas podem ser revertidos (Gutierrez & Silva, 2019). O valor sérico aceitável de bilirrubina é de 1,5mg/dL, mas durante as primeiras 48 a 72 horas de vida, estes níveis aumentam menos de 5mg/dl/dia e, normalmente, desaparecem ao final do 7º dia. Na condição patológica, o nível de bilirrubina sérica eleva-se acima de 13mg/dL nas primeiras 24 horas após o parto (Ferraz, et al., 2022).

Sendo a icterícia uma das condições mais comuns no período neonatal, os EEESMO devem conhecer os sinais e sintomas preditivos desta patologia, bem como saber como intervir. O diagnóstico de icterícia pode ser realizado com base em informações clínicas, no exame físico e por exames laboratoriais. A atuação do EEESMO inicia-se com a deteção precoce da icterícia, através do exame físico do recém-nascido e estende-se até ao tratamento.

As abordagens iniciais para o tratamento da icterícia incluem a promoção da amamentação e a fototerapia. O colostro, devido ao seu efeito laxante, auxilia na evacuação do mecónio e, conseqüentemente elimina o excesso de bilirrubina (Askin & Wilson, 2006; Santos et al., 2023), enquanto a fototerapia é o tratamento mais utilizado uma vez que não é invasivo e é bastante eficiente na redução dos níveis plasmáticos da bilirrubina. Esta consiste na exposição do recém-nascido a uma luz fluorescente que estimula a degradação da bilirrubina em moléculas hidrossolúveis que são excretadas pelos rins ou pelo fígado.

Durante a fototerapia, os recém-nascidos são colocados sob a luz contínua, despidos, utilizando, apenas, proteção genital e ocular. Embora seja um procedimento tecnicamente simples, este pode desencadear complicações tais como, letargia, aumento do número de dejeções, desidratação por perda invisível de água, queimaduras ou lesões cutâneas e danos na retina (Santos et al., 2023). Desta forma, no decorrer do tratamento com fototerapia, os

EEESMO têm de ter alguns cuidados de forma a prevenir complicações graves. Esses cuidados incluem: proteger os olhos do recém-nascido com uma cobertura radiopaca e a região genital com a fralda, verificar a temperatura axilar a cada três horas para prevenir hipotermia ou hipertermia, vigiar a hidratação, mantendo o aleitamento materno em livre demanda com descontinuidade da fototerapia durante a amamentação e a mudança de decúbito a cada duas horas (Ferraz, et al., 2022).

Quanto à eliminação intestinal, pelo que já foi referido em cima, este domínio foi identificado uma vez que o colostro, com o seu efeito laxante, permite a evacuação do mecónio, eliminando a bilirrubina. Num recém-nascido já ictérico, torna-se fundamental a vigilância das dejeções, de forma a assegurar que o mecónico e bilirrubina estão a ser eliminados.

Por outro lado, sendo a desidratação uma consequência da fototerapia, a eliminação urinária do recém-nascido deve ser vigiada, sendo expectável que o recém-nascido urine 2 vezes e que a urina seja alaranjada devido à eliminação dos cristais de urato (Lowdermilk & Perry, 2008). As proteínas existentes no colostro, são filtradas nos rins e tornam a urina mais ácida, formando os cristais de urato. Assim, a presença destes cristais, nos primeiros dias de vida, indica uma boa ingestão do leite materno (Purandare & Broom, 2015).

3. Plano de Cuidados - Puérpera

Domínio	PÓS-PARTO	
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • A puérpera encontra-se no 2º dia pós-parto eutócico. • Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: facilitador • Quando questionada se sabia que o tromboembolismo venoso poderia ser uma complicação do pós-parto e quais os seus sinais e sintomas, a puérpera referiu “<i>não, não sabia que poderia acontecer... Nem sei quais os sintomas</i>” (sic) 		
Diagnóstico	PUERPÉRIO	
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da recuperação pós-parto 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente possíveis complicações do pós-parto 	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução da recuperação pós-parto: <ul style="list-style-type: none"> • Coloração dos lóquios: hemáticos • Quantidade de lóquios: conforme a esperada • Cheiro dos lóquios: “sui generis” • Involução uterina: nível infra-umbilical • Características da respiração: 15 ciclos/min, ritmo regular e movimentos simétricos 		

<ul style="list-style-type: none"> • Características do pulso: 75 bpm, amplo, regular e rítmico • Sem alterações nos membros inferiores 	
Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE COMPLICAÇÕES NO PÓS-PARTO
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Promover conhecimento sobre tromboembolismo no pós-parto 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Que a puérpera identifique os sinais de tromboembolismo no pós-parto
<u>Intervenções:</u> Ensinar sobre complicações no pós-parto: <ul style="list-style-type: none"> • Referir que o tromboembolismo é uma complicação que pode surgir no pós-parto e ocorre devido a alterações da coagulação que são normais durante o decurso da gravidez e parto; • Explicar que os sinais e sintomas de tromboembolismo incluem dor nos gêmeos ou coxas, sensibilidade e edema nos membros inferiores, dor pleurítica, falta de ar, taquicardia e tosse. Se algum destes sintomas surgirem, deve recorrer ao serviço de urgência. Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações no pós-parto	

Domínio	PELE
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Laceração no períneo suturada com fio intradérmico. • Conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração: facilitador 	
Diagnóstico	LACERAÇÃO
<u>Objetivo(s):</u> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da laceração 	<u>Critério(s) de resultado:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Detetar precocemente sinais e sintomas de complicações na laceração
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução da laceração: <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de exsudado • Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações • Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal • Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente • Sutura da lesão tegumentar: contínua • Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível • Tecido/estrutura afetada: mucosa e tecido subcutâneo 	

Domínio	SENSAÇÕES SOMÁTICAS	
<u>Dado(s):</u> 16h00:		
<ul style="list-style-type: none"> A parturiente referiu dor no períneo de intensidade 4 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira. 		
Diagnóstico	DOR	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Diminuir dor 	<ul style="list-style-type: none"> Que a grávida apresente alívio da dor 	
<u>Intervenções:</u>		
Gerir analgesia:		
<ul style="list-style-type: none"> 16h00: Administrado 1g Paracetamol oral, conforme prescrição médica 19h00: Administrado 400mg Ibuprofeno oral, conforme prescrição médica 		
Aplicar frio no períneo:		
<ul style="list-style-type: none"> 17h00: Providenciar à puérpera gelo e compressas para aplicar no períneo 		
Avaliar evolução da dor:		
<ul style="list-style-type: none"> 17h00: Dor no períneo de intensidade 2 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira. 18h00: Dor no períneo de intensidade 1 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira. 19h00: Dor no períneo de intensidade 3 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira. 20h00: Dor no períneo de intensidade 1 (Escala Numérica da Dor), do tipo moedeira. 		

Domínio	ELIMINAÇÃO INTESTINAL	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> 19h00: Segundo a puérpera, teve a primeira dejeção após o parto neste turno de quantidade moderada, pastosa e acastanhada. Sem queixas ao defecar. 		

Domínio	ELIMINAÇÃO URINÁRIA	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> 19h00: Puérpera tinha referido disúria no turno da manhã, foi incentivada a beber água. À tarde não voltou a referir dor. 		

Domínio	COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> A puérpera esteve sempre envolvida nos cuidados. Demonstrou sentimentos positivos quando falava sobre o recém-nascido. Foi observada a trocar a fralda ao bebé. 		

<ul style="list-style-type: none"> Realizou contacto pele-a-pele e amamentou o filho. 	
Foco	LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO

Domínio	ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE	
<u>Dado(s):</u>		
<ul style="list-style-type: none"> A puérpera encontrava-se preocupada com o diagnóstico, referindo que <i>“eu sabia que havia bebés que ficavam amarelos, mas não sabia que tinham de ficar internados, nem sabia o que era a icterícia, como a pediatra falou. É grave? Vamos ter de ficar internados durante muito tempo? Não é que eu queira ir para casa, quero é que o meu bebé fique bem...”</i> (sic) Ficou assustada quando viu a <i>BiliBed</i>, porque achava que era uma incubadora. Questionou para que servia a <i>BiliBed</i> e o que é que poderia fazer para ajudar o seu bebé a ficar melhor. 		
Diagnóstico	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO	
<u>Objetivo(s):</u>		<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> Promover conhecimento sobre icterícia neonatal 		<ul style="list-style-type: none"> Que a puérpera compreenda o que é a icterícia e o seu tratamento
<u>Intervenções:</u>		
<p>Ensinar sobre sinais e sintomas de alerta relacionados com compromissos de processos corporais - icterícia neonatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar que a cor amarela da pele e dos olhos é comum nos primeiros dias de vida e resulta do aumento dos níveis de bilirrubina não conjugada. A bilirrubina tem origem na degradação dos glóbulos vermelhos do sangue que são constantemente renovados por parte do fígado. Quando o fígado é imaturo pode surgir a icterícia que é então caracterizada pelo aumento dos níveis de bilirrubina. Referir que surge habitualmente nas primeiras 48 a 72 horas de vida do recém-nascido e na maioria dos casos é fisiológica. Dependendo no valor de bilirrubina no sangue pode ser necessário iniciar terapêutica com fototerapia. <p>Ensinar sobre gestão de sinais e sintomas relacionados com compromissos de processos corporais - fototerapia e amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> Referir que a fototerapia é um tratamento não invasivo e bastante eficiente na redução dos níveis de bilirrubina. Implica expor o recém-nascido despido, protegendo os olhos e a região genital, a uma luz fluorescente que estimula a destruição da bilirrubina que será excretada pelo rim ou pelo fígado. Explicar que devido à fonte de calor, podem existir perdas invisíveis de água do recém-nascido, pelo que é importante amamentar com mais frequência, para mantê-lo hidratado. Aquando da amamentação, a fototerapia não é realizada. Referir que o período de tratamento é variável e que depende dos valores de bilirrubina. Após 12-24 horas de tratamento irá ser colhido sangue para verificar estes valores. Explicar que para além da fototerapia, a amamentação também potencia a eliminação da bilirrubina. O colostro, que têm propriedades laxantes, diminui o 		

tempo de permanência do mecônio no intestino, excretando a bilirrubina. Por outro lado, o encurtamento do tempo entre as mamadas, ou seja, um aumento de frequência das mesmas melhora a função intestinal, aumentando a defecação e consequentemente a eliminação da bilirrubina.

Avaliar evolução do conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido

Domínio	LACTAÇÃO
<u>Dado(s):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Características da mama após o parto: mamas túrgidas antes da lacto-extração e moles após • Presença de leite na mama 	
Foco	LACTAÇÃO

Domínio	COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR
<u>Dado(s):</u>	
<p>Avaliação de 4 mamadas durante o turno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oferece a mama quando reconhece sinais de fome: sim • Adota posição confortável para facilitar o mamar: sim • Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade: sim • Utiliza estratégias para estimular o mamar: sim • Pega adequada: sim <p>Conhecimento sobre amamentação: facilitador Capacidade para amamentar: facilitadora Autoeficácia para amamentar: facilitadora</p>	
Foco	AMAMENTAÇÃO

4. Plano de Cuidados - Recém-Nascido

Domínio	RECÉM-NASCIDO	
Foco	RECÉM-NASCIDO	
<u>Objetivo(s):</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução e complicações do coto do cordão umbilical 	<u>Critério(s) de resultado:</u>
		<ul style="list-style-type: none"> • Que o coto umbilical progrida conforme o esperado e que a pele peri-umbilical não apresente sinais inflamatórios
<u>Intervenções:</u>		

Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical:

- Aspeto humedecido, com algumas partes secas, sem exsudado e cheiro *sui generis*.

Avaliar evolução do estado da pele peri-umbilical:

- Sem sinais de complicações.

Domínio	ATITUDE TERAPÊUTICA
<u>Dado(s):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Indicação médica de iniciar fototerapia. 	
FOTOTERAPIA	
<u>Objetivo(s):</u>	<u>Critério(s) de resultado:</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar fototerapia • Promover a segurança do recém-nascido aquando da realização da fototerapia • Determinar evolução da icterícia 	<ul style="list-style-type: none"> • Que o recém-nascido cumpra a fototerapia. • Que o recém-nascido não apresente letargia, desidratação, hipertermia ou hipotermia, queimaduras, lesões cutâneas e danos na retina
<u>Intervenções:</u>	
Otimizar fototerapia:	
<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o recém-nascido de forma correta na <i>BiliBed</i>, despido, só com fralda e com proteção radiopaca ocular. 	
Posicionar o recém-nascido (a cada 2 horas):	
<ul style="list-style-type: none"> • 14h30: Dorsal • 16h30: Semi-lateral esquerdo • 18h30: Semi-lateral direito 	
Monitorizar a temperatura corporal (a cada 3 horas):	
<ul style="list-style-type: none"> • 15h: 37,1°C avaliada na axila com recurso a termómetro. • 18h: 37,2°C avaliada na axila com recurso a termómetro. 	
Incentivar a amamentação	
Avaliar evolução da icterícia	

Domínio	REFLEXO DE SUÇÃO
<u>Dado(s):</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Com acanolamento da língua • Com peristaltismo da língua • Com força de sucção 	

- A coordenar os movimentos de sucção-deglutição-respiração

Domínio	ELIMINAÇÃO URINÁRIA
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• A mãe trocou uma fralda com urina de coloração amarelo-palha, com pigmentação avermelhada e cheiro suis generis.	

Domínio	ELIMINAÇÃO INTESTINAL
<u>Dado(s):</u> <ul style="list-style-type: none">• A mãe trocou 2 fraldas com dejeções em moderada quantidade, viscosas e esverdeadas.	

CAPÍTULO 3: CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A conjugação das atividades desenvolvidas nos ensinos clínicos, com a base teórica e científica adquiridas ao longo do percurso académico, culminaram com o desenvolvimento de competências comuns e específicas necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como à aquisição do título profissional de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Neste capítulo irão ser descritas, de forma crítica e reflexiva, as competências adquiridas e desenvolvidas ao longo das experiências nos diversos contextos clínicos.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Além da aquisição das competências delineadas em cada regulamento específico da sua respetiva especialidade em Enfermagem, a obtenção do título de Enfermeiro Especialista implica a demonstração de um conjunto de competências comuns, como estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (2019).

A Ordem dos Enfermeiros define “competências comuns” como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

O Regulamento nº 140/2019, da OE, define quatro domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Competência do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio abrange duas competências essenciais: o desenvolvimento de uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e a garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019).

De acordo com o artigo nº 99 do Código Deontológico dos Enfermeiros, integrado no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com preocupação na defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do próprio enfermeiro. Como delineado no artigo nº 100 da mesma lei, o enfermeiro tem a obrigação de “cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão; responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou delega; proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (...)”.

As competências neste domínio foram desenvolvidos através da prestação de cuidados com base nos princípios éticos, na privacidade do cliente, no respeito pelas suas preferências, confidencialidade e diferenças pessoais, sociais e culturais.

Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade assenta em três competências fundamentais: a garantia de um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e a garantia de um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019).

Garantir uma atuação de qualidade ao cliente, não só promove a valorização da profissão de enfermagem nos diversos contextos, como é essencial para o bem-estar e segurança do mesmo. Como estabelecido no Regulamento nº 140/2019, a gestão de um ambiente centrado na pessoa é fundamental para a eficácia terapêutica e para a prevenção de incidentes. O mesmo regulamento destaca que o reconhecimento da melhoria da qualidade implica a avaliação das práticas e, com base nos resultados, eventual revisão e implementação de programas de melhoria contínua (OE, 2019).

Durante os ensinamentos clínicos, procurou-se garantir a qualidade da prática profissional através da prestação de cuidados de acordo com os pressupostos técnicos e científicos inerentes à formação. Estabeleceu-se, também, momentos de reflexão de forma a identificar práticas que pudessem colocar em causa a segurança dos clientes. Salienta-se, nos diferentes contextos de estágio, a existência de protocolos de atuação bem definidos, atualizados e baseados na evidência científica, que sustentam a prestação de cuidados.

Competência do Domínio da Gestão dos Cuidados

Este domínio baseia-se em duas competências, nas quais o Enfermeiro Especialista deve gerir os cuidados de enfermagem, de forma a otimizar a resposta da sua equipa e a articulação com a equipa de saúde, e deve adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2019).

A comunicação eficaz, a motivação e a liderança constituem elementos fundamentais da gestão em enfermagem, evidenciando-se que todos os enfermeiros devem ser detentores de competências de gestão e liderança (Potra, 2015). A gestão está intrinsecamente ligada à realização das tarefas, seja pelo próprio indivíduo ou por outros, e é uma componente indissociável da liderança. Esta última implica motivar e influenciar as ações de outras pessoas para alcançar os objetivos estabelecidos (Potra, 2015). O Regulamento nº 140/2019 estipula que, na gestão dos cuidados, o Enfermeiro Especialista adequa os recursos às necessidades dos cuidados e utiliza as suas competências para identificar as características da equipa e definir o estilo de liderança mais adequado à situação apresentada, visando promover a qualidade dos cuidados.

Durante os ensinamentos clínicos, de forma a desenvolver esta competência, os cuidados foram prestados de forma prioritizada, organizando-os de acordo com o processo de enfermagem e em cooperação com a equipa multidisciplinar. Por outro lado, tentou-se gerir, de forma correta, os recursos existentes no sentido de diminuir os custos, sem diminuir os ganhos em saúde. O aperfeiçoamento de qualidades como a liderança e a comunicação permitiu, também, desenvolver competências no âmbito da gestão dos cuidados.

Competência do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Neste domínio, o Enfermeiro Especialista é responsável por desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo que esses atributos influenciam o estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais, e destacando a importância da dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional. É esperado que este profissional baseie a sua prática clínica especializada em evidências científicas, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (OE, 2019).

De forma a desenvolver competências neste domínio, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática identificada em contexto clínico que será apresentada no

subcapítulo “Desenvolvimento de Competências de Investigação no Âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, “competências específicas” são as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

No artigo 4º do Regulamento nº 391/2019 são delineadas as competências específicas do EEESMO, sendo estas: a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; b) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; c) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; e) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; e g) Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2019).

O EEESMO assume, no seu exercício profissional, intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio/alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019).

Desenvolvimento de Competências no Âmbito da Assistência Pré-Natal

No documento relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO, 2021) a assistência pré-natal é descrita com o *continuum* de cuidados concebidos e implementados pelo EEESMO, centrados na promoção da adaptação à gravidez, promoção da adaptação à parentalidade e a preparação para o parto, visando contribuir para uma experiência positiva da gravidez.

No âmbito da adaptação à gravidez, a assistência pré-natal visa desenvolver na grávida e na(s) pessoa(s) significativa(s) significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a manutenção da sua saúde e a do feto. Por sua vez, no âmbito da promoção da adaptação à parentalidade, visa desenvolver as competências parentais na mulher-mãe e no homem-pai/pessoa com quem partilha o projeto de maternidade, tomando por referência o respetivo plano de parentalidade. Por fim, no âmbito da preparação para o parto, o objetivo é desenvolver na mulher, e na pessoa significativa para si, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a evolução do trabalho de parto, promovendo uma experiência de parto positiva (PQCEESMO, 2021).

O papel do EEESMO é facilitar o processo de transição (Meleis et al., 2000). Sendo a gravidez uma transição desenvolvimental, com tudo o que este processo corporal implica, constitui parte relevante da transição para a parentalidade. Por isso, o EEESMO, para além de acompanhar a gravidez, promove a incorporação de conhecimentos, o desenvolvimento de capacidades e autoeficácia para as usar, e reformula os significados que poderão perturbar a adoção de comportamentos saudáveis (Cardoso et al., 2023).

No regulamento de competências específicas do EEESMO, preconizado pela OE, está descrito que estes assumem a responsabilidade na assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno e fetal (OE, 2019).

A aquisição e o desenvolvimento desta competência foi possível nos ensinamentos clínicos desenvolvidos na UCC, na consulta externa de obstetrícia e na unidade materno-fetal. Neste subcapítulo serão abordadas apenas as experiências vivenciadas nos dois primeiros locais de estágio.

Unidade de Cuidados na Comunidade

Na UCC foi possível estar envolvida na preparação para o parto e parentalidade, através de um projeto, já explanado neste documento, com dois grupos de mulheres/casais distintos. Um grupo já se encontrava a frequentar as sessões, enquanto o outro estava a iniciar. A implementação do projeto envolveu, numa fase inicial, o contacto com as grávidas, via e-mail, a formação de grupos de acordo com a idade gestacional e a preparação e apresentação de sessões.

No grupo que já se encontrava a frequentar as sessões, o foco foi a preparação para o parto, abordando os objetivos delineados pelos PQCEESMO (2021) que incluem: a promoção da

consciencialização da mobilidade da bacia, do efeito da respiração e do relaxamento; promoção da capacidade e autoeficácia para adotar estratégias facilitadoras do trabalho de parto; e promoção da elaboração do plano de parto. Estes objetivos foram alcançados através de uma sessão teórica e de três sessões práticas. Na sessão teórica de “Trabalho de parto” foram abordados conteúdos como a natureza da gravidez e do parto, os sinais e as fases de TP, as estratégias facilitadoras e as opções farmacológicas e não farmacológicas para lidar com a dor de TP, o papel do acompanhante durante o TP, a elaboração do plano de parto e as recomendações da OMS para uma experiência positiva de nascimento. Quanto às sessões práticas, a primeira sessão foi “Descobrir a Bacia” com o objetivo de promover a capacidade da mulher/casal para reconhecer o benefício da mobilidade durante o TP, quais as posições que pode adotar durante o TP e quando é que as deve adotar. A segunda sessão foi sobre “A Respiração” onde os objetivos foram promover a capacidade da mulher/casal para reconhecer o benefício da respiração durante o TP e qual o efeito produzido em si. E por último, a terceira sessão foi sobre “Imaginação Guiada”, tendo como objetivos promover a capacidade da mulher/casal para reconhecer o benefício do relaxamento, nomeadamente da imaginação guiada durante o TP, e qual o efeito em si. Nesta última sessão, de forma a promover a ligação mãe/pai-filho, foram auscultadas as FCF.

No último grupo, o foco foi a preparação para a parentalidade com sessões sobre “Amamentação”, “Transporte seguro” e “Lidar com o choro”.

A Ordem dos Enfermeiros refere que a identificação das necessidades de cuidados deve ser individual, em contexto de consulta, embora as intervenções possam ser implementadas no mesmo contexto e/ou em contexto de intervenção em grupo (PQCEESMO, 2021). Importa refletir sobre a forma de implementação dos programas de preparação para o parto e parentalidade. A dinâmica em grupo pode apresentar benefícios económicos, no entanto os conteúdos podem não ir de encontro às reais necessidades de cada mulher (Andersson et al., 2012; Swift et al., 2021). Por outro lado, o grupo permite a partilha de experiências e a normalização de emoções (Andersson et al., 2012). De facto, foi perceptível que as mulheres partilharam, diversas vezes, os seus medos, sentimentos e experiências anteriores, funcionando como um grupo de suporte mútuo. De forma a serem identificadas as necessidades das mulheres e a serem medidos os resultados após as intervenções, foram desenvolvidos dois questionários que seriam para as grávidas/casais responderem antes e depois da frequência do programa.

Para além das sessões em grupo, houve oportunidade de realizar uma sessão individual a uma grávida de gémeos. Esta foi convocada para uma sessão individual, uma vez que apresentava necessidades diferentes das do restante grupo. Tendo em conta as dúvidas particulares desta grávida, o objetivo com esta sessão foi promover o desenvolvimento de competências parentais em relação à amamentação, nomeadamente posições para amamentar e extração e conservação do leite materno.

O aspecto menos positivo neste ensino clínico, foi a existência de apenas uma EEESMO. Muitas grávidas enviavam e-mail com questões, ou a pedir para marcar uma consulta, mas por vezes não era possível dar uma resposta atempada, devido à existência de várias reuniões sobre os projetos desenvolvidos pela UCC, onde a EEESMO tinha de estar presente, apesar de alguns não serem diretamente relacionados com a área de Saúde Materna.

As experiências, neste ensino clínico, permitiram desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde da mulher durante o período pré-natal, através da implementação e avaliação de programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável, através da promoção da decisão esclarecida, facultando informação à grávida/casal sobre os recursos disponíveis na comunidade, através da promoção do aleitamento materno, e através da promoção do plano de parto (OE, 2019).

Consulta de Obstetrícia

No que diz respeito à consulta externa de obstetrícia, foi cumprido o número de experiências mínimas obrigatórias consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei nº9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio, uma vez que foram realizados 100 exames pré-natais, incluindo a 55 grávidas em situação de risco.

De acordo com a norma nº 001/2023 da DGS, a mulher deve ser avaliada relativamente ao risco gestacional na primeira consulta pré-concepcional ou de gravidez, e em cada interação subsequente, dado que esta avaliação é um fator determinante para a vigilância adequada da gravidez, assim como para a prevenção de complicações. A avaliação do risco contempla a informação obtida a partir da história clínica e de exames laboratoriais e imagiológicos (DGS, 2023). Os fatores de risco identificáveis dizem respeito a hábitos de vida, condições de saúde preexistentes, antecedentes obstétricos, ocorrência de doenças específicas na gravidez, riscos sociais, emocionais e psicológicos (DGS, 2023). Os fatores de risco observáveis com mais frequência foram: idade materna avançada, diabetes gestacional, doenças hipertensivas e obesidade.

As mulheres que apresentam fatores de risco, são encaminhadas para as unidades hospitalares, onde realizam esquema de consultas de vigilância da gravidez adaptado à situação. Em contrapartida, nas gravidezes de baixo risco, as grávidas são referenciadas entre as 36 e as 37 semanas e 6 dias de gestação para uma consulta hospitalar na unidade de saúde onde pretendem ter o parto. Essa consulta, designada de consulta de termo, é realizada entre as 39 e as 40 semanas de gestação (DGS, 2023). Assim, foi possível prestar assistência a grávidas com as mais variáveis idades gestacionais e patologias.

Sendo a consulta individual com a grávida e/ou casal, permite personalizar os cuidados face às necessidades encontradas, de forma a promover a vivência da gravidez, a facilitar a transição para a parentalidade e a favorecer a participação ativa do casal em todo o processo. Os objetivos centraram-se nos fatores de saúde e não apenas nos fatores de risco e na capacidade de empoderar o casal a tomar decisões esclarecidas.

Como referido no capítulo “Caracterização dos Contextos Clínicos”, existem intervenções que são realizadas dependendo da idade gestacional, como a auscultação dos batimentos cardíacos fetais e a monitorização de cardiocotografia.

Apesar da auscultação da FCF não apresentar qualquer valor preditivo sobre o bem-estar fetal a longo prazo (*Australian Government Department of Health [AGDH], 2024; NICE, 2021*), a sua avaliação, a partir das 12 semanas de gestação, permite promover a ligação mãe/pai-filho e é considerado um momento agradável pelos pais (AGDH, 2024). Em relação à monitorização de cardiocotografia, o AGDH (2024) e a OMS (2016) não recomendam esta prática como rotina para avaliar o bem-estar fetal em gravidezes sem complicações. No entanto, é realizada em todas as consultas, a partir das 37 semanas de gestação.

Importa referir que, apesar da avaliação da altura uterina, intervenção que não é realizada durante as consultas, ser um indicador grosseiro da progressão do crescimento fetal, é uma prática recomendada pela OMS (2016) e pelo NICE (2021). Esta corresponde à medição longitudinal do comprimento do útero no abdómen, tendo como referência a distância entre o bordo superior da sínfise púbica e o fundo do útero palpável, com recurso a fita métrica não elástica. A medida, em centímetros, a partir das 24 semanas de gestação, corresponde à idade gestacional em semanas, podendo existir uma variação de dois centímetros de diferença (OMS, 2016). O NICE (2021) recomenda a avaliação da altura uterina, por rotina, a partir das 24 semanas de gestação, mas não mais do que a cada duas semanas, em mulheres com gravidez única. Por sua vez, o ACOG recomenda o encaminhamento para ecografia se houver uma diferença superior a três centímetros entre a idade gestacional e a altura uterina (ACOG, 2013). Cardoso et al. (2023) referem que esta intervenção deve ser iniciada pelas 16 semanas de gestação, uma vez que promove a consciencialização da presença do feto e do seu crescimento a cada consulta.

Dada a individualidade das consultas, estas representam o momento ideal para avaliar os significados atribuídos ao processo de gravidez e de trabalho de parto, permitindo intervir quando necessário, através da redefinição dos mesmos.

No entanto, a gestão do tempo durante as consultas tornou-se um desafio, com consultas frequentemente marcadas à mesma hora ou com intervalos mínimos entre elas. Isto é algo que não depende do EEESMO, mas interfere com a qualidade dos seus cuidados.

Adicionalmente, foi possível estar presente na consulta de enfermagem prévia às ecografias do 1º e 2º trimestre e foi proposta a realização de um poster sobre os benefícios da deambulação durante o TP (APÊNDICE I).

Este contexto clínico possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências no âmbito da saúde pré-natal, através da informação e orientação da grávida sobre estilos de vida saudáveis na gravidez, sobre os sinais e sintomas de risco e sobre medidas de suporte para lidar com os efeitos colaterais da gravidez, através da monitorização e avaliação da saúde e bem-estar materno-fetal, pelos meios clínicos e técnicos apropriados, referenciando os desvios à normalidade a outros profissionais de saúde, e através da implementação de intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez e/ou com patologia associada ou concomitante com a gravidez (OE, 2019).

Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Internamento de Grávidas de Risco

A gravidez é um processo fisiológico que acarreta mudanças a nível físico, psicológico e social e, embora consista num período de vivências saudáveis, pode ser acompanhada por condições clínicas ou obstétricas capazes de expor a mãe e/ou o feto a desfechos desfavoráveis (Rodrigues et al., 2020). Uma gravidez com patologia associada, nem sempre requer internamento, no entanto, nas situações de alto risco, a mulher e o feto necessitam de vigilância contínua, pelo que este se torna imperativo. A vivência de uma gestação de risco está frequentemente associada a sentimentos negativos, como ansiedade, medo, culpa e insegurança. O processo de hospitalização intensifica tais emoções, uma vez que as mulheres ficam afastadas da família e da sua rotina diária, inseridas num ambiente novo, onde convivem com outras grávidas e profissionais de saúde que resultam em stress e necessidade de adaptação (Rodrigues et al., 2020). Além das mudanças fisiológicas e psicossociais inerentes à gestação, estas mulheres ainda estão expostas ao stress psicológico, aos desconfortos físicos associados à patologia e às incertezas relativas aos resultados perinatais. O diagnóstico de uma gravidez de risco influencia a adaptação à gravidez e à parentalidade (Ylmaz & Oskay, 2021).

O aparecimento de uma complicação ou de patologia numa gravidez de evolução normal, no qual a mulher grávida passa de um estado saudável, para uma nova condição clínica, surge como um evento crítico que afeta a mulher, mas também, o companheiro/pessoa significativa e respetiva família (Smorti et al., 2021).

Além dos contextos de estágio referidos anteriormente, também na unidade materno-fetal foi possível prestar cuidados de saúde a grávidas/casais em situação de risco. Durante o ensino clínico foram prestados cuidados a 45 grávidas, sendo que 22 destas foram admitidas para ITP. Neste subcapítulo apenas serão abordadas as questões relacionadas com a gravidez de risco.

Os motivos de internamento verificados durante o período de estágio foram: distúrbios hipertensivos, como subida tensional e pré-eclâmpsia, rotura prematura de membranas pré-termo (RPMPT), ameaça de parto pré-termo (APPT), colestase gravídica e placenta prévia marginal. Dado que as duas patologias mais frequentes foram a pré-eclâmpsia e a RPMPT, justifica uma reflexão sobre os cuidados prestados a estas mulheres.

Pré-Eclâmpsia

A pré-eclâmpsia e outras doenças hipertensivas da gravidez ocorrem em 5 a 10% das gestações e estão associadas a quase 30 000 mortes maternas, 416 000 nados-mortos e 1,5 a 2 milhões de mortes neonatais anualmente em todo o mundo (Kinshella et al., 2023). A *Internacional Society for the Study of Hypertension in Pregnancy* (ISSHP) define pré-eclâmpsia como hipertensão ($\geq 140/90$ mmHg) de novo presente após as 20 semanas de gestação combinada com proteinúria ou com outra disfunção orgânica materna, incluindo insuficiência renal, envolvimento hepático, complicações neurológicas ou hematológicas (Tranquilli et al., 2014).

Durante a gravidez, os vasos sanguíneos estão mais sensíveis a substâncias vasoconstritoras, pelo que a ocorrência de vasoespasmo pode afetar diversos órgãos e originar diferentes sinais clínicos: a nível renal, a lesão glomerular resulta em oligúria e proteinúria, ou por vezes insuficiência renal aguda; a nível neurológico, podem surgir cefaleias e convulsões, definindo o início da eclâmpsia, que pode levar à falência de órgãos e à morte materna e fetal (Brown et al., 2018); náuseas, vômitos e dor epigástrica podem manifestar-se devido à inflamação da cápsula hepática; a nível cardiovascular, a vasoconstrição pode provocar isquemia ou enfarte do miocárdio; e a hipoperfusão da retina pode originar perturbações da visão (Pinto, 2019). Por outro lado, o aumento da permeabilidade capilar decorrente da lesão do endotélio vascular, juntamente com a diminuição da pressão oncótica como consequência da perda proteica renal, origina edema da face, das mãos e dos pés (Pinto, 2019).

Relativamente ao tratamento, ACOG (2020) e Graça (2018) referem que os anti-hipertensores não devem ser administrados de forma rotineira, mas sim em grávidas com tensão sistólica acima de 160mmHg e diastólica acima de 110mmHg. Por sua vez, o NICE (2023) preconiza o uso de anti-hipertensores, se as tensões arteriais se mantiverem acima de 140/90mmHg.

Como terapêutica anti-hipertensiva, o ACOG (2020) recomenda labetalol, hidralazina ou nifedipina, Graça (2018) recomenda nifedipina e labetalol, enquanto o NICE (2023), acrescenta metildopa. Na prática, é isto que se verifica. Todas as mulheres com pré-eclâmpsia têm prescrito nifedipina 20mg oral em SOS se tensão arterial superior a 160/110mmHg. As grávidas com difícil controlo tensional ou hipertensão crónica têm prescrito metildopa 250-1000mg e/ou nifedipina 30mg.

Quanto à atuação clínica, o NICE (2023) defende que se deve ter uma atitude expectante até às 37 semanas, programando-se o parto nesta altura. O ACOG (2020), refere que a gravidez pode ir até às 37 semanas e 7 dias, na ausência de critérios de gravidade. A atitude expectante baseia-se na vigilância do bem-estar materno e fetal, na avaliação rigorosa da pressão arterial, na monitorização do peso semanal e na realização de exames laboratoriais semanais (ACOG, 2020; Graça, 2018). O NICE e o ACOG não referem *timings* para a monitorização da pressão arterial, mas Graça (2018) defende que deve ser feita diariamente. Isto não vai de encontro ao que é realizado na prática clínica, dado que a avaliação dos sinais vitais é feita em todos os turnos, no entanto, a monitorização do peso não é realizada, apesar da importância do aumento ponderal na vigilância da presença ou ausência de edema.

Nas gestações inferiores a 34 semanas é administrada corticoterapia de forma a acelerar a maturação pulmonar. O protocolo institucional refere que a dexametasona é o fármaco de 1ª linha e são administradas 4 doses de 6mg, via intramuscular, com 12 horas de intervalo. O que vai de encontro ao descrito na literatura (ACOG, 2020; Graça, 2018; NICE, 2023).

Na preparação para a alta de mulheres com pré-eclâmpsia, estas são ensinadas a controlar os valores tensionais, através da dieta e do exercício. Diversos estudos têm demonstrado que a pré-eclâmpsia pode ser controlada através de uma dieta equilibrada, composta por frutas e vegetais, com baixo teor de sódio e rica em fibras (Allen et al., 2014; Perry et al., 2022). Outros nutrientes essenciais, como o cálcio, o ácido fólico, o selénio e a vitamina D, são também recomendados (Hamdan et al., 2022; Kinshella et al., 2023; Perry et al., 2022) e podem ser obtidos através de peixes com valores baixos de mercúrio, vegetais de folhas verdes e grãos integrais e cereais. Por outro lado, as técnicas de relaxamento muscular, como por exemplo a técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson e da imaginação guiada (Ghorbannejad et al., 2022; Puspitasari et al., 2022) permitem reduzir o stress e a ansiedade, levando à diminuição da pressão arterial. Ghorbannejad et al. (2022), demonstraram que realizar a técnica de Jacobson, duas vezes por semana, durante seis semanas, permite diminuir a tensão arterial e a proteinúria em mulheres com pré-eclâmpsia. Por sua vez, no estudo de Puspitasari et al. (2022), grávidas com pré-eclâmpsia foram encorajadas a realizar exercícios de relaxamento muscular e de imaginação guiada duas vezes por dia (15 a 20 minutos) durante sete dias. Os autores constataram uma diminuição significativa na pressão sistólica e da proteinúria após três dias de intervenção, e da pressão diastólica após sete dias.

Rotura Prematura de Membranas Pré-Termo

A RPMPPT caracteriza-se pelo rompimento da bolsa amniótica antes de 37 semanas de gestação. É a principal causa de trabalho de parto prematuro, sendo responsável por 30 a 40% de todos

os partos pré-termo (Cruz et al., 2018). O tratamento depende da idade gestacional e o principal objetivo é diminuir a morbilidade materno-fetal. As abordagens terapêuticas incluem a indução do trabalho de parto e a atitude expectante ativa. Para se decidir qual a melhor opção é necessário ter em conta, para além da idade gestacional, a maturação pulmonar, a presença de sinais e sintomas de infeção, sofrimento fetal, avaliação do volume de líquido amniótico, do crescimento e vitalidade fetal, através de ecografias periódicas (ACOG 2020; Cruz et al., 2018).

Segundo o protocolo hospitalar, em casos de rotura entre as 34 e as 37 semanas de gestação, pode-se optar pela indução ou progressão do TP. Para as roturas entre as 24 e as 34 semanas, adota-se uma atitude expectante ativa até terminar o ciclo de corticoterapia. Além do ciclo, realiza-se antibioterapia e a tocólise, com nifedipina ou atosibano, é apenas considerada para completar o ciclo de corticoterapia. Se risco de parto iminente e idade gestacional inferior a 32 semanas, administra-se sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. Após finalização do ciclo de corticoterapia, deixa-se progredir o trabalho de parto e induz-se às 34 semanas de gestação, se ausência de contraindicações ao parto vaginal. Em casos de rotura pré-viabilidade, isto é, antes das 24 semanas, é necessário discutir os riscos e benefícios de se prolongar a gravidez ou de interrompê-la. Este protocolo de atuação vai de encontro ao descrito na literatura pelo ACOG (2020).

Quanto à vigilância do bem-estar materno e fetal, não há consenso sobre a frequência ideal das intervenções, mas o ACOG (2020) recomenda a monitorização de cardiotocografia e temperatura corporal e a realização de ecografias de forma periódica. Na prática, o CTG é realizado em todos os turnos durante 20 a 30 minutos, não só para avaliação do bem-estar fetal, mas também para detetar a presença de contrações uterinas. Os sinais vitais são também avaliados em todos os turnos, bem como as características do líquido amniótico. A monitorização da temperatura e do pulso são relevantes nestes diagnósticos, pois um aumento em qualquer um deles pode significar infeção materna, mas a avaliação da tensão arterial não acarreta nenhum benefício.

Durante o ensino clínico, uma grávida internada com o diagnóstico de RPMPT e com idade gestacional de 33 semanas e 3 dias, que já tinha realizado corticoterapia e que estava a cumprir antibioterapia, referiu perda de líquido de cor rósea pela vagina. Imediatamente, foi questionada sobre a quantidade da perda e solicitado que colocasse um penso para ser possível observar as características do líquido. Trinta minutos depois, o penso encontrava-se com líquido hemático, pelo que foi informada a médica da urgência. Foi realizada uma cesariana de emergência, dado que estava em trabalho de parto, mas a apresentação encontrava-se pélvica. Esta situação permitiu perceber a importância da capacidade dos EEESMO em reconhecer os sinais e sintomas de emergências obstétricas, em tomar decisões rápidas e eficazes e em trabalhar em equipa para garantir o melhor desfecho possível para a mulher e para o feto.

Quando se previa um internamento prolongado ou um parto pré-termo, além da adaptação à gravidez com complicações, era promovida a adaptação à parentalidade. A transição para a parentalidade constitui-se, na maioria das vezes, como um dos períodos mais importantes e desafiantes para a vida dos casais. Estes assumem um compromisso para a vida com outro ser humano, vivendo um período de intensa adaptação aos novos papéis (Cruz & Mosmann, 2015). Tornar-se mãe/pai é uma transição gradual, que exige a interiorização das expectativas familiares e sociais, quanto à adequação dos seus comportamentos, e obriga à reorganização pessoal, profissional e conjugal dos elementos do casal (Meleis, 2010). A presença de um EEESMO durante o internamento permite o esclarecimento de dúvidas e a promoção do papel parental. Foi notória a necessidade de adaptar o conhecimento que as grávidas já tinham, especialmente as que estavam em risco de parto pré-termo. Nestes casos, foram ensinadas sobre as características do feto, tendo em conta a idade gestacional, o desenvolvimento de competências do recém-nascido, a amamentação/alimentação do recém-nascido e sobre a extração do leite materno.

Refletindo sobre este assunto, poderia ser dada a possibilidade de as grávidas internadas frequentarem a preparação para o parto e parentalidade da instituição, dado que as sessões teóricas são online.

Por fim, importa ressaltar a eficácia da escuta ativa como uma intervenção simples de implementar, mas que exerce um impacto muito significativo. Face à vulnerabilidade vivenciada pela grávida/casal, que despoleta sentimentos de ansiedade, medo e stress, permitir que expressem os seus pensamentos, as suas emoções e preocupações, demonstrando compreensão, empatia e valorização das suas necessidades, contribui para que sintam mais calmos e seguros. Um estudo realizado por Silveira et al. (2016), destacou que, diante um atendimento tão mecanizado e fragmentado, as grávidas não encontram espaço para exporem os seus medos, angústias e expectativas, pelo que é necessário que os EEESMO estejam mais disponíveis para escutar ativamente as mulheres.

Prestar cuidados a estas mulheres e casais foi desafiante, uma vez que exigiu, não só a mobilização de conhecimentos teóricos anteriormente adquiridos, a obtenção de novos conhecimentos, como, também, a mobilização de recursos internos pessoais que permitissem ajudá-los a ultrapassar as dificuldades, medos e anseios.

Embora, este contexto clínico, não tenha permitido a aquisição de competências relacionadas com situações de abortamento, foi possível adquirir e desenvolver competências no âmbito da saúde pré-natal através da informação e orientação da grávida e conviventes significativos sobre os sinais de risco, através da monitorização e avaliação da saúde e bem-estar materno-fetal, pelos meios clínicos e técnicos apropriados, através da implementação de intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, bem como, através da

cooperação com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante (OE, 2019)

Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Trabalho de Parto

O Regulamento das Competências Específicas do EEESMO estipula que este profissional “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina”. Nesta competência especifica-se, também, a prevenção e deteção precoce de complicações para a mulher e para o recém-nascido, assim como, a prestação de cuidados às grávidas com patologia prévia ou resultante da gravidez e/ou do trabalho de parto (OE, 2019).

Nas últimas décadas, a melhoria dos resultados perinatais tem motivado a implementação de práticas para iniciar, acelerar, terminar e monitorizar o trabalho de parto (OMS, 2018). Estas práticas são derivadas de um contexto em que prevalece o modelo biomédico e a cultura de risco e nem sempre são baseadas na evidência científica (Çalik et al., 2018; Ocal et al., 2023). Reconhecendo a interferência deste modelo durante o TP e nascimento, a OMS (2018), no documento “*WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*”, recomenda a utilização de práticas que garantam um parto seguro e uma experiência de parto positiva. Esta última é definida como aquela que “preenche ou excede as convicções e expectativas pessoais e socioculturais da uma mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável, num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com apoio prático e emocional contínuo” (OMS, 2018).

Na maioria das experiências, neste contexto clínico, procurou-se encontrar o equilíbrio entre o modelo biomédico e a autonomia nas intervenções dos EEESMO. As orientações internacionais propõem que a comunicação, o apoio e a empatia por parte dos EEESMO podem ajudar a mulher durante o TP e nascimento a sentir-se no controlo e a perceber que os seus desejos e vontades são respeitados, contribuindo assim para uma experiência de parto positiva (NICE, 2023; OMS, 2018).

Durante o ensino clínico, de forma a cumprir com o número de experiências mínimas obrigatórias consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei nº 9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio, foram realizados 40 partos eutócicos, assistidos 15 partos distócicos por ventosa e prestados cuidados a grávidas em TP e a mulheres no pós-parto imediato, tanto de parto vaginal como de cesariana.

Dos 55 partos, 29 resultaram de induções do trabalho de parto. Como mencionado anteriormente, o processo de indução passou a ser um procedimento de rotina desde a COVID-19 e fundamentado pela orientação do ACOG (2018), reafirmada em 2023, onde os autores referem que a ITP às 39 semanas pode ser uma opção razoável para mulheres nulíparas com gravidezes de baixo risco. Esta orientação teve por base um estudo randomizado controlado conduzido por Grobman et al. (2018), nos Estados Unidos, onde foi comparado a ITP às 39 semanas de gestação com o TP espontâneo em mulheres nulíparas com gravidezes de baixo risco e demonstrado que a ITP reduz as taxas de cesariana. Salienta-se que a orientação do ACOG foi baseada em apenas um artigo, existindo outros que contrapõe este procedimento. Por exemplo, a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (Borovac-Pinheiro et al., 2023) sugere que, a menos que haja indicação médica para a mãe/feto, a ITP pode ser adiada com segurança até após as 41 semanas de gestação. Também a OMS (2022) e a Sociedade de Obstetras e Ginecologistas do Canadá (SOGC) (Robinson et al., 2023) recomendam a indução a partir das 41 semanas de gestação.

A DGS (2015) refere que a ITP não deve ser considerada em gravidezes de baixo risco como forma de abreviar a sua duração, por motivos psicológicos ou sociais, ou para agendar a data de parto. As induções estão associadas a um maior risco de complicações, como a hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e rotura uterina. Geralmente, provocam maior desconforto à mulher do que o TP de início espontâneo e restringem a mobilidade da grávida, pela necessidade de monitorização fetal prolongada. Por outro lado, a indução com meios farmacológicos está associada a uma maior utilização de analgesia epidural, a uma maior taxa de partos instrumentados e de cesarianas urgentes (DGS, 2015; NICE 2021; OMS, 2018).

Foram vivenciadas algumas situações em que onde houve necessidade de suspender o método de indução, devido à presença de taquissístolia e, ainda, recorrer a tocólise de emergência, com salbutamol, de acordo com o protocolo da instituição. Algumas mulheres foram encaminhadas para cesariana emergente por apresentarem traçados de CTG suspeitos. Por outro lado, a necessidade de monitorização contínua, condicionou a mobilidade das parturientes, impedindo-as de deambular. Considerando as desvantagens e os riscos associados a esta prática, persuadir a mulher a induzir o TP poderá não ser a melhor opção. Para além de que foi possível observar que, em algumas ocasiões, as induções duravam mais do que um dia, o que provocou ansiedade, stress, desgaste emocional, desmotivação e cansaço na mulher, dificultando o período expulsivo, sendo muitas vezes chamada a equipa médica para intervir.

Cuidados Prestados à Mulher em Trabalho de Parto

Relativamente à prestação de cuidados à parturiente, importa refletir sobre quatro práticas: o uso de enema de limpeza, a alimentação durante o TP, os esforços expulsivos e a realização de episiotomia.

A realização de enemas de limpeza, intervenção autónoma de enfermagem que, por vezes, ainda é proposta à parturiente, não se encontra atualmente recomendada por não apresentar qualquer benefício clínico durante o TP e por provocar desconforto, sendo considerada uma prática invasiva (Mahfouz et al., 2022; Nabhan & Boulvain, 2020; OMS, 2018).

Em relação à alimentação durante o TP, na prática hospitalar, as parturientes em fase ativa do TP são autorizadas a ingerir, apenas, líquidos, sendo que o aporte de nutrientes é assegurado através de soro com glicose endovenoso. Esta restrição alimentar é imposta devido ao risco potencial de aspiração de conteúdo gástrico durante uma possível anestesia geral (American Society of Anesthesiologists, 2022). No entanto, as taxas de anestesia geral em cesarianas diminuíram significativamente e, mesmo nos casos em que é necessária, o risco de aspiração pulmonar é muito baixo (Phelps et al., 2018). A evidência científica atual é inconclusiva. Enquanto, a OMS (2018) recomenda a ingestão de líquidos e alimentos durante todo o TP, nas gravidezes de baixo risco, o ACOG (2019) e a *American Society of Anesthesiologists* (2022) sugerem que líquidos contendo partículas e alimentos sólidos devem ser evitados, preferindo-se líquidos claros com eletrólitos. Por sua vez, a DGS (2023) refere que, a partir da fase latente, devem ser oferecidos líquidos claros, como água, chá com ou sem açúcar e sumos sem polpa de fruta, gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, de acordo com as preferências das parturientes, desde que a evolução do TP e a monitorização fetal estejam normais.

No que diz respeito ao período expulsivo, de acordo com o NICE (2023), este pode dividir-se em dois períodos: o passivo, quando há dilatação completa do colo do útero, mas ausência de esforços expulsivos voluntários ou dirigidos, que pode durar até duas horas em mulheres com analgesia epidural, e o ativo, quando a apresentação fetal está visível ou há vontade involuntária de “fazer força”. A mesma entidade refere que os profissionais de saúde devem aconselhar as múltiparas com epidural a atrasar os esforços expulsivos até uma hora após a dilatação completa, porque pode reduzir a possibilidade de um parto instrumentado e diminuir a duração da fase ativa do segundo estágio do TP (NICE, 2023). Por sua vez, a OMS (2018) e o RCOG (2020), recomendam atrasar a expulsão por uma ou duas horas, após o diagnóstico de dilatação completa, ou até a mulher sentir vontade de realizar esforços expulsivos, em parturientes com analgesia epidural. Os esforços expulsivos dirigidos logo após a dilatação completa podem levar a um parto com intervenção médica (OMS, 2018). No entanto, persiste a controvérsia sobre a duração total do período expulsivo e se os esforços expulsivos devem ser atrasados (Wright et al., 2020). Vários estudos mostram resultados divergentes quanto ao

momento ideal para iniciar os esforços, com alguns sugerindo que iniciar logo após a dilatação completa aumenta a taxa de partos instrumentados e prolonga a duração do segundo estágio do TP (Grantz et al., 2018; Rollet et al., 2023), enquanto outros não encontram diferenças significativas no tipo de parto (Deusa-López et al., 2024). Embora alguns estudos recentes não tenham encontrado diferenças nos resultados maternos, Di Mascio et al. (2020) mostraram que atrasar os esforços expulsivos está associado a uma maior incidência de corioamnionite e baixo pH do cordão umbilical. Durante a prática clínica foi possível observar que nem sempre os esforços expulsivos são adiados até a mulher sentir vontade, sendo frequentemente o EEESMO quem instrui a parturiente a realizá-los, quando é perceptível a presença de uma contração.

A maioria dos EEESMO orienta as parturientes a realizar esforços expulsivos em apneia, com a glote fechada, justificando que, desta forma, as mulheres têm mais força e o período expulsivo tornava-se mais curto. Cohen & Friedman (2024), bem como Koyucu & Demirci (2017), referem que, apesar de eficaz, a manobra de Valsalva está associada a exaustão materna e aumenta a probabilidade de trauma perineal. Os mesmos autores defendem o incentivo dos esforços expulsivos espontâneos, uma vez que não causam efeitos adversos maternos e/ou fetais. Este tipo de reflexo expulsivo permite à parturiente emitir vocalizações, como grunhidos, gemidos e respirações durante os esforços, que resultam numa abertura parcial da glote. Desta forma, o transversos abdominal é recrutado, aumentando a pressão abdominal e influenciando o comprimento diafragmático. A OMS (2018) refere que incentivar as mulheres a seguirem os seus próprios instintos é mais viável do que orientá-las a realizar a manobra de Valsalva.

Quanto à episiotomia, dos 40 partos realizados, 10 mulheres necessitaram desta intervenção e consequentemente episiorrafia. Até 2018, a OMS preconizava que a taxa de ocorrência desta intervenção não ultrapasse os 10%, mas atualmente, desaconselha totalmente esta prática (OMS, 2018). As evidências científicas confirmam que a episiotomia deve ser utilizada em situações específicas onde os seus benefícios superam as possíveis complicações, como nos casos de parto prematuro, apresentação pélvica, macrosomia fetal, distocia de ombros, parto instrumentado, alterações na FCF, rigidez perineal e isquemia dos tecidos (Amorim et al., 2017; Vu et al., 2023). De entre estes motivos, os que levaram, em ensino clínico, à realização de episiotomia foram o sofrimento fetal e a rigidez perineal.

Por fim, uma outra intervenção autónoma de enfermagem que merece ser abordada é a deambulação durante o primeiro estágio de TP. Esta será discutida, através de uma revisão integrativa da literatura no subcapítulo “Desenvolvimento de Competências de Investigação no Âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica”.

Cuidados Prestados ao Recém-Nascido

Em relação ao recém-nascido, existem duas práticas que merecem reflexão: o contacto pele-a-pele imediato e a aspiração de secreções.

Embora o contacto pele-a-pele seja recomendado imediatamente após o nascimento, se o recém-nascido estiver clinicamente estável, esta prática é interrompida para observação e recolha de dados biométricos por parte da pediatra, voltando posteriormente ao contacto pele-a-pele com a mãe. Estudos como o de Brimdyr et al. (2018), destacam que o contacto pele-a-pele imediato, contínuo e ininterrupto na primeira hora após o nascimento, é benéfico para o recém-nascido, permitindo que este progrida através de várias fases importantes, como a familiarização com o seio materno e a sucção. A interrupção, para cuidados de rotina ao recém-nascido, tem sido associada à diminuição do sucesso na sucção e consequentemente na amamentação, por isso deve ser desencorajada (Nilson et al., 2020; Robiquet et al., 2016).

No que diz respeito à aspiração de secreções, grande parte dos recém-nascidos nascem com líquido nos pulmões e nas vias aéreas superiores, que geralmente é absorvido ou eliminado através da deglutição, inalação ou esternutação (Fawke et al., 2022). Na prática, foi observado que a aspiração de secreções é realizada a quase todos os recém-nascidos. A OMS (2017) não recomenda a aspiração da boca e do nariz em recém-nascidos que nasceram num meio de líquido amniótico claro e que começaram a respirar sozinhos. A mesma entidade acrescenta ainda que, nos bebés nascidos num meio de líquido amniótico claro, que não começam a respirar, mesmo após secagem e estimulação tátil, a aspiração da boca e do nariz não deve ser realizada antes de se iniciar a ventilação. A aspiração deve ser feita somente se a boca ou nariz se encontrarem com secreções (OMS, 2017). Em casos de líquido meconial, se o recém-nascido começar a respirar sozinho, a aspiração não é recomendada e, nos casos onde não respira, a aspiração deve ser realizada antes de se iniciar a ventilação (OMS, 2017). As *guidelines* do *European Resuscitation Council* (2021) não vão de encontro às recomendações da OMS, uma vez que, na presença de líquido meconial, não sugerem a aspiração de rotina das vias aéreas nos recém-nascidos não vigorosos, pois atrasará o início da ventilação.

Além de não ter nenhum benefício, ainda foi encontrado na literatura possíveis efeitos adversos como diminuição da saturação de oxigénio nos primeiros dez minutos de vida, menores índices de Apgar, risco aumentado de bradicardia, apneia, hipoxemia, hipercapnia, aumento da pressão intracraniana e infeção (Fawke et al., 2022; Kumar, 2020). Por isso, é essencial considerar cuidadosamente a necessidade e os potenciais riscos antes de realizar esta prática.

Este ensino clínico permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências ao nível da promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e da otimização da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, atuando, sempre que possível, de acordo com o plano de

parto estabelecido com a mulher (OE, 2019). Desta forma, foram implementadas intervenções no sentido de promover o conforto e bem-estar materno, através do uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de TP e através da colaboração com outros profissionais na implementação de intervenções de controlo da dor. Foram, também, implementadas intervenções de promoção de vinculação mãe/pai-filho e de apoio ao aleitamento materno, incentivando o contacto pele-a-pele e a amamentação na primeira hora de vida.

As experiências vivenciadas ao longo do estágio permitiram, ainda, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido, através da monitorização do trabalho de parto e do bem-estar materno-fetal, identificando e referenciando situações para além da área da atuação do EEESMO, da avaliação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto, da implementação de intervenções adequadas à evolução do TP, incluindo estratégias facilitadoras do mesmo, da execução, com técnicas adequadas, do parto em apresentação cefálica e da avaliação imediata do recém-nascido, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (OE, 2019).

Por fim, foram adquiridas competências no âmbito do cuidado à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto, dado que foram prestados cuidados a parturientes com patologias, como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e obesidade, cooperando com outros profissionais no tratamento destas mulheres, e foi sempre avaliada a integridade do canal de parto, aplicadas técnicas de reparação, em caso de episiotomia ou laceração, e referenciadas situações para além da área de atuação do EEESMO (OE, 2019).

Desenvolvimento de Competências no Âmbito do Puerpério

O contexto clínico do puerpério visa a aquisição de competências descritas no Regulamento nº 391/019 no âmbito do “Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2019). Durante esta fase, é imperativo que o EEESMO seja capaz de promover a saúde da mulher e do recém-nascido, diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde de ambos e providenciar cuidados nas situações que os possam afetar negativamente (OE, 2019).

Esta competência foi adquirida e desenvolvida através da prestação de cuidados a 103 puérperas, que se encontravam em fases do puerpério diferentes, desde o pós-parto imediato até às 72 horas após parto, e a 102 recém-nascidos. Desta forma foram cumpridas as experiências mínimas obrigatórias consignadas na legislação, ponto 5.1-B do Anexo II, da Lei nº 9/2009 de 4 de março, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio.

O puerpério é um período crítico, não apenas devido às alterações fisiológicas, mas também pela instabilidade emocional, caracterizada pela mudança de papéis interpessoais e familiares (Gomes e Santos, 2017). Além da puérpera, o recém-nascido e o homem-pai e/ou companheiro emergem como clientes dos cuidados do EEESMO (PQCEESMO, 2021).

De acordo com Mercer (2006) e Cardoso et al. (2015), tornar-se mãe ou tornar-se pai não é inato, mas sim um processo social e cognitivo que, longe de ser intuitivo, é um processo aprendido. Como já mencionado, a transição para a parentalidade é um processo de mudança e um evento crítico que necessita de reorganização individual e conjugal. Cardoso et al. (2015) destacam que existem conhecimentos e competências que os pais devem possuir ou desenvolver para enfrentar esta transição de forma eficaz, sendo essenciais para facilitar esse processo e, por isso, dotar os pais de conhecimentos e de competências parentais deve constituir um foco primordial das intervenções do EEESMO, a fim de melhorar a confiança, a satisfação e a mestria no desempenho do papel parental.

A preparação antecipada para lidar com a nova situação pode constituir um fator facilitador da transição enquanto, pelo contrário, a falta de preparação parece constituir um fator inibidor (Meleis et al., 2000). De facto, observou-se que os casais que frequentaram a preparação para a parentalidade, principalmente pais pela primeira vez, possuíam conhecimentos no âmbito do exercício parental, porém tinham algum medo na execução dos cuidados ao recém-nascido. Por outro lado, pais com experiência prévia eram hábeis no cuidar, mas apresentavam algumas lacunas nos conhecimentos. Isto pode ser atribuído à constante atualização da evidência científica, uma vez que as práticas ensinadas há alguns anos podem não ser recomendadas atualmente. Por exemplo, em relação à limpeza do coto umbilical, alguns pais mencionaram o uso de compressas com álcool, prática que já não é recomendada. Barbosa et al. (2017), na sua revisão integrativa da literatura, demonstraram que a aplicação tópica de antimicrobianos no cordão umbilical estava associada a um atraso no tempo de separação do coto, aumentando o risco de infeção microbiana. Por isso, no hospital onde foi realizado o ensino clínico, a técnica utilizada é a dry care, recomendada pela OMS (2022), que consiste em limpar o coto com água e secar bem com compressas secas, sem utilizar antisséptico.

Uma vez que no primeiro capítulo já foram abordados os cuidados com a puérpera/casal e recém-nascido, aqui serão refletidos alguns aspetos pertinentes.

A competência parental mais promovida foi a amamentação. Das 103 puérperas, apenas uma solicitou inibição láctea. Foi evidente que o significado que esta atribuía à amamentação era um significado dificultador, por experiências negativas relatadas por amigas próximas, não por experiência pessoal. Tentou-se reformular o significado junto dela, questionando se não tinha familiares ou outras amigas com experiências positivas na amamentação. Esta referiu que não e, embora soubesse os benefícios do aleitamento materno e tivesse tentado colocar o recém-nascido à mama no BP, optou por inibir a produção de leite. Neste contexto, o papel do EEESMO

foi apoiá-la na decisão e fornecer informações sobre como alimentar o recém-nascido com leite adaptado. Nas restantes mulheres, a amamentação foi incentivada e apoiada durante todo o internamento. Este apoio demonstrou influenciar de forma positiva a amamentação, porque aumenta a confiança da mulher. A interrupção precoce desta prática está, muitas vezes, relacionada com a falta de confiança na sua capacidade de amamentar. A autoeficácia na amamentação é influenciada por quatro fatores: experiência pessoal; convivência com outras mulheres que amamentam; informações recebidas tanto pela sua rede de apoio social, quanto pelo profissional de saúde que a acompanha; condição física e emocional (Monteiro et al., 2020). Foi perceptível que mulheres com experiências negativas anteriores, tinham algum medo em iniciar a amamentação. O EEESMO tem um papel preponderante na desconstrução de conceitos que dificultam a amamentação através de intervenções que aumentem a autoestima e a confiança da mãe durante este processo (Monteiro et al., 2020).

A promoção da amamentação foi realizada através de ensinamentos sobre as posições adequadas para o completo esvaziamento da mama, identificação dos sinais de boa pega e como realizar uma pega adequada, estimulação da produção de leite, extração manual ou mecânica do mesmo e estimulação do recém-nascido, bem como através de orientações sobre a vigilância das mamas, de forma a prevenir intercorrências como o ingurgitamento mamário e a mastite.

Como mencionado anteriormente, a promoção da amamentação é uma prioridade nos cuidados prestados, sendo o hospital reconhecido como um "Hospital Amigo dos Bebés", estando comprometido com o cumprimento das dez medidas da OMS e da UNICEF para proteger, apoiar e promover o aleitamento materno. No entanto, em algumas situações, foi possível observar que os recém-nascidos que apresentam reflexo de sucção débil ou dificuldades em se adaptar ao seio materno, são alimentados ou suplementados com leite adaptado pelo risco de hipoglicemia. Embora a 6ª medida preconizada pela OMS e UNICEF, que desencoraja o fornecimento de qualquer outro alimento ou líquido além do leite materno, não seja estritamente cumprida, foi notório o empenho, por parte das enfermeiras, em promover a suplementação com leite materno extraído. Além disso, observou-se que, outra medida que desaconselha o uso de tetinas ou chupetas em bebés amamentados ao peito até que a amamentação esteja bem estabelecida, também não é totalmente cumprida. A suplementação, quando necessária, é ocasionalmente oferecida através de biberão, mas constatou-se a tentativa de mudança para a utilização de copo ou seringa como alternativas. Por outro lado, embora o uso de chupetas não seja incentivado enquanto os bebés ainda não estão bem adaptados à mama, é respeitada a decisão dos pais nessa escolha. Esta abordagem demonstra o compromisso em equilibrar as orientações de saúde com o respeito à autonomia e às preferências individuais dos pais.

Cuidados Prestados à Puérpera

Nos cuidados realizados à puérpera, importa refletir sobre a administração de ocitocina para prevenção da hemorragia pós-parto e sobre a avaliação do tónus uterino.

Em relação à administração de ocitocina, o protocolo institucional preconiza a administração de 10 UI de ocitocina diluídas em 1000 ml de soro logo após o parto, a um ritmo de 250ml/h, e, depois, mais 10 UI diluídas, igualmente, em 1000 ml de soro, nos partos vaginais. Em caso de cesariana são administrados 20 UI de ocitocina diluídas em 1000 ml de soro, seguido de mais 10 UI em 1000 ml de soro. No entanto, estas práticas contrastam com a evidência científica, dado que o NICE (2023) recomenda, em partos vaginais, a administração de 10 UI de ocitocina via intramuscular ou 5 UI via endovenosa, imediatamente após o nascimento e antes do cordão ser clampado. Por sua vez, a OMS (2018) refere o uso de 10 UI de ocitocina via endovenosa ou intramuscular para profilaxia da HPP em qualquer tipo de parto e a RCOG (2016) descreve o uso de 10 UI de ocitocina via intramuscular, em mulheres sem fatores de risco para HPP, que tiveram um parto vaginal. Por outro lado, a DGS (2023), na Orientação nº 002/2023 sobre “Cuidados de saúde durante o trabalho de parto” recomenda a administração imediata de 10 UI de ocitocina em bólus endovenoso lento seguido de 5 UI diluídas em 500 ml de soro fisiológico, a um ritmo de 500ml/h se a puérpera apresentar uma veia patente ou, caso contrário, administrar 10 UI via intramuscular.

A atonia uterina é a causa mais frequente de hemorragia pós-parto, tornando imperativo a avaliação regular do tónus uterino e da involução uterina através da palpação abdominal, que é realizado em todos os turnos. Esta prática alinha-se com as diretrizes recomendadas pela OMS (2022), visando a identificação precoce desta complicação. Contudo, é importante reconhecer que a presença de enfermeiras que não possuem a especialidade em Saúde Materna e Obstétrica pode representar riscos, dado que estas profissionais podem não estar capacitadas para intervir adequadamente perante este diagnóstico.

Observou-se que, no caso das puérperas no pós-parto de uma cesariana, a involução uterina é mais lenta, estando o fundo uterino mais alto quando comparado com o das puérperas no pós-parto vaginal. Esta observação está em concordância com o descrito por Shitami & Takenaka (2016), onde os autores acrescentam que o atraso no retorno do útero à posição de anteversão pode ser devido à dificuldade em expulsar os lóquios, causado pelo atraso na deambulação e pela dilatação insuficiente do colo do útero. De facto, a deambulação era bastante incentivada, sendo que as mulheres com parto vaginal poderiam realizar o levantar e caminhar quando o desejassem, sempre na presença de uma EEESMO, enquanto as mulheres submetidas a cesariana, levantavam-se 12 horas após a cirurgia.

Ainda sobre a atonia uterina, um fator que pode interferir na contração do útero é o aumento do tamanho da bexiga, pelo que é fundamental a vigilância da primeira micção após o parto. A OMS (2022) preconiza que esta deve ser documentada nas seis horas subseqüentes ao parto. A retenção urinária é definida como a incapacidade de urinar dentro de seis horas após o parto ou após a remoção do cateter vesical, no caso de cesariana (Mohr et al., 2022). Durante o ensino clínico, foi possível observar um caso em que a puérpera, após remover o cateter vesical, foi incapaz de urinar espontaneamente. Um novo cateter vesical foi inserido e, após remoção no dia seguinte, manteve a incapacidade de urinar. Optou-se por iniciar algáliação intermitente, onde a mulher permaneceu algaliada, mas com o cateter vesical clampado, tendo permissão de o descampar, quando sentisse vontade de urinar. Um dia após o início destes treinos vesicais, o cateter foi removido e a parturiente conseguiu urinar espontaneamente. Estudos recentes corroboram a eficácia desta intervenção na resolução da retenção urinária no pós-parto (Bachar et al., 2023; Mohr et al., 2022; Vitner et al., 2023).

Cuidados Prestados ao Recém-Nascido

Em relação ao recém-nascido, importa refletir sobre o primeiro banho, sobre a monitorização de glicemia capilar e sobre o contacto pele-a-pele com o pai.

O primeiro banho é um procedimento de rotina do serviço. A OMS (2022) sugere atrasá-lo, até que o recém-nascido complete, pelo menos, 24 horas de vida, dado que o banho pode ser um procedimento stressante e desencadear hipotermia, com conseqüente hipoglicemia, hipoxia e hemorragia pulmonar. Por outro lado, a presença de vérnix caseoso proporciona uma série de benefícios, como a proteção da pele e mucosas, facilitando a adaptação ao ambiente extrauterino (Cantoni & Molin, 2021). No serviço de puerpério, nem sempre é possível privilegiar-se as 24 horas, devido às rotinas do serviço e à curta duração do internamento. O primeiro banho é realizado pela enfermeira, de forma que os pais possam aprender e tirar as dúvidas, enquanto o segundo é dado por eles. No entanto, respeita-se a vontade dos casais que manifestam desejo de aguardar pelas 24 horas antes do primeiro banho.

No que diz respeito à monitorização de glicemia capilar de recém-nascidos filhos de mães diabéticas, o protocolo de atuação do serviço estipula a avaliação da glicemia capilar antes de duas mamadas consecutivas. Caso os valores estejam superiores a 50 mg/dl, suspende-se a monitorização. No entanto, a literatura revela falta de consenso quanto ao período de monitorização, e continua controversa a necessidade de rastrear os recém-nascidos de risco assintomáticos. A entidade australiana, *Queensland Clinical Guidelines* (2023), recomenda a monitorização da glicemia antes das mamadas durante 24 horas, mesmo que os valores estejam dentro do normal. Em contrapartida, a *British Association of Perinatal Medicine* (2024) não

propõe novas medições, se a terceira avaliação estiver superior a 36 mg/dl, a menos que estejam presentes sinais ou sintomas que indiquem hipoglicemia. A *American Academy of Pediatrics* (2011) sugere repetir a monitorização antes das mamadas durante 24 horas, apenas se os valores de glicemia permaneçam inferiores a 45 mg/dl. Por sua vez, a SPN (2013) determina suspender as avaliações às 12 horas de vida se glicemia superior a 45 mg/dl.

Por fim, uma prática do serviço que merece destaque é o contacto pele-a-pele com o pai, quando é clinicamente impossível realizar com a mãe ou quando estas tiveram um parto por cesariana no bloco central. Num destes casos, foi possível observar o benefício desta prática. Colocou-se o recém-nascido em contacto pele-a-pele com o pai, mas 50 minutos depois observou-se que este estava ao colo e não no tórax do progenitor. Realizou-se uma pesquisa de glicemia capilar e o valor foi de 40 mg/dl. Optou-se por não introduzir leite adaptado e por posicionar adequadamente o recém-nascido, explicando ao pai a importância desta intervenção. Após 30 minutos, uma nova avaliação da glicemia revelou um valor de 52 mg/dl. Esta observação sugere que os benefícios do contacto pele-a-pele com o pai são semelhantes aos observados quando realizado com a mãe (Huang et al., 2019; Ayala et al., 2021).

As experiências, neste ensino clínico, permitiram adquirir e desenvolver competências no âmbito do período pós-natal, através da implementação de intervenções relacionadas com a informação e orientação sobre recursos disponíveis na comunidade, sobre o crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido, apoiando a mulher e pessoa significativa em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do mesmo, sobre a sexualidade e contraceção durante este período e sobre o autocuidado e recuperação pós-parto, potenciando a saúde da mulher e intervindo em caso de complicações (OE, 2019).

Este período de estágio proporcionou, também, a aquisição e desenvolvimento de competências na área do aleitamento materno, através da implementação de intervenções de promoção, proteção, apoio e medidas corretivas a este processo (OE, 2019).

Desenvolvimento de Competências de Investigação no Âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

De acordo com o Programa Formativo, que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado e visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica descrito no Aviso nº 3916/2021, o plano de estudos deve contemplar a produção de um relatório final com uma componente de desenvolvimento de competências de investigação.

A OE refere, no Regulamento nº 140/2019, que o Enfermeiro Especialista deve suportar a sua prática clínica em evidência científica, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, investigando e colaborando em estudos de investigação, interpretando, organizando e divulgando os resultados provenientes da evidência e discutindo as implicações da investigação, com o objetivo de contribuir para a melhoria do conhecimento e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

De forma a desenvolver competências de investigação, foi realizada uma revisão integrativa da literatura. A problemática a seguir apresentada surgiu no contexto do ensino clínico decorrido no bloco de partos, onde foi observado que as parturientes se encontravam durante a quase totalidade do TP no leito. No entanto, a evidência científica demonstra que mulheres que deambulam tendem a ter primeiras fases do TP mais curtas.

Revisão Integrativa da Literatura: A Deambulação Como Intervenção Promotora da Evolução do Trabalho de Parto

A revisão integrativa da literatura tem como finalidade sintetizar o conhecimento sobre um determinado tema ou questão, de forma sistemática e abrangente (Ercole et al., 2014). De todos os métodos de revisão, esta é o mais amplo, uma vez que permite a inclusão de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do tema analisado (Souza et al., 2010). Combina, também, dados da literatura teórica e empírica (Whittemore & Knafl, 2005) que podem dar suporte à tomada de decisão e à melhoria da prática clínica, identificando lacunas do conhecimento que precisam de ser ultrapassadas com a realização de novos estudos (Polit & Beck, 2006).

Para a elaboração desta revisão integrativa foram percorridas seis etapas preconizadas pela metodologia de revisão da literatura (Mendes et al., 2008):

- Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa;
- Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou pesquisa na literatura;
- Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos;
- Avaliação dos estudos incluídos;
- Interpretação dos resultados;
- Apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Apesar de realizar uma revisão integrativa da literatura, uma vez que o objetivo é o estudo de uma intervenção, foram seguidos alguns dos princípios utilizados na elaboração de uma revisão sistemática.

Enquadramento Teórico

A adoção de posições verticais durante o trabalho de parto e parto remonta a períodos anteriores ao século XVII, quando era comum em muitas culturas ocidentais (De Jonge et al., 2004). No entanto, a predominância da posição semirreclinada, também conhecida como “posição francesa”, introduzida por François Mauriceau, marcou uma mudança significativa na abordagem obstétrica ocidental (Karamanou et al., 2013). Desde então, esta passou a ser a posição mais utilizada nos hospitais. Em contraste, nas sociedades não influenciadas pela cultura ocidental, as mulheres preferem adotar posições verticais, como estar de pé, caminhar, sentar ou agachar (Martin & Martin, 2013).

As posições dorsais, como a litotomia ou reclinada, tornaram-se comuns durante o trabalho de parto, devido à sua utilidade na execução de várias intervenções, como a monitorização fetal, o toque vaginal e a administração de analgesia epidural e perfusões intravenosas (Lawrence et al., 2013). Este tipo de posicionamento cria um ambiente de parto restritivo, que limita os movimentos das mulheres, impedindo-as de lidar com a dor e com a ansiedade durante este processo (Johnson et al., 2018).

As organizações de saúde, como o ACOG, o NICE e a OMS têm recomendado a mobilidade e a adoção de posições verticais durante a primeira fase do trabalho de parto, devido aos seus benefícios na redução da necessidade de intervenções médicas desnecessárias e na promoção da humanização dos cuidados (ACOG, 2019; NICE, 2023; OMS, 2018). Atualmente, a evidência científica tem revelado que, fisiologicamente, é melhor para a mãe e para o feto quando esta se mantém em movimento durante o trabalho de parto. As posições verticais e a mobilidade, através da ação da gravidade, auxiliam na descida da apresentação fetal até à pelve. À medida que a cabeça do feto pressiona o colo do útero, as contrações uterinas tornam-se mais frequentes, intensas e regulares, o que promove a dilatação cervical e a redução da duração do trabalho de parto (Aryani et al., 2022; Emam & Al-Zahrani, 2018; Lawrence et al., 2013). Além disso, proporcionam o ajuste do feto ao canal de parto e aumentam os diâmetros da bacia, o que por sua vez, reduz a necessidade de partos instrumentados (Aryani et al., 2022; Ibrahim et al., 2020).

Estudos recentes também demonstram que as posições eretas têm menos probabilidade de causar compressão dos grandes vasos sanguíneos maternos pelo útero, maximizando o fluxo sanguíneo uterino para a placenta e, conseqüentemente, para o feto. Desta forma, há uma

diminuição da ocorrência de padrões anómalos na frequência cardíaca fetal, uma melhoria na ventilação pulmonar e no equilíbrio ácido-base materno e fetal (Marzouk & Eid, 2020; Mirzakhani et al., 2020).

Apesar das evidências favoráveis, muitas parturientes ainda permanecem no leito durante o trabalho de parto, devido a preocupações com complicações materno-fetais, e à falta de recursos para monitorização contínua (Ibrahim et al., 2020; Mselle & Eustace, 2020).

É necessário avaliar e divulgar a evidência disponível para que as posições que são seguras e eficazes durante a primeira fase do trabalho de parto, sejam encorajadas pelos profissionais de saúde e que estes forneçam explicações claras, para que as mulheres compreendam os benefícios e os riscos das várias posições utilizadas durante o trabalho de parto, de modo a decidir, de forma consciente e informada, quais querem adotar.

É neste contexto que surge esta revisão integrativa, com o objetivo de explorar os efeitos da deambulação na duração da primeira fase do trabalho de parto e investigar a relevância da sua aplicabilidade na prática do EEESMO.

Método

De forma a dar resposta à primeira etapa da metodologia de revisão da literatura, foi elaborada a seguinte questão de pesquisa: “Qual o efeito da deambulação na duração da primeira fase do trabalho de parto?”. Apesar de ter sido realizada uma revisão integrativa da literatura, foi utilizada a estratégia PICO para efetuar a questão de pesquisa, representada pelo seguinte acrónimo:

- P - *Patient* (paciente/utente/população) - Parturientes durante a primeira fase do trabalho de parto;
- I - *Intervention* (intervenção) - Deambulação;
- C - *Comparison* (comparação) - Parturientes que não deambulam;
- O - *Outcome* (resultado) - Duração da primeira fase do trabalho de parto.

O termo deambulação é definido como o ato de caminhar ou movimentar-se de um lugar para o outro, de maneira espontânea, sem um destino certo (Marzouk & Eid, 2020).

De seguida, foram definidos os descritores MeSH (*Medical Subject Headings*) e DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): “*labor*”, “*ambulation*” e “*walking*” e os termos livres: “*labour*” e “*upright position*”. Utilizando estes descritores e os operadores booleanos, foi desenhada a seguinte frase booleana: (*labor* OR *labour*) AND (*ambulation* OR *walking* OR “*upright position*”).

A frase booleana foi introduzida nas bases de dados *PubMED*, *CINAHL Complete* e *Scopus* e aplicadas as restrições de idioma (português, inglês e espanhol) e de texto completo.

Desta pesquisa, concretizada no mês de maio de 2023, obteve-se 1514 resultados. Adicionalmente, foram identificados 5 artigos através da análise de referências bibliográficas. Após a remoção dos artigos duplicados, os restantes foram submetidos a análise dos títulos e resumos, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- Foram incluídos estudos primários do tipo experimental (ensaios clínicos randomizados controlados e estudos quase-experimentais) cujo objetivo era avaliar o efeito da deambulação da duração da primeira fase do trabalho de parto.
- Foram excluídas revisões da literatura, estudos sem grupo de controlo e que integraram mulheres e/ou fetos com patologia associada.

A seleção dos estudos foi realizada com base nos critérios acima mencionados, como demonstrado no fluxograma abaixo, elaborado com base nas diretrizes do PRISMA (Page et al., 2021). Tal como foi utilizada a estratégia PICO, também foram utilizadas as diretrizes do PRISMA com o objetivo de demonstrar como foram selecionados os estudos.

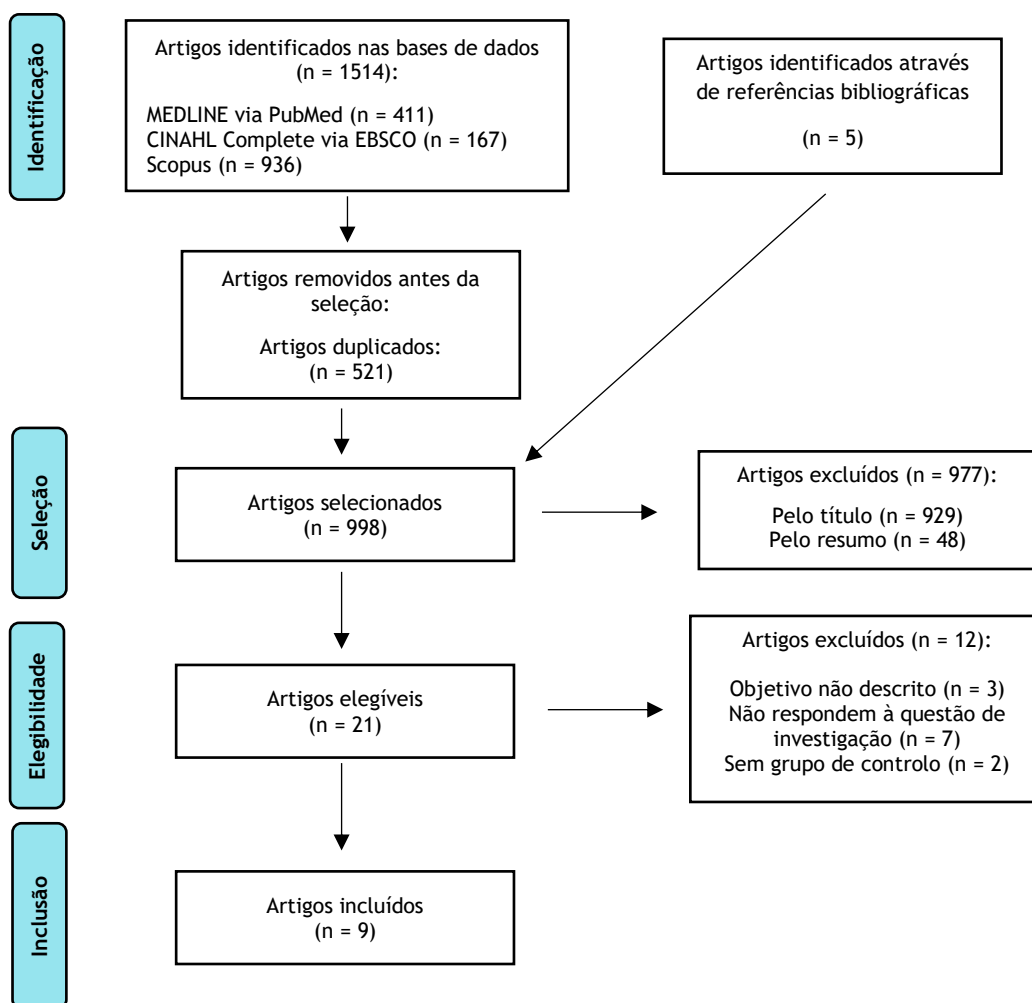


Figura 1 - Fluxograma da seleção dos artigos

Resultados

Através da pesquisa anteriormente descrita, foram selecionados 9 artigos, para realizar a leitura integral, dos quais 5 são estudos randomizados controlados e 4 são estudo quase-experimentais.

Para avaliar a qualidade metodológica dos artigos incluídos, foram utilizadas as *checklists* do *Joanna Briggs Institute*. A *Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials* (2023) compreende 13 itens e é específica para a avaliação de ensaios clínicos randomizados controlados (ANEXO I). Por sua vez, a *Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies* (2020) inclui 9 itens e é utilizada para estudos quase-experimentais (ANEXO II).

Os artigos foram analisados por dois investigadores e, dado que os autores dos inventários não propõem valores que permitam atribuir uma classificação relativa a cada item, nem à qualidade metodológica, optou-se por atribuir 1 ponto aos itens avaliados com “Yes” e 0 pontos aos avaliados com “No”, “Unclear” ou “Not applicable”, conforme sugerem Coughlan & Cronin (2017). Assim, quanto maior for a pontuação atribuída, maior será a qualidade metodológica.

Para os estudos randomizados controlados, foi estabelecido que pontuações de 0 a 5 indicam baixa qualidade metodológica, de 6 a 9 média qualidade e de 10 a 13 alta qualidade. No caso dos estudos quase-experimentais, ficou definido que pontuações de 0 a 3 indicam baixa qualidade metodológica, de 4 a 6 média qualidade e de 7 a 9 alta qualidade (Coughlan & Cronin, 2017).

Em apêndice, encontram-se os inventários com a avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados (APÊNDICE II) e o quadro que sintetiza as características dos mesmos (APÊNDICE III).

Dos artigos analisados, três estudos randomizados controlados (Bloom et al., 1998; Frenea et al., 2004; Miquelutti et al., 2007) não encontraram diferenças estatisticamente significativas na duração da primeira fase do trabalho de parto entre os grupos que deambularam e os que não deambularam, enquanto seis estudos, quatro quase-experimentais (Dhekra et al., 2020; Emam & Al-Zahrani, 2018; Marzouk & Eid, 2020; Sharma & Chinchpure, 2019) e dois randomizados controlados (Ibrahim et al., 2020; Khresheh et al., 2023) demonstraram que a deambulação diminui a duração da primeira fase do trabalho de parto.

Emam & Al-Zahrani (2018), Ibrahim et al. (2020) e Miquelutti et al. (2007) avaliaram o efeito das posições verticais, incluindo a deambulação, em comparação com as posições deitadas, em mulheres nulíparas, durante a primeira fase do trabalho de parto. Miquelutti et al. (2007) constataram que as posições verticais e a deambulação não diminuem a duração desta fase, mas são seguras e bem aceites pelas parturientes. Por sua vez, Emam & Al-Zahrani (2018) e

Ibrahim et al. (2020), que estudaram mulheres em fase ativa do trabalho de parto, demonstraram que a duração média desta fase foi menor no grupo que deambulou, em comparação com o grupo que permaneceu no leito.

Nos estudos quase-experimentais de Dhekra et al. (2020) e Marzouk & Eid (2020), onde foi estudada a influência da deambulação na progressão do trabalho de parto, os autores demonstraram que as parturientes do grupo que deambulou tiveram uma duração mais curta da primeira fase do trabalho de parto, em comparação com as do grupo que permaneceu deitado.

Já nos estudos de Bloom et al. (1998), Khresheh et al. (2023) e Sharma & Chinchpure (2019), os autores avaliaram o efeito da deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto nos resultados obstétricos, incluindo a duração desta fase, mas chegaram a conclusões diferentes. Bloom et al. (1998) estudaram 1067 mulheres em trabalho de parto espontâneo e demonstraram que a deambulação não alterou a duração desta primeira fase, uma vez que esta foi de 6.1 horas tanto no grupo que caminhou, como no que recebeu cuidados de rotina. Em contrapartida, Khresheh et al. (2023), que estudaram 290 parturientes, constataram que, em comparação com o grupo de controlo, as mulheres que caminharam tiveram uma duração mais curta da primeira fase do trabalho de parto. Também Sharma & Chinchpure (2019) afirmaram que a deambulação durante esta fase foi eficaz na redução da duração da mesma, uma vez que apenas 6.6% das participantes do grupo que caminhou tiveram uma duração desta fase superior a 14 horas, em comparação com 80% das que receberam cuidados de rotina.

Por fim, o único estudo que aborda a colocação do cateter epidural é o estudo randomizado controlado de Frenea et al. (2004), onde foi avaliada a duração do trabalho de parto, comparando a deambulação com o decúbito, em mulheres que colocaram o cateter epidural com 3 a 5 cm de dilatação do colo do útero. Os autores demonstraram que a diferença da duração desde a colocação do cateter até à dilatação cervical completa, entre o grupo de mulheres que deambulou e o grupo que permaneceu deitado, foi de aproximadamente 40 minutos a mais para as que caminharam, não apresentando diferença estatística significativa.

Discussão e Implicações Para a Prática

A presente revisão integrativa da literatura proporciona uma visão abrangente sobre o efeito da deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto, onde os resultados sugerem que deambular durante esta fase pode reduzir a sua duração.

Numa revisão sistemática da Cochrane de 2013 (Lawrence et al., 2013), foi verificado que caminhar e adotar posições verticais no primeiro estágio do trabalho de parto, não só reduz a

sua duração, como também, o risco de cesariana e a necessidade de analgesia epidural, o que vai de encontro aos resultados desta revisão da literatura. No mesmo ano, Kumud et al. (2013) investigaram o impacto das posições verticais, incluindo a deambulação, na duração da primeira fase do trabalho de parto e constataram que as parturientes que adotaram estas posições tiveram primeiras fases mais curtas.

Contrariamente a estes resultados, a revisão narrativa de Martin & Martin (2013) revelou resultados ambíguos, com apenas sete, dos dezoito estudos analisados, a demonstrar uma diminuição na duração da primeira fase do trabalho de parto associada à deambulação, tal como os de Dhekra et al. (2020), Emam & Al-Zahrani (2018), Ibrahim et al. (2020), Khresheh et al. (2023), Marzouk & Eid (2020) e Sharma & Chinchpure (2019), incluídos nesta revisão da literatura. No entanto, importa referir que os estudos que não evidenciaram alterações na duração desta fase eram mais antigos, sugerindo uma possível evolução na metodologia da pesquisa ao longo do tempo.

De igual forma, os três estudos incluídos nesta revisão integrativa que não demonstraram alteração na duração da primeira fase, são estudos antigos. Já em 1980, Williams, Thom & Studd conduziram um estudo quase-experimental, com o objetivo de determinar quais os benefícios da deambulação durante o trabalho de parto espontâneo e demonstraram que não existem vantagens, nem desvantagens. De igual modo, Stewart & Calder (1984) verificaram que caminhar não produz quaisquer benefícios consistentes, mas afirmaram que muitas mulheres preferem não ficar confinadas à cama e que não há motivos para desencorajar esta prática. Em contraste, é possível observar que desde 2018, todos os estudos revelaram diminuição da duração do trabalho de parto. Esta mudança de resultados pode ser justificada pela elaboração de estudos com mais rigor metodológico, sem contaminação das amostras e com instrumentos de avaliação mais fiáveis. Por exemplo, no estudo de Bloom et al. (1998), as parturientes do grupo de controlo podiam estar sentadas, enquanto no de Miquelutti et al. (2007), podiam se movimentar quando e como quisessem, tendo sido ignorado a influência da deambulação e das posições eretas no encurtamento desta fase.

Além da duração da primeira fase do trabalho de parto, os estudos incluídos nesta revisão também exploraram outras variáveis relevantes, como a frequência, a intensidade e a duração das contrações uterinas, a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal, tendo-se verificado que as mulheres que deambularam experienciaram contrações mais regulares, intensas e duradouras, atingiram mais rapidamente a dilatação cervical completa e a descida da apresentação fetal foi mais rápida. Estes acontecimentos podem ser explicados pelo efeito da gravidade, dado que, para além de permitir o alinhamento do feto ao canal de parto e a descida do mesmo, promove o aumento do fluxo sanguíneo para o útero, estimulando as contrações uterinas e, conseqüentemente, diminui a duração desta fase (Emam & Al-Zahrani, 2018; Ibrahim et al., 2020).

Os resultados dos estudos analisados também demonstraram que a deambulação não está associada a efeitos adversos para a mãe ou para o feto e é bem aceite pelas parturientes. Sendo uma intervenção autónoma dos EEESMO, simples, económica e sem custos associados, deve ser encorajada e incentivada. O EEESMO desempenha um papel fulcral na educação e aconselhamento das parturientes sobre as opções de mobilidade durante o trabalho de parto. Com base nas evidências disponíveis, estes fornecem informações sobre os benefícios da deambulação e incentivam-na, bem como oferecem suporte físico e emocional para que as mulheres se sintam seguras e confiantes.

Os resultados desta revisão integrativa da literatura, parecem apontar para o facto de que a deambulação pode interferir na duração da primeira fase do trabalho de parto. No entanto, seria importante o desenvolvimento de mais estudos, especialmente ensaios clínicos randomizados, que avaliassem e determinassem a influência e os efeitos da deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto, considerando apenas esta intervenção.

CONCLUSÃO

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional expõe, de forma crítica e reflexiva, o percurso desenvolvido ao longo dos diferentes contextos clínicos, o processo de conceção de cuidados, através de planos de cuidados, e a apresentação de uma revisão integrativa da literatura baseada num tema relevante para a prática clínica.

Foi um percurso exigente, difícil de conciliar as vivências pessoais, profissionais e académicas, mas todos os momentos de maior dificuldade tornaram-se momentos de aprendizagem. Trabalhar na mesma instituição onde foram realizados os ensinamentos clínicos foi uma mais-valia, pois não era necessário deslocar-se para outros locais, o que permitiu gerir e organizar o horário da melhor forma possível. Por outro lado, estar numa instituição que já se conhece a missão, a visão e o ambiente, tornou mais fácil este percurso. A adaptação a um novo serviço e a novos protocolos é sempre difícil, porém, esta dificuldade foi ultrapassada com o apoio contínuo de todos os profissionais de saúde. A possibilidade de orientação por diferentes EEESMO no mesmo ensino clínico, permitiu ter uma visão das diferentes formas de trabalhar, de comunicar com o casal e de orientar o trabalho de parto e retirar o melhor de cada prática.

Durante este período, foi possível vivenciar múltiplas experiências, todas elas enriquecedoras, que contribuíram para a melhoria dos conhecimentos teóricos e para a sua articulação com a prática clínica, com base na evidência mais atual, e para o desenvolvimento de juízo crítico. A investigação contínua revelou-se fundamental, uma vez que, atualmente, a mulher está mais empoderada e mais informada sobre o processo de gravidez, parto e pós-parto e, por isso, compete ao EEESMO estar atualizado e ser capaz de utilizar a informação para esclarecer a mulher, gerir as suas expectativas e orientá-la para os recursos adequados à situação específica e à fase do ciclo de vida reprodutivo em que se encontra.

Apesar de não ter tido oportunidade de cuidar de mulheres durante o período preconcecional e do climatério e de mulheres a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica, foi possível adquirir e desenvolver as competências preconizadas pela OE (2019) para o exercício profissional do EEESMO, designadamente as que se referem ao período pré-natal, ao trabalho de parto e período pós-natal.

De forma a dar resposta a um dos objetivos deste relatório, onde se pretendia desenvolver competências no âmbito da investigação científica, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre o efeito da deambulação na duração da primeira fase do trabalho de parto. Vários motivos limitam esta opção durante o trabalho de parto, nomeadamente a arquitetura das salas de parto, os protocolos dos serviços, as prescrições rotineiras de perfusões endovenosas e os equipamentos de monitorização de cardiocotografia. Apesar dos benefícios

conhecidos, é uma prática pouco incentivada pelos EEESMO, por isso este trabalho permitiu a partilha dos resultados, com vista à mudança de atitudes.

Embora tenha sido um percurso exigente, onde a capacidade de resiliência foi preponderante para chegar até ao fim, foi também bastante satisfatório, pois culminou com a realização de um objetivo pessoal, o de ter investido numa área que sempre despertou interesse em mim. A aquisição e consolidação de conhecimentos científicos, juntamente com o domínio das competências técnicas, permitiriam adquirir autoeficácia e mestria no desempenho do papel enquanto EEESMO.

Em suma, terminar não implica encerrar um capítulo. Este percurso foi o início de uma longa caminhada de aprendizagens e desenvolvimentos tanto pessoais, como profissionais que me levará a ser uma EEESMO de excelência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A., Reinar, L. & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Ver*, 6(6), 1-88. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Abalos, E., Sguassero, Y. & Gyte, G.M.L. (2021). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochran Database of Systematic Reviews* 2021, 1, 1-54. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008407.pub3>
- Abasi E., Tafazzoli M., Esmaily H., Hasanabadi H. (2013). The effect of maternal-fetal attachment education on maternal mental health. *Turkish Journal Of Medical Sciences*, 43, 815-820. <https://doi.org/10.3906/sag-1204-97>
- Abasi, E., Keramat, A., Borghei, N., Goli, S. & Farjamfar, M. (2021). Evaluating the effect of prenatal interventions on maternal-foetal attachment: a systematic review and meta-analysis. *Nurs. Open*, 8(1), 4-16. <https://doi.org/10.1002/nop2.648>
- Ahmed, A., Hassan, S., Mohammed, H. & Roma, N. (2023). Effect of Virtual Reality on Labor Pain intensity, Duration of the first stage, Anxiety and Satisfaction levels among Primigravidae. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(4), 33-46. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.339379>
- Al Aryani, Z., Orabi, A., & Fouly, H. (2022). Examining the impact of upright and recumbent positions on labor outcomes in Saudi Arabia: A quasi-experiment. *Belitung nursing journal*, 8(4), 316-324. <https://doi.org/10.33546/bnj.2114>
- Alan, A., Orhan, A. & Orhan, K. (2023). Evaluation of the Breastfeeding Dynamics of Neonates with Ankyloglossia via a Novel Ultrasonographic Technique. *Diagnostics*, 13, 1-14. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13223435>
- Allen, R., Rogozinska, E., Sivarajasingam, P., Khan, K. S., & Thangaratinam, S. (2014). Effect of diet- and lifestyle-based metabolic risk-modifying interventions on preeclampsia: a meta-analysis. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 93(10), 973-985. <https://doi.org/10.1111/aogs.12467>
- American Academy of Pediatrics (2011). Committee on Fetus and Newborn: Postnatal glucose homeostasis in late-preterm and term infants. *Pediatrics*, 127, 575-579. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-3851>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2010). ACOG Practice Bulletin No. 116: Management of Intrapartum Fetal Heart Rate Tracings. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1232-1240. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182004fa9>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). ACOG Practice Bulletin No. 134: Fetal Growth Restriction. *Obstetrics and gynecology*, 121(5), 1122-1133. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000429658.85846.f9>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: postpartum hemorrhage. *Obstetrics and gynecology*, 130(4), 168-186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>

- American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). ACOG Practice Bulletin No. 198: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and gynecology*, 132(3), 87-102. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002841>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics and gynecology*, 131(2), 49-64. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002501>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). *Clinical Guidance for Integration of the Findings of The ARRIVE Trial: Labor Induction Versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women*. Disponível online: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2018/08/clinical-guidance-for-integration-of-the-findings-of-the-arrive-trial>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). ACOG Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. *Obstetrics and gynecology*, 133(2), 151-155. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003083>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics and gynecology*, 133(2), 164-173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). ACOG Practice Bulletin No. 222: Gestational Hypertension and Preeclampsia. *Obstetrics and gynecology*, 135(6), 237-260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). ACOG Practice Bulletin No. 217: Prelabor Rupture of Membranes. *Obstetrics and gynecology*, 135(3), 80-97. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003700>
- American Diabetes Association (2021). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2021. *Diabetes Care*, 44(1), 15-33. <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>
- American Society of Anesthesiologists (2021). *Statement on Neuraxial Analgesia or Anesthesia in Obstetrics*. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-neuraxial-anesthesia-in-obstetrics>
- Amorim, M. M., Coutinho, I. C., Melo, I., & Katz, L. (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive health*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0315-4>
- Andersson, E., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*, 28(4), 502-508. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.006>
- Aquino, C., Saccone, G., Troisi, J., Guida, M., Zullo, F. & Berghella, V. (2020). Is Ritgen's maneuver associated with decreased perineal lacerations and pain at delivery? *J Matern Fetal Neonatal*, 33(18), 3185-3192. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1568984>
- Aquino, C., Saccone, G., Troisi, J., Guida, M., Zullo, F. & Berghella, V. (2019). Use of lubricant gel to shorten the second stage of labor during vaginal delivery. *J Matern Fetal Neonatal*, 32(24), 4166-4173. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1482271>

- Aragão, F., Aragão, P., Martins, C., Leal, K. & Tobias, A. (2019). Neuraxial labor analgesia: a literature review. *Braz J Anesthesiol*, 69(3), 291-298. <https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.12.001>
- Aryani, Z., Orabi, A. & Fouly, H. (2022). Examining the impact of upright and recumbent positions on labor outcomes in Saudi Arabia: A quasi-experiment. *Belitung Nurs J.*, 8(4), 316-324. <https://doi.org/10.33546/bnj.2114>
- Askin, D. & Wilson, D. (2006). *Problemas de Saúde de Neonatos*. In: H. M. Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica (Cap.9). Elsevier.
- Asl, B., Vatanchi, A., Golmakani, N. & Najafi, A. (2018). Relationship between behavioral indices of pain during labor pain with pain intensity and duration of delivery. *Electron Physician.*, 10(1), 6240-6248. <https://doi.org/10.19082/6240>
- Ayala, A., Christensson, K., Christensson, E., Cavada, G., Erlandsson, K. & Velandia, M. (2021). Newborn Infants Who Received Skin-to-Skin Contact with Fathers after Caesarean Sections Showed Stable Physiological Patterns. *Acta Paediatr. Int. J. Paediatr.*, 110(5), 1461-1467. <https://doi.org/10.1111/apa.15685>
- Ayres, L., Cnossen, R., Passos, C., Lima, V., Prado, M., Beirigo, B. Fatores associados ao contato pele a pele imediato em uma maternidade. *Esc Anna Nery*, 25(2). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0116>
- Azevêdo, J., Holanda, E., Abreu, D. & Holanda, V. (2023). Predisposing factors for breastfeeding in the first hour of life. *Rev Rene.*, 24, 1-10. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20232485593>
- Bachar, G., Siegler, Y., Kabakov, E., Lauterbach, R., Justman, N., Ben-Ezry, E., Weiner, E., Ganor-Paz, Y., Yefet, E., Khamaisi, T., Nachum, Z., Massalha, M., Shamali, K., Khatib, N., Zipori, Y., Weiner, Z., & Vitner, D. (2023). Intermittent vs continuous catheterization for postpartum urinary retention: A multicenter randomized controlled trial. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 5(10), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2023.101084>
- Ballard, O. & Morrow, A. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatr Clin North Am*, 60(1), 49-74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>
- Barati-Boldaji, R., Shojaei-Zarghani, S., Mehrabi, M., Amini, A., & Safarpour, A. R. (2023). Post-dural puncture headache prevention and treatment with aminophylline or theophylline: a systematic review and meta-analysis. *Anesthesia and pain medicine*, 18(2), 177-189. <https://doi.org/10.17085/apm.22247>
- Barbosa, M., Moreira, S. & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 41-47. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i1.12022>
- Barker, T. H., Stone, J. C., Sears, K., Klugar, M., Tufanaru, C., Leonardi-Bee, J., Aromataris, E. & Munn, Z. (2023). The revised JBI critical appraisal tool for the assessment of risk of bias for randomized controlled trials. *JBI Evidence Synthesis*, 21(3), 494-506. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00430>
- Bartick, M., Hernández-Aguilar, M. T., Wight, N., Mitchell, K. B., Simon, L., Hanley, L., Meltzer-Brody, S. & Lawrence, R. M. (2021). *Protocolo clínico #35 ABM: Apoiando a Amamentação Durante Hospitalização Materna ou Infantil*. <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/35-hosp-mae-bebe-formatado-portuguese.pdf>

- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(2), 1-150. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007412.pub5>
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S. & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(466). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bicocca, M. J., Sperling, J. D. & Chauhan, S. P. (2018). Intrahepatic cholestasis of pregnancy: review of six national and regional guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.*, 231, 180-187. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.10.041>
- Blondon, M. & Skeith, L. (2022). Preventing Postpartum Venous Thromboembolism in 2022: A Narrative Review. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9(886416), 1-7. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.886416>
- Bloom, S. L., McIntire, D. D., Kelly, M. A., Beimer, H. L., Burpo, R. H., Garcia, M. A., & Leveno, K. J. (1998). Lack of effect of walking on labor and delivery. *The New England journal of medicine*, 339(2), 76-79. <https://doi.org/10.1056/NEJM199807093390203>
- Blumenfeld, J. & Koo, K. (2022). Navigating uncertainty: a case study of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *J Midwifery Womens Health.*, 67(3), 398-402. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13362>
- Bohren, M., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T., Balde & M., Maya. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet*, 394(10210), 1750-1763. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Bolbol-Haghighi, N., Masoumi, S. & Kazemi, F. (2016). Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *J. Clin. Diagn. Res.*, 10(4), 12-15. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/17447.7688>
- Borovac-Pinheiro. A., Inversetti, A., Di Simone, N., Barnea, E.R. (2023). FIGO good practice recommendations for induced or spontaneous labor at term: Prep-for- Labor Triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. *Int J Gynecol Obstet.*, 163(2), 51-56. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15114>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E. & Widström, A. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Matern Child Nutr.*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C. & Grady, J. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatr.*, 112, 1633-1643. <https://doi.org/10.1111/apa.16842>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Stevens, J. & Takahashi, Y. (2018). An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr.*, 14, 1-15. <https://doi.org/10.1111/mcn.12571>
- British Association of Perinatal Medicine. (2024). Identification and Management of Neonatal Hypoglycaemia in the Full-Term Infant (Birth - 72 hours). *A BAPM Framework for Practice*. 1-42. <https://hubble-live-assets.s3.eu-west->

[1.amazonaws.com/bapm/file_asset/file/2365/Identification_and_Management_of_Neonatal_Hypoglycaemia_Jan_2024.pdf](https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.05.004)

- Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., Hall, D. R., Warren, C. E., Adoyi, G., Ishaku, S., & International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP) (2018). The hypertensive disorders of pregnancy: ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy hypertension*, 13, 291-310. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.05.004>
- Buckley, S. (2015). Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *J Perinat Educ*, 24(3), 145-153. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145>
- Bueno-Lopez, V., Fuentelsaz-Gallego, C., Casellas-Caro, M., Falgueras-Serrano, A.M., Crespo-Berros, S. & Silvano-Cocinero A.M. (2018). Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: a randomized clinical trial. *Birth*, 45(4), 385-392. <https://doi.org/10.1111/birt.12347>
- Cahill, A. G., Srinivas, S. K., Tita, A. T. N., Caughey, A. B., Richter, H. E. & Gregory, W. T. (2018). Effect of immediate vs delayed pushing on rates of spontaneous vaginal delivery among nulliparous women receiving neuraxial analgesia: a randomized clinical trial. *JAMA*, 320(14), 1444-1454. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.13986>
- Çalik, K. Y., Karabulutlu, Ö. & Yavuz, C. (2018). First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
- De Campos, D. A. & Pinto, L. (2022). *Protocolos de obstetrícia e medicina materno-fetal*. Lidel.
- Cantoni, T. & Molin, R. (2021). Benefícios do banho tardio no recém-nascido: implicações para a enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), 1-9. <https://doi.org/10.25248/REAS.e6316.2021>
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C. & Grilo, A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E. & Figueiredo, A. (2023). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidez_v5.pdf
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%Aancias%20parentais.pdf
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A. & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Referência - Revista de Enfermagem*, 4(4), 11-20. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>

- Caughey, A.B. & Tilden, E. (2021). Nonpharmacologic approaches to management of labor pain. <https://medilib.ir/uptodate/show/4455>
- Çelik, F. & Güneri, S. (2020). The relationship between adaptation to pregnancy and prenatal attachment in high-risk pregnancies. *Medicina Academica Mostariensia*, 8(2), 170-177. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%204/dnb_vol32_noSuppl%204_568.pdf
- Čėsnaite, G., Domža, G., Ramašauskaitė, D., Volochovič, J. & Bužinskienė, D. (2019). Factors affecting the maternal-foetal relationship. *Acta Med Litu.*, 26(2), 118-124. <https://doi.org/10.6001/actamedica.v26i2.4032>
- Cetisli, N. E., Arkan, G., & Top, E. D. (2018). Maternal attachment and breastfeeding behaviors according to type of delivery in the immediate postpartum period. *Revista da Associacao Medica Brasileira*, 64(2), 164-169. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.64.02.164>
- Çevik, A. & Karaduman S. (2020). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: a randomized controlled trial. *Jpn J Nurs Sci.*, 17(1), 1-9. <https://doi.org/10.1111/jjns.12272>
- Chiruvolu, A., Miklis, K., Stanzo, K., Petrey, B., Groves, C., McCord, K., Qin, H., Desai, S. & Tolia, V. (2017). Effects of Skin-to-Skin Care on Late Preterm and Term Infants At-Risk for Neonatal Hypoglycemia. *Pediatr Qual Saf.*, 2(4), 1-7. <https://doi.org/10.1097/pq9.000000000000030>
- Chiurazzi, M., Cozzolino, M., Reinelt, T., Nguyen, T.D., Chie, S., Natalucci, G. & Miletta M. (2021). Human Milk and Brain Development in Infants. *Reproductive Medicine*, 2(2), 107-117. <https://doi.org/10.3390/reprodmed2020011>
- Cohen, W. R. & Friedman, E. A. (2024). The second stage of labor. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3S), 865-875. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.014>
- Coughlan, M. & Cronin, P. (2017). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. SAGE.
- Cruz, C., Santana, F., Silva, G., Carvalho, G., Paula, C. & Casanova, M. (2018). Rotura prematura de membrana: abordagem clínica. *Femina*, 46(1), 48-53. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050100/femina-2018-461-48-53.pdf>
- Cruz, Q. S. & Mosmann, C. P. (2015). Da conjugalidade à parentalidade: vivências em contexto de gestação planejada. *Aletheia*, 47-48, 22-34. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000200003&lng=pt&tlng=pt
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dash, J., Hoffman, B. & Casey, B. (2015). *Obstetricia de Williams*. MCGRAW-HILL
- Dalgaard, B. T., Rodrigo-Domingo, M., Kronborg, H., & Haslund, H. (2019). Breastfeeding and skin-to-skin contact as non-pharmacological prevention of neonatal hypoglycemia in infants born to women with gestational diabetes; a Danish quasi-experimental study. *Sexual & reproductive healthcare : official journal of the Swedish Association of Midwives*, 19, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.10.003>

- De Jonge, A., Teunissen, T. A., & Lagro-Janssen, A. L. (2004). Supine position compared to other positions during the second stage of labor: a meta-analytic review. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 25(1), 35-45. <https://doi.org/10.1080/01674820410001737423>
- Delgado, A., Maia, T., Melo, R. & Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract.*, 35, 92-101. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.015>
- Australian Government Department of Health (2024). *Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care*. Canberra. https://files.magicapp.org/guideline/3e90d236-01ee-474c-908c-f6f23237552c/published_guideline_8382-2_1.pdf
- Despacho nº 9607/2021 da Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). Diário da República, nº192/2021, Série II, 161-163.
- Desseauve, D., Pierre, F., Fernandez, A., Panjo, H., Decatoire, A., Lacouture, P. & Fradet, L. (2019). Assessment of pelvic-Lumbar-thigh Biomechanics to optimize the childbirth position: an “In Vivo” innovative Biomechanical Study. *Scientific reports*, 9(1), 1-7. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-52338-8>
- Deusa-López, P., Cuenca-Martínez, F., Sánchez-Martínez, V. & Sempere-Rubio, N. (2024). Maternal outcomes using delayed pushing versus immediate pushing in the second stage of labour: An umbrella review International Journal of Nursing Studies, 152, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2024.104693>
- Dhekra T., Soumaya K., Ahmed H., Ahmed Z. & Haifa B. (2020). The Advantage of Maternal Mobility during Labor: A Prospective Study about 120 Cases in Mahdia. *Journal of Gynecology and Women Healthcare*, 2(2), 1-4. <https://article.scholarena.com/The-Advantage-of-Maternal-Mobility-during-Labor-A-Prospective-Study-about-120-Cases-in-Mahdia.pdf>
- Di Mascio, D., Saccone, G., Bellussi, F., Al-Kouatly, H., Brunelli, R., Panici, P., Liberati, M., D’Antonio, F. & Berghella, V. (2020). Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor in women with neuraxial analgesia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.*, 223(2), 189-203 <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.02.002>
- Didevar, M., Navvabi-Rigi, S. & Dadkhah, S. The Effectiveness of Heat Therapy and Cold Therapy in Labor Pain Intensity in Primiparous Women: A Randomized Controlled Trial. *Nurs. Midwifery Stud.*, 11, 171-176. https://doi.org/10.4103/NMS.NMS_87_21
- Dimitrouglou, M., Iliodromiti, Z., Christou, E., Volaki, P., Petrpolou, C., Sokou, R., Theodora, B. & Iacovidou, N. (2022). Human Breast Milk: The Key Role in the Maturation of Immune, Gastrointestinal and Central Nervous Systems: A Narrative Review. *Diagnostics*, 12, 1-16. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12092208>
- Direção-Geral da Saúde (2015). *Orientação nº 002/2015: Indução do trabalho de parto*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2023). *Norma 001/2023: Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2023). *Orientação nº 002/2023: Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. DGS

- Domenighi, L., Weinmann, A., Haeffner, L. & Feltrin, M. (2021). Perineal Lacerations: A Retrospective Study in a Habitual-Risk Public. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 43(8), 588-594. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735227>
- Downe, S., Gyte G., Dahlen, H. & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(7), 1-40. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>
- Eikemo, R., Vikström, A., Nyman, V., Jonas, W., & Barimani, M. (2023). Support during the postnatal period: Evaluating new mothers' and midwives' experiences of a new, coordinated postnatal care model in a midwifery clinic in Sweden. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(1), 260-270. <https://doi.org/10.1111/scs.13103>
- El Sharkawy, T., Mohamed, R., Said, S., Araby, O., & Abou-Elazab, R. (2022). Efficacy of Virtual Reality Application as a Distraction for Primiparity Women at 1st stage of Labor on Pain and Anxiety Control. *Egyptian Journal of Health Care*, 13(1), 1267-1284. <https://doi.org/10.21608/EJHC.2022.226071>
- Emam, A. & Al-Zahrani, A. (2018). Upright versus recumbent position during first stage of labor among primipara women on labor outcomes. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(7), 113-124. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n7p113>
- Ercole, F., Melo, L. & Alcoforado, C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. *Revista Mineira de Enfermagem*, 18(1), 9-11. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- European Board And College of Obstetrics and Gynaecology. (2022). The role of traditional complementary physical interventions in obstetrics - a scientific review commissioned by the European Board And College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 279, 84-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.10.009>
- Fatia, A. & Tinoco, L. (2016). *Fisiologia do Trabalho de Parto in Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Fawke, J., Wyllie, J., Udaeta, E., Rüdiger, M., Ersdal, H., Wright, M. D., Wyckoff, M. H., Liley, H. G., Rabi, Y., Weiner, G. M., & International Liaison Committee On Resuscitation Neonatal Life Support Task Force (2022). Suctioning of clear amniotic fluid at birth: A systematic review. *Resuscitation plus*, 12, 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2022.100298>
- Ferraz, L. C., Rossato, J. P., Oliveira, P. P., Roos, M. O. & Costenaro, R. G. S. (2022). Icterícia Neonatal: cuidados de enfermagem ao recém-nascido em fototerapia. *Brazilian Journal of Development*, 8(6), 48326-48333. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1714211>
- FitzGerald, S., & Salman, M. (2019). Postdural puncture headache in obstetric patients. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(681), 207-208. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702125>
- Francisco, A. A., De Oliveira, S. M. J. V., Steen, M., Nobre, M. R. C., & De Souza, E. V. (2018). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: Randomized controlled trial. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 31(5), 334-340. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.011>

- Freitas, M. & Baptista, M. (2016). Adaptação à vida extrauterina: Cuidados imediatos ao recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. Batista, *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lidel
- Frenea, S., Chirossel, C., Rodriguez, R., Bagnuet, J. P., Racinet, C., & Payen, J. F. (2004). The effects of prolonged ambulation on labor with epidural analgesia. *Anesthesia and analgesia*, 98(1), 224-229. <https://doi.org/10.1213/01.ANE.0000090317.01876.D9>
- Frey, D.P., Bauer, M.E., Bell, C.L., Low, L.K., Hassett, A.L., Cassidy, R.B., Boyer, K.D. & Sharar, S.R. (2019). Virtual reality analgesia in labor: the VRAIL pilot study-a preliminary randomized controlled trial suggesting benefit of immersive virtual reality analgesia in unmedicated laboring women. *Anesth Analg.*, 128(6), 93- 96. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003649>
- Gallos, I. D., Papadopoulou, A., Man, R., Athanasopoulos, N., Tobias, A., Price, M. J., Williams, M. J., Diaz, V., Pasquale, J., Chamillard, M., Widmer, M., Tunçalp, Ö., Hofmeyr, G. J., Althabe, F., Gülmezoglu, A. M., Vogel, J. P., Oladapo, O. T., & Coomarasamy, A. (2018). Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011689.pub3>
- George, B. & Ledbetter, M.C. (2020). Does ambulation during first stage of labor reduce the duration of labor and rate of cesarean delivery? *Evid Based Pract.*, 24, 23-24. <http://doi.org/10.1097/EBP.0000000000001112>
- Ghi, T., Eggebø, T., Lees, C., Kalache, K., Rozenberg, P. & Youssef, A. (2018). ISUOG Practice Guidelines: intrapartum ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol.*, 52(1):128-139. <https://doi.org/10.1002/uog.19072>
- Ghorbannejad, S., MehdizadehTourzani, Z., Kabir, K., & MansourehYazdkhasti (2022). The effectiveness of Jacobson's progressive muscle relaxation technique on maternal, fetal and neonatal outcomes in women with non-severe preeclampsia: a randomized clinical trial. *Heliyon*, 8(6), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09709>
- Girling, J., Knight, C. L. & Chappell, L. (2022). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Green-top Guideline No. 43. *BJOG*, 129, 95-114. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17206>
- Giuliani, E. R. J. & Lamounier, J. A. (2004). Aleitamento materno: uma contribuição científica para a prática do profissional de saúde. *J Pediatr Rio J*, 80(5), 117-118. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572004000700001>
- Gizzo, S., Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. *BioMed Research International*, 2014, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2014/638093>
- Goh, R., Goh, D. & Ellepola, H (2018). Perineal tears - A review. *Aust J Gen Pract*, 47(1), 35-38. <https://doi.org/10.31128/AFP-09-17-4333>
- Gomes, G. & Santos, A. (2017). Assistência de Enfermagem no Puerpério. *Revista Enfermagem contemporânea*, 6(2), 211-220. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>
- Goswami, S., Jelly, P., Sharma, S., Negi, R. & Sharma, R. (2022). The effect of heat therapy on pain intensity, duration of labor during first stage among primiparous women and Apgar scores: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Midwifery*, 6(66), 1-9. <https://doi.org/10.18332/ejm/156487>

- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal*. Lisboa Lidel.
- Grantz, K.L., Sundaram, R., Ma, L., Hinkle, S., Berghella, V. & Hoffman, M.K. (2018). Reassessing the duration of the second stage of labor in relation to maternal and neonatal morbidity. *Obstet Gynecol*, 131(2), 345-353. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002431>
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco Lcp, A., Delgado García, B. E., & Berghella, V. (2022). Birthing ball for reducing labor pain: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine: the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 35(25), 5184-5193. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>
- Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E. A., El-Sayed, Y. Y., Perez-Delboy, A., Rouse, D. J., Saade, G. R., Boggess, K. A., Chauhan, S. P., Iams, J. D., Chien, E. K., Casey, B. M., Gibbs, R. S., Srinivas, S. K., Swamy, G. K., ... Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network (2018). Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *The New England journal of medicine*, 379(6), 513-523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800566>
- Gür, E.Y., & Apay, S.E. (2020). The effect of cognitive behavioral techniques using virtual reality on birth pain: a randomized controlled trial. *Midwifery*, 91, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102856>
- Gutierrez, A. & Natália, S. (2019). Assistência de enfermagem em cuidados com neonatos portadores de icterícia. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*, 7(1), 130-152. <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/ictericia>
- Hajesmaeel-Gohari, S., Sarpourian, F. & Shafiei, E. (2021). Virtual reality applications to assist pregnant women: a scoping review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03725-5>
- Hamdan, H. Z., Hamdan, S. Z., & Adam, I. (2023). Association of Selenium Levels with Preeclampsia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Biological trace element research*, 201(5), 2105-2122. <https://doi.org/10.1007/s12011-022-03316-1>
- Hannon, S., Newnham, E., Hannon, K., Wuytack, F., Johnson, L., McEvoy, E., & Daly, D. (2022). Positive postpartum well-being: What works for women. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 25(6), 2971-2981. <https://doi.org/10.1111/hex.13605>
- Howland, M., Pando, C., Stang, J., Mason, S., Fields, D. & Demerath, E. (2022). Maternal Psychological Distress and Lactation and Breastfeeding Outcomes: a Narrative Review. *Clinical Therapeutics*, 44(2), 215-227. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.11.007>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L., Li, F. & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Science*, 6(4), 460-467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Huang, X., Chen, L. & Zhang, L. (2019). Effects of Paternal Skin-to-Skin Contact in Newborns and Fathers after Cesarean Delivery. *J. Perinat. Neonatal Nurs.*, 33(1), 68-73. <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000384>

- Hutchison, J., Mahdy, H. & Hutchison, J. (2023). *Stages of Labor*. StatPearls.
- Hutchon, D.J.R. (2013). Management of the Nuchal Cord at Birth. *Journal of Midwifery and Reproductive Health.*, 1(1), 4- 6. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2013.1249>
- Ibrahim, H., Said, H. & Elgzar, W. (2020). Effect of upright and ambulant positions versus lying down during the active first stage of labor on birth outcomes among nulliparous women: randomized controlled clinical trial. *Frontiers of Nursing*, 7(3), 239-248. <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0035>
- Imani, F., Lotfi, S., Aminisaman, J., Shahmohamadi, A. & Ahmadi, A. (2021). Comparison of Spinal Versus Epidural Analgesia for Vaginal Delivery: A Randomized Double Blinded Clinical Trial. *Anesth Pain Med.*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.5812/aapm.108335>
- Irani, M., Kordi, M. & Esmaily, H. (2018). Relationship between length and width of the purple line and foetal head descent in active phase of labour. *J Obstet Gynaecol*, 38(1),10-15. <https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1322044>
- Iravani, M., Siahkal, F., Bahmaei, H., Nasab, M., Ghanbari, S., Askari, S. & Zahedian, M. (2023). The Efficacy of Maternal Lateral Decubitus Position During Labor in Correcting Fetal Occiput Posterior Position and Childbirth Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 11(3), 3759-3766. <https://doi.org/10.22038/JMRH.2022.63293.1821>
- Iwanowicz-Palus, G., Marcewicz, A., & Bień, A. (2021). Analysis of determinants of postpartum emotional disorders. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03983-3>
- Janik, I., Maciejewska, M., Fabian-Danielewska, A., Korabiusz, K. & Wawryków, A. (2018). Emotional disorders in the perinatal period. *J Educ Health Sport.*, 8(9), 983-989. <https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/5980>
- Johns, E., Denison, F., Norman, J. & Reynolds, R. (2018). Gestational diabetes Mellitus: mechanisms, treatment, and complications. *Trends Endocrinol Metab.*, 29(11), 743-754. <https://doi.org/10.1016/j.tem.2018.09.004>
- Johnson, N., Nokomis, Z. & Stark, M. (2018). The Nurses' role in providing comfort during childbirth using ambulation and hydrotherapy. *International Journal of Nursing Studies*, 3(1), 123-131. <https://doi.org/10.20849/ijns.v3i1.347>
- Jones, A.J., Federspiel, J.J. & Eke, A.C. (2023). Preventing postpartum hemorrhage with combined therapy rather than oxytocin alone. *Am J Obstet Gynecol*, 5, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j>
- Jurk, S. M., Kremer, A. E. & Schleussner, E. (2021). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 81, 940-947. <https://doi.org/10.1055/a-1522-5178>
- Kähkönen, K. & Väänänen, A. (2023). Labour analgesia by single shot spinal for any parturient? A retrospective one-year single centre audit. *Acta Anaesthesiol Scand.*, 67(8), 1079-1084. <https://doi.org/10.1111/aas.14282>
- Karamanou, M., Creatsas, G., Demetriou, T., & Androutsos, G. (2013). Practising obstetrics in the 17th century: François Mauriceau (1637-1709). *Journal of obstetrics and gynaecology : the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 33(1), 20-23. <https://doi.org/10.3109/01443615.2012.725787>

- Karimi, F.Z., Miri, H.H., Khadivzadeh, T. & Maleki-Saghooni, N. (2020). The Effect of mother infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *J Turk Ger Gynecol Assoc.*, 21(1), 46-56. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138>
- Kearns, R. & Lucas D. (2023). Neuraxial analgesia in labour and the foetus. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 37, 73-86. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2023.02.005>
- Khajehei, M., Swain, J., King, J., Compton, C., Wei, W., McGee, T., Chua, S. C., & Gidaszewski, B. (2024). Optimising recovery after perineal trauma: Implementation of an evidence-based patient-centred care and clinical practice guideline. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 101584. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.01.010>
- Khresheh, R., Mosleh, S., Shoqirat, N., Mahasneh, D. & Barclay, A. (2023). Effects of Ambulation during the First Stage of Labor on Maternal and Neonatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 12(1),1-6. https://doi.org/10.4103/nms.nms_18_22
- Kinshella, M. W., Pickerill, K., Bone, J. N., Prasad, S., Campbell, O., Vidler, M., Craik, R., Volvert, M., Mistry, H. D., Tsigas, E., Magee, L. A., von Dadelszen, P., Moore, S. E., Elango, R. & the PRECISE Conceptual Framework Working Group. (2023). An evidence review and nutritional conceptual framework for pre-eclampsia prevention. *British Journal of Nutrition*, 130, 1065-1076. <https://doi.org/doi:10.1017/S0007114522003889>
- Koyucu, R. G. & Demirci, N. (2017). Effects of pushing techniques during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, 56(5), 606-612. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2017.02.005>
- Kucharska, M. (2021). Selected predictors of maternal-fetal attachment in pregnancies with congenital disorders, other complications, and in healthy pregnancies. *Health Psychology Report*, 9(3), 193-206. <https://doi.org/10.5114/hpr.2020.97295>
- Kuipers, Y. J., Van de Craen, N., Van den Branden, L., & Mestdagh, E. (2024). The midwife's support during transition to motherhood: A modified Delphi study among care providers and childbearing women. *Scandinavian journal of caring sciences*, 10.1111/scs.13250. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/scs.13250>
- Kumar, M. (2020). Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. *Paediatrics & Child Health*, 25(1), 9-11. <https://doi.org/10.1093/pch/pxz035>
- Kuralkar, P. & Kuralkar, S. V. (2010). Nutritional and Immunological Importance of Colostrum for the new born. *Veterinary World*, 3(1), 46-47. <https://www.veterinaryworld.org/Vol.3/January/Nutritional%20and%20Immunological%20Importance%20of%20Colostrum%20for%20the%20new%20born.pdf>
- Larson, S., Kovilam, O. & Agrawal, D. (2016). Immunological basis in the pathogenesis of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Expert Rev Clin Immunol.*, 12(1), 39-48. <https://doi.org/10.1586/1744666X.2016.1101344>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J. & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

- Le Ray, C., Lepleux, F., De La Calle, A., Guerin, J., Sellam, N., Dreyfus, M. & Chantry, A. (2016). Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 215(4), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog>
- Lee, N., Munro, V., Oliver, K., & Flynn, J. (2021). Maternal positioning with flexed thighs to correct foetal occipito-posterior position in labour: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 99, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103008>
- Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., Wagner, B., & Kersting, A. (2019). Associations of postpartum mother-infant bonding with maternal childhood maltreatment and postpartum mental health: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(278), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2426-0>
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. (2015). Diário da República, nº181/2015, Série I, 8059-8105.
- Lei nº 25/2014 de 2 de maio. (2014). Diário da República, nº84/2014, Série I, 2540-2604.
- Lei nº 9/2009 de 4 de março. (2009). Diário da República, nº44/2009, Série I, 1466-1530.
- Leite, M., Feitosa, A., Costa, K., Brito, L., Gonçalves, A., Sampaio, R., Magalhães, T., Gouveia, D., Marques, A., Bezerra, K., Meneses, H., Sarmiento, T., Silva, G., Sousa, M., Pires, B., Moura, W., Victor, G. & Medeiros, J. (2022). Sentimentos maternos durante o puerpério: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 11(1), 1-15. <https://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i1.23206>
- Linowes, J. (2020). *Unity 2020 virtual reality projects: Learn VR development by building immersive applications and games with Unity 2019.4 and later versions*. Packt Publishing Ltd.
- Liu, C. C., Chen, Y. C., Yeh, Y. P. & Hsieh, Y. S. (2011). Effects of maternal confidence and competence on maternal parenting stress in newborn care. *J Adv Nurs.*, 68(4), 908-918. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05796.x>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Loures: Lusodidacta
- Lucchese, I., Góes, F., Soares, I., Goulart, M., Silva, A. & Pereira-Ávila, F. Amamentação na primeira hora de vida em município do interior do Rio de Janeiro: fatores associados. *Esc Anna Nery*, 27, 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0346pt>
- Luo, R., Wen, W., Corsi, D., Fell, D., Taljaard, M., Wen, S. & Walker, M. (2023). Comparison of adverse maternal and perinatal outcomes between induction and expectant management among women with gestational diabetes mellitus at term pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(59), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05779-z>
- Madar, J., Roehr, C., Ainsworth, S., Ersdal, H., Morley, C., Rudigerj, M., Skare, C., Szczapa, T., Pas, A., Trevisanuto, D., Urlesberger, B., Wilkinson, D. & , Wyllie, J. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *RESUSCITATION*, 161, 291-326. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.014>
- Mahfouz, I. A., Asali, F., Ziara, F. M. I., Samara, B., Qudsieh, S., & Al-Rshoud, F. (2022). Enema Administration During Labor: Pregnant Women's Perspective and Knowledge. *SAGE open nursing*, 8, 1-7. <https://doi.org/10.1177/23779608221139148>

- Marshall, H. U., Shermer, E. W. & Ludvigsson, J. F. (2013). Intrahepatic cholestasis of pregnancy and associated hepatobiliary disease: a population-based cohort study. *Hepatology*, 58, 1385-1391. <https://doi.org/10.1055/a-1522-5178>
- Martin, C. J. H., & Martin, C. R. (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complementary therapies in clinical practice*, 19(1), 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2012.09.001>
- Marzouk, T. & Eid, M. I. (2020). Influence of ambulation during the first stage of labor on labor progress of primi parturientes. *Egyptian J Health Care.*, 11(3), 260-274. <https://doi.org/10.21608/EJHC.2020.110407>
- Maughan, B. C., Marin, M., Han, J., Gibbins, K. J., Brixey, A. G., Caughey, A. B., Kline, J. A. & Jarman, A. F. (2022). Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Postpartum Period: Risk Factors, Diagnostic Testing, and Treatment. *Obstet Gynecol Surv.*, 77(7), 433-444. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001043>
- McLeish, J., Harvey, M., Redshaw, M., & Alderdice, F. (2021). A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), 451-460. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.012>
- Meier, P., Patel, A., Hoban, R. & Engstrom, J. (2016). Which Breast Pump for Which Mother: An Evidenced-Based Approach to Individualizing Breast Pump Technology. *Journal of Perinatology*, 36(7), 1-7. <https://doi.org/10.1038/jp.2016.14>
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development & progress*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger, D. K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Meleis, A.I. (2010). *Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework*. In A. I. Meleis, *Transitions Theory - Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Spring Publishing Company.
- Mendes, K., Silveira R. & Galvão C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mercer R. T. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 35(5), 649-651. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00086.x>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019). Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Parecer nº 43/2019, 1-4.
- Miele, M.J.O., Pacagnella, R.C., Osis, M.J.D., Angelini, C.R., Souza, J.L. & Cecatti, J.G. (2018). "Babies born early?"-silences about prematurity and their consequences. *Reprod Health.*, 15(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0594-4>
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2007). Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(5), 553-558. <https://doi.org/10.1080/00016340601185251>

- Mirzakhani, K., Karimi, F. Z., Mohamadzadeh, V. A., Zaidi, F. F. & Mirzaii, K. H. (2020). The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 8(1), 1988-2004. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2019.38133.1423>
- Mistry, S., Gupta, R., Alam, S., Kaur, K., Shamim, A. & Puthussery, S. (2021). Gestational diabetes mellitus (GDM) and adverse pregnancy outcome in South Asia: A systematic review. *Endocrinol Diabetes Metab*, 4, 1-10. <https://doi.org/10.1002/edm2.285>
- Mohr, S., Raio, L., Gobrecht-Keller, U., Imboden, S., Mueller, M. & Kuhn, A. (2022). Postpartum urinary retention: what are the sequelae? A long-term study and review. *International Urogynecology Journal*, 33, 1601-1608. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-05074-5>
- Moncrieff, G., Gyte, G.M.L., Dahlen, H.G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A. & Downe, S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-133. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>
- Montealegre, A., Charpak, N., Parra, A., Devia, C., Coca, I., & Bertolotto, A. M. (2020). Effectiveness and safety of two phototherapy devices for the humanised management of neonatal jaundice. *Anales de pediatria*, 92(2), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.02.008>
- Monteiro, J. C. D. S., Guimarães, C. M. S., Melo, L. C. O., & Bonelli, M. C. P. (2020). Breastfeeding self-efficacy in adult women and its relationship with exclusive maternal breastfeeding. *Revista latino-americana de enfermagem*, 28, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3652.3364>
- Moore, E., Bergman, N., Anderson, G. & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), 1-100. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.
- Mor, M., Shmueli, A. & Krispin, E. (2020). Intrahepatic cholestasis of pregnancy as a risk factor for preeclampsia. *Arch Gynecol Obstet.*, 301, 655-664. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05456-y>
- Morris, A.R., Turner, A., Gilbertson, C.H., Corner, G., Mendez, A.J. & Saxbe, D.E. (2021). Physical Touch during Father-Infant Interactions Is Associated with Paternal Oxytocin Levels. *Infant Behav.*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101613>
- Mselle, L. T., & Eustace, L. (2020). Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4>
- Musters, A., Vandevenne, A.S., Franx, A. & Wassen, M. (2023). Virtual Reality Experience during Labour (VIREL); a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 23, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05432-9>
- Nabhan, A., & Boulvain, M. (2020). Augmentation of labour. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 67, 80-89. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.011>
- Nagel, E. M., Howland, M. A., Pando, C., Stang, J., Mason, S. M., Fields, D. A., & Demerath, E. W. (2022). Maternal Psychological Distress and Lactation and Breastfeeding

- Outcomes: a Narrative Review. *Clinical therapeutics*, 44(2), 215-227.
<https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.11.007>
- Najafi, Z., Mirghafourvand, M., & Ghanbari-Homaie, S. (2023). Are women with preterm labour at risk for negative birth experience? a comparative cross-sectional study from Iran. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05575-9>
- National Institute for Health and Care Excellence (2020). *Diabetes in Pregnancy: Management from preconception to the postnatal Period: Nice guideline (NG3)*. NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021). *Antenatal care: Nice guideline (NG201)*. NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence (2021). *Inducing labour: Nice guideline (NG207)*. NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence (2022). *Fetal monitoring in labour: NICE guideline (NG229)*. NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence (2023). *Hypertension in pregnancy: diagnosis and management: NICE guideline (NG133)*. NICE.
- National Institute for Health and Care Excellence (2023). *Intrapartum care: NICE guideline (NG235)*. NICE.
- Nené, M., Marques, R., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1^a ed. Lidel.
- Nilsson, I. M. S., Kronborg, H., Rahbek, K., & Strandberg-Larsen, K. (2020). The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Maternal & child nutrition*, 16(3), 1-12.
<https://doi.org/10.1111/mcn.12986>
- Nori, W., Kassim, M., Helmi, Z., Pantazi, A., Brezeanu, D., Brezeanu, A., Penciu, R. & Serbanescu, L. (2023). Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *J. Clin. Med*, 12(7203), 1-21. <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>
- Ocal, E., Akalin, S. & Otcu, S. (2023). The Importance of Perinatal Care Practices in Determining Pregnant Women's Satisfaction with Birth. *Med Records*, 5(1), 133-137.
<https://doi.org/1037990/medr.1287603>
- Oladapo, O.T., Okusanya, B.O., Abalos, E., Gallos, I.D. & Papadopoulou, A. (2020). Intravenous versus intramuscular prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 11(11), 1-56.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD009332.pub4>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República nº26/2019, Série II, 4744-4750.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio. Diário da República nº85/2019, Série II, 13560-13565.
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO)*. Colégio

da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros (2021). Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Aviso nº 3916/2021. Diário da República nº43/2021, Série II, 237-256.
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2013). *Postnatal Care for Mothers and Newborns*. WHO. Genebra
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes*. WHO. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2015). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*. WHO. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *WHO recommendations on newborn health*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Intrapartum care for a positive childbirth experience: WHO recommendations*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations Uterotonics for the prevention of postpartum haemorrhage*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the Baby-friendly Hospital Initiative for small, sick and preterm newborns*. WHO. Genebra
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term*. Genebra.
- Ovadia, C. & Williamson, C. (2016). Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Recent advances. *Clinics in dermatology*, 34(3), 327-334.
<https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.02.004>
- Oztas, H., Gokbulut, N. & Akca, E. (2023). The Effects of Sacral Massage and Music Therapy Applied to Primiparous Women in Labor on Labor Pain, Postpartum Comfort, and Posttraumatic Growth: A Randomized Controlled Trial. *IJTICMR*, 4(2), 38-49.
<https://doi.org/10.53811/ijtcmr.1313782>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

- Palmér, L., Ericson, J. (2019). A qualitative study on the breastfeeding experience of mothers of preterm infants in the first 12 months after birth. *Int Breastfeed J*, 14(35), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0229-6>
- Pan, W.L., Chen, L. & Gau, M. (2022). Accuracy of non-invasive methods for assessing the progress of labor in the first stage: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 22(608). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04938-y>
- Papoutsis, D., Antonakou, A. & Kourakos, M. (2024). Methods to reduce the number of vaginal examinations in labour progress assessment so as to support normality at childbirth. *Arch Gynecol Obstet* 309, 1115-1117. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07213-3>
- Peesay, M. (2017). Nuchal cord and its implications. *Matern Health Neonatol Perinatol.*, 3(28). 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0068-7>
- Perry, A., Stephanou, A., & Rayman, M. P. (2022). Dietary factors that affect the risk of pre-eclampsia. *BMJ nutrition, prevention & health*, 5(1), 118-133. <https://doi.org/10.1136/bmjnph-2021-000399>
- Petterson, M., Eriksson, M., & Blomberg, K. (2023). Parental experiences of home phototherapy for neonatal hyperbilirubinemia. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 27(4), 562-573. <https://doi.org/10.1177/13674935221082404>
- Phelps, K., Deavers, J., Seehusen, D. A., & Stevermer, J. J. (2018). PURL: Let low-risk moms eat during labor?. *The Journal of family practice*, 67(6), 379-380. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6001899/pdf/JFP-67-379.pdf>
- Piechota, J. & Jelski, W. (2020). Intrahepatic Cholestasis in Pregnancy: Review of the Literature. *J. Clin. Med.*, 9(1361), 1-7. <https://doi.org/10.3390/jcm9051361>
- Pillarisetty, L. & Bragg, B. (2023). *Late Decelerations*. StatPearls.
- Pillarisetty, L. & Sharma, A. (2023). *Pregnancy Intrahepatic Cholestasis*. NCBI Bookshefl.
- Pinas, A. & Chandrachan, E. (2016). Continuous cardiotocography during labour: Analysis, classification and management. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 30, 33-47. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.022>
- Pinto, R. (2019). *Pré-eclâmpsia: uma revisão das atuais e novas estratégias de rastreio e prevenção*. (Artigo de revisão, Mestrado Integrado em Medicina) Universidade de Medicina de Coimbra. <https://hdl.handle.net/10316/89950>
- Plows, J., Stanley, J., Baker, P., Reynolds, C. & Vickers, M. (2018). The Pathophysiology of Gestational Diabetes Mellitus. *Int. J. Mol. Sci.*, 19, 33-42. <https://doi.org/10.3390/ijms19113342>
- Polit D. F. & Beck C. T. (2006). *Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Poma, S., Bonomo, M. C., Gazzaniga, G., Pizzulli, M., De Silvestri, A., Baldi, C., Broglia, F., Ciceri, M., Fuardo, M., Morgante, F., Pellicori, S., Roldi, E. M., Delmonte, M. P., Mojoli, F., & Locatelli, A. (2023). Complications of unintentional dural puncture during labour epidural analgesia: a 10-year retrospective observational study. *Journal of anesthesia, analgesia and critical care*, 3(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s44158-023-00127-1>

- Pontes, D. M., Pimentel, L. G. & Carvalho, F. (2013). Eventos tromboembólicos na gestação e puerpério: revisão sistemática e recomendação atual. *FEMINA*, 41(1), 11-16. <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2013/v41n1/a3700.pdf>
- Posner, G., Dy, J., Black, A. & Jones, G. (2014). *Trabalho de parto e parto de Oxorn e Foote*. MCGRAW-HILL.
- Potra, T. M. F. S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/20608>
- Purandare, A.V. & Broom, M.A. (2015). A Twist and New Observation in a Case of Persistent Neonatal Hyperuricosuria. *Clinical Pediatrics*, 54(9), 897-899. <https://doi.org/10.1177/0009922814551136>
- Puspitasari, Y., Santoso, B., Nursalam, N. & Sulistyono, A. (2022). Investigating progressive muscle relaxation and guided imagery in pre-eclampsia treatment. *BJM*, 30(2), 101-109. <https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.2.101>
- Queensland Clinical Guidelines. (2023). Hypoglycaemia-newborn. Guideline No. MN23.8-V13-R28. *Queensland Health*. Available from: <https://www.health.qld.gov.au/qcg>
- Rahmati, J., Shahriari, M., Shahriari, A., Nataj, M., Shabani, Z. & Moodi, V. (2021). Effectiveness of Spinal Analgesia for Labor Pain Compared with Epidural Analgesia. *Anesth Pain Med.*, 11(2). <https://doi.org/10.5812/aapm.113350>
- Ramar, C. & Grimes, W. (2023). *Perineal Lacerations*. StatPearls.
- Ramiro, N., Pereira, M., Souza, R., Chaparin, B., Navarro, B. & Aver, L. (2021). The benefits of breastfeeding in the first hour of life. *Glob Clin Res.*, 1(1), 1-7. <https://globalclinicalresearchj.com/index.php/globclinres/article/view/14>
- Rana, K.A. & Chopra, S. (2013). Effect of upright positions on the duration of first stage of labor among nulliparous mothers. *Nurs Midwifery Res J.*, 9(1)10-20. <http://doi.org/10.33698/NRF0151>
- Robinson, D., Campbell, K., Hobson, S. R., MacDonald, W. K., Sawchuck, D., & Wagner, B. (2023). Guideline No. 432a: Cervical Ripening and Induction of Labour - General Information. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC*, 45(1), 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.11.005>
- Robiquet, P., Zamiara, P. E., Rakza, T., Deruelle, P., Mestdagh, B., Blondel, G., Turck, D., & Subtil, D. (2016). Observation of Skin-to-Skin Contact and Analysis of Factors Linked to Failure to Breastfeed Within 2 Hours After Birth. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 11, 126-132. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0160>
- Rodrigues, A., Rodrigues, D., Silveira, M., Paiva, A., Fialho, A. & Queiroz, A. (2020). Hospital admission in high-risk pregnancies: The social representations of pregnant women. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(3), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>
- Rolleta, C., Chantryb, A. Azriac, E., Le Raya, C. & Giraulta, A. (2023). Does a three-hour delayed pushing benefit the mode of delivery? *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, 52, 1-6 <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2023.102589>

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2016). Preventions and management of postpartum haemorrhage. *BJOG*, 124, 106-149. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14178>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2020). Assisted Vaginal Birth: green-top Guideline No. 26. *BJOG*, 127(9), 70-112. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16092>
- Ryding, E., Lukasse, M., Kristjansdottir, H., Steingrimsdottir, T. & Schei, B. (2016). Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth-a six-country cohort study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 37(3), 75-83. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1181055>
- Salati, J. A., Leathersich, S. J., Williams, M. J., Cuthbert, A., & Tolosa, J. E. (2019). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001808.pub3>
- Salehi, K., Salehi, Z., & Shaali, M. (2017). The effect of education of fetal movement counting on maternal-fetal attachment in the pregnant women: A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Pediatrics*, 5(4), 4699-4706. <https://doi.org/10.22038/ijp.2017.21795.1820>
- Santos, A. L., Miller, C. S. & Juvenato, E. L. (2018). Cuidados de enfermagem ao recém-nascido a termo em tratamento fototerápico no ambiente hospitalar. *Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde*, 8(3), 49-71. <http://nti.faculdadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/184/296>
- Santos, G. O., Ramos, M. A., Conceição, N. L. & Carmo, R. F. (2023). Icterícia Neonatal: Cuidados de Enfermagem. *Revistaft*, 27(127). <https://doi.org/10.5281/zenodo.10063338>
- Santos, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto - resumo do novo consenso da FIGO. *Acta Obstet Ginecol Port*, 10(1), 8-11. <https://scielo.pt/pdf/aogp/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Saus-Ortega, C. (2020). Promoting correct positioning and attachment in breastfeeding infants born by section cesarean in the La Fe Hospital in Spain: a best-practice implementation project. *JBI Evidence Implementation* 18(3), 297-307. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000230>
- Schanler, R. J. (2007). Evaluation of the evidence to support current recommendations to meet the needs of premature infants: The role of human milk. *Am J Clin Nutr*, 85, 625-628. <https://doi.org/10.1093/ajcn/85.2.625S>
- Segala, F., Bolzan, G., Nascimento, M., Gonçalves, D., Melchior, A., Marques de Moraes, M. & Weinmann, A. (2022). Influence of taste stimulation on sucking pressure in newborn infants at term. *CoDAS*, 34(3), 1-6. <http://doi.org/10.1590/2317-1782/20212021002>
- Sequeira, A., Pousa, O. & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel
- Shamsad, A., Kushwah, A., Singh, R. & Banerjee, M. (2023). Pharmaco-epi-genetic and pathophysiology of gestational diabetes mellitus (GDM): An overview. *Health Sciences Review*, 7, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2023.100086>

- Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., & Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: a randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06358-x>
- Sharma, N. & Chinchpure S. (2019). Assess The Effectiveness of Ambulation During First Stage of Labour on Outcome of Labour Among the Primigravida Mothers in Selected Hospital. *Journal of Community & Social Health Nursing*, 1(2), 7-18. <https://doi.org/10.5281/zenodo.2586483>
- Shatil, B. & Smiley, R. (2020). Neuraxial analgesia for labour. *BJA Education*, 20(3), 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2019.11.006>
- Shemer, E. W., Stephansson, O. & Thuresson, M. (2015). Intrahepatic cholestasis of pregnancy and cancer, immune mediated and cardiovascular diseases: A population-based cohort study. *J Hepatol.*, 63, 456-461. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.03.010>
- Shields, L. E., Goffman, D., & Caughey, A. B. (2017). Practice Bulletin n°183: Postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*, 130(4), 168-186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>
- Shitami, C. & Takenaka, K. (2016). Early puerperium involution of the uterus after Caesarian section: Basic data for use in an assessment index. *Journal of Japan Academic of Midwifery*, 30(2), 333-341. <https://doi.org/10.3418/jjam.30.333>
- Silva, A. M. N., Palumbo, I. C. B. & Almada, C. B. (2019). Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre fototerapia no setor de alojamento conjunto de um hospital escola da zona norte de SP. *Health Sci Inst*, 37(3), 213-217. https://repositorio.unip.br/wpcontent/uploads/2020/12/04V37_n3_2019_p213a217.pdf
- Silva, J., Linhares, F., Barros, A., Souza, A., Alves, D. & Andrade, P. (2018). Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. *Texto Contexto Enferm.*, 27(4). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>
- Silveira, P., Tavares, C., & Marcondes, F. (2016). Suporte emocional às gestantes que convivem com doenças crônicas: demandas de trabalho emocional do enfermeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 4, 63-68. <http://doi.org/10.19131/rpesm.0143>
- Simic, M., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A. & Stephansson, O. (2017). Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal lacerations: population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1251-6>
- Smith, D. D. & Rood, K. M. (2020). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.*, 63, 134-151. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000495>
- Smorti, M., Ginobbi, F., Simoncini, T., Pancetti, F., Carducci, A., Mauri, G., & Gemignani, A. (2021). Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: An integrative quantitative and qualitative study. *Current Psychology*, 42, 5570-5579. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013). Consenso Clínico “Hipoglicemia neonatal”. 1-10. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf

- Sousa e Silva, C. & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Referência - Revista de Enfermagem*, 4(3), 17-26.
<http://dx.doi.org/10.12707/RIII13143>
- Souza, M. T., Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Stewart, P. & Calder, A. (1984). Posture in labour: patients' choice and its effect on performance. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 91, 1091-1095..
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1984.tb15082.x>
- Stoodley, C., McKellar, L., Ziaian, T., Steen, M., Fereday, J. & Gwilt, I. (2023). The role of midwives in supporting the development of the mother-infant relationship: a scoping review. *BMC Psychol.*, 11(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01092-8>
- Surówka, J., Humaj-Grysztar, M. & Madetko, R. (2021). The midwife's role in lactation care in Poland. *Nursing Problems / Problemy Pielęgniarstwa*, 29(1), 26-30.
<https://doi.org/10.5114/ppiel.2021.110452>
- Swift, E. M., Zoega, H., Stoll, K., Avery, M. & Gottfreðsdóttir, H. (2021). Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women Birth*, 34(4), 381-388.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.008>
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V., Downe, S. & Oladapo O. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reprod Health*, 16(71), 1-20.
<https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>
- Toprak, F. & Erenel, A. (2021). Impact of Kangaroo Care after Caesarean Section on Paternal-Infant Attachment and Involvement at 12 Months: A Longitudinal Study in Turkey. *Health Soc. Care Community*, 29(5), 1502-1510.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13210>
- Tranquilli, A. L., Dekker, G., Magee, L., Roberts, J., Sibai, B. M., Steyn, W., Zeeman, G. G., & Brown, M. A. (2014). The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. *Pregnancy hypertension*, 4(2), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2014.02.001>
- Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J. & Hopp, L. (2020). *Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness*. In: Aromataris E., Munn Z. (Editors), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Turawa, E. B., Musekiwa, A., & Rohwer, A. C. (2020). Interventions for preventing postpartum constipation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 8(8), 1-46.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD011625.pub3>
- Türkmen, H. & Tuna, N. (2021). Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasirandomized controlled experimental study. *Explore*, 17(5), 438-445.
<https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.002>
- Ugwu, E., Iferikigwe, E., Obi, S., Eleje, G. & Ozumba B. (2018). Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res*, 44(7), 1252-1258.
<https://doi.org/10.1111/jog.13640>

- UNICEF. (2017). A iniciativa Amiga dos Bebés. <https://www.unicef.pt/o-quefazemos/o-nosso-trabalho-em-portugal/iniciativa-amiga-dos-bebes/a-iniciativa-amiga-dosbebes/>
- UNICEF. (2018). *Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised*. BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE. Genebra.
- Uppal, V., Russell, R., Sondekoppam, R. V., Ansari, J., Baber, Z., Chen, Y., DelPizzo, K., Dirzu, D. S., Kalagara, H., Kissoon, N. R., Kranz, P. G., Leffert, L., Lim, G., Lobo, C., Lucas, D. N., Moka, E., Rodriguez, S. E., Sehmbi, H., Vallejo, M. C., Volk, T., ... Narouze, S. (2023). Evidence-based clinical practice guidelines on postdural puncture headache: a consensus report from a multisociety international working group. *Regional anesthesia and pain medicine*, rapm-2023-104817. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/rapm-2023-104817>
- Van Beeck, E., Pridham, K. & Kuipers, Y. (2022). The intervening effect of the what being the parent of a new baby is like - revised questionnaire on maternal affect. *Research Ethics.*, 18(3), 1-13. <https://doi.org/10.1177/17470161221094929>
- Verklan, M., Walden, M., & Forest, S. (2020). *Core curriculum for neonatal intensive care nursing*. 6^a ed. rev. Elsevier Health Sciences
- Vieira, A., Costa, A. & Gomes, P. (2015). Boas práticas em aleitamento materno: Aplicação do formulário de observação e avaliação da mamada. *Rev Soc Bras Enferm Ped*, 15(1), 13-20. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201500003>
- Vieira, F., Guimarães, J., Souza, M., Sousa, P., Santos, R. & Cavalcante, A. (2018). Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 223, 18-25. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.036>
- Villela, J. P., Silva, I. de S. R., Martins, E. R. C., Ramos, R. C. A., Costa, C. M. A. & Spindola, T. (2016). Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas. *Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro*, 24(5), 1-5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.21882>
- Vitner, D., Kabakov, E., Lauterbach, R., Ben ezry, E., Weiner, E., Yefet, E., Khamaisi, T., Nachum, Z., Massalha, M. Shmali, K., Paz, Y., Khatib, N., Zipori, Y., Weiner, Z. & Bachar, G. (2023). Management of postpartum urinary retention: a multi-center randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 228(1), 67-68. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.093>
- Vizzari, G., Morniroli, D., D'Auria, A., Travella, P., Bezze, E., Sannino, P., Rampini, S., Marchisio, P., Plevani, L., Mosca, F., & Gianni, M. L. (2023). Feeding Difficulties in Late Preterm Infants and Their Impact on Maternal Mental Health and the Mother-Infant Relationship: A Literature Review. *Nutrients*, 15(9), 1-16. <https://doi.org/10.3390/nu15092180>
- Vu, D. H., Ta, B. T. T., Aasen, I. L., Le, D. Q. T., Mathisen, R., Becker, G. E., Phan, H. T., Bui, C. M., Nguyen, T. T. K., Hoang, S. T. T., & Cashin, J. (2023). Promoting Respectful Maternity Care by Reducing Unnecessary Episiotomies: Experiences from Centers of Excellence for Breastfeeding in Vietnam. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(18), 1-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182520>
- Walker, S. B., Rossi, D. M., & Sander, T. M. (2019). Women's successful transition to motherhood during the early postnatal period: A qualitative systematic review of postnatal and midwifery home care literature. *Midwifery*, 79. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102552>

- Wheeler, B. (2014). Promoção da Saúde do recém-nascido e da família. In M. Hockenberry & D. Wilson. *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente*. Loures: Lusociência
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A. & Small, R. (2017). The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(157). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1343-3>
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K. & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatr*, 108(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Williams, R. M., Thom, M. H., & Studd, J. W. (1980). A study of the benefits and acceptability of ambulation in spontaneous labour. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 87(2), 122-126. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1980.tb04504.x>
- Williamson, C. & Geenes, V. (2014). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol.*, 124, 120-133. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000346>
- Wright, A., Nassar, A., Visser, G., Ramasauskaite, D. & Theron, G. (2021). FIGO Good Clinical Practice Paper: Management of the second stage of labor. *Int J Gynecol Obstet.*, 152, 172-181. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13552>
- Wu, H., Zhu, B., & Jiang, P. (2020). The Relationship between Virtual Reality Technology and Anxiety State of Parturient Women with Labor Pain. *Science Insights*, 35(5), 236-243. <https://doi.org/10.15354/si.20.or036>
- Xiao, X., Loke, A. Y., Zhu, S. N., Gong, L., Shi, H. M., & Ngai, F. W. (2020). "The sweet and the bitter": mothers' experiences of breastfeeding in the early postpartum period: a qualitative exploratory study in China. *International breastfeeding journal*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00256-1>
- Yan, Q., Li, D., Yin, X., Jiang, N., Sun, N., Luo, Q., Pang, X., Fan, L., & Gong, Y. (2022). Development and validation of a maternal anxiety for neonatal jaundice scale in China. *BMC psychiatry*, 22(1), 526. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04161-1>
- Yeung, M., Tsang, K., Yip, B. (2019). Birth ball for pregnant women in labour research protocol: a multi-centre randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2305-8>
- Yitayew, Y., Aitaye, E., Lechissa, H. & Gebeyehu, L. (2020). Neonatal Hypothermia and Associated Factors among Newborns Admitted in the Neonatal Intensive Care Unit of Dessie Referral Hospital, Amhara Region, Northeast Ethiopia. *International Journal of Pediatrics*, 2020, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2020/3013427>
- Ylmaz, B. & Oskay, Ü. (2021). A Current View of Care of High Risk Pregnancy. *Bezmialem Science*, 9(1), 112-119. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2020.3815>
- Zaky, N. H. (2016). Effect of pelvic rocking exercise using sitting position on birth ball during the first stage of labor on its progress. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 5(4), 19-27. <https://doi.org/10.9790/1959-0504031927>
- Zhang, S., Dumas, G. & Hemmerich, A. (2020). Measurement of pubic symphysis width in different birthing positions using ultrasound. *J. Biomechan.* 113, 110-114. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2020.110114>

Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, Garmi, G. & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), 1246-1259.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

ANEXOS

ANEXO I - Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials (2023)

Assessor:	Date of Appraisal:	Record Number:
Study Author:	Study Title:	Study Year:

	Internal Validity	Choice - Comments/Justification	Yes	No	Unclear	N/A
Bias related to selection and allocation						
1	Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Was allocation to treatment groups concealed?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Were treatment groups similar at the baseline?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to administration of intervention/exposure						
4	Were participants blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Were those delivering the treatment blind to treatment assignment?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bias related to assessment, detection and measurement of the outcome						
7	Were outcome assessors blind to treatment assignment?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Were outcomes measured in the same way for treatment groups?		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Were outcomes measured in a reliable way		Yes	No	Unclear	N/A
	Outcome 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Outcome 5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bias related to participant retention

10	Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analysed?					
	Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Statistical Conclusion Validity

11	Were participants analysed in the groups to which they were randomized?					
	Outcome 1		Yes	No	Unclear	N/A

Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 2		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 3		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 4		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 5		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 6		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outcome 7		Yes	No	Unclear	N/A
Result 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Result 3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12	Was appropriate statistical analysis used?				
	Outcome 1	Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 2	Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Outcome 3	Yes	No	Unclear	N/A
	Result 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Result 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO II - Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (2020)

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the participants included in any comparisons similar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Was there a control group?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	<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)

APÊNDICES

APÊNDICE I - Poster sobre os benefícios da deambulação realizado no âmbito da consulta de obstetria



APÊNDICE II - Avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados

- **Autores:** Bloom, et al.
- **Ano:** 1998
- **Título:** Lack of effect of walking on labor and delivery
- **Tipo de estudo:** Clínico randomizados controlado

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?			X	
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?			X	
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?		X		
6. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
7. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?		X		
8. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
11. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?			X	
De 0 a 5 pontos - Baixa qualidade metodológica De 6 a 9 pontos - Moderada qualidade metodológica De 10 a 13 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 8/13

- **Autores:** Frenea, et al.
- **Ano:** 2004
- **Título:** The Effects of Prolonged Ambulation on Labor with Epidural Analgesia
- **Tipo de estudo:** Clínico randomizados controlado

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?	X			
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?			X	
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?			X	
6. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?			X	
7. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
8. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
11. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?			X	
De 0 a 5 pontos - Baixa qualidade metodológica De 6 a 9 pontos - Moderada qualidade metodológica De 10 a 13 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 9/13

- **Autores:** Miquelutti, et al.
- **Ano:** 2007
- **Título:** Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial
- **Tipo de estudo:** Clínico randomizados controlado

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?	X			
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?			X	
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?			X	
6. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?			X	
7. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
8. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
11. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?			X	
De 0 a 5 pontos - Baixa qualidade metodológica De 6 a 9 pontos - Moderada qualidade metodológica De 10 a 13 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 9/13

- **Autores:** Emam, A. & Al-Zahrani, A.
- **Ano:** 2018
- **Título:** Upright versus recumbent position during first stage of labor among primipara women on labor outcomes
- **Tipo de estudo:** Quasi-experimental

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
2. Were the participants included in any comparisons similar?	X			
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	X			
4. Was there a control group?	X			
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9. Was appropriate statistical analysis used?	X			
De 0 a 3 pontos - Baixa qualidade metodológica De 4 a 6 pontos - Moderada qualidade metodológica De 7 a 9 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 9/9

- **Autores:** Sharma, N. & Chinchpure S.
- **Ano:** 2019
- **Título:** Assess The Effectiveness of Ambulation During First Stage of Labour on Outcome of Labour Among the Primigravida Mothers in Selected Hospital
- **Tipo de estudo:** Quasi-experimental

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
2. Were the participants included in any comparisons similar?	X			
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	X			
4. Was there a control group?	X			
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9. Was appropriate statistical analysis used?	X			
De 0 a 3 pontos - Baixa qualidade metodológica De 4 a 6 pontos - Moderada qualidade metodológica De 7 a 9 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 9/9

- **Autores:** Marzouk, T. & Eid, M.
- **Ano:** 2020
- **Título:** Influence of Ambulation during the First Stage of Labor on Labor Progress of Primi Parturients
- **Tipo de estudo:** Quasi-experimental

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
2. Were the participants included in any comparisons similar?	X			
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	X			
4. Was there a control group?	X			
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9. Was appropriate statistical analysis used?	X			
De 0 a 3 pontos - Baixa qualidade metodológica De 4 a 6 pontos - Moderada qualidade metodológica De 7 a 9 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 9/9

- **Autores:** Dhekra et al.
- **Ano:** 2020
- **Título:** The Advantage of Maternal Mobility during Labor: A Prospective Study about 120 Cases in Mahdia
- **Tipo de estudo:** Quasi-experimental

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
2. Were the participants included in any comparisons similar?	X			
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?			X	
4. Was there a control group?	X			
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?			X	
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?			X	
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9. Was appropriate statistical analysis used?	X			
De 0 a 3 pontos - Baixa qualidade metodológica De 4 a 6 pontos - Moderada qualidade metodológica De 7 a 9 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 6/9

- **Autores:** Ibrahim et al.
- **Ano:** 2020
- **Título:** Effect of upright and ambulant positions versus lying down during the active first stage of labor on birth outcomes among nulliparous women: randomized controlled clinical trial
- **Tipo de estudo:** Clínico randomizados controlado

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?	X			
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?			X	
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?			X	
6. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?			X	
7. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
8. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
11. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			
De 0 a 5 pontos - Baixa qualidade metodológica De 6 a 9 pontos - Moderada qualidade metodológica De 10 a 13 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 10/13

- **Autores:** Khresheh et al.
- **Ano:** 2023
- **Título:** Effects of Ambulation during First Stage of Labor on Maternal and Neonatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial
- **Tipo de estudo:** Clínico randomizados controlado

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?	X			
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?			X	
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?			X	
6. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
7. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
8. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
9. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
10. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
11. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			
De 0 a 5 pontos - Baixa qualidade metodológica De 6 a 9 pontos - Moderada qualidade metodológica De 10 a 13 pontos - Alta qualidade metodológica				SCORE: 11/13

APÊNDICE III - Quadro síntese dos artigos selecionados

Estudo	Objetivo	Participantes	Intervenção	Resultados	Qualidade metodológica JBI
Bloom, S. et al. (1998) Randomizado controlado	Avaliar o efeito da deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto nos resultados obstétricos em mulheres com gestações a termo sem complicações.	1067 mulheres: - nulíparas ou múltiparas - 36 a 41 semanas de gestação - trabalho de parto espontâneo - feto em apresentação cefálica - 3 a 5 cm de dilatação cervical	Grupo de controlo: 536 mulheres confinadas à cama, mas podiam escolher entre a posição supina, lateral ou sentada. Grupo de intervenção: 531 mulheres incentivadas a caminhar, mas orientadas a voltar à cama quando necessitassem de analgesia endovenosa ou epidural.	Não houve diferença significativa entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no que diz respeito à furação da primeira fase do trabalho de parto (6,1 horas em ambos os grupos, P = 0,83).	8/13
Frenea, S. et al. (2004) Randomizado controlado	Avaliar a duração do trabalho de parto e o score de dor, comparando a deambulação com o decúbito em mulheres com gestações a termo sem complicações e que receberam analgesia epidural.	61 mulheres: - gravidez única - 37 a 42 semanas de gestação - apresentação cefálica - dilatação cervical de 3 a 5 cm aquando da colocação do cateter epidural	Grupo de controlo: 31 parturientes confinadas à cama em decúbito dorsal ou lateral. Grupo de intervenção: 30 parturientes aconselhadas a caminhar pelo menos 15 minutos a cada hora ou 25% da duração da 1ª fase do trabalho de parto.	Não houve diferença significativa na duração do primeiro estágio do trabalho de parto, desde a colocação do cateter epidural até à dilatação completa (239 ± 125 minutos no grupo de intervenção e 199 ± 111 minutos no grupo de controlo, P = 0,23).	9/13
Miquelutti, M. et al. (2007) Randomizado controlado	Avaliar o efeito das posições verticais (de pé, sentada, agachada, ajoelhada ou deambular) em nulíparas durante a primeira fase do trabalho de parto, na dor, na satisfação e nos resultados obstétricos e perinatais.	107 parturientes: - 16-40 anos - nulíparas - 37 a 42 semanas de gestação - feto único em apresentação cefálica - 3 a 5 cm de dilatação cervical	Grupo de controlo: 53 mulheres receberam cuidados de rotina, mas eram livres para se movimentar durante o trabalho de parto. Grupo de intervenção: 54 mulheres receberam informações sobre os benefícios das posições verticais e foram incentivadas a assumir essas posições quando estavam há 30 minutos em posição supina.	Não houve diferença significativa entre o grupo de intervenção (± 390 minutos) e o grupo de controlo (± 325 minutos) no que diz respeito à duração da primeira fase do trabalho de parto (P = 0,5914).	9/13
Emam, A. & Al-Zahrani, A. (2018) Quase-experimental	Avaliar o efeito da posição vertical versus posição reclinada durante a fase ativa do trabalho de parto entre mulheres primíparas nos resultados do trabalho de parto em termos de progressão, duração, tipo de parto, resultados neonatais e satisfação materna.	100 parturientes: - 20-35 anos - primíparas - 37 a 41 semanas de gestação - feto único em posição occipito-anterior - fase ativa do trabalho de parto, com início espontâneo - membranas integras	Grupo de controlo: 50 mulheres encorajadas a assumir uma posição reclinada por 15 a 20 minutos a cada hora. Grupo de intervenção: 50 mulheres informadas sobre os benefícios de mudar de posição durante a primeira fase do trabalho de parto. Incentivadas a assumir posições verticais alternadamente durante 15-20 minutos a cada hora.	A duração da primeira fase do trabalho de parto foi significativamente menor no grupo de intervenção com P ≤ .001. 92% das mulheres do grupo de intervenção teve uma duração do primeiro estágio do trabalho de parto entre 10 e 12 horas em comparação com 66% do grupo de controlo.	9/9

Sharma, N. & Chinchpure S. (2019) Quase-experimental	Avaliar a eficácia da deambulação e dos cuidados de rotina, na primeira fase do trabalho de parto, nos resultados do parto entre primigestas.	60 primigestas: - 36 a 40 semanas de gestação - em trabalho de parto - sem rotura de membranas	Grupo de controlo: 30 mulheres receberam cuidados de rotina, sem incentivo à deambulação. Grupo de intervenção: 30 mulheres incentivadas a caminhar quando não sentissem contrações.	A duração da primeira fase do trabalho de parto foi significativamente menor no grupo de intervenção com $P < 0,0001$. 6,6% das parturientes no grupo de intervenção tiveram uma duração superior a 14 horas comparado com 80% das mulheres do grupo de controlo.	9/9
Marzouk, T. & Eid, M. (2020) Quase-experimental	Avaliar a influência da deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto na evolução do trabalho de parto de parturientes primíparas.	86 parturientes: - primíparas - ≥ 37 semanas de gestação - feto único em posição occipito-anterior - fase ativa do trabalho de parto - sem rotura de membranas	Grupo de controlo: 43 mulheres receberam cuidados de rotina enquanto adotavam a posição habitual de semi-sentada e decúbito lateral esquerdo. Grupo de intervenção: 43 mulheres orientadas a deambular pelo corredor da unidade e a repousar em decúbito lateral esquerdo.	As parturientes do grupo que deambularam tiveram uma duração mais curta da fase ativa do primeiro período do trabalho de parto em comparação com as do grupo de controlo em 2,3 horas ($P < 0,001$).	9/9
Dhekra, T. et al. (2020) Quase-experimental	Estudar a posição ideal durante o trabalho de parto e descrever o impacto da deambulação na progressão do trabalho de parto e nos resultados maternos e neonatais.	120 parturientes: - 36 a 42 semanas de gestação - feto único em apresentação cefálica - trabalho de parto espontâneo - menos de 3 cm de dilatação cervical na admissão	Grupo de controlo: 60 mulheres incentivadas a permanecer deitadas durante o trabalho de parto. Grupo de intervenção: 60 mulheres encorajadas a deambular até à dilatação cervical completa.	A duração da primeira fase do trabalho de parto foi menor no grupo de intervenção ($7,9 \pm 1,3$ horas) em comparação com o grupo de controlo ($11,88 \pm 1,9$ horas) ($P = 0,01$).	6/9
Ibrahim, H. et al. (2020) Randomizado controlado	Analisar o efeito das posições verticais e da deambulação versus as posições deitadas durante a primeira fase ativa do trabalho de parto nos resultados do parto em mulheres nulíparas.	150 parturientes: - nulíparas - gravidez única de termo - feto de tamanho normal em posição occipito-anterior - fase ativa da 1ª fase do trabalho de parto - intenção de parto vaginal espontâneo	Grupo de controlo: 75 mulheres permaneceram deitadas na cama. Grupo de intervenção: 75 mulheres assumiram posições verticais ou deambularam durante 20-25 minutos a cada 1 hora. Depois, eram encorajadas a deitar em posição lateral esquerda e repetir estas posições até à dilatação completa.	A duração média do primeiro estágio do trabalho de parto foi menor no grupo de intervenção ($11,88 \pm 2,50$ horas) em comparação com o grupo de controlo ($12,74 \pm 1,86$ horas) ($P = 0,018$).	10/13
Khresheh, R. et al. (2023) Randomizado controlado	Analisar o efeito da deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto na duração da mesma, na intensidade da dor, no uso de analgésicos, no número de partos vaginais e na satisfação com a experiência com o parto.	290 parturientes: - primíparas - 37 a 41 semanas de gestação - gestação única - 3 a 5 cm de dilatação cervical	Grupo de controlo: 150 mulheres receberam cuidados de rotina. Grupo de intervenção: 140 mulheres foram encorajadas a deambular fora do quarto e pelo bloco de partos.	Em comparação com o grupo de controlo, as mulheres do grupo de intervenção tiveram uma duração mais curta da primeira fase do trabalho de parto ($t = -171,25$, $P < 0,001$).	11/13