



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica**

**Efeitos na mulher e no feto/recém-nascido da
utilização do óxido nitroso durante o trabalho
de parto**

**PROJETO DE ESTÁGIO DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA
ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E
OBSTÉTRICA**

Andreia Nunes Brito

Porto, 2024

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

EFEITOS NA MULHER E NO FETO/RECÉM-
NASCIDO DA UTILIZAÇÃO DO ÓXIDO NITROSO
DURANTE O TRABALHO DE PARTO: Projeto de
estágio de desenvolvimento de competências
clínicas especializadas na área da Enfermagem
de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso e coorientado pela
Mestre Nádia Gomes.

Porto, 2024

AGRADECIMENTO

Às docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em particular, à coordenadora do curso e minha orientadora, Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pela orientação, apoio e encorajamento constantes ao longo dos dois últimos anos do meu percurso formativo.

À professora, assistente convidada da ESEP e Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermeira Nádia Gomes, por todo o carinho e disponibilidade.

Às minhas orientadoras, à “Equipa 5”, o agradecimento pela partilha de conhecimento, pelo acompanhamento constante e pela orientação profissional que enriqueceram a minha prática clínica.

Às minhas colegas de curso, que mais do que colegas, sei que levo amigas para a vida, o meu agradecimento por compartilharmos e comemorarmos juntas as conquistas, profissionais e pessoais de cada uma e por estarem sempre disponíveis para os desabafos e frustrações. Sem vocês esta conquista não seria a mesma!

Ao meu namorado, João, e à minha família, especialmente à minha irmã, Diana, por serem o alicerce constante na minha vida, por sempre me motivarem a continuar e por estarem sempre ao meu lado.

A todas as mulheres, casais e bebés de quem tive o prazer de cuidar.

O meu carinhoso e sincero

Obrigado.

RESUMO

O presente relatório de estágio visa descrever criticamente o meu percurso de aprendizagem e as atividades desenvolvidas ao longo dos estágios da Unidade Curricular - Estágio de natureza profissional com relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, que decorreu num centro hospitalar geral e diferenciado entre 12 de setembro de 2023 e 25 de junho de 2024. O objetivo do estágio foi aprimorar o conhecimento e adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à mulher inserida na família e na comunidade, abrangendo o período pré-natal, o trabalho de parto e o período pós-parto.

No decorrer do estágio, em particular, durante o contexto de estágio de internamento de grávidas com complicações, emergiu a curiosidade de aprofundar uma temática relacionada com a dor durante o trabalho de parto, nomeadamente a utilização do óxido nitroso como uma estratégia farmacológica para o alívio da dor de trabalho de parto. O óxido nitroso associado a 50% de oxigénio, é uma analgesia inalatória amplamente utilizada em alguns países, como Estados Unidos ou Noruega, durante o trabalho de parto. Em Portugal esta via de analgesia é pouco comum e usada em contextos clínicos específicos, mas que tem vindo a despertar curiosidade da sua aplicação na obstetrícia. A possibilidade de oferecer às mulheres a alternativa de utilizar o óxido nitroso, enquanto método para alívio da dor durante o trabalho de parto, pode ter um efeito positivo, no sentido em que promove um sentimento de capacitação, de empoderamento, uma vez que são as próprias que controlam a sua administração. Neste sentido, surgiu a elaboração de uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de identificar os efeitos do uso do óxido nitroso durante o trabalho de parto para a mulher e para o feto/recém-nascido. Em suma, o óxido nitroso demonstra ser uma opção analgésica vantajosa durante o trabalho de parto, proporcionando alívio eficaz da dor e redução da ansiedade, o que contribui para uma experiência de parto

mais positiva e empoderadora para as mulheres. Embora os estudos revisados não apontem efeitos adversos significativos para o feto ou recém-nascido, permanece a necessidade de mais pesquisas que avaliem a sua segurança a longo prazo. Além disso, é essencial continuar a explorar formas de otimizar a administração do óxido nitroso, garantindo maior segurança e conforto materno.

Palavras-chave: Óxido nitroso; Trabalho de parto; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

This internship report aims to critically describe my learning path and the activities developed throughout the internships of the Curricular Unit - Professional internship with report, within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, which took place in a general and differentiated hospital center between September 12, 2023 and June 25, 2024. The objective of the internship was to improve knowledge and acquire skills in the provision of specialized nursing care to women inserted in the family and in the community, covering the prenatal period, labor and postpartum period.

During the internship, particularly during the internship involving pregnant women with complications, I became interested in exploring a topic related to pain during labor, namely the use of nitrous oxide as a pharmacological strategy for relieving labor pain. Nitrous oxide combined with 50% oxygen is an inhaled analgesic widely used in some countries, such as the United States and Norway, during labor. In Portugal, this analgesic route is uncommon and used in specific clinical contexts, but it has been arousing curiosity about its application in obstetrics. The possibility of offering women the alternative of using nitrous oxide as a method for pain relief during labor can have a positive effect, in the sense that it promotes a feeling of empowerment, since they themselves are the ones who control its administration. In this sense, an integrative literature review was developed with the aim of identifying the effects of the use of nitrous oxide during labor for the woman and the fetus/newborn. In summary, nitrous oxide proves to be an advantageous analgesic option during labor, providing effective pain relief and reducing anxiety, which contributes to a more positive and empowering childbirth experience for women. Although the reviewed studies do not indicate significant adverse effects for the fetus or newborn, there remains a need for further research to assess its long-term safety. Additionally, it is essential to continue exploring ways to optimize the administration of nitrous oxide, ensuring greater maternal safety and comfort.

Keywords: Nitrous oxide; Labor; Maternal and Obstetric Health Nursing

CHAVE DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynaecologists

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

CTG – Cardiotocografia

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DG – Diabetes Gestacional

DGS – Direção-Geral da Saúde

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

HTA – Hipertensão Arterial

IASP - International Association for the Study of Pain

IG – Idade Gestacional

ITP – Indução do trabalho de parto

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PCEA - Patient Controlled Epidural Analgesia

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SGB - Streptococcus do grupo B

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SU – Serviço de Urgência

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL – GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	15
1.1. Condições de saúde/doença e gravidez	15
1.1.1. Intervenções resultantes de prescrição	16
1.2. Da conceção à implementação da assistência durante o internamento por gravidez com complicações	22
1.2.1. Caso: Enfrentar uma ameaça de parto pré-termo e um internamento prolongado no serviço de grávidas de risco após um abortamento do 2.º trimestre	23
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO	35
2.1. Trabalho de parto	36
2.1.1. Intervenções resultantes de prescrição	38
2.1.2. Medidas universais na assistência durante trabalho de parto	42
2.1.3. Facilitar o trabalho de parto	45
2.2. Da conceção à implementação da assistência intraparto: uma reflexão com base em casos clínicos	53
2.2.1. Uma força da natureza	54
2.2.2. Atonia uterina, uma emergência obstétrica	73
2.2.3. O empowerment da mulher	84
2.2.4. Parturiente com diabetes gestacional	97
2.3. Efeitos na mulher e no feto/recém-nascido da utilização do óxido nitroso durante o trabalho de parto: revisão integrativa de literatura	113
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL	129
3.1. Puerpério: as primeiras 48/72h pós-parto	129
3.1.1. Cuidados à puérpera	131

3.2. Adaptação à parentalidade: promoção das competências parentais	135
3.3. Desenvolvimento infantil no período de recém-nascido	139
3.4. Da conceção à implementação dos cuidados pós-parto: Tornar-se puérpera, tornar-se mãe	141
4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	156
CONCLUSÃO	162
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	165
ANEXOS	183

ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos, PRISMA (2020).	121
---	-----

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1- Eventos cronológicos da evolução do trabalho de parto	56
Tabela 2 - Eventos cronológicos da evolução do trabalho de parto	86
Tabela 3 - Eventos cronológicos da evolução do trabalho de parto	99

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Gravidez e Adaptação à gravidez: dados, diagnósticos e intervenções.....	27
Quadro 2 - Adaptação à Parentalidade: dados, diagnósticos e intervenções	32
Quadro 3 - Trabalho de parto e Parto: diagnósticos e intervenções.....	60
Quadro 4 - Comportamentos para amamentar: diagnósticos e intervenções	72
Quadro 5 - Trabalho de parto: diagnósticos e intervenções.....	77
Quadro 6 - Pós-parto: diagnósticos e intervenções	80
Quadro 7 - Trabalho de parto e Parto: diagnósticos e intervenções.....	88
Quadro 8 - Comportamentos para amamentar: diagnósticos e intervenções	96
Quadro 9 - Metabolismo: diagnósticos e intervenções.....	101
Quadro 10 - Trabalho de parto: diagnósticos e intervenções	103
Quadro 11 - Comportamentos para amamentar: diagnósticos e intervenções.....	111
Quadro 12 - Dor por ferida abdominal: diagnósticos e intervenções	146
Quadro 13 - Ferida cirúrgica: diagnósticos e intervenções.....	147

Quadro 14 - Comportamentos para amamentar: diagnósticos e intervenções.....	149
Quadro 15 - Adaptação à parentalidade: diagnósticos e intervenções.....	150
Quadro 16 - Recém-nascido: diagnósticos e intervenções.....	153
Quadro 17 - Registo de experiências clínicas.....	161

INTRODUÇÃO

O presente relatório é elaborado no âmbito do estágio de natureza profissional com relatório final, inserido no plano de estudos do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), referente ao ano letivo 2023/2024, que decorreu num hospital geral e diferenciado entre 12 de setembro de 2023 e 25 de junho de 2024. O estágio decorreu nos serviços de internamento de grávidas de risco, internamento de puérperas e de recém-nascidos e na sala de partos de um hospital central diferenciado da região norte de Portugal.

Pretende-se com este relatório demonstrar o processo de desenvolvimento de competências, essenciais para o exercício profissional como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). O estágio de natureza profissional permitiu não só consolidar e aprofundar o conhecimento teórico, aplicando-o na prática clínica sob orientação e supervisão, mas também o desenvolvimento de competências em áreas como identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica, centrados nomeadamente nas necessidades de cuidados à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e com necessidades especiais.

O EEESMO, segundo o Regulamento n.º 391/2019 do Diário da República, contém um conjunto de competências especializadas destinadas a promover a saúde da mulher em todas as fases do seu ciclo reprodutivo, desde o planeamento familiar até ao climatério, reconhecendo a mulher não só como

pessoa no seu todo, mas também as suas pessoas significativas (OE, 2019). Além disso, o EEESMO também proporciona assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e desempenha um papel na promoção da saúde no âmbito da comunidade.

Durante a prática clínica surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos relativamente à dor e como a aliviar durante o trabalho de parto, nomeadamente, o uso do óxido nitroso como estratégia farmacológica para alívio da dor de trabalho de parto. O óxido nitroso associado a 50% de oxigénio, é uma analgesia inalatória amplamente utilizada em alguns países, como Estados Unidos ou Noruega, durante o trabalho de parto. Em Portugal esta via de analgesia é pouco comum e usada em contextos clínicos específicos, mas que tem vindo a despertar curiosidade da sua aplicação na obstetrícia. A possibilidade de oferecer às mulheres a utilização do óxido nitroso, enquanto recurso para aliviar a dor durante o trabalho de parto, pode ter um efeito positivo, no sentido em que lhes promove um sentimento de capacitação e de empoderamento, uma vez que são as próprias a controlar a administração. Nesse sentido, desenvolveu-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de perceber e identificar os efeitos do uso do óxido nitroso durante o trabalho de parto para a mulher e para o feto/recém-nascido.

O presente documento encontra-se estruturado conforme as normas orientadoras dos trabalhos académicos da ESEP e está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo diz respeito ao desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pré-natal, nomeadamente no serviço de grávidas de risco. De igual forma, no segundo e terceiro capítulo, descreve-se o processo de aquisição de competências, através da conceção de cuidados, no âmbito do cuidar a mulher durante o trabalho de parto e no âmbito do cuidar a mulher durante o período pós-natal, respetivamente. O segundo capítulo inclui, ainda, um subcapítulo no qual se

apresenta os resultados da revisão integrativa da literatura centrada nos efeitos na mulher e no feto/recém-nascido da utilização do óxido nitroso durante o trabalho de parto. Por fim, o quarto capítulo e último capítulo abrange um pensamento crítico-reflexivo relativo ao percurso de aprendizagem e ao desenvolvimento de competências específicas ao EEESMO.

A metodologia adotada como suporte ao desenvolvimento da revisão integrativa da literatura assenta na prática baseada em evidências, através de pesquisa bibliográfica realizada por meio do agregador de conteúdos *EBSCOHost* e nos motores de busca *Scopus*, *Pubmed* e *Google Académico*. O processo de conceção de cuidados apresentado está descrito conforme a *Nursing Ontos*.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL – GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O estágio decorreu no serviço de grávidas de risco, sob a orientação de duas EEESMO. O serviço é constituído pelo internamento de grávidas com patologia associada, mas também como internamento de pré e pós-operatório de mulheres com patologias do foro ginecológico, contemplando três quartos duplos. A presença dos acompanhantes é permitida durante o período diurno, entre as 12h e as 20h.

1.1. Condições de saúde/doença e gravidez

A gravidez é um período de transformações significativas para a mulher, exigindo cuidados específicos para assegurar a saúde da grávida e, também do recém-nascido. Durante a gravidez, o corpo da mulher passa por várias mudanças fisiológicas e hormonais que preparam o ambiente uterino para o desenvolvimento fetal, ao longo de 40 semanas (Franco, 2016). No entanto, algumas gravidezes podem ser classificadas como de risco, devido a condições pré-existentes, complicações que surgem durante a gravidez, ou fatores relacionados com o estilo de vida da grávida. Gravidez de risco é definida como aquela em que a vida ou a saúde da grávida e/ou do feto está em perigo e necessita de tratamento específico para prevenir complicações

graves (ACOG, 2019; Cunningham et al., 2018). Fatores como hipertensão, diabetes gestacional, idade materna avançada e antecedentes obstétricos desfavoráveis aumentam significativamente o risco de complicações (Carroll et al., 2019; Lisonkova & Joseph, 2013). Portanto, é essencial que as grávidas de risco recebam cuidados pré-natais adequados e individualizados para garantir os melhores resultados materno-fetais e neonatais.

A gravidez representa um projeto de grande investimento pessoal e emocional, frequentemente acompanhado por dúvidas e sentimentos contraditórios. O internamento hospitalar durante a gravidez, embora necessário para o tratamento e prevenção de complicações, pode aumentar os níveis de ansiedade devido à restrição da liberdade, autonomia e privacidade das grávidas. Quando surgem complicações que elevam o risco da gestação, as emoções da mulher podem intensificar-se e o EEESMO pode intervir significativamente no processo para promover uma transição saudável (Antoniazzi et al., 2019).

1.1.1.1. Intervenções resultantes de prescrição

Durante a prática clínica foram prestados cuidados, decorrentes da prescrição do médico obstetra, a grávidas com diferentes patologias, nomeadamente, ameaça de parto pré-termo (APPT), pré-eclampsia, colestase gravídica, placenta prévia, restrição de crescimento intrauterina (RCIU), rotura prematura de membranas (RPM), que potenciam um parto pré-termo.

No âmbito do internamento de grávidas de risco e de forma a monitorizar o bem-estar materno-fetal foram implementadas atividades de vigilância, entre

elas, avaliação de sinais vitais (realizado uma vez por turno ou conforme necessário) e a realização de cardiotocografia (CTG), de acordo com os protocolos da instituição.

Dos diagnósticos referidos anteriormente, a pré-eclâmpsia, a APPT e a colestase gravídica destacaram-se como patologias mais frequentes, razão pela qual são descritas de forma mais detalhada em seguida.

As patologias hipertensivas da gravidez afetam até cerca de 10% das gravidezes a nível mundial e associam-se a elevados níveis de morbilidade e mortalidade materna, fetal e neonatal (Sociedade Portuguesa de Hipertensão, 2020).

A pré-eclâmpsia é uma complicação da gravidez que surge geralmente após a 20^a semana de gestação e se caracteriza por valores de pressão arterial sistólica $\geq 140\text{mmHg}$ e diastólica $\geq 90\text{mmHg}$, em duas medições, e proteinúria significativa ($> 0,3\text{g}/24\text{H}$) (Dimitriadis et al., 2023). Comum nas primeiras gravidezes, a pré-eclâmpsia está frequentemente associada a RCIU devido à insuficiência placentária, sendo uma das principais causas de prematuridade.

O tratamento da pré-eclâmpsia envolve uma abordagem multifacetada, centrada na prevenção de complicações materno-fetais. Inicialmente, é essencial o tratamento da hipertensão materna com o objetivo de prevenir resultados maternos graves e prolongar a gravidez, de forma a evitar um parto pré-termo (Dimitriadis et al., 2023). O tratamento definitivo da pré-eclâmpsia é o parto e por isso, a indução do trabalho de parto ou programação de uma cesariana podem vir a ser necessários para resolver a condição.

No que diz respeito à terapêutica farmacológica, os anti-hipertensivos como a nifedipina, a metildopa ou o labetalol eram os fármacos protocolados na instituição, e que de acordo com a literatura são os mais indicados para o tratamento da pré-eclâmpsia (Dimitriadis et al., 2023). A nifedipina, um bloqueador dos canais de cálcio, relaxa e dilata os vasos sanguíneos,

reduzindo a pressão arterial, no entanto pode causar cefaleias e edema. A metildopa, reduz a resistência vascular e é preferida na gravidez, podendo causar boca seca, cefaleias e anemia hemolítica e a elevação das enzimas hepáticas. O labetalol, que bloqueia os recetores alfa e beta, diminui a frequência cardíaca e a resistência vascular, podendo causar fadiga, tonturas, náuseas e congestão nasal.

A vigilância, aquando da administração destes fármacos, inclui avaliação da pressão sanguínea a cada quatro horas, a função hepática através de colheita de sangue para análise e sinais de insuficiência cardíaca. Para além disso, é necessário a monitorização da dor (essencialmente dor epigástrica) e a vigilância de cefaleias, edemas ou alterações visuais, como a visão turva.

Após a administração de qualquer terapêutica, é necessário monitorizar os seus efeitos adversos ou secundários para garantir o bem-estar da grávida e evitar possíveis complicações maternas e fetais, como é o caso da administração dos fármacos mencionados anteriormente.

A maioria das grávidas internadas associava o aumento da tensão arterial ao facto de estar internada e a ser um ambiente estranho, não estando alertas para as características da patologia. O conhecimento da grávida sobre a sua condição é um foco de enfermagem, especialmente para o EEESMO. Assim sendo, foram implementadas intervenções no âmbito do ensinar sobre a pré-eclâmpsia, sinais prodrómicos e de alerta, o regime terapêutico e prevenção de complicações.

A ameaça de parto pré-termo, outro dos diagnósticos mais frequente nas grávidas internadas, caracteriza-se pela presença de contrações uterinas frequentes e regulares associadas à distensão do útero, antes das 37 semanas de gestação, sem repercussão no colo uterino e que se distingue do parto pré-termo que apresenta as condições acima descritas da APPT, mas verifica-se

ainda uma repercussão no colo uterino, havendo extinção e dilatação do mesmo (Sousa, 2021).

Tendo em conta a idade gestacional, a orientação clínica privilegia, em primeiro lugar, a tocolise, seguindo-se a indução da maturação pulmonar fetal e por último a profilaxia da infeção neonatal por *Streptococcus* do grupo B (SGB) e, se necessário, a neuroprotecção fetal. Nestas situações, a evidência científica recomenda a administração de corticoterapia que, para além de diminuir o risco de morte neonatal e de síndrome de dificuldade respiratória, reduz, também, a necessidade de suporte ventilatório e de infeções sistémicas neonatais nas primeiras 48 horas pós-nascimento (Areia et al., 2018). Na prática clínica, a dexametasona era o corticoide de eleição para maturação pulmonar, sendo administrado via intramuscular quatro doses de 6mg, com um intervalo de 12 horas ou, então, duas doses de 12mg com um intervalo de 24 horas. A utilização desses medicamentos é recomendada entre as 24 semanas e as 33 semanas e 6 dias de gestação, com o maior benefício observado quando o intervalo entre o início da administração e o parto é superior a 24 horas e até 7 dias após a última dose. Atualmente, segundo a literatura atual, não há uma recomendação clara quanto à repetição de ciclos de corticoterapia. No entanto, é sugerido que um novo ciclo completo seja considerado se passarem 14 dias desde o ciclo inicial, especialmente em grávidas que mantenham o risco de parto pré-termo nos 7 dias subsequentes e ainda não tenham alcançado as 34 semanas de gestação. (SPOMMF, 2018).

Para a tocolise, procedimento que consiste na administração de medicamentos para inibir as contrações uterinas durante um trabalho de parto pré-termo de modo a prolongar a gravidez, não havia uma seleção da terapêutica a adotar, pois são todos eficazes no que diz respeito ao prolongamento da gravidez por, pelo menos, 48h e até 7 dias (WHO, 2022). Na instituição onde estagiei era administrada nifedipina via oral ou protocolo de atosiban via endovenosa às grávidas diagnosticadas com APPT.

Relativamente à profilaxia da infeção neonatal por SGB, em situações de APPT/PPT esta é recomendada na ausência de rastreio (SPN, 2013). A antibioterapia utilizada pela instituição era a penicilina ou a ampicilina endovenosa, e no caso de a grávida apresentar alergia a estes princípios ativos, em alternativa era administrado a cefazolina, a clindamicina ou vancomicina, todos por via endovenosa.

A APPT, encontra-se, muitas vezes, associada a um colo uterino curto diagnosticado quando na ecografia transvaginal a medição do comprimento do colo é inferior a 25mm. A redução do comprimento cervical é um indicador de risco para o parto pré-termo (PPT), e quanto menor for comprimento cervical, maior é o risco de PPT. A medição do colo deve ser realizada em todas as grávidas com antecedentes de PPT, gravidez múltipla e, com presença de fatores de risco, tais como: gestação gemelar; cirurgia cervical prévia; malformações uterinas; leiomiomas uterinos (Areia et al., 2021). Perante um diagnóstico de colo uterino curto é essencial descartar quaisquer sintomas de ameaça ou início de trabalho de parto pré-termo. Um tratamento comum utilizado para incompetência cervical é a ciclorrafia ou a cerclagem cervical, que se trata de uma intervenção cirúrgica que consiste na realização de uma sutura contínua circundante no colo do útero para o apertar, a fim de reforçar o colo do útero e evitar a sua abertura prematura (Rodrigues & Reynolds, 2014). Esta sutura pode ser realizada como medida preventiva antes da gravidez ou durante o primeiro trimestre (ciclorrafia eletiva, geralmente entre as 13 e as 16 semanas de gestação) ou pode ser feita após deteção de alterações cervicais durante o segundo trimestre e como tratamento terapêutico (Loureiro et al., 2006; Rodrigues & Reynolds, 2014).

Por fim, outros dos diagnósticos mais frequentes é a colestase gravídica ou a colestase intra-hepática da gravidez, uma condição hepática da gravidez que surge geralmente no terceiro trimestre e é caracterizada por prurido intenso e elevação dos níveis de ácidos biliares no sangue, sendo que, normalmente os

sintomas regredem nos primeiros 10 dias após o parto (Seco & Campos, 2014; Souza et al., 2014). O diagnóstico é feito através de análises sanguíneas aos níveis de ácidos biliares e enzimas hepáticas e pela presença de prurido cutâneo persistente. De forma a evitar morte fetal tardia, a interrupção da gravidez deve sempre ser programada para as 37 semanas (Seco & Campos, 2014).

As grávidas com esta condição e que tinham mais de 36 semanas, alterações da coagulação e situações de prurido refratário à terapêutica em ambulatório ficavam internadas para controlo analítico, vigilância da gravidez, através de monitorização cardiotocográfica, pois esta patologia está associada a um maior risco de morte fetal e perturbações do sono (pelo prurido materno) e, para realizarem tratamento acrescentando prednisolona 60mg/dia PO, durante 7 dias, à medicação do ambulatório.

O tratamento da colestase gravídica em regime ambulatório, com o objetivo de aliviar prurido, incluía a administração de hidroxizina 25mg PO de 12/12h e aplicação de pomada (segundo prescrição médica) 3x/dia. Se não fosse suficiente, era acrescentado ácido ursodesoxicólico ao tratamento, 500mg PO de 12/12h e, se refratário, era proposto o internamento à grávida para maior vigilância materno-fetal.

A indicação para repouso no leito em contexto de internamento de grávidas de risco é uma prática comum que visa reduzir complicações e promover melhores resultados materno-fetais. Em situações de gravidez de alto risco, como pré-eclâmpsia, APPT, ou insuficiência cervical, o repouso no leito pode ajudar a diminuir o stress físico e uterino, contribuindo para a estabilização da condição da grávida (Goldenberg et al., 2008; Sosa et al., 2015). No entanto, o repouso prolongado no leito não está isento de controvérsias e riscos, como a potencial atrofia muscular, aumento do risco de trombose venosa profunda, e efeitos negativos sobre a saúde mental da paciente (Maloni, 2010; ACOG, 2013).

Portanto, a decisão de prescrever repouso no leito deve ser cuidadosamente individualizada, considerando os benefícios e possíveis complicações, sempre acompanhada por uma monitorização clínica rigorosa (Simhan & Caritis, 2007).

Durante a prática clínica, constatou-se que esta prescrição não era uniforme entre os membros da equipa médica, enquanto que alguns consideravam-na essencial, outros viam-na como dispensável. Além disso, havia duas abordagens prescritas - repouso absoluto e repouso relativo no leito (que incluía levantar para o WC e cuidados de higiene) - o que reflete a controvérsia em torno desta prática, evidenciando a falta de consenso sobre a sua utilidade.

1.2. Da conceção à implementação da assistência durante o internamento por gravidez com complicações

A conceção de cuidados envolve um plano centrado na mulher, atendendo às suas necessidades físicas, emocionais e sociais. Avaliar a saúde materno-fetal, identificar riscos e desenvolver um plano de cuidado individualizado, durante o internamento, de forma a ajustar as intervenções é necessário para garantir um ambiente seguro e de apoio até o parto.

1.2.1. Caso: Enfrentar uma ameaça de parto pré-termo e um internamento prolongado no serviço de grávidas de risco após um abortamento do 2.º trimestre

Perante um caso de gravidez de risco que obriga a internamento hospitalar, a vivência da maternidade pode ser afetada negativamente, uma vez que a hospitalização implica mudanças significativas no estilo de vida que se manifestam não só pela separação da família, mas também pela perda de liberdade e privacidade, e pelo facto de não poder corresponder às expectativas laborais e familiares. É reconhecido cientificamente que as mulheres nestas circunstâncias, em que as vivências e os significados em torno da maternidade são alterados, estão perante um período de maior vulnerabilidade, o que pode resultar em repercussões psicológicas e emocionais (Domínguez-Luna et al., 2012).

As grávidas que se encontram perante esta situação enfrentam uma mistura de emoções, onde a felicidade de uma gravidez saudável é substituída pela incerteza do desconhecido, pelo medo pela sua própria saúde e pelo bem-estar do feto, pela sensação de impotência e, frequentemente, pela culpa. Essa ambivalência é considerada como uma das principais características da experiência de um internamento devido a uma gravidez complicada (Domínguez-Luna et al., 2012; Currie & Barber, 2016).

CASO

A Maria, de 26 anos, raça negra, natural de Angola, é design de moda e a mais velha de 3 irmãs. É casada e habita com o marido numa moradia T3 no Porto. Têm um cão como animal de estimação. Ambos são saudáveis, não fumadores, sem antecedentes pessoais/familiares relevantes e desconhecem alergias.

Está grávida de 25 semanas e 4 dias, foi uma gravidez planeada e desejada e é o primeiro filho do casal. Internada no serviço de grávidas de risco com complicações desde as 23 semanas e 4 dias por ameaça de parto pré-termo e colo uterino curto (15mm) e, motivo pelo qual foi sujeita a uma ciclorrafia a 7/07. É uma terceira gesta, sendo que anteriormente uma das gravidezes foi uma interrupção voluntária da gravidez e a outra terminou como um aborto espontâneo do 2º trimestre.

Está medicada com ácido fólico e acompanhada no Centro de saúde e teve acompanhamento com obstetra privado desde as 11 semanas de gravidez. Tem visitas diárias do marido e da restante família.

Aquando do internamento, a mesma realizou um ciclo de atosiban como tocolise e um ciclo de dexametasona como corticoide para maturação pulmonar fetal, tendo ficado com indicação para repouso absoluto e realização de cardiotocografia 1x por turno.

Perante o traçado cardiotocográfico neste turno, constata-se que apresenta uma linha de base 165 bpm (normal para a idade gestacional do feto) com variabilidade e acelerações presentes, com movimentos fetais e sem contrações uterinas, encontrando-se conforme as características de um traçado normal. Num feto prematuro, antes das 30 semanas de gestação, a frequência cardíaca fetal basal poderá ser mais elevada, entre 150-160bpm, e pode apresentar uma variabilidade e uma amplitude das acelerações reduzida (por imaturidade do sistema nervoso autónomo) (Santana & Figueiredo, 2016).

Medicação:

Gestacare - suplementos alimentares para ajudar a prevenir deficiência nutricionais na gravidez

Heparina de baixo peso molecular (enoxaparina sódica 40mg) profilática - anticoagulante utilizado para prevenir a formação de coágulos sanguíneos, como trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.

Atosiban (Tractocile) - esta terapêutica deve ser iniciada logo que possível após um diagnóstico de trabalho de parto pré-termo. Está indicado para retardar o parto pré-termo iminente em grávidas com contrações uterinas regulares com, pelo menos, 30 segundos de duração com frequência de ≥ 4 cada 30 minutos; uma dilatação cervical de 1 a 3 cm (0 a 3 para nulíparas) e extinção de $\geq 50\%$; uma idade gestacional de 24 a 33 semanas completas; uma frequência cardíaca fetal normal.

Segundo a bula do Atosiban, este é administrado por via endovenosa em três fases consecutivas: uma dose inicial 6,75 mg em 0,9ml, administrada lentamente numa veia durante 1 minutos; seguido uma perfusão contínua a uma taxa de 24ml/h durante 3h e por fim, alterar a perfusão contínua para uma taxa de 8ml/h durante até 45h ou até que as contrações do útero tenham diminuído. A duração total do tratamento não deve exceder as 48h.

O Atosiban tem como efeitos secundários náuseas, hiperglicemia, cefaleia, tonturas, taquicardia, rubor, hipotensão, vômitos, entre outros, motivo pelo qual a grávida deve estar monitorizada (vigilância de tensão arterial e frequência cardíaca).

Dexametasona, solução injetável, 5 mg/1 ml - esta terapêutica está indicada para maturação pulmonar fetal. Advertências e precauções: suspeita de corioamnionite (não protelar o parto para completar o ciclo); suspeita de infeção materna grave (nomeadamente tuberculose) e imunossupressão materna.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EEESMO assume a responsabilidade, entre outras, de cuidar:

“a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13562).

O EEESMO deve promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente, prevenir complicações, providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação durante o período pré-natal (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019).

A escolha deste caso recai pela continuidade de cuidados da grávida, acompanhada ao longo dos turnos, mas também, pelo desenvolvimento de competências do EEESMO no âmbito da avaliação e monitorização de desvios ao padrão de adaptação à gravidez, e que muitas vezes é necessário referenciar quando está para além da nossa área de atuação.

Outra das competências desenvolvidas com este caso foi a comunicação terapêutica eficaz, que é essencial para os cuidados especializados e individuais em enfermagem e é reconhecido como um fator importante para a criação de uma relação terapêutica (Antonacci et al., 2018). Este tipo de comunicação é baseado na empatia e na escuta ativa e promove uma experiência positiva dos cuidados de enfermagem, melhorando os resultados em saúde e promovendo a adesão ao tratamento, sendo essencial para estabelecer uma relação terapêutica entre o EEESMO e a cliente.

A relação terapêutica, segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021), caracteriza-se pela colaboração entre o EEESMO e o cliente, e que se desenvolve e se fortalece ao longo de um processo dinâmico, cujo o objetivo é capacitá-lo para que seja proactivo em relação à sua saúde. Este elemento é de extrema importância para promover o cuidado individualizado e eficaz da mulher. Ao estabelecer uma relação terapêutica, o EEESMO cria um ambiente de confiança e segurança, onde a mulher se sente ouvida, respeitada e compreendida. Esta relação terapêutica permitiu-me identificar as necessidades individuais da grávida, adaptar os meus cuidados de acordo com essas necessidades e fornecer suporte emocional durante momentos de vulnerabilidade.

Em termos de aprendizagem, esta experiência foi importante para o desenvolvimento profissional e pessoal no sentido que me tornou mais empática pela cliente, pois estando internada por um longo período encontrava-se privada da sua vida familiar e social. Além disso, o facto de poder capacitar a cliente a tomar decisões informadas sobre a sua saúde e bem-estar, promovendo assim a aquisição de conhecimentos por parte da mesma, quer sobre o seu diagnóstico atual quer sobre potenciais questões e/ou problemas.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde (14h-20h), em contexto de internamento.

Face ao internamento por ameaça de parto pré-termo e à necessidade de se ajustar a esta condição de saúde, no domínio da Gravidez e Adaptação à gravidez, tomei como foco de atenção o “Conhecimento sobre complicações durante a gravidez”, o “Conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez: obstipação”, o “Conhecimento sobre sinais de complicações durante a gravidez” e o “Conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez” a partir dos quais emergiram os diagnósticos do Quadro 1.

Quadro 1 - Gravidez e Adaptação à gravidez: dados, diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Maria refere alguma preocupação relativamente ao seu filho, uma vez que já teve um abortamento anterior no 2.º trimestre e devido ao seu diagnóstico de APPT. Questiona o que pode acontecer ao seu filho dado que atualmente está com uma idade gestacional de 25s+4d e que possivelmente poderá nascer prematuro, não sabendo o que isso implica e a relação com a APPT.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
O facto de Maria já ter tido um abortamento no 2.º trimestre da gravidez e o seu diagnóstico de APPT pode complicar a gravidez e aumentar a probabilidade de parto pré-termo.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações

	durante a gravidez
OBJETIVO: Promover autogestão de complicações da gravidez	
INTERVENÇÕES (15h) Ensinar sobre complicações da gravidez <i>Atividades que a concretizam:</i> (15:05h) Explicar relação entre a complicação e a gravidez/desenvolvimento fetal/recém-nascido: A ameaça de parto pré-termo é uma complicação grave que pode afetar significativamente a gravidez, o desenvolvimento fetal e a saúde do recém-nascido. Quando o trabalho de parto ocorre antes das semanas 37 de gravidez, as dificuldades de saúde mais comuns que o recém-nascido prematuro pode experienciar após o parto incluem dificuldade respiratória, devido à imaturidade pulmonar, problemas na alimentação e défice na imunidade e na termorregulação, motivos pelos quais o podem levar a um internamento para o serviço de neonatologia.	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: Maria refere que tem tido dificuldades em evacuar desde que ficou internada, referindo alterações do trânsito intestinal visto que em casa o seu padrão intestinal era regular e diário. Devido ao seu diagnóstico de APPT a grávida tem indicação para estar em repouso total, que tem cumprido, mas que implica que se movimente menos pois está restrita à cama. Tem se alimentado da dieta hospitalar, mas refere que tem demasiados hidratos de carbono (arroz, massa e batata) e por esse motivo não se tem alimentado da totalidade da dieta. Refere estar disposta a mudar a alimentação.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Uma vez que a grávida tem indicação para repouso total no leito a sua posição para evacuar tem sido deitada, o que por si só não é posição ideal para evacuar, para além disso, o facto de estar num quarto com duas camas retira-lhe privacidade uma vez que apenas fica separada por uma cortina da grávida do lado. Gosta de comer pão integral e fruta - kiwi, manga e ameixa, refere que não gosta muito de legumes, mas que os come bem na sopa. Bebe 1l-1,5l de água por dia e gosta de sumo de laranja e leite.	

O marido e a família visitam diariamente Maria e mostram-se disponíveis para lhe trazer comida caseira.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez: obstipação
OBJETIVO: Promover autocuidado durante a gravidez	
INTERVENÇÕES (15:30h) Ensinar sobre autogestão dos sintomas <i>Atividades que a concretizam:</i> (15:30h) Explicar estratégias de autogestão da obstipação: sugerir a Maria incluir uma fatia de pão integral ao pequeno-almoço e optar pelo consumo de aveia quer no leite ou no iogurte. Para além disso, comer pelo menos duas porções de frutas ricas em fibra diariamente como é o exemplo de kiwi ou ameixa, especialmente úteis para melhorar o trânsito intestinal. Pode optar por comer, por exemplo, um kiwi a meio da manhã e uma ameixa como lanche ou sobremesa após o jantar. Sugerir beber pelo menos 1,5l de água por dia. Sugerir alteração da dieta vinda da cozinha do hospital, de forma a reduzir a dose de hidratos de carbono e aumentar a porção de legumes e/ou vegetais. Propor à Maria para pedir ao marido/familiares para lhe trazerem comida de casa, conforme indicações e gostos da grávida.	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: Maria sabe que se se sentir quente, com dores ou tiver perda de sangue que deve chamar a enfermeira, mas não sabe se tem mais algum sinal que deva estar alerta. Maria sabe que uma contração é quando sente a barriga ficar dura, mas ainda não teve dor associada e não sabe quando distinguir se está em trabalho de parto ou se são as contrações “treino”.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A monitorização cardiotocográfica é realizada 1x/turno no internamento, durante um período máximo de 30min a 1h (caso o CTG se encontre dentro dos parâmetros normais – que está dentro dos padrões esperados para uma situação de gravidez e parto saudáveis).	

DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre sinais de complicações durante a gravidez
OBJETIVO: Promover autocuidado durante a gravidez	
INTERVENÇÕES Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez (15:10h) Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez <i>Atividades que a concretizam:</i> (15:15h) Ensinar os sinais/ sintomas associados à condição clínica: além dos sinais que referiu, se tiver dor, sensação de pressão/contratilidade uterina, dor abdominal deve chamar a enfermeira. (15:20h) Ensinar sobre trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (15:25h) Explicar que são as contrações de Braxton-hicks: As contrações de Braxton-Hicks são contrações fisiológicas que têm a função de favorecer a circulação na placenta, são uma resposta fisiológica ao crescimento do útero e a necessidade de reforçar a musculatura uterina. A percepção mais notória destas contrações pode iniciar-se pelas 24 semanas. As contrações de Braxton Hicks são irregulares e não tendem a ter intervalos mais curtos com o passar do tempo. São mais frequentemente percebidas no abdómen, numa área que consegue localizar. Podem parar com a diminuição da atividade física ou alteração da posição corporal. (15:25h) Explicar sinais que permitem reconhecer/suspeitar de início de trabalho de parto: Explicar à Maria, que as contrações de trabalho de parto definem-se como dores geralmente localizadas ao fundo da barriga, que podem irradiar para as costas ou para as coxas, com início e fim gradual e cerca de 30 segundos a 2 minutos de duração. Caracterizam-se por serem frequentes, regulares (com intervalos geralmente inferiores a 10 minutos) e dolorosas. Não param com o	

repouso e vão sendo progressivamente mais fortes, menos espaçadas e ligeiramente mais duradouras. Nos períodos em que não se encontra com a monitorização cardiotocográfica, se sentir contrações, dor abdominal ou perda de líquido pela vagina (rotura de membranas) deve chamar a enfermeira.	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: Maria foi informada que tem de tomar uma vacina no internamento, mas refere não saber qual nem porquê.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Maria encontra-se com 25s+2d, idade gestacional em que está recomendada a administração da vacina contra a tosse convulsa.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez
OBJETIVO: Promover autocuidado durante a gravidez	
INTERVENÇÕES • (17h) Ensinar sobre regime de vacinação – tosse convulsa <i>Atividades que a concretizam:</i> (17:05h) Explicar as vacinas recomendadas: está recomendada uma dose da vacina contra a tosse convulsa, em cada gravidez, entre as 20 e as 36 semanas, idealmente entre as 27 e as 32 semanas (CDC, 2019; PNV, 2020) para proteger passivamente os bebés contra estas doenças. A vacina da gripe também está recomendada, principalmente quando o parto está previsto para o inverno ou primavera (CDC, 2019; ACOG, 2020). (17:10h) Explicar as razões para a recomendação das vacinas: a tosse convulsa pode ser uma doença grave, principalmente para um recém-nascido, além disso a vacinação dele após o nascimento não iria conferir uma proteção atempada (CDC, 2019). A vacinação na gravidez vai permitir que fique protegido até poder receber ele próprio a vacina. Esta vacina também protege contra a difteria, uma infeção bacteriana que afeta as vias aéreas superiores, em particular a garganta, e em casos extremos pode ter graves consequências	

pois esta bactéria também produz uma toxina que atinge outros órgãos. As mulheres grávidas são especialmente vulneráveis a contrair o vírus da gripe. A vacinação é a melhor maneira de se proteger, e proteger o bebé por vários meses após o nascimento, de complicações relacionadas com a gripe (CDC, 2019; ACOG,2020).

Maria verbalizou receios relacionados com o desconhecimento sobre o funcionamento do serviço de neonatologia e as dinâmicas associadas, assim como a possibilidade de ela e o marido acompanharem o recém-nascido. A falta de conhecimento por parte da grávida, gerou insegurança e necessidade de esclarecimento. Neste sentido, no domínio da Adaptação à Parentalidade, tomei como foco de atenção o “Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho” a partir dos quais emergiram os diagnósticos do Quadro 2.

Quadro 2 - Adaptação à Parentalidade: dados, diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Maria referiu não ter conhecimento sobre o serviço de neonatologia, o funcionamento, se ela ou o seu marido poderiam estar com o bebé.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
O facto de Maria estar internada com o diagnóstico de APPT acresce a probabilidade de parto pré-termo.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho
OBJETIVO: Promover adesão a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho	
INTERVENÇÕES	
(18h) Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho <i>Atividades que a concretizam:</i> (18:05h) Informar sobre o aspeto físico do serviço (neonatologia): Informada sobre a localização do serviço de neonatologia. Este serviço tem enfermarias amplas, com equipamentos específicos para recém-nascidos que	

precisam de cuidados especiais. Existem berços e incubadoras fechadas, adaptados às necessidades específicas do recém-nascido. É possível que necessitem de monitorização constante como por exemplo, frequência cardíaca, saturação de oxigénio, temperatura e pressão arterial. No entanto, é importante informar que essa monitorização pode ser um pouco barulhenta devido aos alarmes automáticos que alertam para quaisquer alterações nos sinais vitais, permitindo uma resposta imediata (Osório, 2019). Durante a estadia na unidade de neonatologia, o recém-nascido estará sob vigilância intensiva. Este ambiente também oferece segurança e a oportunidade de interagir com outras pessoas que compartilham experiências semelhantes. Neste serviço são incentivados o aleitamento materno e o contacto com o recém-nascido com a mãe ou o pai, pele com pele, o mais precocemente possível, desde que o recém-nascido se encontre estável (Osório, 2019). Informar a mãe e o pai que podem considerar fazer uma visita virtual ao serviço de neonatologia e sobre os horários de permanência no serviço junto do recém-nascido (que decorre desde do período das 8h30 da manhã até à 00h).

(18:15h) Informar sobre a aparência e estado de saúde esperado do recém-nascido: Informar que o estado geral do recém-nascido prematuro pode ser diferente de um recém-nascido a termo. Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2007) o recém-nascido prematuro apresenta algumas características distintas, devido à sua imaturidade fisiológica, nomeadamente: a pele é mais fina, o que faz com que haja uma melhor visibilidade dos vasos sanguíneos nela existente e para além disso o facto de ser fina facilita o arrefecimento do corpo, sendo necessário estarem em incubadoras (de forma a garantir o aquecimento); o baixo peso ao nascer (inferior a 2,500gr); o desenvolvimento respiratório incompleto, pela imaturidade dos pulmões que pode levar a dificuldades respiratórias, como a Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR) ou dificuldade em manter a respiração regular, tendo que estar com oxigénio suplementar; dificuldades na alimentação, no sentido em que os prematuros podem ter dificuldade na sucção e/ou deglutição e na coordenação destes movimentos, exigindo frequentemente alimentação por sonda nasogástrica ou gástrica; por terem um

sistema imunológico menos desenvolvido, torna-os mais suscetíveis a infeções e doenças.

Durante o período pré-natal, particularmente no contexto de gravidez com complicações, desenvolvi competências específicas, entre elas, destaca-se o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações materno-fetais, assim como a implementação de intervenções providenciando cuidados à mulher e facilitando a sua adaptação durante o período pré-natal, promovendo um acompanhamento contínuo e seguro. As competências adquiridas permitiram-me orientar a mulher na tomada de decisões informadas, assegurar uma vigilância rigorosa e promover o bem-estar materno-fetal.

Durante o estágio de internamento de grávidas de risco e, aquando da análise individualizada do plano de parto com as grávidas, foi clara a preocupação e as questões por parte das grávidas relativamente a métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, especialmente os métodos farmacológicos. Surgiu assim, um interesse em aprofundar o tema “efeitos na mulher e no feto/recém-nascido da utilização do óxido nitroso durante o trabalho de parto”, que se encontra aprofundado em seguida, resultando na escolha da temática da revisão integrativa de literatura.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O estágio desenvolvido no âmbito do trabalho de parto e parto decorreu no bloco de partos de uma instituição central da região norte com cuidados perinatais diferenciados, sob a orientação de uma equipa de EEESMO. Este serviço dispunha de nove salas de partos individualizadas, sendo que um quarto estava destinado a mortes fetais/interrupções por indicação médica da gravidez/abortamentos e os outros oito destinados a parturientes em trabalho de parto e grávidas submetidas a indução de trabalho de parto. A presença do acompanhante é permitida durante 24h por dia.

Para além disso, é composto por um balcão central onde está presente a central de telemetria que permite observação de todos os traçados de cardiotocografia e, quando as parturientes estão monitorizadas, os sinais vitais das mesmas.

A central de monitorização de cardiotocografia desempenha um papel vital na vigilância do estado fetal durante o trabalho de parto, fornecendo dados críticos sobre os batimentos cardíacos fetais e as contrações uterinas. O estudo de Nunes et al. (2017) demonstra que a utilização de uma central de CTG pode melhorar a vigilância fetal e permitir intervenções mais rápidas e precisas, contribuindo para a redução de morbilidade perinatal. No entanto, o estudo de Alfievic et al. (2017), que incluiu 13 estudos, envolvendo mais de 37.000 mulheres, refere que a monitorização cardiotocográfica contínua também tem sido associada a um aumento nas taxas de intervenções obstétricas, nomeadamente as cesarianas, sem necessariamente melhorar os resultados neonatais. A eficácia de uma central de CTG depende da formação e da capacidade dos profissionais de saúde em interpretar os traçados

corretamente, de modo a minimizar a subjetividade e variabilidade nas decisões clínicas (Grivell et al., 2015). Portanto, enquanto a central de CTG pode oferecer benefícios significativos, o seu uso deve ser equilibrado com uma avaliação clínica cuidadosa e uma interpretação criteriosa dos dados para maximizar os resultados positivos materno-fetais.

2.1. Trabalho de parto

O trabalho de parto é conjunto de alterações fisiológicas, que induzido ou espontâneo, conduzem à extinção e dilatação cervical, à progressão fetal no canal de parto até à sua expulsão, sendo o marco do final da gravidez. Este processo pode ser dividido em três os quatro estadios, segundo diferentes autores. O primeiro estadio corresponde à dilatação e extinção do colo, o segundo estadio diz respeito ao período expulsivo, o terceiro estadio corresponde à dequitação e o quarto estadio corresponde ao puerpério imediato (Fatia & Tinoco, 2016). O parto pode ser classificado como eutócico (normal), quando ocorre de maneira espontânea e sem intervenções significativas, ou distócico, quando são necessárias intervenções médicas como fórceps, ventosa ou cesariana (Cunningham et al., 2014).

O modelo neuropsicossocial do parto oferece uma perspetiva integradora e holística dos aspetos neuro-hormonais e psicológicos envolvidos, destacando a inter-relação entre os estados emocionais e comportamentais da mulher durante o parto e os processos neuro-hormonais, especialmente o papel da ocitocina no cérebro e seus efeitos paralelos nas experiências de parto (Olza et al., 2020). O modelo enfatiza que o parto não é apenas um processo físico de expulsão do feto, mas também um evento onde as experiências emocionais e

comportamentais da mulher desempenham um papel crucial. A ocitocina, por exemplo, não só facilita as contrações uterinas, mas também está envolvida na regulação do afeto materno e na conexão entre mãe e filho. Além disso, as emoções intensas durante o trabalho de parto podem influenciar a libertação de neuro-hormonas, afetando diretamente o progresso do parto. Entender o trabalho de parto, segundo este modelo, sugere que as condições emocionais e sociais da mulher, juntamente com os processos neuro-hormonais, são interdependentes e influenciam significativamente a experiência do parto. Esta abordagem holística oferece *insights* valiosos para melhorar o suporte emocional e o planeamento clínico durante o trabalho de parto, promovendo experiências positivas e saudáveis para as mulheres (Olza et al., 2020).

O parto é um evento transformador que marca o nascimento de um novo ser, mas também uma profunda mudança na vida da mulher e do casal. Este momento culmina uma jornada de nove meses de gestação, repleta de expectativas e preparativos. Para a mulher, o parto representa uma experiência física e emocional intensa, que pode variar de um sentimento de conquista e alegria a desafios como dor e exaustão. Uma experiência de parto positiva é fundamental para o bem-estar da mulher e do recém-nascido. Segundo a WHO (2018), uma experiência de parto positiva é aquela em que a mulher se sente apoiada emocionalmente, respeitada e envolvida nas decisões sobre seu próprio cuidado. Neste sentido, o EEESMO, com as suas competências técnico-científicas e relacionais, desempenha, mais uma vez, um papel crucial durante o trabalho de parto e parto, prestando cuidados contínuos e individualizados, proporcionando estratégias para lidar com a dor e aliviá-la e promovendo a liberdade de adotar posições que lhe sejam confortáveis. Além disso, a comunicação clara e eficaz, e o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a mulher e o EEESMO é essencial para garantir que suas preferências e necessidades sejam atendidas e respeitadas (Antonacci et al., 2018).

Durante a prática clínica, a admissão de grávidas e/ou parturientes na sala de partos poderiam ocorrer a partir do serviço de urgência (SU), do serviço de materno-fetal ou de internamentos programados, como é o caso de induções de trabalho de parto.

2.1.1. Intervenções resultantes de prescrição

Indução do trabalho de parto

A indução do trabalho de parto (ITP) é uma intervenção obstétrica que consiste em preparar o colo uterino e estimular artificialmente as contrações uterinas, com o objetivo de desencadear o trabalho de parto (Coutinho et al., 2014). Este procedimento pode ser recomendado quando os riscos de continuar a gravidez são maiores do que os associados ao término da gravidez, estando indicada em situações de complicações de causa materna, como por exemplo IG>41 semanas, RPM, patologia associada (pré-eclâmpsia e/ou HTA), diabetes, gestação gemelar, ou causas fetais como é o caso de morte fetal ou restrição de crescimento fetal (Fonseca, 2016). Segundo o mesmo autor, a indução pode ser realizada através de métodos farmacológicos, como a administração de ocitocina ou prostaglandinas, ou métodos mecânicos, como é o caso da inserção de um balão cervical.

A amniotomia é caracterizada pela introdução na vagina da pinça de *Herff* e aplicação na bolsa amniótica, de forma a romper as duas membranas e permitir a saída do líquido amniótico. Aceite como um método para acelerar o trabalho de parto, esta prática para ser realizada, o colo da parturiente já deve ter

alguma dilatação e extinção e, acima de tudo, a apresentação fetal deve estar apoiada, devido ao risco do prolapso do cordão. A escolha do método de indução tem em conta a avaliação do índice de *Bishop*, que correlaciona dados da condição cervical como dilatação, extinção, descida, consistência e posição do colo uterino, sendo que um score igual ou inferior a cinco, o colo é considerado desfavorável e recomenda-se, previamente à ITP, a maturação do colo (Fonseca, 2016).

Uma revisão Cochrane de Smyth et al. (2013), que incluiu 15 estudos, envolvendo 5583 mulheres, indicam que a amniotomia pode encurtar o trabalho de parto em cerca de duas horas, diminuindo a necessidade de ocitocina. No entanto, esta intervenção apresenta riscos, como um aumento na taxa de infeção intrauterina e prolapso do cordão umbilical, conforme demonstrado pelo mesmo estudo.

A revisão sistemática e meta-análise de De Vivo et al. (2020) destaca que a amniotomia, quando realizada após a preparação cervical, pode acelerar significativamente o processo de trabalho de parto, reduzindo a duração da fase ativa do trabalho de parto e diminuindo a necessidade de ocitocina para promover contrações. Embora a amniotomia precoce possa facilitar um progresso mais rápido e possivelmente com menos intervenções adicionais no trabalho de parto, é crucial considerar as particularidades de cada parturiente e as condições clínicas específicas. Na prática clínica foi visível que a amniotomia não era realizada como rotina, mas sim através de uma avaliação dos benefícios e riscos, garantindo uma monitorização contínua e informando a parturiente sobre as suas implicações.

Na prática clínica, e segundo o protocolo da instituição hospitalar, a ITP com recurso a métodos farmacológicos era realizada primeiramente através da administração de misoprostol por via vaginal (caso não houvesse contra-indicações), considerando-se, posteriormente, a administração de ocitocina em perfusão. Relativamente à sonda de foley ou balão cervical, era

colocado em meio ambulatorio, sendo que as grávidas de baixo risco e com indicação médica, deslocavam-se ao SU para colocação da sonda de foley e ficavam monitorizadas cerca de duas horas, caso não houvesse alterações poderiam ir para casa e regressavam no dia seguinte para internamento.

Segundo recomendações da DGS (2015), as grávidas a induzir devem estar com monitorização cardiotocográfica, de acordo com as indicações dos protocolos de indução. A ITP com recuso a métodos farmacológicos está associada a taquissistolia uterina, definida como cinco ou mais contrações uterinas em dez minutos, uma das principais complicações relacionadas com a ITP, sendo nestes casos importante a monitorização cardiotocográfica para verificar o bem-estar fetal, dado o risco de hipoxia fetal devido à hiperestimulação uterina que pode levar a uma diminuição da perfusão uteroplacentária (Graça, 2017). Perante estes casos, em que o bem-estar fetal é comprometido, eram implementadas intervenções como a suspensão do método de indução farmacológico, posicionamento da parturiente em decúbito lateral esquerdo, administração de fluidos e de fármacos tocolíticos, como é o caso do salbutamol, via endovenosa, para melhorar a condição do feto.

Analgesia epidural

As parturientes, de acordo com as suas preferências, tendem a solicitar a analgesia epidural para lidarem com a dor durante o trabalho de parto. Este tipo de analgesia, enquanto método farmacológico é uma forma eficaz na redução da dor durante o trabalho de parto sem afetar adversamente o bem-estar materno e fetal (ACOG, 2017). No entanto, como qualquer outro procedimento médico, a analgesia epidural pode ter efeitos secundários e complicações, como hipotensão materna, febre, e, em casos raros, cefaleia pós-punção dural e infeção no local da injeção. Para além disso, esta técnica está associada a um aumento da duração do 1.º e 2.º estádios do trabalho de

parto, assim como uma maior probabilidade de indução com ocitocina e a um parto instrumentado (Cardoso et al., 2023).

Na prática clínica, foram diversos os momentos de oportunidade para colaborar nesta técnica assética juntamente com o anestesista, ensinando e instruindo as parturientes na adoção da postura correta para a realização do procedimento, assim como sobre exercícios respiratórios de forma a ajudar a lidar com a dor durante as contrações na colocação do cateter epidural. A monitorização do CTG e administração de fluidoterapia (para prevenção de hipotensão materna) faziam parte dos cuidados do EEESMO aquando da colocação do cateter epidural. Devido ao risco de retenção urinária associado ao bloqueio motor, se após duas horas da colocação do cateter epidural caso não ocorresse micção espontânea ou se a mulher apresentasse globo vesical, procedia-se à algaliação. A analgesia poderia ser dada através da administração de bólus em SOS ou com administração por bomba com programação horária e com PCEA (*patient controlled epidural analgesia*), dependendo da dor da parturiente. No entanto, o que se verificava durante o estágio é que frequentemente os anestesistas privilegiavam a PCEA, tendo como efeito secundário o bloqueio motor, que se manifesta como uma diminuição ou perda da força muscular nas pernas da mulher, mantendo a parturiente em repouso no leito.

2.1.2. Medidas universais na assistência durante trabalho de parto

Detetar precocemente desvios na evolução do trabalho de parto

A monitorização da evolução do trabalho de parto permite assegurar que o mesmo está a evoluir de forma normal ou detetar precocemente complicações e intervir em situações associadas à morbilidade materno-fetal.

A - Avaliação do bem-estar materno-fetal

Durante o estágio, eram realizadas algumas atividades de monitorização do bem-estar materno e fetal, como é o caso de avaliação dos sinais vitais uma vez por turno (exceto em grávidas com patologia como HTA ou pré-eclâmpsia) e a monitorização cardiotocográfica, sendo realizada de forma intermitente em grávidas de baixo risco, sem analgesia epidural ou ITP (permitindo à parturiente, nos intervalos, deambular e utilizar métodos não farmacológicos para lidar com a dor, por exemplo, a bola de pilates) e CTG de forma contínua quando existe condições adversas, quer maternas ou fetais, como é o caso da pré-eclâmpsia, RCIU e/ou presença de líquido amniótico tingido de mecónio.

A monitorização cardiotocográfica, uma das práticas clínicas de vigilância do bem-estar materno-fetal e uma intervenção do EEESMO, permite avaliar a frequência cardíaca fetal (FCF), as contrações uterinas (intensidade e ritmo) e os movimentos fetais (Santana & Figueiredo, 2016). A posição mais recomendada para realização do CTG é o semi-fowler pois garante uma oxigenação adequada à grávida e evitando a compressão da aorta e veia cava inferior, devendo evitar-se o decúbito dorsal (Santana & Figueiredo, 2016).

Para interpretação do CTG é necessário ter em conta variáveis como a linha de base, a variabilidade da linha de base, a presença de acelerações e desacelerações e a contratilidade uterina. Estas variáveis, avaliadas simultaneamente, e tendo também em conta, a idade gestacional, a terapêutica farmacológica e uma patologia, permitia a interpretação e classificação dos CTG em três categorias, nomeadamente categoria I (traçados normais, que garantem uma boa oxigenação fetal, linha de base entre 110-160bpm, com variabilidade 5-25bpm, acelerações presente e desacelerações precoces presentes ou ausentes e desacelerações tardias ou variáveis ausentes), categoria II (traçados suspeitos, que requerem monitorização contínua e/ou testes adicionais como o STAN, em que pode apresentar uma bradicardia ou taquicardia fetal, variabilidade reduzida, ausência de acelerações e desacelerações variáveis) e categoria III (traçados patológicos, que requerem intervenção imediata para reverter causa de hipoxia fetal ou parto se a causa for irreversível, linha de base <100bpm, variabilidade diminuída, padrão sinusoidal, ou nula acompanhada de desacelerações tardias ou prolongadas recorrentes) (Santana & Figueiredo, 2016; Silveira & Júnior, 2020).

Perante interpretação de um CTG suspeito, eram necessárias intervenções de forma a reverter a causa, intervenções essas que passavam pelo reposicionamento materno, de preferência para o decúbito lateral esquerdo (para evitar compressão aorto-cava e melhorar perfusão uteroplacentária), suspensão de ocitocina e/ou administração de salbutamol (para tratamento de taquissístolia e melhorar oxigenação fetal) e hidratação endovenosa materna (correção de hipovolémia materna) (Silveira & Júnior, 2020).

É através da monitorização cardiotocográfica que se identificam precocemente alterações no bem-estar materno-fetal, tornando essencial a capacidade de interpretar esses dados de forma precisa e eficaz. Devido à variabilidade e complexidade de leitura de traçados, a formação e a análise contínua

permitiram-me desenvolver a competência de leitura e interpretação de traçados.

B – Avaliação da evolução do colo do útero

Para avaliar a progressão do trabalho de parto, uma das intervenções realizada era o exame vaginal. Este exame ginecológico permite a colheita de alguns dados acerca da progressão do trabalho de parto, nomeadamente, a dilatação, extinção e consistência do colo do útero, as características da bacia, o estado da bolsa amniótica, a estática fetal e a descida da apresentação segundo os planos de Hodge. Segundo a WHO (2018), a realização do toque vaginal é recomendada de 4/4h, em mulheres grávidas saudáveis com início espontâneo do trabalho de parto a partir da fase ativa.

O estudo conduzido por Downe et al. (2013) comparou a realização do exame vaginal de duas em duas horas e de quatro em quatro horas e concluíram que não houve diferença na duração do trabalho de parto, no uso da analgesia epidural para o alívio da dor e na incidência de parto instrumentado ou cesariana entre os grupos submetidos ao toque vaginal a cada quatro horas ou a cada duas horas. Estes achados sugerem que a frequência dos exames vaginais pode ser reduzida sem comprometer os desfechos do parto.

Durante a prática clínica, o que se verificou é que este exame era realizado quando necessário, e muitas vezes num período inferior ao recomendado, em situações, como por exemplo, alterações do CTG, se rotura de membranas, manifestação de dor por parte da parturiente e em algumas intervenções como a indução do trabalho de parto ou a amniotomia.

C – Ingestão de líquidos claros

Outra das recomendações da WHO (2018) para grávidas de baixo risco é a ingestão de líquidos e alimentos durante o primeiro estadiu do trabalho de parto. Durante a prática clínica, as grávidas em fase latente podiam tomar

refeições ligeiras, mas a partir do momento que colocassem cateter epidural ou entrassem na fase ativa do trabalho de parto apenas podiam ingerir líquidos claros, como a água ou o chá e comer gelatinas ou gelados do tipo “caliptos”.

D – Suporte contínuo

O suporte contínuo durante todo o trabalho de parto é crucial para o bem-estar da parturiente. Estudos demonstram que o apoio contínuo reduz a necessidade de intervenções médicas, como cesarianas e analgesia epidural, e diminui a duração do trabalho de parto (Bohren et al., 2017). Além disso, a presença de um acompanhante proporciona conforto emocional, reduz a ansiedade e aumenta a satisfação materna com a experiência do parto (Hodnett et al., 2013), sendo também uma recomendação por parte da WHO (2018) para proporcionar uma experiência de parto positiva. Durante a prática clínica, era observável a importância que o acompanhante tinha para a parturiente, não só por conhecer as suas vontades e as preferências, como também por conseguirem pôr em prática técnicas não farmacológicas para lidar com a dor, ajudando a parturiente a sentir-se mais calma e confiante durante o trabalho de parto.

2.1.3. Facilitar o trabalho de parto

Assistência durante o primeiro estadio

O primeiro estadio do trabalho de parto é dividido em duas fases, a fase latente e a fase ativa. A fase latente é caracterizada por contrações uterinas dolorosas e

irregulares com repercussão na dilatação do colo do útero até aos 5 cm (WHO, 2018). Não é recomendada a realização contínua de CTG no primeiro estadio do trabalho de parto em mulheres grávidas saudáveis com início espontâneo do trabalho de parto, em vez disso, recomenda-se a avaliação do bem-estar fetal com aparelho portátil de ultrassonografia doppler ou com o estetoscópio fetal Pinard, ou a monitorização CTG intermitente.

Durante a fase latente as parturientes tendem a utilizar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor com o objetivo de terem conforto e sem efeitos colaterais associados, como é o caso dos métodos farmacológicos. Durante a prática clínica, as estratégias mais utilizadas pelas parturientes eram as técnicas de relaxamento, incluindo o uso de música e as técnicas de respiração, a bola de pilates ou bola de parto, o uso de água, a deambulação e a alternância de posições, sendo estas recomendadas pela WHO (2018) em mulheres que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto. A eficácia destas estratégias aumenta quando várias técnicas são combinadas, pois assim são ativados diferentes mecanismos moduladores da dor e suas componentes (Cardoso et al., 2023).

Ainda no primeiro estadio do trabalho de parto temos a fase ativa, caracterizada por contrações uterinas dolorosas regulares e uma dilatação uterina dos 5cm aos 10cm (WHO,2018).

As parturientes que, devido ao bloqueio motor por parte da analgesia epidural, ficavam limitadas na mobilidade e com dificuldade de alternância de posições adotavam frequentemente a posição de decúbito dorsal ou os decúbitos laterais, o que contraria as recomendações da WHO (2018) que defende a adoção de mobilidade e posições verticais durante o trabalho de parto. As posições verticais e os movimentos corporais, favorecem o trabalho de parto pela ação da gravidade e por promoverem a diminuição da percepção da dor e aumentar a efetividade das contrações uterinas (Cardoso et al., 2023).

Durante o trabalho de parto, o feto pode adotar diferentes variedades, que se referem à orientação do feto em relação à pelve materna durante o trabalho de parto, sendo uma das classificações principais a posição occipito-anterior (OA), occipito-posterior (OP) e occipito-transversal (OT), podendo o dorso encontrar-se à esquerda ou direita. A adoção de determinadas posições pela parturiente pode influenciar significativamente a progressão do trabalho de parto e o desfecho obstétrico. Estudos indicam que posições verticais, como a de cócoras, de joelhos e a posição de quatro apoios, podem facilitar a rotação do feto para uma variedade occipito-anterior, considerada a mais favorável para o parto vaginal (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017). A posição de quatro apoios, em particular, tem mostrado benefícios na promoção da rotação fetal e na redução da dor lombar associada à variedade occipito-posterior (Gupta et al., 2017). Além disso, manter-se móvel e adotar diferentes posturas, aumenta os diâmetros transversal e ântero-posterior da pelve, facilitando a descida e a rotação do feto (Lawrence et al., 2013).

A escolha da posição ideal deve ser individualizada, levando em consideração as preferências da parturiente e as necessidades específicas do trabalho de parto, para além disso, é necessário ter em conta o uso de medicação através do cateter epidural devido ao bloqueio motor que pode causar.

Assistência durante o segundo estadio

O segundo estadio do trabalho de parto, também conhecido por período expulsivo, começa com a dilatação completa do colo do útero (10 cm) e termina com a expulsão do fetal (Fatia & Tinoco, 2016). Durante este estadio, as contrações uterinas tornam-se mais intensas e frequentes, ajudando a na descida do feto pelo canal de parto. Esta fase, também é caracterizada pelo esforço ativo da parturiente para expulsar o feto, sendo crucial o apoio contínuo do EEESMO para orientar a mulher a encontrar uma posição confortável e a incentivá-la a efetuar esforços expulsivos eficazes (Fatia & Tinoco, 2016). A duração do segundo estadio pode durar até três horas devido a diversos

fatores como a paridade, a analgesia, a eficácia das contrações, a apresentação e situação do feto, entre outros (Fatia & Tinoco, 2016).

Segundo a WHO (2018) as recomendações para este estadio baseiam-se em incentivar as mulheres, com ou sem analgesia epidural, a escolherem a posição em que querem parir e a apoiar as mulheres em período expulsivo a seguirem o seu próprio impulso para a realização de esforços expulsivos. No entanto, durante a prática clínica, verifiquei que mulheres sob analgesia epidural frequentemente necessitavam de puxo dirigido devido à redução da sensibilidade e da capacidade de sentir as contrações. A posição de semi-sentada, com elevação da cabeceira em cerca de 45°, era geralmente a mais adotada, na prática clínica, pelas mulheres com analgesia epidural, facilitando a assistência durante o parto, permitindo monitorizar o trabalho de parto e, se necessário, implementar intervenções (Gupta et al., 2017; Huang et al., 2019).

A manobra de Valsalva ou o puxo dirigido, é uma técnica frequentemente utilizada pelos profissionais de saúde, durante o período expulsivo. Esta manobra consiste a pedir à parturiente para fazer uma inspiração profunda, prender a respiração e fazer força como se estivesse a evacuar, sincronizando esse esforço com as contrações uterinas para ajudar na descida do feto pelo canal de parto. Apesar desta técnica ser frequentemente usada em conjunto com a posição de semi-sentada, parece não haver evidência científica que justifique o seu uso, sendo aconselhado as mulheres em período expulsivo a puxarem de acordo com o seu próprio impulso (WHO, 2018).

O reflexo de *Ferguson* é um mecanismo fisiológico desencadeado durante o parto, ativado à medida que a cabeça do feto desce e distende os tecidos do colo do útero e da vagina estimula os recetores nervosos presentes nesses tecidos. Essa estimulação envia sinais ao cérebro, especificamente ao hipotálamo, que promove a liberação de ocitocina pela hipófise posterior. A ocitocina intensifica as contrações uterinas, ajudando a expulsar o feto. Esse reflexo cria um ciclo de feedback positivo que aumenta a força e a frequência

das contrações até o nascimento do bebê. No entanto, o uso de epidural pode diminuir a sensibilidade ao estímulo necessário para ativar este reflexo, resultando em contrações menos eficazes e prolongando o trabalho de parto (Cheng et al., 2004).

Os mecanismos do parto, como a descida e a extensão da cabeça fetal, são uma sequência de movimentos cruciais para a progressão do feto pelo canal de parto (Fatia & Tinoco, 2016). Durante a descida, a cabeça do feto molda-se para ajustar-se ao canal de parto. No mecanismo de extensão, a coroação da cabeça ocorre quando o polo cefálico emerge na vulva, sendo de extrema importância proteger o períneo. Para facilitar a promoção da integridade do períneo é essencial considerar vários fatores, tais como: a escolha da posição de parto, esforços expulsivos espontâneos, a mínima manipulação durante o segundo estadio, a verticalidade e a realização seletiva de episiotomias (Fatia & Tinoco, 2016). Estas práticas ajudam a manter a integridade perineal e reduzir o risco de traumas durante o parto.

Segundo WHO (2018) é recomendada a utilização de técnicas para reduzir o traumatismo perineal e facilitar o nascimento espontâneo, como a massagem perineal, a aplicação de compressas mornas e proteção ativa do períneo com a mão, utilizando a técnica *hands-on*, para mulheres na segunda fase do trabalho de parto e, de acordo com as suas preferências. Não é aconselhado a realização rotineira ou generalizada da episiotomia em mulheres, durante um parto vaginal espontâneo (WHO, 2018).

A episiotomia consiste numa incisão no períneo, com o objetivo de ampliar a abertura vaginal e, por conseguinte, aumentar a área de saída do feto. Está indicado em partos vaginais distócicos, como ventosas, macrosomia fetal, cicatrizes prévias na região genital que possam provocar lacerações graves e perante sofrimento fetal (Fatia & Tinoco, 2016). Apesar destas indicações, e segundo os autores citados anteriormente, não existe evidência que a

realização de episiotomia diminua a frequência de lesões na zona do períneo, futuros prolapso vaginais ou incontinência urinária.

Durante a prática clínica e tendo em conta a avaliação de características como a má perfusão tecidual ou a rigidez perineal a incisão perineal era executada no pico da contração uterina na direção medio-lateral (por apresentar menor risco de lesão do esfíncter anal), com o consentimento informado prévio da parturiente. Relativamente às manobras de proteção perineal verificou-se que era utilizada a abordagem *hands-on*, caracterizada por colocar uma mão apoiar o períneo e a outra fletir a cabeça fetal, tendo sido um desafio compreender o momento para intervir.

O debate entre abordagens como *hands-on*, *hands-off* ou *hands poised* na prevenção de lesões no pavimento pélvico tem sido foco de diversas pesquisas na área obstétrica. A abordagem *hands-on*, tem sido defendida pela sua potencial eficácia em reduzir complicações, como a laceração perineal grave (Kettle et al., 2019). Em contrapartida, a abordagem *hands-off*, preconiza uma menor interferência manual, permitindo que o parto ocorra de forma mais natural e tem sido associada a menores taxas de episiotomia e uma experiência de parto mais positiva para a parturiente (Soong & Barnes, 2005). Em contraste, a técnica *hands poised* refere-se à aplicação de uma leve pressão na cabeça fetal para evitar uma expulsão rápida, enquanto mantém as mãos próximas e prontas para intervir se necessário, sem apoio direto no períneo e tem sido relacionada com uma reduzida taxa de episiotomia, um aumento de períneos íntegros, mostrando ser uma técnica com efeitos protetores no períneo (Huang et al., 2020).

Após o nascimento, a hora era registada imediatamente e procedia-se à avaliação da adaptação à vida extrauterina, segundo o Índice de Apgar aos 1.º, 5.º e 10.º minutos. Este índice permite avaliar a vitalidade do recém-nascido através da frequência cardíaca, respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele (Freitas & Baptista, 2016). A

avaliação desta escala, que é utilizada a nível mundial, é bom preditor das condições fisiológicas e da necessidade de vigilância do recém-nascido (ScharDOSim, Rodrigues & Rattner, 2018).

Após o nascimento, o recém-nascido era colocado em contacto pele com pele com a mãe e colocado um lençol quente por cima do mesmo enquanto se realizava a estimulação no dorso fetal. A laqueação do cordão era executada com a colaboração do acompanhante e, sempre que as condições o permitiam, após o primeiro minuto de vida. Segundo a WHO (2018) está recomendada a clampagem tardia do cordão umbilical e também manter os recém-nascidos (na ausência de complicações) em contacto pele com pele com a mãe na primeira hora após o nascimento, para prevenir a hipotermia, promover a amamentação e estabilização cardíaca e respiratória do recém-nascido.

Apesar de ser uma prática recomendada, durante o estágio e, nos casos das cesarianas, o contacto pele com pele era realizado mediante disponibilidade de um EEESMO para se poder deslocar ao bloco operatório de forma a supervisionar a intervenção, o que nem sempre era possível. Uma das sugestões de melhoria passaria por ter um EEESMO destacado em todos os turnos para, caso houvesse cesarianas, se deslocar ao bloco operatório e proporcionar o contacto pele com pele.

Assistência durante o terceiro estadio

O terceiro estadio do trabalho de parto ou dequitação, decorre desde a saída do feto até a expulsão da placenta. Após a saída do feto, há uma rápida redução das contrações e das dimensões uterinas, o que causa uma diminuição significativa da área de implantação da placenta, causando um espessamento. Essas mudanças geram uma tensão, levando à rutura das vilosidades e à formação de um hematoma retroplacentário, onde o sangue se acumula entre a placenta e a camada decidual do endométrio. Este

processo acelera o descolamento do revestimento basal e, consequentemente, a expulsão da placenta. Existem dois mecanismos de descolamento, o Schultz – descolamento da placenta inicia-se pela zona mais central, em que se exterioriza primeiro a face fetal, sendo o mecanismo mais comum – e o mecanismo de Duncan – caracterizado pelo descolamento da placenta com início na periferia, havendo uma hemorragia antes da placenta ser visível à vulva, em que a face materna se exterioriza primeiro (Fatia & Tinoco, 2016).

Durante a prática clínica, e segundo as recomendações, manteve-se uma conduta ativa na vigilância deste período e com o intuito de prevenir complicações. Neste sentido, procedia-se à realização da tração controlada do cordão e à administração de uterotónicos, a ocitocina, de forma a prevenir a hemorragia pós-parto.

Após a saída da placenta, verificava-se a formação do globo de segurança de *Pinard*, as perdas de sangue e observava-se a placenta e membranas, de forma a perceber se estava completa ou se teria ocorrido fragmentação das membranas amnióticas ou retenção placentar. De seguida, procedia-se à inspeção do canal de parto e caso se identificasse trauma perineal procedia-se à sua correção.

Durante o estágio foram observadas duas situações com membranas fragmentadas, tendo sido realizada revisão uterina pela médica obstetra e com recurso a ecógrafo para garantir que a cavidade uterina estava vazia após o procedimento. Além disso, presenciei um caso de hemorragia pós-parto, descrito posteriormente na conceção de cuidados, em que a puérpera acabou por ser submetida a uma histerectomia total.

Durante este período, uma EEESMO ficava responsável pelo recém-nascido, de modo a administrar vitamina K, a aplicar pomada oftálmica, conforme

protocolado e sob vigilância da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Duas horas após o parto procedia-se à revisão puerperal, que consiste na remoção do cateter epidural, vigilância de uma micção espontânea (na presença de globo vesical era realizado esvaziamento com sonda intermitente), monitorização dos sinais vitais, avaliação do globo de segurança de *Pinard* e vigilância de perdas hemáticas vaginais. Caso a puérpera estivesse hemodinamicamente estável era-lhe oferecida uma refeição ligeira e se tolerasse, posteriormente mãe, recém-nascido e acompanhante eram transferidos para o serviço de puerpério.

2.2. Da conceção à implementação da assistência intraparto: uma reflexão com base em casos clínicos

A conceção de cuidados envolve a aplicação de um plano de atendimento centrado na mulher, que visa atender às suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Este processo começa com uma avaliação detalhada, seguida pela definição de diagnósticos de enfermagem, a implementação de intervenções específicas, e, finalmente, a avaliação dos resultados. A prática de cuidados em enfermagem é guiada por princípios de humanização, respeito à autonomia da mulher e uso de evidências científicas para garantir um cuidado de alta qualidade e eficaz.

2.2.1. Uma força da natureza

O parto precipitado, também conhecido como um parto rápido, é caracterizado por ter uma duração extremamente curta, ocorrendo em menos de três horas desde o início das contrações regulares até o nascimento do bebê (Suzuki, 2015; Najam et al., 2021). Esse tipo de parto é marcado por uma baixa resistência do canal de parto e contrações intensas e frequentes, com pouca ou nenhuma pausa entre elas, levando a uma rápida dilatação do colo do útero (Najam et al., 2021). Segundo Suzuki (2015), embora a rapidez possa parecer um benefício, o parto precipitado pode trazer riscos significativos para a mãe e o para o bebê, incluindo lacerações, hemorragia pós-parto e traumas físicos (Suzuki, 2015). Além disso, a experiência pode ser emocionalmente desgastante para a mãe devido à falta de tempo para analgesia e suporte adequado, aumentando sentimentos de desorientação e stress materno. O mesmo autor refere que uma gravidez na adolescência, um feto pequeno e/ou um parto pré-termo podem contribuir para reduzir o risco de complicações maternas no trabalho de parto precipitado, devido a um canal de parto materno mole e/ou a um feto pequeno.

O parto pré-termo é definido como aquele que ocorre antes das 37 semanas de gestação e é uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal (Stewart & Graham, 2010). Pode ser classificado, de acordo com a idade gestacional em extremamente prematuro (menos de 28 semanas), muito prematuro (28 a menos de 32 semanas) ou prematuro moderado a tardio (32 a 37 semanas) (WHO, 2023). Caracteriza-se pela presença de contrações uterina frequentes e regulares e que repercutem no colo uterino, levando à sua dilatação e extinção, e pode resultar de diversos fatores de risco, como gestações múltiplas, complicações maternas, como a pré-eclâmpsia ou APPT e

histórico de partos pré-termo anteriores (Sousa, 2021). As complicações neonatais associadas ao parto pré-termo incluem problemas respiratórios e neurológicos no recém-nascido, devido à sua maturidade fisiológica e metabólica (Gomes et al., 2018).

A preparação para o parto e parentalidade é um processo e um programa que visa fortalecer a autoconfiança e promover o empoderamento e desenvolvimento de competências da grávida para que sinta capacitada para enfrentar a gravidez, o parto e a transição para a parentalidade (OE, 2016; Cardoso et al., 2023). Tudo isto com o intuito de alcançar ganhos em saúde e uma experiência de parto mais positiva. Dentro deste contexto, e uma vez que é um dos temas na preparação para o parto, é essencial abordar tanto as estratégias não farmacológicas como farmacológicas para lidar com a dor durante o trabalho de parto.

Entender os estímulos fisiológicos e as respostas à dor é fundamental para a administração de analgesia farmacológica durante o trabalho de parto. Por outro lado, capacitar a parturiente e o acompanhante na gestão da dor permite a utilização de métodos não farmacológicos. Durante o trabalho de parto, esses métodos para além de promoverem uma sensação de autonomia e controlo sobre o próprio corpo, integram o acompanhante no processo, permitem lidar com a dor e promovem a sensação de controlo e empoderamento (Coelho, 2018). Neste sentido, a hidroterapia, a aromaterapia, técnicas de relaxamento, como o uso de música, a massagem ou a bola de pilates, são alguns dos métodos não farmacológicos utilizados para lidar com a dor de trabalho de parto. Outros fatores, como a posição da parturiente, o contexto social e cultural, a componente espiritual, o espaço físico e o acompanhante, influenciam a perceção da dor por parte da parturiente (Ferreira, 2016).

CASO

A parturiente Ana, de 23 anos, é esteticista. Vem acompanhada pelo namorado, que é futebolista. Primigesta, com 36 semanas e 3 dias, deu entrada no serviço de urgência por rotura prematura de membranas às 10h30, com líquido claro. Gravidez vigiada, planeada e desejada. Sem queixas álgicas. No exame vaginal do serviço de urgência apresentava colo posterior, 2cm de dilatação e com 50% de extinção. CTG normal, sem registo de contratilidade uterina.

O seu grupo de sangue é O+, o que implica a colheita de sangue do cordão umbilical para grupo sanguíneo devido à incompatibilidade ABO. SGB desconhecido.

Colheu sangue para análises clínicas, para deteção de sinais de infeção, e ficou internada na sala de partos.

Apesar de não ter plano de parto, foi analisado com a parturiente algumas dúvidas e desejos da mesma para o momento do parto e pós-parto. Refere que quer colocar cateter epidural, que se for necessário dá o seu consentimento para realizar episiotomia e que quer fazer contacto pele com pele e amamentar o seu filho. O companheiro refere que não sabe se vai ser capaz de cortar o cordão umbilical e ficou combinado que no momento se voltava a questionar.

Ambos participaram no programa de preparação para o parto e para a parentalidade.

Tabela 1- Eventos cronológicos da evolução do trabalho de parto

Horas	13h	15h	16h30	17h	17h20	18h	19h15
Dados							
Dor	1	1	3	5	6	4	9
Contração	Inexistente		Irregulares	Irregulares	Irregulares	Regulares	Regulares

uterina

Extinção	50%				50%		Extinto	
Dilatação	2cm				3cm		10cm	
Consistência	Dura				Dura			
Posição	Posterior				Média		Centrada	
Membranas	Rotas							
Planos de Hodge	≥I plano				I plano		III plano	
Variedade								
Apresentação					Cefálica		Cefálica	
Posição Fetal	Esquerda				Esquerda		Esquerda	
Eliminação vesical	Espontânea		Espontânea			Espontânea		
Estratégias adotadas e medicação	Internamento na sala de partos	1º toma de misoprostol	Bola de pilates, deambulação	Hidroterapia + 2º toma de misoprostol	Petidina + Musicoterapia	No leito, a descansar	Inicia esforços expulsivos	

Medicação:

Misoprostol - análogo sintético da prostaglandina E1. Estimulante de contrações uterina e indutor do trabalho de parto. Pode ser administrado via oral ou via vaginal.

Petidina - é um analgésico, que atua como depressor do sistema nervoso central, utilizado para alívio da dor de intensidade média ou alta. Pode ser administrado via endovenosa ou via intramuscular.

Vitamina K – prevenção de hemorragias no recém-nascido. Administrado via intramuscular.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EEESMO assume a responsabilidade, entre outras, de cuidar “*a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*” com o intuito de promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Além disso, o EEESMO deve diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563).

A escolha deste caso, uma primípara que teve um parto precipitado sem analgesia epidural, baseia-se na demanda de fornecer cuidados específicos e personalizados para atender às necessidades individuais da parturiente, sendo motivada pela compreensão de que essa experiência pode ser intensa e desafiadora para a mulher em diversos aspetos físicos, emocionais e psicológicos, pela falta de analgesia epidural. Um parto precipitado, especialmente sem o alívio da dor proporcionado pela epidural, pode resultar em sensações extremas de desconforto e dor intensa para a mulher, tornando o processo de parir muito mais desafiador. Além disso, a rápida progressão do trabalho de parto pode levar a uma sensação de perda de controlo e falta de preparação, aumentando a ansiedade e o stress durante o evento.

Neste contexto, o EEESMO “*concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher*”, garantir uma assistência de qualidade à mulher, de forma a possuir habilidades específicas para avaliar e gerir a dor durante o parto, oferecer suporte emocional e psicológico, e fornecer educação e orientação individualizada sobre o processo de parto e os cuidados pós-parto (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563). Além disso, o EEESMO está apto a identificar e intervir precocemente em possíveis complicações decorrentes do parto precipitado, garantindo assim “*um ambiente seguro durante o trabalho de parto*”

e parto”, o bem-estar da mulher e do recém-nascido (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563).

O facto de ter sido um parto sem analgesia epidural, apesar do desejo da parturiente em querer usufruir da mesma, tornou a experiência ainda mais marcante. Mesmo sem ter a oportunidade de receber a analgesia, a parturiente manteve-se sempre controlada e confiante, ouvindo o seu corpo e demonstrando uma força incrível, mostrou ser uma verdadeira força da natureza.

Assistir a um parto precipitado sem analgesia epidural permitiu-me o desenvolvimento de várias competências cruciais, tanto na interação com a parturiente como nas habilidades técnicas e no trabalho em equipa. Aprendi a comunicar de forma clara e tranquilizadora, oferecendo suporte emocional robusto e encorajamento contínuo, aperfeiçoei a minha capacidade de avaliar e gerir a dor sem o uso de analgesia epidural, utilizando técnicas e métodos não farmacológicos para lidar com a dor (como o caso de técnicas de respiração), além de adquirir experiência em avaliar o progresso do trabalho. Para além disso, aprendi a permanecer calma mesmo sob pressão, desenvolvi uma maior empatia ao testemunhar a força e determinação da parturiente e a apreciar a beleza e a força do processo natural do parto, compreendendo a importância de criar um ambiente calmo e acolhedor.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde (14h-20h), em contexto de sala de partos.

No domínio do Trabalho de parto tomei como foco de atenção o “Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto”, o “Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, o “Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas”, o “Trabalho de parto” e o “Nascimento” a partir dos quais emergiram os diagnósticos do Quadro 3.

Quadro 3 - Trabalho de parto e Parto: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
(15h) Ana sabe que é esperado sentir dor conforme as contrações ficam mais regulares, mas não sabe o que é esperado sentir para além de uma dor tipo cólica menstrual. Refere que não tem ideia de como poderá reagir quando tiver muita dor.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Ana apresenta-se irrequieta e confessa que não estava preparada para entrar em trabalho de parto antes do tempo.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto
OBJETIVO: Promover uma experiência de parto positiva; Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
INTERVENÇÕES	
• Ensinar sobre dor de trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (15h) Explicar como é esperado sentir a evolução da dor em função da evolução do trabalho de parto: durante o trabalho de parto, a dor não é localizada e pode mudar ao longo do processo, resultando de ajustes em várias partes do corpo. Inicialmente, é desencadeada pelas contrações uterinas, apresentando-se como uma sensação visceral semelhante a câibras, comum na zona abdominal, costas, quadril, glúteos e coxas. Conforme o bebé desce pelo canal de parto, a dor torna-se mais somática, intensificando-se no períneo, ânus, sacro, coxas e pernas. À medida que o parto se aproxima, concentra-se no abdómen e períneo, resultando de contrações uterinas e do estiramento do colo do útero, além da distensão dos tecidos vaginais e perineais, frequentemente levando ao desejo involuntário de empurrar o bebé (Cardoso et al., 2023).	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
(15h) Ana refere que durante a preparação para o parto e parentalidade foram abordados os benefícios que algumas posições tinham para ajudar na descida do bebé, mas só se lembra da posição de estar em pé e mexer a anca para trás e para a frente.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Ana encontra-se sentada na cama com monitorização cardiotocográfica. Encontra-se calma e confortável, mas já tinha referido que não quer estar sempre na cama.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias

	facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVO: Melhorar conhecimento para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • Ensinar sobre posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (15h) Explicar a Ana que existem posições que são facilitadoras da progressão do trabalho de parto, como é o caso de ficar de pé e andar, que podem proporcionar controle e reduzir a dor nas costas. Durante contrações intensas, pode encostar-se a algo ou alguém, inclinada para a frente, e balançar-se ao ritmo da respiração. Movimentos da pelve como, anteversão e retroversão, inclinação lateral, e movimento circular, são úteis. Estar de cócoras, apoiada na cama ou na pessoa significativa, ajuda a realinhar a pelve. Em quatro apoios, com movimentos basculares da pelve, pode aliviar a dor nas costas e ajudar na posição do bebé. Sentar-se com as pernas afastadas, deitar-se de lado com a perna de cima fletida, ou usar assimetrias nas pernas também podem proporcionar conforto e ajudam na descida do bebé (Cardoso et al., 2023).	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: (15h) Ana refere que na preparação para o parto falaram sobre o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto como é o caso da bola de pilates e do disco e que treinaram o seu uso.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Na sala de partos em que se encontra tem uma bola de pilates, um amendoim e um disco ao seu dispor para uso.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVO: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • (15h) Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> • (15:05h) Demonstrar posições corporais facilitadoras do trabalho de parto: Na posição de pé, a parturiente pode inclinar-se para a frente, apoiando-se na pessoa significativa. Essa postura amplia o diâmetro da	

bacia e alinha o feto com a bacia materna, tornando as contrações uterinas mais eficazes e aumentando a sensação de bem-estar. Na posição de cócoras, a parturiente agacha-se com ambas as pernas fletidas, firmando os pés no chão e apoiando-se na pessoa significativa.

- **Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto**

Atividades que a concretizam:

(15:05h) Orientar a parturiente a praticar as diferentes posições corporais e incentivá-la a experimentar diversas posições. Elogiar o seu desempenho.

- **Instruir exercícios de mobilidade da bacia**

Atividades que a concretizam:

(15:05h) Demonstrar exercícios de mobilidade da bacia, como anteversão e retroversão, inclinações laterais e movimentos em forma de infinito. Incluir também exercícios de translação, como inclinações laterais e anteriores/posteriores, e movimentos circulares, além de exercícios de rotação interna/externa e assimetrias. Na posição de quatro apoios, a parturiente apoia os joelhos na cama e as mãos na almofada, mobilizando a bacia enquanto inspira profundamente e expira lentamente para relaxar os músculos. Na posição lateral, a parturiente move a bacia para a direita e para a esquerda, enquanto que na de cócoras, a parturiente pode realizar a "marcha de rã" com o apoio de uma pessoa significativa (Lawrence et al., 2013).

- **Treinar exercício promotores da mobilidade da bacia**

Atividades que a concretizam:

(15:05h) Orientar para a prática dos exercícios basculantes, de translação, exercícios com rotação interna/externa e assimetrias, nomeadamente na posição de quatro apoios, posição lateral e de cócoras; Elogiar o desempenho da parturiente.

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(16:30h) Ana refere que na preparação para o parto lhe falaram em algumas estratégias não farmacológicas, como o banho, a massagem e a música que a poderiam ajudar a lidar com a dor. No entanto menciona que também lhe falaram da técnica de respiração, mas que já não se recorda de como fazê-lo nem como isso poderia ajudar com a dor.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Ana refere que trouxe consigo uma playlist com músicas que lhe fazem sentido ouvir

durante o trabalho de parto. Para além disso, referiu que durante a gravidez o seu companheiro lhe foi massajando algumas partes do corpo conforme necessitava.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVO: Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • Ensinar sobre relação das estratégias não farmacológicas e o lidar com a dor no trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (16:40h) Explicar que a técnica da respiração é utilizada para aliviar a dor e produzir uma sensação de calma e controle durante o trabalho de parto. Ao concentrar-se na respiração, a mulher pode ajustar seu ritmo à intensidade das contrações, proporcionando uma sensação de controle sobre seu corpo. Em cada contração, é benéfico incentivar a parturiente a manter a consciência de sua respiração, expirando completamente e, se necessário, emitindo sons que ajudem a lidar com a dor. (Cardoso et al., 2023).	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto
OBJETIVO: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • (16:45h) Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> • (16:45h) Incentivar a parturiente a respirações mais lentas e prolongadas, de forma a manter-se concentrada na mesma. Incentivar a ir tomar um banho relaxante e orientar a água na área que se sinta mais desconfortável, de forma a promover o relaxamento. • Treinar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (16:45h) Treinar com a parturiente a técnica respiratória.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com a dor de

	trabalho de parto
OBJETIVO: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • (17h) Elogiar o desempenho da cliente	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: (17:20h) Ana refere muita dor, e por esse motivo é realizado o toque vaginal, colo de posição média, com 3cm de dilatação de 50% de extinção e consistências dura. CTG com uma linha de base nos 145bpm, com variabilidade, acelerações e movimentos fetais. Ausência de desacelerações. Contratilidade uterina irregular.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Ana encontra-se no primeiro estadio do trabalho de parto, na fase latente, sendo caracterizada por presença de contratilidade uterina irregular e uma dilatação cervical inferior a 5cm (OMS, 2018). Ana refere que durante o trabalho de parto gostaria de ouvir música e por esse motivo trouxe uma playlist preparada para o efeito. Para além disso, expressa vontade em ter liberdade de movimentos ao longo do trabalho de parto e que gostava de usar a bola de pilates.	
DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
OBJETIVO: Facilitar trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • Avaliar evolução do trabalho de parto • Envolver pessoa significativa no trabalho de parto • Gerir ambiente físico para promover relaxamento Atividades que a concretizam: (17:20h) Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável: bater à porta antes de entrar no quarto e manter a porta fechada, manter um ambiente calmo e com pouca luz, privacidade (apenas com a presença das pessoas essenciais na sala) e não deixar o corpo da parturiente exposto (Simkin et al., 2017).	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: (19:15h) Sem necessidade de realizar toque vaginal. À observação, apresentação fetal à vulva. Bem-estar fetal: CTG com linha de base nos 155bpm, com variabilidade (5-25 bpm), com acelerações e desacelerações precoces. Contratilidade uterina regular, 3	

contrações uterina em 10 minutos.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Ana toca à campainha porque já não aguenta com a dor, e refere vontade de puxar. Está no leito e refere que está confortável (dentro do possível) para parir assim.	
DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
OBJETIVO: Facilitar trabalho de parto	
INTERVENÇÕES ● Gerir ambiente físico para promover relaxamento <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:15h) Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável: manter um ambiente calmo e com privacidade. Música de fundo segundo gosto da parturiente. ● Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:15h) Envolver o acompanhante na contagem da duração da realização do puxo com a parturiente. ● Assistir no posicionar <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:15h) Encorajar a parturiente a escolher posição: é importante que nenhuma posição específica seja imposta à mulher e que ela seja encorajada e apoiada a adotar qualquer posição que considere mais confortável (WHO, 2018). A posição de semi-sentada, escolhida pela parturiente, define-se como tal qualquer posição em que haja um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores (Nené et al., 2016). ● Implementar medidas de proteção do períneo <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:15h) Recomenda-se o uso de técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, como aplicação de calor com recuso a uma luva com água quente e proteção do períneo com as mãos, levando em consideração as preferências da mulher, de forma a promover o relaxamento dos músculos perineais (WHO, 2018).	

- **Assistir no parto**

Atividades que a concretizam:

(19:15h) Preparar o material para assistir no parto (campo, bata, luvas, clamp do cordão umbilical, compressas...).

Incentivar e elogiar Ana durante os esforços expulsivos. Encorajar a sentir a cabeça do bebé.

Após a saída da cabeça, pedir para suspender esforços expulsivos e verificar presença de circulares do cordão umbilical. Registrar hora de **nascimento** (19h26).

Colocado bebé em contacto pele com pele com Ana após saída total do corpo, colocando um lençol aquecido por cima de forma a prevenir perdas de calor.

(19:28h) Encorajar o pai a cortar o cordão umbilical: informar que aquando o corte do cordão umbilical realizado pelos pais, ao invés do EEESMO, o envolvimento emocional entre o pai e o bebé parece ser beneficiado (Brandão, 2009).

(19:28h) Assistir no corte do cordão umbilical: orientar o pai na forma como realiza o corte do cordão umbilical.

(19:29h) Colhido sangue do cordão umbilical para grupo

(19:41h) Inspeccionar períneo: apresenta uma laceração de 2º grau.

(19:43h) Realizar higiene perineal

(19:43h) Realizar analgesia dos nervos pudendos

(19:44h) Realizar correção de laceração: sutura contínua na parte muscular e pontos simples na pele.

- **Assistir na expulsão da placenta**

Atividades que a concretizam:

(19:40h) Dequitação: pedir a Ana que realize novo esforço expulsivo de forma a se realizar o dequite e enquanto é realizada tração controlada do cordão umbilical. Quando se observar a saída da placenta segurar com as duas mãos e realizar manobra de Dublin (torção da placenta até exteriorização completa das membranas) e observar mecanismo de dequite (mecanismo de Schultz).

Inspeccionar placenta: placenta completa sem alterações, bordos regulares, cotilédonos íntegros, bolsa amniótica com dois folhetos (amnion e córion),

inserção central do cordão umbilical, que apresenta duas artérias e uma veia. Administração de 10 unidades de ocitocina EV após a dequitação para diminuir o risco de hemorragia pós-parto na terceira fase do trabalho de parto (é recomendado para todos os partos) (OMS, 2018). ● Avaliar o globo de segurança de Pinard: formado.	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: José nasceu às 19:26h. - Índice de Apgar – score de 9 ao 1.º minuto - Índice de Apgar - score de 10 ao 5.º minuto - Índice de Apgar - score de 10 ao 10.º minuto Recém-nascido sem secreções e bem-adaptado à vida extrauterina. Peso 2395kg.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Ana já tinha verbalizado vontade de realizar contacto pele com pele. Neonatalogista avaliou o recém-nascido enquanto o mesmo estava pele com pele com a mãe e, apesar da prematuridade, recém-nascido bem-adaptado à vida extrauterina. Foi realizada pesquisa de glicemia capilar por peso inferior a 2500gr, 80 mg/dl.	
DIAGNÓSTICO:	Nascimento
OBJETIVO: Promover adaptação à vida extrauterina	
INTERVENÇÕES ● Executar técnica de pele com pele <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:26h) Colocado recém-nascido em contacto pele com pele com Ana, em decúbito ventral, no tórax, com a cara virada para um dos lados. ● Promover a “Golden Hour” <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:26h) Orientar Ana a manter o contacto pele com pele, permitindo o aumento da imunidade do recém-nascido, promovendo a continuação da ligação mãe/filho e facilitando a amamentação e o mamar; apresenta ainda benefícios no controlo da sua temperatura corporal, a nível da estabilidade cardiorrespiratória e redução do risco de hipoglicemia (Freitas & Batista, 2016).	

A aplicação de diversas estratégias durante o trabalho de parto pode influenciar significativamente a experiência da parturiente, de forma a lidar com a dor e/ou facilitando a progressão do parto. No caso descrito, a utilização de uma bola de pilates e a deambulação, associadas à música, ou independentes, podem aumentar a sensação de controlo e conforto, além de promover a dilatação cervical e a descida do feto no canal de parto (Gupta et al., 2017). A hidroterapia, como o uso do chuveiro, é eficaz no alívio da dor e no relaxamento muscular (Cluett et al., 2018).

Quando estas intervenções não farmacológicas não foram suficientes, a administração de petidina intramuscular ofereceu alívio adicional da dor da parturiente (Smith et al., 2018). Finalmente, a adoção da posição semi-sentada para os esforços expulsivos, que combina os benefícios da gravidade e do conforto, é suportada por evidências que demonstram que essa posição pode facilitar a descida do feto e melhorar a eficácia das contrações uterinas, resultando numa segunda fase do trabalho de parto mais curta e eficiente (Zhang et al., 2019).

As posições e a mobilidade maternas durante o trabalho de parto, segundo o estudo de Garbelli & Lira (2021), desempenham um papel importante na mecânica do parto, facilitando o posicionamento fetal correto, com aumento da satisfação materna e a redução do trauma perineal.

Conforme sugerido pelo estudo de Lawrence et al., (2013), que incluiu 25 estudos, utilizar posições verticais e movimentos corporais, como é o caso da deambulação, durante o primeiro estadio do trabalho de parto oferece vários benefícios. Estes incluem, não só a diminuição da dor e/ou desconforto, como também a aceleração da progressão do trabalho de parto devido ao efeito da gravidade, a redução da duração do trabalho de parto, a diminuição da percepção da dor, o aumento da eficácia das contrações uterinas e a melhoria da circulação materno-fetal (Lawrence et al., 2013). Para além disso, o mesmo estudo refere que a mobilidade e as posições verticais foram associadas a uma

menor necessidade de intervenções médicas, como a administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto ou o recurso a analgesia epidural. Manter-se móvel e adotar diferentes posturas, aumenta os diâmetros transversal e ântero-posterior da pelve, facilitando a descida e a rotação do feto e, consequentemente a progressão do trabalho de parto (Lawrence et al., 2013).

A sugestão do recurso da água e da música à parturiente durante o trabalho de parto teve em conta as suas escolhas e por base a evidência científica.

O artigo de Tereso et al. (2023) explora a eficácia da hidroterapia, definida como a aplicação externa de água para fins terapêuticos ou duche terapêutico, também designado como duche de água quente, na redução da dor durante o primeiro estadió do trabalho de parto. Segundo este estudo, o facto de as parturientes adotarem posições verticais e movimentos corporais, como por exemplo, balançar ou agachar, durante o duche de água quente, proporciona alívio da dor, aumenta o conforto e a perceção de controlo sobre a experiência do parto.

A água aquecida, utilizada no duche, promove a redistribuição do fluxo sanguíneo, relaxa a musculatura e reduz a libertação de catecolaminas, enquanto eleva os níveis de endorfinas, de forma a diminuir a ansiedade e a aumentar a satisfação da parturiente (Serafim et al., 2023). O relaxamento muscular resultante, melhora a elasticidade do canal vaginal e contribui para uma sensação geral de bem-estar. A água aquecida, com temperaturas entre os 37 a 38 °C, provoca vasodilatação, favorecendo o relaxamento muscular. Para isso, Serafim et al., (2023) recomendam como resultado do estudo desenvolvido, que a parturiente permaneça sob o jato de água, preferencialmente por cerca de 1 hora, ou no mínimo 20 minutos, direccionando-o para a região lombar ou abdominal, onde a dor é mais intensa. A Ordem dos Enfermeiros, destaca o uso terapêutico do duche de água quente, como um método não farmacológico que proporciona relaxamento, redução da

ansiedade, aumento da sensação de controlo da dor e da satisfação e encurtamento do período de dilatação. Para além disso, reduz significativamente a necessidade de analgesia epidural durante a fase de dilatação, sem causar efeitos adversos que impactem a duração do trabalho de parto ou o bem-estar materno-fetal (OE, 2021).

O uso da música, outra das estratégias adotadas no decorrer do trabalho de parto, segundo o estudo de Serafim et al., (2023), é uma prática que utiliza a música para promover o relaxamento e o conforto, reduzir a ansiedade e o desconforto da dor e aliviar a dor das parturientes durante o trabalho de parto.

A revisão sistemática desenvolvida por Santiváñez-Acosta et al., (2020), analisou o impacto da musicoterapia no controlo da dor e da ansiedade durante o trabalho de parto. Incluiu 12 estudos que envolveram um total de 778 mulheres. Os resultados indicaram que a musicoterapia é uma intervenção eficaz para reduzir significativamente a intensidade da dor como a ansiedade durante o trabalho de parto. A música proporciona um ambiente calmante e relaxante, ajudando a desviar a atenção da dor e promovendo a libertação de endorfinas. Além disso, a musicoterapia pode melhorar o estado emocional das parturientes, contribuindo para uma experiência de parto positiva.

A escolha do tipo de música é individual e deve refletir as preferências da parturiente, podendo variar desde música clássica suave até sons da natureza ou músicas que tenham um significado pessoal. A implementação da musicoterapia é um método não farmacológico, simples e não invasivo, sendo uma opção valiosa para melhorar a experiência do parto, permitindo a liberdade de movimentos e posições (Lorencetto et al., 2021). Durante o estágio, a parturiente e o acompanhante tinham ao seu dispor a televisão e o computador, para aceder online e ouvir música da sua preferência.

A gestão do ambiente físico e a privacidade durante o trabalho de parto são cruciais para melhorar a experiência da parturiente e promover um parto mais

tranquilo e eficaz. Estudos indicam que um ambiente confortável, controlado e acolhedor pode reduzir a percepção da dor e a ansiedade, facilitando o progresso do trabalho de parto (Hodnett et al., 2013). Por exemplo, ambientes com iluminação suave, temperatura controlada e disponibilidade de equipamentos para diferentes posições podem favorecer o relaxamento e a mobilidade da parturiente (Simkin & Bolding, 2004). Além disso, garantir a privacidade é fundamental para o bem-estar emocional da parturiente. A presença de pessoas indesejadas ou a constante interrupção por profissionais de saúde pode aumentar o stress e prolongar o trabalho de parto (Johanson, Newburn, & Macfarlane, 2002). Portanto, a criação de um ambiente de parto que respeite a privacidade, combinada com uma atmosfera fisicamente confortável, é essencial para proporcionar uma experiência de parto positiva e menos medicalizada (Lothian, 2004).

Tal como Odent (2009) destaca no seu estudo, o ambiente em que ocorre o parto é importante na medida em que a falta de privacidade, o excesso de intervenções e a iluminação intensa podem impactar negativamente o processo de trabalho de parto, pois ativa o neocórtex da mulher, a área do cérebro responsável pelo raciocínio. Como o parto é um processo instintivo, promover um ambiente acolhedor, confortável e privado é essencial para respeitar a fisiologia natural do parto. Durante o estágio, era atendido o cuidado com iluminação, utilizando apenas o foco para iluminação, sem perturbar o ambiente da parturiente.

No que diz respeito aos métodos farmacológicos de alívio da dor, a administração de petidina durante o primeiro estadio do trabalho de parto é frequentemente utilizada, mas está associada a vários efeitos colaterais. Estudos recentes mostram que a petidina pode causar náuseas, vômitos, sonolência e depressão respiratória em mulheres em trabalho de parto. Além disso, a petidina atravessa a barreira placentária, o que pode resultar em depressão respiratória neonatal e alterações na frequência cardíaca fetal,

aumentando a necessidade de intervenções neonatais (Smith et al., 2018; Kadirogullari et al., 2021). A NICE (2023) recomenda cautela na administração de petidina, especialmente em casos de padrões de frequência cardíaca fetal não tranquilizadores ou problemas respiratórios maternos. No caso clínico apresentado, a administração de petidina foi realizada durante o primeiro estadio do trabalho de parto, sem repercussões no bem-estar fetal e índice de apgar.

Kadirogullari et al. (2021) conduziram um estudo para avaliar o efeito da petidina na duração da fase ativa do trabalho de parto, na dor do parto e nos resultados materno-neonatais, com conclusões contrárias no que concerne ao bem-estar neonatal. Os resultados mostraram que a fase ativa do trabalho de parto foi significativamente mais curta no grupo que recebeu petidina, além de apresentarem uma diminuição da dor. Nenhum recém-nascido apresentou depressão respiratória com necessidade de reanimação ou de internamento.

Face ao domínio “Comportamentos para amamentar”, tomei como foco de atenção a “Amamentação” a partir dos quais emergiu o diagnóstico apresentado no Quadro 4.

Quadro 4 - Comportamentos para amamentar: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Ana sabe que a amamentação é importante por todos os benefícios que lhe trazem a si, mas principalmente ao seu filho. Sabe ainda, que é preciso respeitar os passos da golden hour de forma ao seu bebé ter tempo para conhecer a mama e começar a mamar.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Ana já tinha expressado a sua vontade em amamentar. Frequentou o programa de preparação para o parto.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar capacidade para amamentar

OBJETIVO: Promover o amamentar na 1. ^a hora de vida
INTERVENÇÕES • Assistir na amamentação <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:50h) Auxiliar a puérpera a amamentar o recém-nascido • Vigiar amamentação <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:55h) Observar sinais de boa pega: o bebé abocanha o mamilo e a maior parte da aréola, principalmente o bordo inferior; o lábio superior e inferior apresentam-se bem abertos; forma uma “boca de peixe”; o lábio inferior encontra-se voltado para a mama, o queixo toca na mama e o nariz encontra-se perto da mama; as bochechas estão arredondadas e a deglutição pode ser audível. O corpo e a cabeça do bebé estão alinhados com a mãe, barriga com barriga. Observar-se a presença de reflexos de sucção e deglutição coordenados.

2.2.2. Atonia uterina, uma emergência obstétrica

O quarto estadio do trabalho de parto, também conhecido como o período pós-parto imediato, refere-se às primeiras horas após o nascimento do recém-nascido, geralmente até duas horas (Fatia & Tinoco, 2016). Durante este tempo, o foco é na observação da contração uterina adequada, a prevenção de hemorragias pós-parto, a avaliação de sinais vitais da mãe, vigilância da

adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e o início da amamentação (Fatia & Tinoco, 2016). A vigilância e os cuidados imediatos são essenciais para detetar e responder rapidamente a qualquer complicação que possa surgir.

Atonia uterina é uma das principais causas de hemorragia pós-parto e uma emergência obstétrica, e consiste na contração inadequada do útero após o parto e saída da placenta (Breathnach & Geary, 2009). Pode ser causada por vários fatores, entre eles a distensão excessiva do útero (gravidez múltipla, macrossomia fetal, hidrâmnios), multiparidade, trabalho de parto prolongado ou precipitado, indução do trabalho de parto, entre outros (Breathnach & Geary, 2009; Gill et al., 2019).

O diagnóstico da atonia uterina é estabelecido durante a avaliação física imediatamente após o parto e é definido por um útero flácido, distendido e acompanhado de sangramento do colo uterino (Gill et al., 2019). Além disso, conforme a perda de sangue vai aumentando há uma instabilidade hemodinâmica da mulher caracterizada por um aumento da frequência cardíaca e frequência respiratória, calafrios, hipotensão, perda de consciência, confusão, visão turva, pele húmida e fraqueza (Gill et al., 2019; Wormer et al., 2023). O tratamento da atonia uterina consiste em manter a mulher hemodinamicamente estável enquanto se identifica e corrige a causa da hemorragia, através da massagem uterina e da administração de uterotónicos. Caso não seja suficiente, poderá ser necessário um tamponamento com uma sonda de Bakri e em último recurso realizar uma laparotomia exploratória (Gill et al., 2019; Wormer et al., 2023).

CASO

A parturiente Maria, de 33 anos, de raça negra, com o grupo sanguíneo A+, é natural de Angola. É casada e dona de casa e habita com o marido e filhos num apartamento T3 em Vila Nova de Gaia. Esta é a sua terceira gravidez,

teve dois partos eutócicos anteriores. Gravidez vigiada, planeada e desejada.

Deu entrada na sala de partos para indução de trabalho de parto às 41 semanas de gravidez. O resultado da colheita de SGB é negativo. Iniciou com misoprostol vaginal às 10h15 e repetiu a toma às 17h.

Ao iniciar o turno da noite, a parturiente já apresentava cateter epidural com PCEA (analgesia epidural controlada pelo paciente) com bólus horário e um soro polieletrólítico glicosado em curso a 125ml/h. A última micção espontânea foi às 18h30. A amniotomia foi realizada às 19h20, líquido claro em moderada quantidade e cheiro suis generis. Aquando da amniotomia, a parturiente apresentava um colo uterino com 3cm de dilatação e 80% de extinção. A Maria decidiu não ter acompanhante durante o trabalho de parto, pois assim o marido fica em casa a cuidar dos outros filhos.

Não frequentou o programa de preparação para o parto e parentalidade.

Medicação:

Ocitocina - pertence a um grupo de medicamentos denominados ocitócicos, que estimulam a contração do útero.

Misoprostol retal – um análogo sintético da prostaglandina E1 que promove contrações uterinas.

Cefazolina – antibiótico da classe das cefalosporinas, frequentemente utilizado na prevenção de infeções pós-operatórias.

Ondasetrom - antiemético, utilizado para prevenir e tratar náuseas e vômitos.

Ácido tranexâmico - medicamento antifibrinolítico que atua reduzindo a degradação do coágulo sanguíneo, ajudando assim a controlar a hemorragia.

Sulprostona - prostaglandina sintética, estimulador de contrações do músculo liso do útero.

Efedrina + Fenilfedrina - agente simpaticomimético utilizado frequentemente para tratar a hipotensão.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

Conforme estabelecido pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EEESMO é responsável, entre outras funções, por cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto. O objetivo é promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e facilitar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Além disso, o EEESMO deve diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019).

A gestão da atonia uterina, uma emergência obstétrica caracterizada pela falta de contração adequada do útero após o parto e, consequentemente, hemorragia pós-parto, requer a intervenção por parte do EEESMO. O EEESMO está preparado para *“identificar complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”*, de forma a potenciar a saúde da mulher (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563), passando por implementar e avaliar intervenções de emergência, como a massagem uterina e a administração de medicamentos uterotónicos, garantindo a estabilização da puérpera. Além disso, o EEESMO promove o conforto e bem-estar da mulher, utilizando estratégias para alívio da dor e do desconforto e oferecendo suporte emocional contínuo. As emergências obstétricas, como é o caso da atonia uterina, implica o trabalho e a colaboração com outros profissionais de saúde, como a equipa médica de obstetrícia e a equipa de anestesia. O EEESMO assegura uma abordagem multidisciplinar, essencial para uma resposta rápida e eficaz, promovendo a segurança e o bem-estar da mulher num momento crítico.

A escolha deste caso baseia-se por ter sido uma oportunidade para observar e

atuar sobre a atonia uterina, uma emergência obstétrica crítica. A complexidade e a urgência desta condição destacam a importância de competências específicas do EEESMO, como a capacidade de diagnosticar precocemente, implementar intervenções eficazes e trabalhar em equipa. Além disso, este caso proporcionou um cenário ideal para aplicar e desenvolver habilidades práticas e teóricas, reforçando a necessidade de um cuidado centrado na paciente e a importância de um suporte emocional durante situações de alta tensão.

Várias foram as dificuldades enfrentadas com este caso. Uma das principais dificuldades foi a necessidade de um diagnóstico precoce e preciso, que exige observação e interpretação clínica, muitas vezes sob pressão intensa. A deteção precoce e a implementação rápida e eficaz de intervenções, como a massagem uterina e a administração de medicamentos uterotónicos, também representou um desafio devido à urgência da situação. Além disso, garantir a estabilização da puérpera enquanto se proporciona suporte emocional contínuo exigiu um equilíbrio delicado entre a execução de procedimentos técnicos e a prestação de cuidados humanizados.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da noite (20h-8h), em contexto de sala de partos.

No domínio do Trabalho de parto tomei como foco de atenção o “Trabalho de parto” e o “Nascimento” a partir dos quais emergiram os diagnósticos do Quadro 5.

Quadro 5 - Trabalho de parto: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(21:30h) Realizado toque vaginal, dilatação completa, apresentação cefálica em occípito sagrada no 2º plano de Hodge.

Bem-estar fetal: CTG com linha de base nos 142bpm, com variabilidade (5-25 bpm),

com acelerações e desacelerações precoces. Contratilidade uterina regular, 3 contrações uterina em 10 minutos.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Maria toca à campainha por referir uma pressão constante na zona perineal. Está no leito e por opção materna inicia esforços expulsivos na posição de litotomia.	
DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
OBJETIVO: Facilitar trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • Gerir ambiente físico para promover relaxamento <i>Atividades que a concretizam:</i> (21:30h) Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável: manter um ambiente calmo e com privacidade. • Assistir no posicionar <i>Atividades que a concretizam:</i> (21:35h) Encorajar a parturiente a escolher posição: A posição de litotomia, escolhida pela parturiente, pode não ser a melhor opção para o parto, uma vez que aumenta o risco de compressão aorto-cava e pode prolongar o trabalho de parto (Oliveira et al., 2020). • Implementar medidas de proteção do períneo <i>Atividades que a concretizam:</i> (21:35h) De forma a reduzir o trauma perineal, realizou-se a proteção do períneo com as mãos. Esta técnica tem sido defendida pela sua potencial eficácia em reduzir complicações, como a laceração perineal grave (Kettle et al., 2019).	

- **Assistir no parto**

Atividades que a concretizam:

(21:35h) Preparar o material para assistir no parto (campo, bata, luvas, clamp do cordão umbilical, compressas...).

Incentivar e elogiar Maria durante os esforços expulsivos.

Após a saída da cabeça, pedir para suspender esforços expulsivos e verificar presença de circulares do cordão umbilical.

(22:09h) Laqueação prévia por circular apertada.

(22:09h) Registrar hora do nascimento: RN levado para o reanimador com necessidade de suporte de oxigénio à face por cerca de 5 minutos com recuperação das saturações de oxigénio.

- **Assistir na expulsão da placenta**

Atividades que a concretizam:

(22:30h) Dequitação: pedir a Maria que realize novo esforço expulsivo de forma a assistir na dequitação e enquanto é realizada a tração controlada do cordão umbilical. Quando se observar a saída da placenta segurar com as duas mãos e realizar manobra de Dublin (torção da placenta até exteriorização completa das membranas) e observar mecanismo de dequite (mecanismo de Duncan).

Inspecionar placenta: placenta completa sem alterações, bordos regulares, cotilédons íntegros, bolsa amniótica com dois folhetos (amnion e córion), inserção central do cordão umbilical, que apresenta duas artérias e uma veia.

Administração de 5U de ocitocina endovenosa direta + 15 unidades de ocitocina EV em soro glicosado a 5% de 500 ml em perfusão.

- **Avaliar o globo de segurança de Pinard: formado.**

• (22:30h) Inspeccionar períneo: apresenta uma laceração da musoca vaginal baixa. • (22:30h) Realizar higiene perineal • (22:35h) Realizar correção de laceração: sutura contínua na mucosa	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: António nasceu às 22:09h. - Índice de Apgar – score de 7 ao 1.º minuto - Índice de Apgar - score de 8 ao 5.º minuto - Índice de Apgar - score de 9 ao 10.º minuto Recém-nascido com secreções, com necessidade de ser aspirado e suporte de oxigénio à face. Peso 3545kg.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Neonatologista avaliou o recém-nascido.	
DIAGNÓSTICO:	Nascimento
OBJETIVO: Promover adaptação à vida extrauterina	
INTERVENÇÕES • Assegurar o bem-estar do recém-nascido <i>Atividades que a concretizam:</i> (23h) Recém-nascido transferido para neonatologia devido à incapacidade materna.	

No domínio do Pós-parto, tomei como foco de atenção o “Pós-parto” e a partir dos quais emergiram os diagnósticos do Quadro 6.

Quadro 6 - Pós-parto: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(22h30) Tipo de dequitação: fisiológica, mecanismo de Duncan. Às 22:45h Maria apresenta hemorragia abundante e na avaliação do globo de segurança de Pinard verifica-se que útero não está contraído, estando presente atonia uterina.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Maria apresenta tensão arterial de 70/30mmHg e uma frequência cardíaca de 109 bpm e refere não se estar a sentir bem.	
DIAGNÓSTICO:	Hemorragia pós-parto
OBJETIVO: Promover a recuperação pós-parto	
INTERVENÇÕES • Referenciar complicação pós-parto ao médico <i>Atividades que a concretizam:</i> (22:40h) Sinalizar emergência obstétrica: verbalizar o diagnóstico de forma clara para toda a equipa; solicitar apoio de obstetrícia e anestesiologia. Iniciada massagem uterina, colocando-se uma mão na parte inferior do abdómen da mulher, sobre o útero, aplicando uma pressão firme e contínua com movimentos circulares. À chegada da equipa médica, realizada ecografia para confirmação de cavidade vazia. • Implementar medidas de tratamento de hemorragia pós-parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (22:40h) Colocados 4 comprimidos de misoprostol retal (800 µg); Realizada massagem uterina; Assegurar acesso venoso periférico (2) de calibre 14G ou 16G preferencialmente nas veias do antebraço (veia cubital mediana); Colhido sangue para hemograma e tipagem; Assegurar esvaziamento vesical; Administrar soroterapia: Repor até 1500 mL de perdas hemáticas com cristalóides/colóides; Monitorização contínua da pressão sanguínea e	

frequência cardíaca; Requisitada equipa de anestesia por instabilidade hemodinâmica da puérpera.

(22:45h) Administrada antibioterapia para prevenção de infeção, cefazolina 2gr e por a Maria apresentar náuseas, administrado ondasetrom endovenoso. Simultaneamente, inicia perfusão de 2 ampolas de 5ml ácido tranexâmico em 500ml de soro fisiológico. Colocado em perfusão uma gelofusine.

(23:20h) Por manter perda hemática abundante e útero descomprimido sem massagem uterina, indicação médica para realizar nalador (sulprostona 0,5mg) 2 ampolas em 500cc de soro fisiológico a 125ml/h e de seguida, ocitocina 20U em 1000cc de soro fisiológico após reversão da hipotensão.

(23:50h) Puérpera consciente com tensão arterial 107/85mmHg. Mantém-se massagem uterina contínua.

(00h) Iniciada transfusão de uma unidade de glóbulos rubros.

(00:10h) Iniciada 2ª unidade glóbulos rubros em novo cateter venoso periférico.

(00:20h) Iniciada 3ª unidade de glóbulos rubros + colocação do 4º cateter venoso periférico. Em paralelo, a equipa de anestesia dá indicação para administração de medicação para reverter hipotensão (efedrina 10mg + fenilfedrina), e vigilância hemodinâmica. Massagem uterina continua sem sucesso – quando se parava, útero descomprimia e mantinha hemorragia.

(00:55h) Puérpera segue para o bloco operatório, com massagem uterina em curso, para colocação de balão de bakrin.

- **Avaliar evolução da recuperação pós-parto**

Atividades que a concretizam:

(2h) Após várias tentativas sem sucesso para resolver a hemorragia uterina, Foi realizada uma histerectomia total e salpingectomia à esquerda e

puérpera foi para serviço de medicina intensiva polivalente, para estabilização hemodinâmica.

O procedimento realizado na prática clínica vai de encontro com as evidências científicas, nomeadamente de acordo com as recomendações da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) (2022) para o tratamento de hemorragia pós-parto. Estas enfatizam a utilização de ocitocina endovenosa como medicamento uterotónico de primeira linha. Quando esta não está disponível ou não é eficaz, a alternativa é uso de medicamentos prostaglandinas como misoprostol sublingual (800 µg). Na prática, o misoprostol é usado na mesma dosagem, no entanto, a sua administração é via retal. As vias oral e sublingual têm a vantagem de um início de ação rápido, enquanto as vias vaginal e retal resultam numa maior duração e maior biodisponibilidade (Escobar et al., 2022).

Além disso, segundo as recomendações da FIGO (Escobar et al., 2022), o uso de cristaloides isotónicos é preferido em relação aos coloides para a ressuscitação inicial com fluidos intravenosos, tal como a administração precoce de ácido tranexâmico endovenoso é recomendada para mulheres com hemorragia pós-parto clinicamente diagnosticada. Na prática verificou-se que os medicamentos usados iam de encontro às recomendações anteriores, pois foi utilizado o lactato de *Ringer* como cristalóide isotónico e, também o ácido tranexâmico.

Outras medidas, segundo as mesmas recomendações, incluem a massagem uterina, técnicas de compressão uterina bimanual ou compressão aórtica externa como medidas temporárias, até que o tratamento adequado esteja disponível e, se necessário, intervenções cirúrgicas como o tamponamento com balão uterino e a embolização da artéria uterina podem recomendadas se os métodos conservadores falharem (Escobar et al., 2022). Assim, verificou-se que a conduta praticada neste caso em específico seguiu o protocolo hospitalar, com a aplicação da massagem uterina e posteriormente do balão

uterino, que vão de encontro com as recomendações internacionais.

No entanto, na prática verificou-se adicionalmente a utilização do fármaco sulprostona, uma prostaglandina sintética, seguindo o protocolo hospitalar de hemorragia pós-parto. A revisão da Cochrane elaborada por Gallos et al., (2018) refere que a administração de prostaglandinas, como é o caso do sulprostona, aumenta a contratilidade uterina e causa a vasoconstrição em mulheres no pós-parto, tendo sido usada como último recurso para a hemorragia pós-parto, quando todas as outras medidas falham.

2.2.3. O empowerment da mulher

O empoderamento ou *empowerment* da mulher, conceito de reforçar o poder ou capacitar, é crucial para promover a autonomia, a dignidade e a participação ativa da mulher no trabalho de parto, e consequentemente para garantir uma experiência positiva. Fornecer informação detalhada sobre as opções de cuidado e outras informações, faz com que as mulheres possam fazer as suas escolhas informadas de forma a atenderem às suas necessidades e preferências individuais (WHO, 2018). Este conceito envolve proporcionar às mulheres as ferramentas necessárias para que possam participar ativamente na tomada de decisões relacionadas com o seu parto. Isso inclui acesso à informação, suporte emocional e físico contínuo, e respeito pelos seus desejos e preferências. Este tipo de cuidado centrado na mulher não só respeita a sua

autonomia, mas também promove um sentimento de controlo e confiança, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva.

O plano de parto serve como uma ferramenta de comunicação entre a grávida e a equipa, promovendo um cuidado mais personalizado e centrado na mulher. Neste são incluídas informações sobre o ambiente desejado para o parto, métodos de alívio da dor e para lidar com a dor, intervenções médicas e preferências para o pós-parto imediato. Embora seja um documento flexível, destinado a adaptar-se às circunstâncias imprevisíveis do trabalho de parto, o plano de parto reforça o direito da mulher de participar ativamente nas decisões sobre o seu parto, garantindo que suas escolhas e necessidades sejam consideradas e respeitadas durante todo o processo, de forma a promover uma experiência positiva.

CASO:

A parturiente Beatriz, de 34 anos, é professora. Vem acompanhada pelo marido. Deu entrada no turno da noite no serviço de urgência por contratilidade uterina regular. Está grávida de 40s+3d, vigiada, planeada e desejada. É a segunda gravidez e teve um parto eutócico em 2021. No exame vaginal do serviço de urgência apresentava colo posterior, 3cm de dilatação e 70% de extinção. CTG normal, com registo de contratilidade uterina irregular. SBG negativo. Fica internada na sala de partos com o diagnóstico de trabalho de parto.

O seu grupo de sangue é O+, o que implica a colheita de sangue do cordão umbilical para grupo sanguíneo devido à incompatibilidade ABO.

Apresenta plano de parto, referindo que não quer colocar cateter epidural (colocou e retificou na folha do plano de parto); quer cortar o cordão quando deixar de pulsar até 20 minutos ligado à placenta; quer fazer contacto pele com pele e amamentação na primeira hora de vida; não quer que seja realizada episiotomia e quer liberdade de movimentos e menos pessoas possíveis na

sala.

Tabela 2 - Eventos cronológicos da evolução do trabalho de parto

Horas	14h30	17h55	18h30	19h
Dados				
Dor	3	8	6	6
Contração	Irregular	Irregulares	Regulares	Regulares
Uterina				
Extinção	80%	Extinto	Extinto	Extinto
Dilatação	5cm	9cm	10cm	10cm
Consistência	Amolecida	Amolecida		
Posição	Centrada	Centrada	Centrada	Centrada
Membranas	BAI	BAI	Rotas, LA claro	Rotas
Planos de	≥I plano	I plano	II plano	III plano
Hodge				
Variedade		OEP	OEA	OEA
Apresentação	Cefálica	Cefálica	Cefálica	Cefálica
Posição Fetal	Esquerda	Esquerda	Esquerda	Esquerda
Eliminação	Espontânea		Espontânea	
vesical				
Estratégias adotadas e medicação	Liberdade de movimentos, rotatividade entre a bola de pilates e as básculas.	Bólus de 8cc ropivacaína 0,2%; Deambulação; Técnicas de respiração e de relaxamento; Musicoterapia	Bólus de 6cc ropivacaína 0,2%; Liberdade de movimento, posição de cócoras e 4 apoios	Inicia esforços expulsivos em decúbito lateral direito

Medicação:

Ocitocina - pertence a um grupo de medicamentos denominados ocitócicos, que estimulam a contração do útero.

Ropivacaína - anestésico local de longa duração administrado através do

catéter epidural.

Vitamina K – prevenção de hemorragias no recém-nascido. Administrado via intramuscular.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é responsabilidade do EEESMO cuidar da mulher no contexto da família e comunidade durante o trabalho de parto, de forma a promover a saúde da mulher e facilitar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019).

O EEESMO, e de acordo com o regulamento supracitado, atua de acordo com o plano de parto estabelecido com e pela mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado, ao mesmo tempo que respeita a parturiente e suas escolhas. Esta prática assegura que as preferências da mulher sejam centralizadas no cuidado, garantindo *“um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto”* (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563).

Uma das principais competências adquiridas foi a capacidade de uma comunicação eficaz, fundamental para garantir que as preferências e decisões da parturiente fossem ouvidas e respeitadas. A escuta ativa e empática tornou-se uma prática constante, permitindo-me criar um ambiente de confiança e segurança para a mulher. O EEESMO, o estabelecer uma relação terapêutica, é capaz de implementar intervenções que respeitam a individualidade de cada mulher, incentivando o aumento do autoconhecimento e contribuindo para o aumento de sentimentos e expectativas positivas.

A importância de implementar intervenções que respeitam as escolhas da parturiente, como as preferências para alívio da dor ou lidar com a dor, a

escolha da posição para o período expulsivo, entre outras especificações do plano de parto, reforçou a importância da flexibilidade e da capacidade de adaptação dos procedimentos clínicos às necessidades individuais da mulher, garantindo um cuidado personalizado e humanizado.

Além disso, a experiência destacou a relevância de respeitar a autonomia da parturiente, reconhecendo o seu direito de participar ativamente nas decisões sobre o seu próprio corpo e todo o trabalho de parto e parto. Estou convicta que ao apoiar e respeitar a autonomia da mulher, não só promovemos uma experiência de parto positiva e empoderadora, como também contribuímos para a satisfação e bem-estar geral da parturiente.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde (14h-20h), em contexto de sala de partos.

No domínio do Trabalho de parto tomei como foco de atenção a “Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto”, a “Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, “Trabalho de parto” e o “Nascimento” a partir dos quais emergiram os diagnósticos do Quadro 7.

Quadro 7 - Trabalho de parto e Parto: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Beatriz deambula na sala de partos, agachando durante a contração. A parturiente vocaliza durante a contração e utiliza a bola de pilates, realizando básculas e movimentos do infinito.

A parturiente recebe massagem na zona lombar realizada pelo seu marido.

Realiza os exercícios conforme é proposto e relata efeito positivo, no entanto quando os exercícios não são suficientes para lidar com a dor, pede bólus de ropivacaína via cateter epidural.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Na sala de partos em que se encontra tem uma bola de pilates, um amendoim e um disco ao seu dispor para uso. Beatriz refere ter usado muito a bola de pilates no final da gravidez, realizando as básculas e o símbolo do infinito. Trouxe consigo uma coluna de som para ouvir música da sua preferência.	
DIAGNÓSTICO:	Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto
OBJETIVO: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
INTERVENÇÕES	
• Elogiar o desempenho da cliente	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Beatriz utiliza a bola de pilates, realizando básculas e movimentos do infinito.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Na sala de partos em que se encontra tem uma bola de pilates, um amendoim e um disco ao seu dispor para uso. Beatriz refere ter usado muito a bola de pilates no final da gravidez, realizando as básculas e o símbolo do infinito. Usou também a almofada de amamentação como efeito igual ao amendoim.	
DIAGNÓSTICO:	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto facilitadora
OBJETIVO: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
INTERVENÇÕES	
• Elogiar o desempenho da cliente	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
(19h) Beatriz refere uma pressão na zona do períneo. Toque vaginal com dilatação completa e feto entre o II e III plano de Hodge. Posicionou-se conforme preferência, optando pelo decúbito lateral direito, iniciando os esforços expulsivos.	
Bem-estar fetal: CTG com linha de base nos 155bpm, com variabilidade (5-25 bpm), acelerações e desacelerações precoces. Contratilidade uterina regular, 3 contrações	

uterina em 10 minutos.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Beatriz toca à campainha porque tem vontade de puxar. Beatriz refere que ter a presença do seu marido é muito importante para si.	
DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
OBJETIVO: Facilitar trabalho de parto	
INTERVENÇÕES Gerir ambiente físico para promover relaxamento <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:15h) Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável: manter um ambiente calmo e com privacidade. Música de fundo segundo gosto da parturiente. Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:15h) Envolver o acompanhante no apoio à parturiente. Assistir no posicionar <i>Atividades que a concretizam:</i> (19:15h) Encorajar a parturiente a escolher posição: A posição lateral está associada a um segundo estadio do trabalho de parto mais curto, a um relato de menos dor, menor incidência de partos instrumentais. Para além disso melhora a perfusão uteroplacentária ao evitar a compressão da veia cava inferior e da aorta, o que é essencial para a oxigenação fetal (Satone & Tayade, 2023). Também permite um controlo gradual da descida do recém-nascido pelo canal de parto, potencialmente reduzindo o risco de lacerações	

perineais (Lawrence et al., 2013).

- **Implementar medidas de proteção do períneo**

Atividades que a concretizam:

(19:15h) Recomenda-se o uso de técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o nascimento espontâneo, como aplicação de calor com recurso a uma luva com água quente e proteção do períneo com as mãos, levando em consideração as preferências da mulher, de forma a promover o relaxamento dos músculos perineais (WHO, 2018).

- **Assistir no parto**

Atividades que a concretizam:

(19h) Preparar o material para assistir no parto (campo, bata, luvas, clamp do cordão umbilical, compressas...).

Incentivar e elogiar Beatriz durante os esforços expulsivos. Encorajar a sentir a cabeça do bebé.

Após a saída da cabeça, pedir para suspender esforços expulsivos e verificar presença de circulares do cordão umbilical. Registrar hora de **nascimento** (19:30h).

Colocado bebé em contacto pele com pele com Beatriz após saída total do corpo, colocando um lençol aquecido por cima de forma a prevenir perdas de calor.

(19:36h) Encorajar o pai a cortar o cordão umbilical: informar que aquando o corte do cordão umbilical realizado pelo pai, ao invés do EEESMO, o envolvimento emocional entre o pai e o bebé parece ser beneficiado (Brandão, 2009).

(19:37h) Colhido sangue do cordão umbilical para grupo sanguíneo

(19:38h) Inspeccionar períneo: períneo íntegro

(19:40h) Realizar higiene perineal

- **Assistir na expulsão da placenta**

Atividades que a concretizam:

(19:50h) Dequitação: pedir a Beatriz que realize novo esforço expulsivo de forma assistir da dequitação e enquanto é realizada tração controlada do cordão umbilical. Quando se observar a saída da placenta segurar com as duas mãos e realizar manobra de Dublin (torção da placenta até exteriorização completa das membranas) determinando mecanismo de dequite (mecanismo de Schultz).

Inspecionar placenta: placenta completa sem alterações, bordos regulares, cotilédonos íntegros, bolsa amniótica com dois folhetos (amnion e córion), inserção central do cordão umbilical, com duas artérias e uma veia.

Administração de 10 unidades de ocitocina EV após a dequitação, como recomendação, para diminuir o risco de hemorragia pós-parto (OMS, 2018).

- **Avaliar o globo de segurança de Pinard: formado.**

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Mariana nasceu às 19h30.

- Índice de Apgar – score de 9 ao 1.º minuto

- Índice de Apgar - score de 10 ao 5.º minuto

- Índice de Apgar - score de 10 ao 10.º minuto

RN sem secreções e bem-adaptado à vida extrauterina. Peso 3520kg.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Beatriz tinha verbalizado vontade de realizar contacto pele com pele.

Neonatologista avaliou o recém-nascido enquanto o mesmo estava pele com pele com a mãe. Recém-nascido bem-adaptado à vida extrauterina.

DIAGNÓSTICO:	Nascimento
OBJETIVO: Promover adaptação à vida extrauterina	
INTERVENÇÕES • Executado técnica de contacto pele com pele Atividades que a concretizam: (19h26) Beatriz colocou a sua filha em contacto pele com pele logo após o nascimento, em decúbito ventral, no tórax, com a cara virada para um dos lados. • Promover a “Golden Hour” Atividades que a concretizam: (19h26) Orientar Beatriz a manter o contacto pele com pele, permitindo o aumento da imunidade do recém-nascido, promovendo a continuação da ligação mãe/filho e facilitando a amamentação e o mamar; apresenta ainda benefícios no controlo da sua temperatura corporal, a nível da estabilidade cardiorrespiratória e redução do risco de hipoglicemia (Freitas & Batista, 2016).	

O envolvimento da pessoa significativa durante o trabalho de parto tem mostrado benefícios consideráveis tanto para a parturiente quanto para o resultado do parto. Estudos indicam que a presença de um acompanhante ou pessoa significativa pode reduzir a percepção de dor e ansiedade da parturiente, além de aumentar a sensação de segurança e bem-estar (Bohren et al., 2017). A contínua presença de uma pessoa significativa está associada a um menor tempo de trabalho de parto, menor necessidade de intervenções médicas, e maior satisfação com a experiência do parto (Hodnett et al., 2013). Além disso, a presença do acompanhante ou de uma pessoa significativa pode promover uma experiência de parto mais positiva e fortalecer o vínculo familiar. Estas evidências sugerem que a inclusão de uma pessoa significativa no processo de parto deve ser encorajada e facilitada por profissionais de saúde para melhorar

os desfechos maternos e neonatais, tal como as recomendações da WHO (2018). Neste caso, a parturiente considerava a presença do seu marido, a sua pessoa significativa muito importante e facilitador para lidar com a dor de trabalho de parto.

Relativamente ao posicionamento adotado pela parturiente, de forma a estar na posição que lhe proporcionava mais conforto, a escolha foi o decúbito lateral direito. O uso da posição de decúbito lateral direito durante o 2.º estadio do trabalho de parto tem mostrado ser uma alternativa eficaz para melhorar o conforto da parturiente e facilitar a expulsão. Esta posição oferece vantagens como a redução da pressão sobre a veia cava, melhor perfusão placentária e diminuição da tensão muscular.

O estudo realizado por Gupta et al. (2017) demonstrou que a posição de decúbito lateral pode reduzir a duração do segundo estadio do trabalho de parto e diminuir a necessidade de intervenções como o uso de fórceps ou recurso a ventosa. Além disso, um estudo de Walker et al. (2018) observou que a posição de decúbito lateral direito pode ser benéfica para mulheres com analgesia epidural, pois permite uma melhor rotação fetal e promove o alinhamento adequado do feto no canal de parto. Esta posição também está associada a uma menor incidência de lacerações perineais e episiotomias, pois a pressão exercida pela cabeça fetal é distribuída uniformemente ao longo do períneo, reduzindo a pressão localizada (De Jonge et al., 2013).

Relativamente às medidas de proteção do períneo, e uma vez que a parturiente expressou que queria o mínimo de intervenções possíveis, a técnica utilizada foi "*hands-poised*", uma vez que apenas se aplicou uma leve pressão na cabeça fetal para evitar uma expulsão rápida, enquanto as mãos se mantinham próximas e prontas para intervir se necessário. Isso permite que o processo de parto ocorra de maneira mais natural, promovendo a autonomia da parturiente e a fisiologia do nascimento (Huang et al., 2020).

Quanto aos benefícios do contacto pele com pele logo após o nascimento, tanto para o recém-nascido como para a mãe a evidência é sólida. Para o recém-nascido, esse contato regula a temperatura corporal, auxilia na estabilização cardiorrespiratória e facilita a sua transição à vida extrauterina. Para a mãe, os benefícios incluem promoção do relaxamento, fortalecimento do vínculo com o recém-nascido, início precoce da amamentação, aumento dos níveis de ocitocina e contribui para a involução uterina, diminuindo o risco de hemorragia pós-parto (Antunes et al., 2022; SPN, 2023).

Após o parto, e enquanto se espera pela laqueação tardia do cordão umbilical, os cuidados imediatos com o recém-nascido, como a administração da vitamina k, podem ser realizados. Para garantir um contato pele com pele precoce, o recém-nascido deve ser posicionado no abdómen ou no peito da mãe, seco com panos aquecidos e ter um gorro colocado na cabeça, para evitar perdas de calor. A avaliação do Índice de Apgar pode ser realizada sem necessidade de separar o recém-nascido da mãe (SPN, 2023).

A laqueação tardia do cordão umbilical é uma prática recomendada com indicação de esperar pelo menos um a dois minutos após o nascimento (WHO, 2018; DGS, 2023). Esta técnica que envolve o adiamento do corte do cordão umbilical permite que o fluxo sanguíneo continue durante mais tempo para o recém-nascido. Este procedimento tem sido associado a uma maior transferência de sangue para o recém-nascido, aumentando assim o volume sanguíneo e, consequentemente os níveis de hemoglobina e as reservas de ferro, reduzindo o risco de anemia e necessidade de transfusão sanguínea nos primeiros dias de vida, o que pode ter um efeito favorável nos resultados desenvolvimento (Farrar et al., 2016; ACOG, 2020).

Além dos benefícios hematológicos, o retardar do corte do cordão umbilical resulta numa maior transferência de sangue para o recém-nascido, aumentando assim os níveis de hemoglobina e, consequentemente, os níveis

de bilirrubina. Embora haja preocupações teóricas sobre a possibilidade de aumento da icterícia neonatal, as evidências clínicas não confirmam um aumento significativo nos casos de icterícia associada à laqueação tardia do cordão umbilical (Farrar et al., 2016). O local onde decorreu o estágio é uma maternidade que é capaz de promover o tratamento da icterícia com fototerapia, mantendo o recém-nascido em alojamento contínuo com a mãe.

Face ao domínio “Comportamentos para amamentar”, tomei como foco de atenção a “Amamentação” a partir dos quais emergiu o diagnóstico apresentado no Quadro 8.

Quadro 8 - Comportamentos para amamentar: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Beatriz sabe que a amamentação é importante por todos os benefícios que lhe trazem a si, mas principalmente à sua filha. Sabe ainda, que é preciso respeitar os passos da golden hour de forma ao seu bebé ter tempo para conhecer a mama e começar a mamar, tal como aconteceu com a primeira filha. Beatriz oferece a mama quando reconhece sinais de fome e sabe e utiliza estratégias para estimular a filha para mamar. Reconhece sinais de boa pega e adota posições confortáveis para facilitar o mamar. Para além disso, reconhece sinais de saciedade.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Beatriz refere ter amamentado a primeira filha até aos dois anos de idade e expressa vontade a fazer o mesmo com esta filha.	
DIAGNÓSTICO:	Capacidade para amamentar
OBJETIVO: Promover o amamentar na 1ª hora de vida	
● Determinar evolução da amamentação <i>Atividades que a concretizam:</i>	

(19:55h) Observar sinais de boa pega: o bebé abocanha o mamilo e a maior parte da aréola, principalmente o bordo inferior; o lábio superior e inferior apresentam-se bem abertos; forma uma “boca de peixe”; o lábio inferior encontra-se voltado para a mama, o queixo toca na mama e o nariz encontra-se perto da mama; as bochechas estão arredondadas e a deglutição pode ser audível. O corpo e a cabeça do bebé estão alinhados com a mãe, barriga com barriga. Observar-se a presença de reflexos de sucção e deglutição coordenados.

2.2.4. Parturiente com diabetes gestacional

A Diabetes Gestacional (DG) caracteriza-se como uma intolerância aos hidratos de carbono, que é diagnosticada ou detetada durante a gravidez, com graus variáveis de hiperglicemia materna (Ferraz et al., 2014; Araújo et al., 2022). Esta condição resulta em diferentes níveis de hiperglicemia materna e é a doença metabólica mais comum entre grávidas, aumentando o risco de várias complicações, quer maternas, quer fetais.

A elevação dos níveis de glicose na mãe, que resulta em hiperglicemia fetal e subsequente hiperinsulinismo, é reconhecida como a principal causa das complicações tanto fetais quanto neonatais associadas à DG (Almeida et al., 2017). Um dos principais impactos é a possibilidade de macrosomia fetal. Isso não apenas aumenta o risco de complicações durante o parto, como também pode predispor o recém-nascido à hipoglicemia neonatal logo após o nascimento, devido à produção excessiva de insulina em resposta à glicose elevada durante a gestação. Além disso, recém-nascidos de mães com DG

podem apresentar maior incidência de problemas respiratórios, devido aos efeitos da glicose e insulina no desenvolvimento pulmonar fetal.

Segundo o mesmo autor (2017), o término da gravidez, na ausência de complicações materno-fetais, ainda é controverso. Assim, recomenda-se que tendo a grávida um bom controlo metabólico e sem alterações no crescimento fetal e/ou líquido amniótico, o término da gravidez pode ir até às 40 semanas e 6 dias, no caso de difícil controlo metabólico ou alguma alteração recomenda-se não ultrapassar as 39 semanas e 6 dias. A via de parto preferencial é a via vaginal.

CASO

A parturiente Catarina, de 34 anos é gestora de vendas. Vem acompanhada pelo marido, que é engenheiro informático. Está grávida pela quarta vez, teve um parto eutócico anterior, sendo esta uma gravidez desejada e planeada. Deu entrada no SU às 9h com 38 semanas e 5 dias, por dor pélvica. Tinha indução do trabalho de parto marcada para dois dias depois, por ter uma diabetes gestacional controlada com dieta (DGCD). No exame vaginal do SU apresentava o colo do útero com 3cm de dilatação e 50% de extinção e posição intermédia, bolsa amniótica íntegra. CTG normal, com FCF 143 bmp, com acelerações e variabilidade. Movimentos fetais presente e com duas contrações de 10/10min.

O seu grupo de sangue é O+, o que implica a colheita de sangue do cordão umbilical devido à incompatibilidade ABO e SGB positivo, tendo que realizar profilaxia de prevenção de infeção neonatal por SGB.

Ao iniciar o turno da tarde, a parturiente já apresentava cateter epidural, solicitando bólus de medicação quando apresentava dor. Tinha também uma perfusão de soro polielectrolítico com glicose a 125 ml/h e a última pesquisa de glicemia capilar foi às 13h e tinha 100mg/dl. A última micção espontânea foi às 14h. Já tinha iniciado o protocolo da profilaxia por SGB+ com penicilina, sendo

que a última toma foi às 13:30h. Aquando do início do turno da tarde, apresentei-me à parturiente enquanto enfermeira e estudante do MESMO, referindo que fazia parte da equipa que a iria acompanhar durante o turno. Foi questionada relativamente ao plano de parto, a qual referiu não ter. No entanto, foi questionada sobre as expectativas face ao momento e relativamente a desejos e vontades.

A parturiente refere que é importante a presença do seu marido durante o trabalho de parto e que gostariam que fosse ele a laquear o cordão umbilical. Menciona que pretende manter a mobilidade e a alternância de posicionamentos, apesar de ter o cateter epidural, sendo que por esse motivo não quer colocar perfusão de PCEA. Refere que se for necessário se pode executar episiotomia. Para além disso, refere querer contacto pele com pele imediatamente após o nascimento e que quer amamentar na 1^o hora de vida.

Tabela 3 - Eventos cronológicos da evolução do trabalho de parto

Horas Dados	14h00	17h30	18h	19h
Dor	3	6	4	8
Contração uterina	Irregulares	Irregulares	Irregulares	Regulares
Extinção	Extinto	Extinto		Extinto
Dilatação	5cm	7cm		10cm
Consistência				
Posição	Centrada	Centrada		
Membranas	Íntegras	Rotas		
Planos de Hodge		I plano		III plano
Variedade				
Apresentação	Cefálica	Cefálica		Cefálica
Posição Fetal	Esquerda	Esquerda		Esquerda
Eliminação Vesical	Espontânea	Espontânea		
Estratégias adotadas e medicação	Bola de pilates, deambulação	Amniotomia Administrado bólus de 8 cc de ropivacaína 0,2% e 3 ^o toma de penicilina	Inicia ocitocina 15ml/h. Musicoterapia;	Bólus de 6cc ropivacaína 0,2%; Inicia esforços expulsivos. Ocitocina a 30ml/h

Medicação:

Penicilina – antibiótico usado para profilaxia de prevenção de infeção neonatal por SGB. Deve ser administrado via endovenosa, uma dose inicial de 5 milhões de unidades, seguida de 2,5 milhões de unidades de 4/4h até ao nascimento.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EEESMO tem a responsabilidade de cuidar da mulher inserida no contexto da família e da comunidade durante o trabalho de parto, visando promover a saúde materna e a facilitar a adaptação do recém-nascido à vida fora extrauterina. Além disso, o EEESMO deve ser capaz de diagnosticar precocemente e prevenir complicações que possam afetar a saúde da mulher e do recém-nascido (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019).

A escolha deste caso, uma multípara com diabetes gestacional controlada com dieta, deveu-se não só ao estabelecimento de uma relação empática com a parturiente e acompanhante, como também pelo facto de ter uma patologia associada e o que daí advém. Para além disso, outro motivo de escolha do caso centrou-se no conhecimento/capacidade da parturiente para lidar com a dor de trabalho de parto.

De acordo com o mesmo regulamento, o EEESMO “*providencia cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto*”, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções específicas para a parturiente com tais condições (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563). No caso de uma parturiente com diabetes gestacional, essas competências são cruciais para garantir um cuidado seguro e eficaz. O EEESMO deve monitorizar atentamente os níveis de glicose da parturiente, ajustando a administração de insulina ou glicose conforme necessário para manter a estabilidade a nível glicémico. Além

disso, deve observar os sinais vitais da mãe e do recém-nascido, de forma a identificar precocemente qualquer complicação e implementar intervenções apropriadas para prevenir problemas como hipoglicemia neonatal.

Ao interagir com uma parturiente diabética, aprimorei competências comunicacionais, de forma a transmitir informações complexas de forma clara, objetiva e empática, o que é crucial para aliviar a ansiedade da parturiente e garantir a compreensão dos cuidados necessários. A experiência também reforçou a minha capacidade de tomar decisões rápidas e informadas, em situações que exigem ajustes imediatos na gestão dos cuidados, devido a flutuações nos níveis de glicose.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde (14h-20h).

No domínio do metabolismo, tomei como foco de atenção o “Metabolismo energético” a partir do qual emergiram os diagnósticos apresentados no Quadro 9.

Quadro 9 - Metabolismo: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
(17h) Catarina refere que em casa sabia o esquema a cumprir relativamente à pesquisa de glicemia capilar e que agora, estando em trabalho de parto não sabe como o deve fazer. Questiona se terá algum impacto no recém-nascido.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Catarina tem DG controlado com dieta e, segundo a mesma, tem mantido um bom perfil glicémico. Trouxe consigo a sua máquina de glicemia.	
Pesquisa de glicemia capilar de 98 mg/dl às 17h.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar autoeficácia para vigiar a glicemia durante o trabalho de parto

OBJETIVO: Promover autogestão: glicemia

INTERVENÇÕES

- **Ensinar sobre monitorização da glicemia**

Atividades que a concretizam:

(17h) Explicar a Catarina que, segundo o protocolo da instituição e de acordo com evidências científicas, partir do momento em que é admitida no serviço na fase ativa do trabalho de parto, inicia uma perfusão de Soro Polielectrolítico com glicose a 125 ml/h; Se necessário, administra-se insulina regular por via SC em função da glicemia capilar que deve ser medida de 4/4 horas (Ferraz et al., 2014; Almeida et al., 2017). Se preferir, pode fazer as pesquisas de glicemia com a sua máquina.

- **Ensinar sobre monitorização da glicemia do recém-nascido**

Atividades que a concretizam:

(17h) Explicar que devido à produção excessiva de insulina fetal em resposta à hiperglicemia materna durante a gestação, o recém-nascido tem risco de hipoglicemia. Este é uma condição comum em recém-nascidos de mães com diabetes gestacional, caracterizada por níveis baixos de glicose no sangue após o nascimento (Giouleka et al., 2023). A hipoglicemia pode causar sintomas como tremores, irritabilidade, letargia e, em casos graves, convulsões e danos neurológicos. A identificação precoce e o tratamento adequado são essenciais para prevenir complicações a longo prazo.

Informar que de acordo com o protocolo da instituição, o recém-nascido após o nascimento deve fazer 3 pesquisas de glicemia capilar antes das mamadas. Caso o valor seja superior a 45mg/dl significa que o recém-nascido está dentro dos valores esperados (SPN, 2016).

Face ao domínio do Trabalho de parto tomei como foco de atenção o “Trabalho de parto”, o “Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias

não farmacológicas” e o “Nascimento” a partir dos quais emergiram os diagnósticos do Quadro 10.

Quadro 10 - Trabalho de parto: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
(17:30h) Catarina refere aumento de dor, verbalizando e recorrendo à posição de cócoras para conforto. À examinação através do toque vaginal, 7cm de dilatação, posição centrada. Realizada amniotomia. Líquido amniótico claro em moderada quantidade, apresentação fetal apoiada. Catarina quis permanecer no leito, mas foi encorajada a alternar posicionamentos, optando pela posição de quatro apoios.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Catarina já tinha expresso a sua vontade de ter liberdade de movimentos. Administrado 3.º toma de penicilina.	
DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
OBJETIVO: Facilitar trabalho de parto	
INTERVENÇÕES	
• Envolver pessoa significativa no trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (17.30h) Promover momentos entre o casal • Gerir ambiente físico para promover relaxamento <i>Atividades que a concretizam:</i> (17:30h) Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável: bater à porta antes de entrar no quarto e manter a porta fechada, manter um ambiente calmo e com pouca luz (Simkin et al., 2017).	

• Assistir no posicionar Atividades que a concretizam: (17:30h) Orientar a parturiente na posição de quatro apoios, ficando apoiada nos joelhos e nas mãos; pode ser alterado entre momentos com as pernas paralelas e simétricas e momentos com as pernas em rotação externa. Incentivada à liberdade de movimentos e a adotar a posição que quer durante o seu de trabalho de parto (OMS, 2018). • Gerir analgesia Atividades que a concretizam: (17:30h) Administrar bólus 8cc de ropivacaína 0,2% por cateter epidural conforme prescrição.	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: (17:45h) Catarina lembra-se da outra gravidez, de usar algumas estratégias não farmacológicas como a água do chuveiro e a massagem que resultaram no lidar com a dor. No entanto, desta vez ouviu falar também da música e do calor, mas não sabe como poderiam ajudar.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Catarina já está a ouvir a música que trouxe consigo e que costumava ouvir durante a gravidez.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto
OBJETIVO: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • Ensinar sobre lidar com dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas	

Atividades que a concretizam:

(17:45h) Explicar a Catarina que as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor reduzem o tempo do trabalho de parto e afetam a sua progressão de forma positiva como é o caso da massagem, a aplicação de calor ou a utilização de música (Sucuru et al., 2018).

- **Ensinar sobre relação das estratégias não farmacológicas e o lidar com a dor no trabalho de parto**

Atividades que a concretizam:

(17:45h) Explicar que a **aplicação de calor** promove a vasodilatação dos tecidos, o que melhora a perfusão local. A estimulação dos recetores do toque e da temperatura resulta na libertação de endorfinas, o que proporciona uma sensação de relaxamento.

DIAGNÓSTICO:

Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

OBJETIVO: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

INTERVENÇÕES

- **(17:50h) Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto**

Atividades que a concretizam:

(17:50h) Orientar na aplicação do calor, na área que se sinta mais desconfortável, de forma a promover o relaxamento.

- **Treinar estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto**

Atividades que a concretizam:

(17:50h) Treinar com a parturiente a aplicação de lençóis quentes.	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: (19h) Catarina refere uma pressão na zona do períneo e vontade de puxar. Toque vaginal com dilatação completa e feto no III plano de Hodge. Posicionou-se conforme preferência, posição de semi-sentada. Bem-estar fetal: CTG com linha de base nos 155bpm, com variabilidade (5-25 bpm), com acelerações e desacelerações precoces. Contratilidade uterina regular, quatro contrações uterina em 10 minutos.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Catarina refere uma vontade incontrolável de puxar. Aumenta-se perfusão de ocitocina para 30ml/h conforme protocolo da instituição.	
DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
OBJETIVO: Facilitar trabalho de parto	
INTERVENÇÕES • Gerir ambiente físico para promover relaxamento <i>Atividades que a concretizam:</i> (19h) Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. Música de fundo segundo gosto da parturiente. • Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto <i>Atividades que a concretizam:</i> (19h) Envolver o acompanhante no apoio à parturiente. • Gerir analgesia <i>Atividades que a concretizam:</i>	

(19h) Administrar bólus 6cc de ropivacaína 0,2% por cateter epidural conforme prescrição.

- **Assistir no posicionar**

Atividades que a concretizam:

(19:15h) Encorajar a parturiente a escolher posição: A posição escolhida pela parturiente foi a posição de semi-sentada.

- **Implementar medidas de proteção do períneo**

Atividades que a concretizam:

(19:15h) Aplicação de calor com recurso a uma luva com água quente e proteção do períneo com as mãos, levando em consideração as preferências da mulher, de forma a promover o relaxamento dos músculos perineais (WHO, 2018).

- **Assistir no parto**

Atividades que a concretizam:

(19h) Preparar o material para assistir no parto (campo, bata, luvas, clamp do cordão umbilical, compressas...).

Incentivar e elogiar Catarina durante os esforços expulsivos. Após a saída da cabeça, pedir para suspender esforços expulsivos e verificar presença de circulares do cordão umbilical. Registrar hora de **nascimento** (19h20).

Colocado bebé em contacto pele com pele com Catarina após saída total do corpo, colocando um lençol aquecido por cima de forma a prevenir perdas de calor.

(19:22h) Encorajar o pai a cortar o cordão umbilical: informar que aquando o corte do cordão umbilical realizado pelo pai, ao invés do EEESMO, o envolvimento emocional entre o pai e o bebé parece ser beneficiado (Brandão, 2009).

(19:23h) Colhido sangue do cordão umbilical

(19:25h) Inspeccionar períneo: períneo íntegro

(19:35h) Realizar higiene perineal

- **Assistir na expulsão da placenta**

Atividades que a concretizam:

(19h30) Dequitação: pedir a Catarina que realize novo esforço expulsivo de forma a assistir na dequitação enquanto é realizada tração controlada do cordão umbilical. Quando se observar a saída da placenta segurar com as duas mãos e realizar manobra de Dublin (torção da placenta até exteriorização completa das membranas) e observar mecanismo de dequite (mecanismo de Schultz).

Inspeccionar placenta: placenta completa sem alterações, bordos regulares, cotilédonos íntegros, bolsa amniótica com dois folhetos (amnion e córion), inserção central do cordão umbilical, que apresenta duas artérias e uma veia.

Administradas 10 unidades de ocitocina endovenosa em soro glicose a 5% de 500 ml a perfundir em 30 minutos após a dequitação para diminuir o risco de hemorragia pós-parto (OMS, 2018).

- **Avaliar o globo de segurança de Pinard: formado.**

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Carolina nasceu às 19:20h.

- Índice de Apgar – score de 10 ao 1.º minuto
- Índice de Apgar - score de 10 ao 5.º minuto
- Índice de Apgar - score de 10 ao 10.º minuto

Recém-nascido sem secreções e bem-adaptado à vida extrauterina. Peso 4020kg.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Recém-nascido bem-adaptado à vida extrauterina. Catarina já tinha verbalizado vontade de realizar contacto pele com pele.

Catarina já tinha sido informada que quando a Carolina nascesse teria de fazer 3 pesquisas de glicemia, por a mãe ter diabetes gestacional.

DIAGNÓSTICO:

Nascimento

OBJETIVO: Promover adaptação à vida extrauterina

INTERVENÇÕES

- **Executado técnica de contacto pele com pele**

Atividades que a concretizam:

(19:20h) Colocado recém-nascido em contacto pele com pele com Catarina, em decúbito ventral, no tórax, com a cara virada para um dos lados.

- **Promover a “Golden Hour”**

Atividades que a concretizam:

(19:20h) Orientar Catarina a manter o contacto pele com pele, promovendo o aumento da imunidade do recém-nascido, promovendo a continuação da ligação mãe/filho e facilitando a amamentação e o mamar; apresenta ainda benefícios no controlo da sua temperatura corporal, a nível da estabilidade cardiorrespiratória e redução do risco de hipoglicemia (Freitas & Batista, 2016).

- **Monitorizar glicemia capilar**

Atividades que a concretizam:

(19:25h) Pesquisa de glicemia capilar de 59 mg/dl.

Segundo WHO (2018) é recomendado e encorajado o movimento e a verticalidade durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco. A liberdade de movimentos e a alternância de posições durante o trabalho de parto são práticas que têm mostrado vários benefícios para a saúde materna e

fetal. A capacidade da parturiente se mover livremente e adotar diferentes posições pode reduzir a dor e o desconforto, além de melhorar a eficácia das contrações uterinas e acelerar a progressão do trabalho de parto (Lawrence et al., 2013). A verticalidade está associada a um segundo estadio do trabalho de parto mais curto e com menor necessidade de partos instrumentados (Gupta et al., 2017). Satone e Tayade (2023) destacam que posições alternativas no segundo estadio do trabalho de parto, como posições verticais ou laterais, estão ligadas a um melhor desfecho perinatal e materno, comparadas à posição convencional de litotomia. Além disso, a mobilidade ativa pode favorecer uma melhor circulação sanguínea, reduzindo o risco de hipotensão materna e promovendo uma oxigenação adequada para o feto (Gizzo et al., 2014).

A liberdade de movimentos proporcionada pelo CTG wireless permitiu que a parturiente usasse a bola de pilates e deambulasse, o que é benéfico para promover a dilatação cervical e facilitar a descida do feto no canal de parto. As posições adotadas pela parturiente, como a de cócoras e a semi-sentada, são conhecidas por facilitar a progressão do trabalho de parto e aumentar o conforto da parturiente (Simkin & Ancheta, 2017; Zhang et al., 2019).

Para além das estratégias não farmacológicas referenciadas ao longo dos casos, a aplicação de calor surge como uma outra forma eficaz de lidar com a dor durante o trabalho de parto. O calor, ao elevar a temperatura local e melhorar a circulação, ajuda a reduzir espasmos musculares e aumentar o limiar da dor, podendo ser aplicado com toalhas quentes, bolsas de água quente ou almofadas térmicas em áreas como abdómen, costas, virilhas e coxas (Türkmen & Oran, 2020). Durante o estágio, o recurso mais frequente utilizado eram os lençóis aquecidos.

De acordo com o estudo de Goswami et al. (2022), a aplicação de calor durante o trabalho de parto demonstra ser uma intervenção eficaz para a

redução da intensidade da dor e na diminuição da duração do primeiro estadio do trabalho de parto. A revisão sistemática e meta-análise revelou que a terapia com calor pode significativamente reduzir a dor experienciada durante as contrações, o que contribui para uma experiência de parto mais confortável. A terapia com calor é uma opção viável e eficaz como estratégia não farmacológica para lidar com a dor durante o trabalho de parto, oferecendo um alívio significativo sem comprometer os resultados do parto.

Face ao domínio “Comportamentos para amamentar”, tomei como foco de atenção a “Amamentação” a partir dos quais emergiu o diagnóstico apresentado no Quadro 11.

Quadro 11 - Comportamentos para amamentar: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Catarina sabe que a amamentação é importante por todos os benefícios que lhe trazem a si e principalmente à sua filha. Amamentou a primeira filha até quase aos 2 anos de idade. Sabe ainda, que é preciso dar tempo ao bebé, a chamada golden hour, para se adaptar à mama. Catarina oferece a mama quando reconhece sinais de fome e sabe e utiliza estratégias para estimular a filha para mamar. Reconhece sinais de boa pega e adota posições confortáveis para facilitar o mamar. Para além disso, reconhece sinais de saciedade.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Catarina já tinha expressado a sua vontade em amamentar, tal como o fez com a primeira filha.	
DIAGNÓSTICO:	Capacidade para amamentar
OBJETIVO: Promover o amamentar na 1ª hora de vida	
• Determinar evolução da amamentação	

Atividades que a concretizam:

(15:05h) Observar sinais de boa pega: se o bebé abocanha o mamilo e a maior parte da aréola, principalmente o bordo inferior; se o lábio superior e inferior se apresenta bem abertos; como se fosse uma “boca de peixe”; se o lábio inferior encontra-se voltado para a mama, o queixo toca na mama e o nariz encontra-se perto da mama; as bochechas arredondadas e a deglutição pode ser audível. O corpo e a cabeça do bebé estão alinhados com a mãe, em que “a mãe e o bebé ficam barriga com barriga”. Observar presença de reflexos de sucção e deglutição coordenados.

Neste caso clínico a utilização de estratégias farmacológicas, como foi o caso de analgesia epidural com medicação por bólus, é amplamente reconhecida pela sua eficácia no alívio da dor durante o trabalho de parto. No entanto, este método pode limitar a mobilidade da mulher e, em alguns casos, prolongar o trabalho de parto e não ser o pretendido por parte da parturiente. Por outro lado, estratégias não farmacológicas, como a aplicação de calor, liberdade de movimentos e música, atuam promovendo o conforto emocional e físico da parturiente, facilitando o relaxamento e uma experiência mais positiva sem interferir na fisiologia do parto.

Tendo em conta, também, os casos anteriores é notório que as estratégias farmacológicas para alívio da dor mais comuns utilizadas na sala de partos incluem a analgesia epidural, frequentemente administrada com um cateter que permite a introdução de medicação por bólus ou com controlo da paciente (PCEA), e a administração de opióides, como a petidina. No entanto, com o crescente interesse em métodos farmacológicos que não comprometam a mobilidade da parturiente, o óxido nitroso surge como uma alternativa a estes métodos, surgindo assim, como o tema para a revisão da literatura.

2.3. Efeitos na mulher e no feto/recém-nascido da utilização do óxido nitroso durante o trabalho de parto: revisão integrativa de literatura

A dor, segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), é considerada como:

“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a dano tecidual real ou potencial” (IASP, 2020).

A dor é um elemento central no trabalho de parto, consequente de diversas interações fisiológicas e biomecânicas que ocorrem no corpo da mulher. A dor durante o trabalho de parto não é estática, isto é, evolui ao longo das diferentes fases do processo, desde a fase latente (que geralmente predomina a dor visceral, associada a contração uterina e dilatação cervical) até o período de expulsão (dor devido à distensão das estruturas perineais) (Zuarez-easton et al., 2023).

De acordo com a DGS (2001), a administração de analgésicos durante o parto é reconhecida como um direito universal, garantindo a todas as mulheres igualdade de acesso. Isso implica que as mulheres tenham acesso a informações detalhadas, desenvolvendo a capacidade de tomar decisões conscientes em relação a este evento significativo. Para muitas mulheres, o alívio da dor de trabalho de parto é um componente essencial para que se sintam seguras e confortáveis, de forma a alcançarem uma experiência positiva de todo o processo.

A escolha desta temática surgiu no contexto do estágio que decorreu no internamento de grávidas de risco, aquando análise do plano de parto com as

grávidas, surgindo várias questões relacionadas com os métodos farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Para além disso, durante o estágio da sala de partos, observou-se a predominância do uso da algesia epidural como método farmacológico. Assim, o óxido nitroso suscitou interesse pela sua eficácia no alívio da dor e por manter a mobilidade intacta da parturiente.

Promover o bem-estar materno-fetal e ajudar a lidar com a dor durante o trabalho de parto está diretamente relacionada com as competências do EEESMO, conforme delineado no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. O EEESMO é responsável por conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções destinadas a promover o conforto e o bem-estar da mulher durante o trabalho de parto. Neste sentido, cabe ao EEESMO, fornecer informações adequadas a cada mulher sobre as diferentes opções farmacológicas ou não farmacológicas disponíveis para lidar com a dor, permitindo que a mesma participe ativamente na gestão do seu cuidado.

Todas as mulheres desejam lidar com a dor durante o trabalho de parto, quer seja através do uso de estratégias não farmacológicas quer através de estratégias farmacológicas. Essas técnicas podem ser usadas sequencialmente e/ou em conjunto.

As estratégias não farmacológicas para além de proporcionarem alívio da dor podem contribuir para a redução da ansiedade e do stress materno, dando uma sensação de maior controlo e segurança, permitindo um maior relaxamento materno e consequentemente uma redução dos estímulos sensoriais e fisiológicos da dor (Gayeski & Brüggeman 2010). Técnicas de relaxamento, respiração, música ou outras são estratégias não farmacológicas recomendadas pela WHO (2018) para lidar com a dor durante o trabalho de parto, caso a mulher assim o pretenda e que não afetam a mulher, o feto ou a progressão do trabalho de parto.

As estratégias farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto podem ser divididas de acordo com a via de administração, sistémica ou regional (epidural) (Zuarez-easton et al., 2023). Relativamente à analgesia sistémica os fármacos mais utilizados são o paracetamol e a petidine (opióide), já no que diz respeito à via de administração regional de forma a bloquear a transmissão da dor a partir de uma determinada área, existe a analgesia epidural.

O óxido nitroso (N_2O) surge como uma estratégia farmacológica para lidar com a dor de trabalho de parto. Este gás associado a 50% de oxigénio, resulta numa analgesia inalatória e, apesar de já ser amplamente utilizada em alguns países, como Estados Unidos ou Noruega, durante o trabalho de parto. Em Portugal esta via de analgesia é pouco comum e usada em contextos clínicos específicos, mas que tem vindo a despertar curiosidade na sua aplicação no campo de atuação da obstetrícia.

O interesse específico pelo óxido nitroso foi também motivado pela observação clínica e pelo acompanhamento de casos de parturientes durante o trabalho de parto em que o uso do óxido nitroso poderia ter sido uma alternativa para lidar com a dor, resultando numa experiência de parto mais positiva para as parturientes. A problemática do uso de óxido nitroso como uma alternativa de analgesia ganhou destaque, especialmente em situações onde métodos convencionais mostraram-se insuficientes ou impraticáveis. A necessidade de entender melhor os efeitos, a segurança e a eficácia deste agente analgésico levou à escolha deste tema para uma revisão integrativa da literatura, visando contribuir para a prática clínica e para a tomada de decisões informadas pelas parturientes e pelos profissionais de saúde.

Tendo em conta o estágio na sala de partos, é notório que as estratégias farmacológicas para alívio da dor mais comuns utilizadas incluem a analgesia epidural, frequentemente administrada por bólus ou com controlo da paciente (PCEA), e a administração de opióides, como a petidina. No entanto, com o crescente interesse em métodos farmacológicos que não comprometam a

mobilidade da parturiente, o óxido nitroso surgiu como tema para a revisão integrativa da literatura, por ser uma alternativa a estes métodos e por manter a mobilidade da parturiente e alívio da dor.

O objetivo do aprofundamento desta temática é investigar e analisar de maneira crítica os efeitos do óxido nitroso tanto na mulher quanto no feto/recém-nascido. Isso implica analisar estudos científicos recentes para avaliar a eficácia e a segurança do óxido nitroso como método analgésico durante o parto, assim como explorar quaisquer implicações adversas potenciais para o feto/recém-nascido. Além disso, procura-se entender como o uso deste analgésico pode impactar a experiência geral do parto para as mulheres, considerando aspetos como autonomia e o controlo sobre o próprio processo de parto, assim como a satisfação com os cuidados recebidos.

O óxido nitroso tem uma longa história na medicina, tendo sido descoberto por Joseph Priestley em 1772, no entanto apenas foi usado num parto vaginal uns anos mais tarde, em 1881 e tendo progredido a sua utilidade e popularidade ao longo do século 20 (Broughton, Clark & Ray 2020). É um gás insípido e inodoro, que não elimina completamente a dor, mas que tem como finalidade criar uma dissociação da perceção da dor e proporcionar um efeito ansiolítico à mulher, uma vez que a ansiedade pode aumentar a perceção da dor (Houser et al., 2018). Torna-se assim, uma opção atrativa para lidar com a dor durante o trabalho de parto devido ao seu rápido início de ação, aproximadamente 30 segundos, devendo ser iniciado antes do início de uma contração para que atinja o máximo de concentração no pico da contração (Broughton et al., 2020; Suarez-easton et al., 2023), sendo um fármaco de rápida eliminação do corpo após a interrupção do uso do mesmo (Houser et al., 2018). O facto de poder ser autoadministrado através de uma máscara facial permite à parturiente gerir a inalação de acordo com a sua necessidade para lidar com a dor de trabalho de parto e isso pode potenciar uma sensação de empoderamento por parte da

mulher, o que pode ajudar a reduzir a percepção da dor (Houser et al., 2018; Vallejo & Zakowski, 2019).

O óxido nitroso é um método farmacológico que proporciona o alívio da dor de trabalho de parto, e também pode ser utilizado como analgésico em procedimentos pós-parto, como a correção de trauma perineal ou na extração manual da placenta (Broughton et al., 2020). Para além disso, ao contrário de outros métodos farmacológicos para alívio da dor, como por exemplo a analgesia epidural, o óxido nitroso não provoca bloqueio motor, o que permite à parturiente manter a sensibilidade e ter liberdade de movimentos, o que acaba por ser uma expectativa de muitas mulheres para o trabalho de parto (Vallejo & Zakowski, 2019; Broughton et al., 2020).

Tal como todos os medicamentos, o óxido nitroso também tem algumas contraindicações. Este não deve ser utilizado por mulheres que apresentam um comprometimento da consciência ou prova de uso recente de drogas ilícitas, narcóticos ou álcool e parturientes que tenham documentada uma deficiência, uso de suplementação e/ou diminuição do funcionamento da vitamina B12 (o óxido nitroso pode inativar a vitamina B12, uma vitamina essencial para a produção de glóbulos vermelhos e o funcionamento do sistema nervoso) (Houser et al., 2018; Baysinger, 2019). Também está contraindicado o uso por mulheres que apresentem uma saturação de oxigénio abaixo dos 95%, um aumento da pressão intracraniana, intraocular e hipertensão pulmonar (Broughton et al., 2020). Para além disso, deve ser usado com precaução em parturientes com pressão arterial sistólica consistentemente abaixo dos 100mmHg ou que receberam opióides endovenosos nas últimas duas horas antes da administração do óxido nitroso (Houser et al., 2018).

Metodologia

A revisão integrativa da literatura é uma metodologia de pesquisa que combina a síntese sistemática de estudos quantitativos e qualitativos relevantes para

abordar uma questão específica de pesquisa. Caracteriza-se pela sua capacidade de integrar resultados de diferentes tipos de estudos, permitindo uma análise abrangente e multifacetada do tema em questão (Whittemore & Knafl, 2005). Essa abordagem não se limita apenas a resumir os achados dos estudos incluídos, como também permite uma avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos e a identificação de lacunas existentes na literatura.

Dada a variedade de estudos existentes sobre o tema, incluindo diferentes métodos de administração e resultados clínicos variados, a revisão integrativa da literatura oferece a flexibilidade necessária para incluir e analisar diversas fontes de evidência.

Esta revisão caracteriza-se por ser um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada na evidência e onde foi necessário cumprir seis etapas (Souza, Silva & Carvalho, 2010). A primeira etapa é fundamental e orientadora, envolvendo a formulação de uma questão de pesquisa, tema ou hipótese, juntamente com a elaboração de objetivos e identificação de palavras-chave. A segunda etapa diz respeito à procura de dados científicos relevantes, dos estudos recolhidos da pesquisa em bases de dados, aplicando critérios de inclusão e exclusão. Já a seguinte etapa, envolve a organização e sumarização concisa das informações recolhidas nos estudos selecionados, destacando detalhes como amostra, objetivos, metodologia, resultados e principais conclusões. Na quarta etapa, realiza-se uma análise crítica dos estudos selecionados, ponderando sobre o rigor e as características de cada um, validando métodos e resultados por meio de uma organização hierárquica, que varia de evidências de revisões sistemáticas ou meta-análises até opiniões de especialistas. A quinta etapa consiste na interpretação e discussão dos resultados, comparando-os com o conhecimento teórico e identificando conclusões e implicações para a prática. Finalmente, a sexta e última etapa é dedicada à apresentação da revisão, permitindo que o leitor avalie criticamente os resultados. Isso requer uma descrição clara e completa das etapas

percorridas pelo revisor, assim como os principais resultados obtidos na análise dos artigos incluídos (Mendes et al., 2008; Souza, Silva & Carvalho, 2010).

Para facilitar a elaboração da questão de investigação, foi utilizada a metodologia PICO, segundo o acrónimo: (P) População ou Problema; (I) Intervenção ou Fenómeno de Interesse; (C) Controlo ou Comparação ou Contexto de Estudo; (O) *Outcome* ou Desfecho (Donato, 2019):

P Mulheres em trabalho de parto / Parturientes E/OU feto E/OU recém-nascido

I Administração de óxido nitroso

C Mulheres que não usaram óxido nitroso durante o trabalho de parto

O Efeitos na mulher (parturiente e puérpera) e no feto/recém-nascido

Face ao exposto, evoluiu-se para a seguinte questão de pesquisa para elaboração da revisão integrativa: “Quais os efeitos na mulher e no feto/recém-nascido da utilização do óxido nitroso durante o trabalho de parto?”.

Como objetivo deste estudo pretende-se identificar os efeitos do uso do óxido nitroso durante o trabalho de parto, tanto para a mulher, no que diz respeito ao alívio da dor e à experiência de parto, quanto para o feto/recém-nascido, avaliando possíveis impactos na saúde neonatal.

Com os conceitos da questão definida e recorrendo aos descritores MeSH (Medical Subject Headings) combinados com os operados booleanos (AND, OR e NOT), surgiu a seguinte frase booleana: (*nitrous oxide OR inhalation analgesia OR laughing gas*) AND (*labor or labour or childbirth*) AND (*maternal outcomes OR pregnancy outcomes OR fetal outcome*).

A recolha de dados procedeu-se através do agregador de conteúdos EBSCOHost web, utilizando as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MedicLatina, Academic Search Complete, MEDLINE with full text. Foi também

realizada uma pesquisa no motor de busca *Scopus* e *Pubmed* com o objetivo de alargar a pesquisa de artigos existentes sobre a temática.

Os critérios de inclusão usados abrangiam artigos publicados num período temporal superior a 2014, com o texto integral disponível e nos idiomas inglês, português ou espanhol (Figura 1). O período temporal foi estabelecido com base na última revisão sistemática disponível sobre o assunto.

Utilizando a estratégia de pesquisa anteriormente descrita, foram identificados nas diferentes bases de dados um total de 99 artigos, sendo que 9 artigos estavam disponíveis na *EBSCOHost* WEB, 71 artigos na *Scopus* e 19 artigos na *Pubmed*. Da pesquisa efetuada resultaram 9 artigos, cujo processo de seleção para análise se descreve no fluxograma abaixo apresentado.

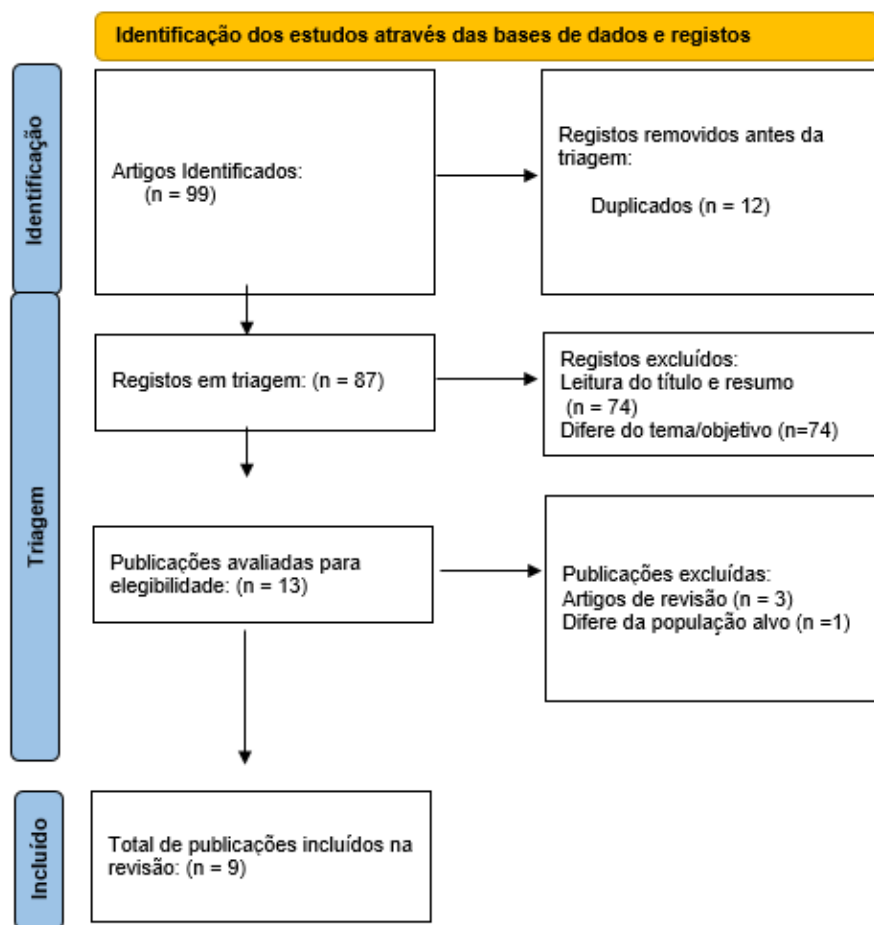


Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos, PRISMA (2020).

Análise e discussão dos resultados

Na análise dos resultados dos artigos encontrados, inseridos na presente revisão integrativa da literatura, foram explorados os efeitos da utilização do óxido nitroso durante o trabalho de parto, focando nos *outcomes* maternos e nos fetais. O óxido nitroso, usado como um agente analgésico é, cada vez mais, uma escolha por parte das parturientes pela sua rápida ação e fácil administração, proporcionando um alívio da dor e uma redução da ansiedade durante o trabalho de parto, empoderando-as num momento tanto significativo

como é o do parto. No entanto, a eficácia e a segurança deste método, bem como as variações nos resultados com base nos diferentes métodos de administração - contínua versus intermitente - pode influenciar diversos desfechos clínicos e a experiência do parto para as parturientes, necessitando de uma avaliação detalhada para garantir as melhores práticas obstétricas.

A seguinte análise será dividida em *outcomes* maternos e *outcomes* fetais de acordo com os resultados dos artigos analisados, sendo que os *outcomes* maternos avaliados incluem a frequência de lacerações perineais, a incidência de hemorragia pós-parto, a duração das fases do trabalho de parto, a necessidade de intervenções adicionais (como o uso de ocitocina ou a extração fetal com recurso a ventosa) e a satisfação e colaboração materna durante o processo de trabalho de parto. Já os *outcomes* fetais concentram-se em parâmetros como o índice de Apgar e os gases sanguíneos do cordão umbilical, que são indicadores cruciais da vitalidade neonatal e da adaptação à vida extrauterina.

A análise dos estudos existentes permite uma compreensão aprofundada dos benefícios e limitações do uso de óxido nitroso, considerando não apenas os efeitos adversos, mas também as vantagens em comparação com outros métodos farmacológicos para lidar com a dor como, por exemplo, a petidina.

Com base nos dados recolhidos dos estudos, a análise e discussão de resultados pretende fornecer *insights* valiosos que permitam orientar a prática clínica e a escolha informada das parturientes, promovendo um parto seguro e satisfatório, tanto para as mães, quanto para os recém-nascidos.

Outcomes Maternos

No decorrer da análise dos artigos são relatados com mais frequência os efeitos maternos da utilização do óxido nitroso durante o trabalho de parto. Relativamente aos efeitos colaterais experienciados pelas parturientes, os mais

relatados são as náuseas, os vômitos, tonturas, sonolência e dormência, efeitos esses que geralmente são transitórios (Likis et al., 2014; Agah et al., 2016; Nodine et al., 2020; Hoffman et al., 2021). A secura bucal foi relatada em três dos artigos analisados como um dos efeitos colaterais investigados (Mobaraki et al., 2016; Agah et al., 2016; Nodine et al., 2020). No artigo de Nodine et al. (2020) referem que dos efeitos referidos anteriormente, as náuseas eram o achado mais comum mencionado pelas parturientes.

No artigo de Agah et al. (2016) referem diferenças dos efeitos sentidos conforme o uso do método intermitente ou o uso do método contínuo do óxido nitroso. Náuseas, boca seca e dor de cabeça foram os efeitos mais relatados pelas o grupo que usou o método intermitente, enquanto tonturas, sonolência, vômitos e dormência eram referidos pelas parturientes que usaram o óxido nitroso continuamente. Esta diferença pode influenciar a escolha do método de administração, dependendo da tolerância individual da parturiente aos efeitos colaterais específicos.

Relativamente à incidência de lacerações perineais em parturientes que utilizaram óxido nitroso durante o trabalho de parto os estudos diferem nos resultados. No estudo de Agah et al. (2014) observa-se uma maior frequência de lacerações perineais no grupo que utilizou o método intermitente de administração de óxido nitroso, em comparação com o grupo de administração contínua. Este achado sugere que o método contínuo pode ser mais benéfico na redução dessas lacerações. No artigo de Minowski et al. (2023) foi relatado uma menor incidência de lacerações perineais no grupo que utilizou *Entonox* (óxido nitroso) em comparação com o grupo controlo (que não usaram nenhum método para alívio da dor) - embora tenha havido um aumento na frequência de episiotomias no grupo de *Entonox* - possivelmente devido ao prolongamento do segundo estadio do trabalho de parto. Outros estudos, como o de Hoffman et al. (2021), não encontraram associações significativas entre o uso de óxido

nitroso e a incidência de lacerações perineais, indicando que outros fatores, como práticas obstétricas específicas, podem influenciar esses resultados.

Os artigos anteriormente referenciados apresentaram variações nas descobertas sobre a hemorragia pós-parto em parturientes que utilizaram óxido nitroso durante o trabalho de parto. No estudo de Agah et al. (2014) relataram uma maior incidência de hemorragia pós-parto no grupo que utilizou o método intermitente de administração de óxido nitroso, em que 4% dos casos ocorreu devido à atonia uterina, enquanto no grupo de administração contínua não houve casos de hemorragia pós-parto. Este dado sugere que o método contínuo pode estar associado a uma menor incidência de hemorragias pós-parto. Por outro lado, outros estudos não destacaram diferenças significativas na ocorrência de hemorragia pós-parto entre os grupos que usaram óxido nitroso e os que não usaram ou usaram outros métodos analgésicos. Por exemplo, Likis et al. (2014) não relataram incidências elevadas de hemorragia pós-parto especificamente associadas ao uso de óxido nitroso, indicando que este efeito adverso pode não ser significativamente influenciado pelo uso deste gás. Esses resultados indicam que, embora haja algumas evidências de um risco aumentado de hemorragia pós-parto com a administração intermitente de óxido nitroso, a maioria dos estudos não mostra uma associação clara, sugerindo a necessidade de mais pesquisas para esclarecer esses achados.

Os artigos analisados abordam de maneira diversa os efeitos do uso de óxido nitroso na duração do trabalho de parto e na necessidade de ocitocina. Agah et al. (2016) observaram que a média de tempo da fase ativa do trabalho de parto foi de 142 minutos no grupo com administração contínua de óxido nitroso e de 172 minutos no grupo com administração intermitente, mas essa diferença não foi estatisticamente significativa. Outro estudo, Mobaraki et al. (2016), também não relatou alterações significativas na duração do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto entre os grupos que usaram óxido nitroso e aqueles que utilizaram outros métodos analgésicos. No que diz respeito ao uso de ocitocina,

Agah et al. (2014) reportaram que não houve uma diferença significativa entre os grupos de administração contínua e intermitente de óxido nitroso na necessidade de uso de ocitocina. Isso sugere que o óxido nitroso, independentemente do método de administração, não afeta a necessidade de intervenções adicionais para estimular as contrações uterinas. Os achados indicam que o uso de óxido nitroso, seja de forma contínua ou intermitente, não parece ter um impacto significativo na duração total do trabalho de parto nem na necessidade de uso de ocitocina para a indução ou aceleração das contrações uterinas. Estes resultados ressaltam a segurança e a eficácia do óxido nitroso como método analgésico durante o trabalho de parto sem interferir negativamente no progresso do parto ou na necessidade de intervenções adicionais.

No que diz respeito à satisfação e colaboração materna, Agah et al. (2016) descobriram que a satisfação das mulheres foi significativamente maior no grupo com administração contínua de óxido nitroso em comparação com o grupo que utilizou o método intermitente. Além disso, a colaboração das parturientes durante o trabalho de parto foi mais evidente no grupo com administração contínua, indicando que as mulheres se sentiam mais confortáveis e capazes de colaborar efetivamente durante o processo de parto. Mobaraki et al. (2016) também relataram alta satisfação entre as mulheres que usaram óxido nitroso, com muitas parturientes indicando uma redução significativa da dor 30 minutos após a intervenção. Embora a intensidade da dor não tenha apresentado uma diferença significativa entre os grupos após 60 minutos, a satisfação geral com o alívio da dor proporcionado pelo óxido nitroso foi notavelmente alta. Gareh Sheyklo et al. (2017) reforçaram esses aspetos, destacando que as parturientes que optaram pelo uso de Entonox durante o trabalho de parto apresentaram um alto grau de satisfação. Hoffman et al. (2021) observaram que a maioria das mulheres que usaram óxido nitroso não relataram efeitos colaterais significativos, e aquelas que experimentaram algum

efeito adverso ainda relataram níveis de satisfação elevados. A cooperação materna durante o trabalho de parto foi notável, com as parturientes concentradas na respiração e no lidar com a dor de maneira eficaz, contribuindo para uma experiência positiva durante o parto. Estes estudos indicam que o uso de óxido nitroso durante o trabalho de parto não só proporciona alívio da dor, como também aumenta a satisfação materna e facilita a cooperação, criando um ambiente mais positivo e suportável para as mulheres durante o parto.

Outcomes Fetais

Os estudos analisados fornecem uma visão abrangente dos outcomes fetais associados ao uso do óxido nitroso durante o trabalho de parto. Conforme relatado por Agah et al. (2016), Mobaraki et al. (2016), Gareh Sheyklo et al. (2017) e Hoffman et al. (2021), os resultados indicam consistentemente que o óxido nitroso não parece ter impactos adversos nos recém-nascidos. Os índices de Apgar dos recém-nascidos não diferiram significativamente entre os grupos que utilizaram óxido nitroso e aqueles que não o fizeram. Para além disso, os estudos que examinaram os gases sanguíneos do cordão umbilical não encontraram diferenças significativas entre os grupos, corroborando a segurança do uso do óxido nitroso durante o trabalho de parto. A manutenção de níveis normais de gases sanguíneos é indicador de uma adequada oxigenação fetal, crucial para evitar complicações neonatais.

Estes resultados sugerem que o óxido nitroso pode ser considerado seguro para uso durante o trabalho de parto, não comprometendo a saúde ou a adaptação inicial dos recém-nascidos à vida extrauterina. Essa constatação é reconfortante, pois indica que o óxido nitroso pode oferecer um método eficaz de alívio da dor para as mulheres em trabalho de parto, sem apresentar riscos significativos para a saúde dos seus recém-nascidos.

Conclusões

Após uma análise abrangente dos estudos revisados, torna-se evidente que o óxido nitroso, como método analgésico durante o trabalho de parto, apresenta vantagens tanto para as mulheres como para os fetos/recém-nascidos. A sua utilização tem sido associada a uma redução eficaz da dor e da ansiedade, promovendo uma experiência de parto positiva e empoderadora para as parturientes. Além disso, os resultados sugerem que o óxido nitroso não tem efeitos na saúde do feto/recém-nascido. No entanto, a análise também destaca a necessidade de mais estudos para avaliar a segurança a longo prazo para os recém-nascidos, bem como para otimizar os métodos de administração e minimizar os efeitos adversos maternos.

A análise dos resultados dos estudos sobre o uso do óxido nitroso durante o trabalho de parto traz à tona várias considerações importantes. Primeiramente, destaca-se a complexidade das decisões relacionadas com os métodos de alívio da dor durante o parto, que envolvem não apenas a eficácia do método utilizado, como também os seus potenciais efeitos adversos e a segurança tanto para a mãe como para o recém-nascido. A diversidade de resultados observados nos estudos ressalta a necessidade de uma abordagem individualizada, tendo em conta as preferências da parturiente, a sua história clínica e fatores de risco específicos. Além disso, a compreensão dos diferentes métodos de administração do óxido nitroso e seus impactos nos *outcomes* maternos e fetais ressalta a importância de uma prática clínica baseada em evidências, onde a escolha do método analgésico deverá ser cuidadosamente ponderada. Por fim, a necessidade de mais pesquisas para avaliar a segurança a longo prazo do óxido nitroso nos recém-nascidos salienta a necessidade contínua de vigilância e monitorização dos desfechos neonatais, a fim de garantir a segurança e o bem-estar de todos os envolvidos no processo do parto. Esta reflexão enfatiza a importância de uma abordagem centrada na parturiente ao lidar com a dor durante o trabalho de parto, visando sempre o melhor resultado para mulher e recém-nascido.

A possibilidade de escolha do óxido nitroso, como método farmacológico, no plano de parto empodera as mulheres, permitindo-lhes optar por um método que equilibre alívio da dor com a manutenção da mobilidade.

Com base na revisão integrativa da literatura sobre o uso do óxido nitroso durante o trabalho de parto, aprendi que este analgésico oferece benefícios significativos para o alívio da dor das parturientes, sem impactos adversos imediatos neonatais. Os estudos analisados destacaram a eficácia e a segurança da utilização do óxido nitroso, especialmente em comparação com outras opções analgésicas. No entanto, é crucial considerar as necessidades de pesquisa contínua para entender melhor os potenciais efeitos a longo prazo do óxido nitroso na saúde e desenvolvimento dos recém-nascidos. Como estudante e futura EEESMO, este conhecimento fortaleceu a minha compreensão sobre as opções disponíveis para a gestão da dor no parto, incentivando a promoção de decisões informadas e baseadas em evidências para as parturientes. O compromisso com estudos futuros prospetivos e de acompanhamento é essencial para preencher lacunas de conhecimento e assegurar práticas clínicas seguras e eficazes, tanto para as mulheres como para os recém-nascidos durante o trabalho de parto.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

O estágio decorreu no serviço de Puerpério, sob a orientação de duas EEESMO. Este serviço é composto por vinte quartos individuais, todos equipados com wc privativo e um cadeirão para o acompanhante. Para além disso é composto por um balcão central e uma sala de observação. A puérpera estava acompanhada pelo recém-nascido e acompanhante.

3.1. Puerpério: as primeiras 48/72h pós-parto

O puerpério caracteriza-se por um conjunto de alterações físicas e psíquicas que ocorrem na mulher que promovem o retorno ao estado pré-gravídico e que pode durar até seis a oito semanas após o parto. O puerpério é dividido em três fases distintas: o puerpério imediato, que abrange as primeiras 24 horas após o parto; o puerpério precoce, que corresponde à primeira semana pós-parto; e o puerpério tardio, que se estende até seis semanas após o parto (Graça, 2017).

Os primeiros tempos pós-parto constituem uma fase crítica na vida das mulheres, marcada por uma adaptação significativa ao recém-nascido e ao cuidado que exige. Durante esse período, a mulher passa por mudanças hormonais, emocionais, psicológicas, familiares e sociais (Marques, 2020). A

puérpera assume um novo papel de grande responsabilidade, o que implica uma reorganização das dinâmicas familiares (Leitão, 2016).

A maioria dos casos de mortalidade e morbidade materna e neonatal está relacionada com alterações fisiopatológicas nesse período. A OMS (2022) classifica o puerpério como o período mais negligenciado na prestação de cuidados obstétricos. Assim sendo, é crucial que o EEESMO intervenha de forma a proporcionar atividades de vigilância e cuidados adequados tanto para a mulher quanto para o recém-nascido.

A admissão no puerpério decorre após duas horas de pós-parto imediato. A EEESMO da sala de partos, responsável pelos cuidados à díade, transmitia informações via telefónica para a colega do serviço de puerpério.

O tempo de internamento dependia não só do tipo de parto, mas também do estado clínico da puérpera e do recém-nascido. A alta era dada após 48 horas após partos vaginais e 72 horas após cesarianas, podendo preconizar-se altas precoces às 36 horas e 48 horas, respetivamente, desde que não haja complicações, como por exemplo o recém-nascido a realizar fototerapia, ou a puérpera com algum sinal de alarme, como febre.

Neste serviço foram prestados cuidados a um total de 142 puérperas, sendo que destas 20 eram consideradas puérperas de risco, e um total de 144 recém-nascidos, em que 34 tinham necessidades especiais, como filho de mães diabéticas.

Como na maioria dos serviços, o serviço de puerpério tem rotinas estabelecidas nos diferentes turnos. No turno da manhã ocorriam as visitas médicas, quer por parte do médico obstetra quer do pediatra, a vacinação dos recém-nascidos, os cuidados de higiene e limpeza do coto umbilical e preconizam-se também as altas das puérperas e recém-nascidos. No turno da tarde eram realizados os rastreios das cardiopatias e eventualmente cuidados de higiene e do coto umbilical do recém-nascido com os

acompanhantes que não conseguiam estar presentes de manhã. Algumas intervenções e atividades de vigilância eram transversais em todos os turnos, incluindo o turno da noite, nomeadamente o exame físico da puérpera, o apoio na amamentação e intervenções no âmbito do conhecimento e capacidades na adaptação à parentalidade, a monitorização de sinais vitais e a preparação e administração de medicação.

3.1.1. Cuidados à puérpera

Aquando da admissão de uma puérpera e de forma a garantir os cuidados de enfermagem surgem dois tipos de intervenções, as promotoras do autocuidado e bem-estar e as preventivas de complicações (Santos & Baptista, 2016). Neste sentido, era realizado um exame físico à puérpera na admissão.

Iniciando o exame físico pela observação geral do estado da puérpera, vigiando a cor da pele e mucosas e monitorização de sinais vitais, para despiste de sinais de infeção e de alarme, como é o caso da pele descorada, fria e viscosa, sugestivos de anemia, hemorragia ou desidratação. De seguida, observavam-se as mamas relativamente à temperatura, à consistência e integridade do mamilo.

Após o parto, o útero involui rapidamente até deixar de ser palpável após o décimo dia pós-parto, retornando ao seu estado não gravídico. A palpação do útero permite avaliar o tônus uterino, um procedimento crucial no pós-parto para monitorizar a involução uterina (Santos & Baptista, 2016). A palpação deve ser realizada após esvaziamento vesical e através de uma

massagem suave no fundo do útero, avaliando a consistência do útero, que deve ser firme e contraído. Se o útero estiver flácido ou se houver sangramento excessivo, pode ser um sinal de atonia uterina ou outras complicações, requerendo intervenção imediata.

Ainda na zona abdominal, caso fosse uma puérpera submetida a cesariana avaliava-se o penso da ferida cirúrgica, se se encontrava limpo e seco externamente e aderente à pele.

Em seguida, na zona do períneo eram avaliadas as lesões perineais no sentido de despistar possíveis sinais de infeção. Na prática clínica foi notório por parte das puérperas o desconforto perineal não só as que apresentavam laceração ou episiotomia, mas também as que apresentavam períneo íntegro. Neste sentido e de forma a aliviar a dor, uma das intervenções não farmacológica recorridas durante o estágio, passava pela aplicação de gelo no períneo, durante 10 a 20 minutos, promovendo também o conforto. A crioterapia tem demonstrado ser uma intervenção eficaz para o alívio da dor no períneo íntegro após o parto vaginal. De acordo com o estudo de Senol e Aslan (2017), que incluiu 200 puérperas, a aplicação de frio na área perineal após o parto vaginal reduz significativamente a dor e o desconforto, proporcionando um alívio imediato e promovendo uma recuperação mais confortável. A crioterapia, para além de proporcionar alívio da dor, contribui para uma recuperação mais rápida e confortável, sendo uma abordagem prática e eficaz para o controlo da dor no pós-parto (Beleza et al., 2017; Senol & Aslan, 2017).

Os lóquios, perda de sangue por via vaginal, fazem parte constituinte do exame físico. Assim sendo, eram avaliadas as características dos lóquios quanto à cor, cheiro e quantidade. O fluxo dos lóquios nas primeiras horas após o parto é intenso e têm cor vermelho-vivo, contendo sangue, fragmentos de membranas e tecido decidual (Santos & Baptista, 2016). Nos

primeiros 3-4 dias, os lóquios passam para uma cor rosada tornando-se sero-hemáticos e progressivamente para uma cor acastanhada, com fluxo menor e mais seroso composto principalmente por soro e leucócitos (Santos & Baptista, 2016). A partir do 10º dia até cerca de seis semanas, apresentam uma cor esbranquiçada ou amarelada, contendo leucócitos e células epiteliais, e o fluxo continua a diminuir até desaparecer gradualmente. Durante todo esse período, é crucial monitorizar qualquer sinal de infeção, como odor fétido, aumento repentino do fluxo ou retorno do sangramento vermelho-vivo. Durante a prática clínica, as puérperas eram aconselhadas a trocarem o penso higiénico com regularidade e a executarem os cuidados perineais após cada ida à casa de banho, limpando com água tépida, no sentido antero-posterior e a secarem por pressão em vez de fricção, mantendo a região perineal seca.

Por fim, observavam-se os membros inferiores relativamente à presença de sinais de tromboembolismo ou edema. No puerpério devido ao aumento de fatores de coagulação e do fibrinogénio e também da imobilidade, em especial nas mulheres submetidas a cesariana, o risco de tromboembolismo está aumentado.

Na prática clínica o primeiro levante da puérpera após o parto dependia do tipo de parto, podendo ocorrer seis horas após um parto vaginal e doze horas após uma cesariana (Lowdermilk & Perry, 2009). Este levante, na prática clínica, decorria 4h após um parto vaginal e 6h no caso de uma cesariana e era sempre realizado sobre vigilância e acompanhamento de uma EEESMO, monitorizando sempre primeiramente os sinais vitais, dando particular atenção à tensão arterial. Na ausência de intercorrências, como é o caso da hipotensão, o levante era efetuado.

Relativamente às alterações hormonais durante a prática clínica foi evidente que a maioria das puérperas apresentavam períodos de choro fácil e

labilidade emocional. Estes sentimentos deviam-se essencialmente aos cuidados ao recém-nascido e ao cansaço acumulado. Neste sentido, e fazendo parte de uma das competências do EEESMO este deve estar alerta ao estado emocional da puérpera, dando suporte e apoio não só à mulher, mas também ao casal durante o processo de adaptação e transição para a parentalidade.

Durante o puerpério, a mulher sofre não só alterações hormonais e emocionais, mas também mudanças no âmbito psicológico, familiar e social (Marques, 2020). Esta passa a assumir um novo papel de grande responsabilidade, o que demanda uma reorganização das dinâmicas familiares (Leitão, 2016). Também é um período de reflexão e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade. Todos estes aspetos decorrem num período de grande vulnerabilidade da mulher e que podem favorecer o aparecimento de transtornos psicológicos, como por exemplo a depressão pós-parto (Semedo, 2019; Marques, 2020).

A depressão pós-parto e o blues puerperal são condições que afetam muitas mulheres após o parto, apresentando características distintas. O blues puerperal é uma condição transitória que ocorrem em cerca de 50-80% das novas mães e se manifesta nos primeiros dias após o parto, com sintomas como irritabilidade, ansiedade, choro fácil e labilidade emocional, geralmente resolvendo-se espontaneamente dentro de duas semanas (American Psychological Association, 2022). Em contraste, a depressão pós-parto é mais grave e persistente, afetando aproximadamente 10-20% das mulheres, com sintomas que incluem tristeza profunda, perda de interesse nas atividades diárias, distúrbios do sono e apetite, e, em casos severos, pensamentos suicidas ou de prejudicar o recém-nascido (WHO, 2022). Esta condição pode surgir durante a gravidez ou até um ano após o parto e requer intervenção médica, incluindo terapia e, por vezes, medicação (Stewart & Vigod, 2019). A deteção precoce e o tratamento adequado são essenciais para evitar impactos

negativos na mulher e no desenvolvimento do recém-nascido (Yonkers et al., 2012).

No dia da alta, na prática clínica, o médico obstetra realiza um exame físico detalhado da puérpera. Desde o momento da admissão até a preparação para o regresso a casa, são revisados e reforçados os conhecimentos e capacidades adquiridos durante o internamento. Isso inclui orientações abrangentes sobre cuidados com a ferida cirúrgica (seja perineal ou abdominal), lóquios, amamentação, alimentação adequada, métodos contraceptivos, consulta de revisão do puerpério e o retorno à atividade sexual, adaptadas às necessidades individuais de cada puérpera.

3.2. Adaptação à parentalidade: promoção das competências parentais

No sentido de facilitar a adaptação para a parentalidade, mais uma vez, o apoio e o suporte do EEESMO nesta fase é crucial na medida em que fornece informações e se capacita as mães e os pais para que se sintam confiantes e capazes de cuidarem do seu filho.

Assim sendo, durante a prática clínica foram várias as competências parentais abordadas, nomeadamente a amamentação, cuidados de higiene e limpeza do coto umbilical e promoção e vigilância da saúde (perda de peso, vacinação, diagnóstico precoce). Era evidente que nem todas as mães e pais apresentavam as mesmas dificuldades, e enquanto uns tinham falta de conhecimentos, outros demonstravam apenas dificuldades na habilidade,

tendo sido implementadas intervenções como o ensinar, instruir e treinar, consoante necessidade.

Amamentação

A competência em que o EEESMO mais investia era a amamentação. Sendo apenas suscetível à observação, e sempre que possível do início ao fim, permite perceber os conhecimentos e capacidades da mulher. Para promover a amamentação, foram implementadas intervenções de enfermagem, incluindo ensinar sobre os benefícios e características do colostro e do leite, intervalo e duração das mamadas, sinais de fome e saciedade do recém-nascido, posição adequada mãe-filho, sinais de boa pega, produção de leite, e promoção da lactação (Cardoso, 2011).

Nas primeiras 24h após o parto, geralmente as mamas apresentam-se moles e com colostro, gradualmente nas seguintes horas a mama vai ficando progressivamente mais cheia e o colostro passa a leite de transição, ocorrendo a descida do leite, entre as 48h e as 72h após o parto. Nesta altura é frequente que surjam alguns desconfortos ou dificuldades na amamentação, nomeadamente a presença de calor, dor, mamilos macerados e/ou fissurados e tensão mamária, devendo incentivar-se as puérperas a colocar o recém-nascido à mama para esvaziamento e diminuir a tensão (Santos & Baptista, 2016).

Na prática clínica, e no decorrer da observação da amamentação foi possível acompanhar puérperas com mamilos macerados e fissurados. Primeiramente e de uma forma geral, é importante assegurar que a técnica de amamentação está correta, pois uma pega inadequada é a principal causa de fissuras nos mamilos. Uma pega inadequada durante a amamentação ocorre quando o recém-nascido não consegue abocanhar a aréola adequadamente, limitando-se apenas ao mamilo, o que pode resultar em dor para a mãe e dificuldades no amamentar (Neifert et al., 2013). O estudo de

Moore et al., 2016, que envolveu 3850 mulheres e os seus recém-nascidos, indicam que uma pega incorreta pode levar a problemas como mamilos fissurados e dor persistente durante a amamentação. Neifert et al. (2013) ressalta que uma pega adequada é crucial para garantir que o recém-nascido esteja corretamente posicionado e abocanhe a aréola de maneira eficiente, prevenindo complicações associadas a uma pega inadequada.

De acordo com o estudo de Shing et al. (2022), destacam que práticas de cuidado que asseguram uma boa técnica de amamentação são essenciais para prevenir maceração ou fissuras. A correção da posição e da pega do recém-nascido é fundamental para reduzir o trauma nos mamilos. O mesmo estudo enfatiza a importância da aplicação de colostro nos mamilos após cada mamada devido às suas propriedades cicatrizantes e antibacterianas, além do uso de pomadas de lanolina pura para manter a pele hidratada e protegida. Manter os mamilos limpos e secos, evitando sabonetes irritantes e fricções excessivas, bem como promover a exposição ao ar, são estratégias recomendadas para aliviar o desconforto e facilitar a recuperação (Shing et al., 2022).

De forma a prevenir possíveis complicações e a facilitar o sucesso da amamentação, as puérperas foram instruídas a amamentar em diferentes posições e a reconhecerem os sinais de boa pega. Para além disso, foram incentivadas a amamentar em livre demanda, reconhecendo os sinais de fome e de saciedade do recém-nascido.

Cuidados de higiene do recém-nascido

Os cuidados de higiene ao recém-nascido eram realizados durante o turno da manhã, estando sempre presente o pai/acompanhante. O primeiro banho do recém-nascido, que ocorre após as primeiras 24 horas de nascimento, de acordo com recomendações da WHO (2018), tinha como objetivo não só perceber o conhecimento das mães e dos pais, como também capacitá-los,

demonstrando e explicando as técnicas de higiene. Neste sentido, eram implementadas intervenções de enfermagem, de acordo com o diagnóstico específico após recolha de dados, de como ensinar sobre o material necessário e condições prévias para o banho, a escolha de produtos de higiene, a frequência, duração e horário do banho, técnicas específicas para lavar olhos e ouvidos, cortar e limar unhas, trocar fraldas e limpeza da região genital (conforme o sexo do recém-nascido) e vestir/despir o recém-nascido. Para além disso, era sugerido à mãe e/ou pai a ajustar o horário do banho, após o regresso a casa, de forma a perceberem se o banho era um fator calmante ou estimulante para o recém-nascido.

O cuidado ao coto do cordão umbilical está muitas vezes associado ao momento do banho. Segundo a SPN (2023), se o cordão umbilical for cortado e clampado em condições assépticas, a aplicação de antissépticos tópicos não é recomendada, sendo que o risco de onfalite depende da qualidade dos cuidados no parto e no período pós-natal imediato. O uso de clorexidina ou álcool a 70% pode atrasar a queda do cordão sem benefícios claros na redução da onfalite. Em partos hospitalares, recomenda-se deixar o cordão secar naturalmente (SPN, 2023). A técnica de *dry care* nos cuidados ao coto umbilical parece diminuir o risco de infeção e acelerar a queda do coto umbilical (Pires, 2016).

Na prática clínica, foi recomendada a utilização da técnica *dry care*, que consiste em manter o coto umbilical limpo e seco. As intervenções de enfermagem para promoção do tratamento ao coto umbilical incluíam o ensinar a evolução do coto umbilical, o tempo média para a queda, como realizar o *dry care* e os cuidados a ter com a pele após a queda do coto umbilical e reconhecer sinais de infeção.

Muitas vezes, e aproveitando o facto de o recém-nascido estar despido para o banho e/ou tratamento ao coto umbilical, durante o estágio e após

prescrição médica, era administrada a primeira dose da vacina contra a hepatite B, iniciando o Plano de Nacional de vacinação (DGS, 2020).

No dia da alta, e em relação à promoção e vigilância da saúde do recém-nascido, segundo a SPN (2023) as mães e os pais devem ser informados e educados sobre várias questões relacionadas com o seu bebé. Durante o internamento, é essencial discutir as rotinas do bebé, como banho, cuidados com a pele, unhas e coto umbilical, e enumerar as alterações normais desta fase, como soluços, espirros, respiração irregular, cólicas, regurgitação e padrão das dejeções. Sinais de alerta no recém-nascido, como icterícia, febre, engasgamento, recusa em mamar e irritabilidade, também devem ser explicados, assim como medidas de prevenção da síndrome de morte súbita do lactente e medidas de segurança no carro e em casa. Por fim, a importância do seguimento do recém-nascido saudável deve ser enfatizada, incluindo o diagnóstico precoce, visitas ao Centro de Saúde, pesagens regulares e a primeira consulta, além de instruções sobre quando procurar ajuda médica urgente (SPN, 2023).

3.3. Desenvolvimento infantil no período de recém-nascido

No que diz respeito ao recém-nascido são desenvolvidas intervenções com o intuito de avaliar o bem-estar e o seu desenvolvimento.

O exame físico do recém-nascido pode ser otimizado iniciando-se com a observação geral da aparência do recém-nascido, seguido pela avaliação dos sinais vitais e, posteriormente, dos diferentes segmentos do corpo, da cabeça aos pés (SPN, 2023). Embora a ordem exata não seja crucial, a abordagem deve ser conduzida de forma sistemática para garantir uma

avaliação completa.

Em contexto de estágio a avaliação física integral do recém-nascido era realizada diariamente no turno da manhã, por médicos pediatras em parceria com o EEESMO. Este exame físico era realizado em condições ideais, que incluíam um ambiente calmo, luz natural, temperatura ambiente adequada (25-28°C) e ausência de estímulos (SPN, 2023).

Durante a prática clínica foi possível observar alguns recém-nascidos com uma pele e escleróticas amareladas, caracterizado por icterícia. Por protocolo, a medição dos níveis de bilirrubina transcutânea era realizada no turno da manhã para todos os recém-nascidos, mesmo que não apresentassem sinais visíveis de icterícia ou fatores de risco conhecidos. Quando os valores eram elevados, a bilirrubina sérica era medida através de uma punção capilar no calcanhar do recém-nascido.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2016), a icterícia neonatal é descrita pela coloração amarela da pele e dos olhos, quando os níveis de bilirrubina no sangue ultrapassam 5mg/dl. Essa coloração geralmente surge no sentido cefolocaudal, começando no rosto, incluindo os olhos e mucosas, e prosseguindo para as extremidades, desaparecendo na ordem inversa. A hiperbilirrubinemia, na maioria dos casos, não indica uma doença subjacente e é classificada como icterícia fisiológica, ocorrendo após as 24 horas de vida, tipicamente entre o 3.º e o 5.º dia de vida, devido ao alto volume de glóbulos vermelhos, à curta vida desses glóbulos e à imaturidade do fígado dos recém-nascidos. O tratamento mais comum para reduzir os níveis de bilirrubina é a fototerapia, uma intervenção amplamente usada e considerada como segura e eficaz na redução da bilirrubina total, prevenindo a neurotoxicidade da bilirrubina (SPN, 2016).

Segundo Kemper et al. (2022), a amamentação é essencial durante a fototerapia para o tratamento da icterícia neonatal. O EEESMO deve

assegurar que a amamentação seja frequente, recomendando pelo menos oito a doze vezes em 24 horas, de forma a promover a eliminação da bilirrubina através das fezes e da urina, contribuindo para a redução dos níveis de bilirrubina no sangue. Além disso, a manutenção da amamentação é crucial para garantir uma hidratação adequada do recém-nascido, prevenindo a desidratação, que pode ser exacerbada pela fototerapia. A observação da pele e das mucosas é necessária para detetar sinais de irritação ou queimadura devido à exposição da luz e a importância de alterar a posição a cada duas horas. Além disso, os níveis de bilirrubina devem ser verificados regularmente para avaliar a eficácia da fototerapia e ajustar o tratamento conforme necessário, garantindo a segurança e o bem-estar do recém-nascido durante o tratamento (Kemper et al., 2022).

Segundo Pandey (2023), o EEESMO deve monitorizar atentamente a temperatura do recém-nascido, uma vez que a fototerapia pode provocar alterações na regulação térmica, e assegurar que o ambiente esteja ajustado para manter a temperatura corporal adequada. Para além disso, o EEESMO deve proporcionar orientação e o suporte às mães e pais, fornecendo informações sobre como manter reconhecer sinais de alerta relacionados ao estado do seu bebé (Pandey, 2023).

3.4. Da conceção à implementação dos cuidados pós-parto: Tornar-se puérpera, tornar-se mãe

A transição para a parentalidade é um período de significativa adaptação emocional e psicológica, especialmente para mães e pais de primeira viagem. Segundo Refaeli et al. (2024), este período pode ser desafiador e impacta

profundamente o bem-estar dos novos pais, sendo que intervenções como apoio psicológico e educação parental são fundamentais para auxiliar os pais a gerir o stress, as expectativas e as mudanças associadas à chegada de um recém-nascido (Refaeli et al., 2024).

A Teoria das Transições de Afaf Meleis visa compreender e facilitar os processos de mudança que os indivíduos vivenciam em diversas fases da vida e abrange transições de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais, e que pode ser vivenciada mais do que uma transição simultaneamente (Meleis et al., 2000). Meleis enfatiza a importância do contexto social, cultural, económico e ambiental nas experiências de transição como fator facilitador ou dificultador da transição. As transições são complexas e multidimensionais, apresentando propriedades como a consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o espaço de tempo e os pontos críticos e eventos. As intervenções de enfermagem, fundamentadas nesta teoria, focam-se na avaliação, planeamento e implementação de estratégias para promover transições saudáveis, assegurando que os indivíduos recebam o suporte necessário para alcançar resultados positivos em saúde e bem-estar (Magalhães, 2011).

O nascimento de um filho, principalmente o primeiro, caracteriza-se por uma mudança que requer um reajuste de papéis, uma nova organização familiar e um ajuste na dinâmica do relacionamento. A intervenção do EEESMO facilita a transição para a parentalidade ao acompanhar, apoiar, capacitar e cuidar da mulher e do casal, contribuindo para o bem-estar materno e saúde do recém-nascido. A transição para a parentalidade exige tempo para a assimilação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades necessárias às decisões e ações relacionadas às competências parentais. Esse processo é essencial para que a mãe e o pai desenvolvam confiança nas suas próprias capacidades, solucionem situações com eficácia e sintam satisfação no desempenho de seus papéis (Cardoso, 2014).

CASO:

A puérpera Maria, de 28 anos, primigesta e primípara, encontra-se no 1.º dia após um parto por cesariana devido a um trabalho de parto estacionário às 39s+2d. Foi internada por rotura de membranas espontânea e iniciou indução de trabalho de parto no mesmo dia, sendo que não evoluiu dos 6cm de dilatação até decisão médica de avançar para cesariana. Encontra-se acompanhada pelo marido, o Rui. À minha chegada, puérpera encontra-se deitada na cama e refere dor, no local onde apresenta uma ferida cirúrgica no abdómen com um penso transparente favo de mel.

Tem como antecedentes pessoais alergia à penicilina. Pertence ao grupo sanguíneo O+ e o recém-nascido ao grupo sanguíneo O+. Nasceu um recém-nascido do sexo masculino, Gonçalo, com 3,105kg, às 21h35, com um APGAR de 9/10/10 no 1.º, 5.º e 10º minuto, respetivamente.

Dados:

Adaptação à parentalidade: A puérpera Maria, referiu que sendo um primeiro filho, gostava muito de amamentar em exclusivo, pois considera que o leite materno é a melhor alimentação para o seu filho, com todos os nutrientes necessários e, que para além disso é gratuito e de fácil disponibilidade. Revelou que durante essa noite a amamentação não ocorreu como o esperado por ter dificuldade para despertar o recém-nascido e iniciar a mamada. Descontente pela dificuldade sentida durante a noite, questionou a enfermeira como podia acordar e/ou manter acordado o Gonçalo. Referiu, ainda, que apesar da dificuldade para acordar o recém-nascido que conseguiu amamentar, e que reconhece quando o bebé tem fome, amamentando em livre demanda, não ultrapassando as três horas, que tenta sempre encontrar uma posição confortável para amamentar de forma a que estejam sempre barriga com barriga, quando na posição horizontal e que haja sempre o alinhamento do corpo do Gonçalo. Reconhece os sinais de boa pega. Maria diz que, apesar de

ter tido alguma dificuldade para manter o filho acordado para mamar, está muito feliz, demonstrando-o sorrindo e acariciando o Gonçalo.

Quanto aos cuidados ao recém-nascido, e por ainda não ter 24h horas de vida, não foram instruídos os cuidados de higiene, apenas foi necessário realizar limpeza do coto umbilical, em contexto de internamento.

Recuperação pós-parto: A puérpera apresenta uma ferida cirúrgica na zona abdominal e referiu dor moderada no local da ferida. Tem o útero contraído, infra umbilical e uma quantidade de lóquios conforme esperada. As mamas encontram-se moles e com presença de colostro, mamilos proeminentes e íntegros.

Medicação:

Paracetamol 1000mg - analgésico e antipirético, administrado PO. Proporciona alívio de dores leves a moderadas e redução da febre, com efeitos terapêuticos iniciando geralmente entre 30 minutos a 1 hora após a administração e durando aproximadamente 4 a 6 horas. Na lactação, é excretado em pequenas quantidades no leite materno, sem evidências de efeitos adversos significativos nos lactentes (Ito, 2000).

Diclofenac 75mg – anti-inflamatório não esteroide e analgésico que é amplamente utilizado para o alívio da dor e inflamação, administrado via IM. Proporciona efeitos terapêuticos eficazes no alívio de dores agudas e crónicas, com o início da ação geralmente ocorrendo dentro de 30 minutos após a administração, e a duração de seus efeitos pode variar de 4 a 6 horas. Durante a lactação, o diclofenac é excretado em quantidades mínimas no leite materno, sendo considerado seguro para uso ocasional (Tamaki et al., 2024).

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EEESMO

assume a responsabilidade, entre outras, de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” com o intuito de “potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563).

Segundo o mesmo regulamento, o EEESMO deve promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal, concebendo, planeando, implementado e avaliando intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à adaptação pós-parto.

O EEESMO desempenha um papel ativo na transição para a parentalidade no sentido em que são um forte suporte, apoiando e assistindo as puérperas durante este período difícil e exigente, de forma a melhorar o conhecimento e a consciencialização sobre comportamentos saudáveis e a capacitá-las para cuidar do recém-nascido, promovendo relacionamentos saudáveis entre mãe e filho (Marques, 2020). Segundo Vance et al. (2020), o desenvolvimento da autoeficácia parental é crucial para as mães, e o suporte especializado fornecido por profissionais de saúde, como o EEESMO, contribui significativamente para o aumento da confiança materna e da competência no cuidado ao recém-nascido, destacando a importância de intervenções educativas e de apoio contínuo para o fortalecimento das habilidades parentais e a promoção do bem-estar tanto da mãe quanto do recém-nascido.

Uma das competências do EEESMO, no período pós-parto, é diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido durante o período pós-natal (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019). Esta competência é vital para garantir que qualquer potencial problema seja identificado e tratado rapidamente, contribuindo assim para um pós-parto mais seguro e tranquilo para a mãe e para o recém-nascido. Assim, e como aprendizagem de uma futura EEESMO, referir a importância da

assistência prestada às mulheres no pós-parto, pelo EEESMO, assegurando que o puerpério seja realmente um período de recuperação e cura. Sendo um tempo em que cada mulher assimila as experiências da gravidez, do parto, da maternidade e da amamentação, a presença e o suporte do EEESMO são cruciais para que todas essas experiências ocorram de maneira saudável e satisfatória para todos os envolvidos.

Estudos indicam que o suporte contínuo pode reduzir o risco de depressão pós-parto, melhorar as taxas de amamentação e aumentar a confiança das mães nas suas habilidades parentais (Refaeli et al., 2024). O estudo de Vance et al. (2020) destaca que o suporte emocional do EEESMO ajuda as mães a enfrentar os desafios do pós-parto, promovendo um ambiente de cuidado e recuperação.

Neste período, do pós-parto, em que existe tantas alterações no quotidiano e maior labilidade emocional tanto pela puérpera (devido às hormonas e privação do sono), mas também pelo acompanhante (devido à privação do sono), é necessário detetar precocemente qualquer desvio à adaptação saudável ao período pós-parto, mas também, elogiar o conhecimento e ações das mães e dos pais perante os cuidados ao recém-nascido para que se sintam capazes de assumir este novo papel, o de serem mãe e pai.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da manhã (8h-14h).

Face ao domínio “Dor por ferida abdominal” tomei como foco de atenção o “Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas”, a partir do qual emergiu o diagnóstico apresentado no Quadro 12.

Quadro 12 - Dor por ferida abdominal: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(9h) Maria refere que quando espirrou sentiu muita dor no local da ferida cirúrgica e

questiona se há algo que possa fazer para ajudar a diminuir a dor, para além de tomar medicação.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Maria encontra-se num primeiro dia pós-parto, cerca de 10h após a cesariana. Apresenta uma ferida cirúrgica na região abdominal com um penso favo de mel (que permite observar as características da ferida), sem sinais inflamatórios. Ainda não realizou o primeiro levante e amamenta.

DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas
---------------------	--

OBJETIVO: Promover autocontrolo: Por ferida cirúrgica pós-cesariana

INTERVENÇÕES:

- **(9h) Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

Atividades que a concretizam:

Informar Maria que deve realizar uma ligeira pressão no local da ferida cirúrgica, zona infra abdominal, quando se levanta, necessite de tossir ou espirrar, de forma a diminuir a dor. Maria não deve realizar esforços físicos que exijam força na zona abdominal, como em pegar em objetos pesados ou objetos do chão (Santos & Baptista 2016).

Informar que existe uma opção, a cinta abdominal que poderá ser usado por curtos períodos (O uso prolongado pode comprometer a circulação sanguínea e a saúde da pele, além de provocar uma dependência que pode afetar a postura e a força muscular abdominal) e que ajuda a melhorar a dor associada à ferida cirúrgica, aconchegando o abdómen (Santos & Baptista 2016).

Face ao domínio “Ferida Cirúrgica (por cesariana)”, tomei como foco de atenção o “Conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica”, a partir do qual emergiu o diagnóstico apresentado no Quadro 13.

Quadro 13 - Ferida cirúrgica: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(9:10h) Maria sabe que tendo uma ferida que tem de ter cuidado para manter o penso limpo, seco e aderente, mas não sabe que mais cuidados necessita de ter nem quando deve retirar os agrafos. Maria diz saber que tal como todas as feridas que a sua também pode ter complicações como dor, calor, mas não sabe se isso acontecer onde deve recorrer.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Apresenta uma ferida cirúrgica na região abdominal, por cesariana com um penso favo de mel (que permite observar as características da ferida), com agrafos e sem sinais inflamatórios.

DIAGNÓSTICO:

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

OBJETIVO: Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

INTERVENÇÕES:

- **(9:10h) Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica**

Atividades que a concretizam:

Explicar à puérpera que deve optar por um vestuário mais largo de forma a não comprimir a zona do local da ferida cirúrgica e que deve evitar realizar esforços, para que não aumente a dor no local da ferida cirúrgica. Informar que deve vigiar o penso externamente de forma a ver a presença de exsudado ou sangue e que caso identifique algum destes, deve recorrer ao centro de saúde. Os agrafos serão removidos por volta do 10.º dia.

- **(9:20h) Ensinar sobre evolução favorável da ferida cirúrgica**

Atividades que a concretizam:

Explicar a Maria que deve vigiar a ferida e a pele circundante, através do penso favo de mel que permite essa observação (sem o retirar), devendo estes estar rosados, sem sinais inflamatórios, como calor, vermelhidão, dor, inchaço,

exsudado ou sangramento. Explicar que é normal que a dor local diminua ao longo do período de cicatrização e que portanto, se a dor reaparecer ou piorar, considerar um sinal de alerta e recorrer ao Centro de Saúde.

Face ao domínio “Comportamentos para amamentar”, tomei como foco de atenção o “Amamentação”, a partir dos quais emergiram os diagnósticos apresentados no Quadro 14.

Quadro 14 - Comportamentos para amamentar: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(11h) Maria refere saber quais as posições mais adequadas para amamentar, como saber que o bebé está a mamar e a abocanhar conforme o esperado, mas que não se lembra de terem falado de como estimular o bebé e que tem dúvidas como será a melhor forma de o fazer. Como está na hora de amamentar, e o Gonçalo continua a dormir, pede ajuda.

(11:30h) À observação da mamada, Maria está posicionada corretamente, encontra-se deitada na cama, em decúbito lateral direito com o Gonçalo colocado paralelamente ao seu corpo. Por vezes, necessita de ajuda a estimulá-lo, pois adormece facilmente a mamar.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Maria amamentou logo após o parto, quando chegou ao internamento, 2h pós-parto. Disse que correu bem, que o Gonçalo mamou mais de 45 minutos e que acabou por largar a mama quando já tinha adormecido. Sendo o seu primeiro filho ficou muito contente porque é de sua vontade amamentar em exclusivo. Durante a noite, e nas duas mamadas refere ter tido muita dificuldade para acordar o Gonçalo. Tinha necessidade de o acordar porque senão ele ficava mais de quatro horas sem mamar e que no intervalo entre o despertar do recém-nascido e o iniciar a mamada muitas vezes já tinha passado mais de 45 minutos e estava a deixá-la ansiosa.

DIAGNÓSTICO:

Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

OBJETIVO: Promover autogestão: amamentação	
INTERVENÇÕES: • (11h) Ensinar sobre estratégias para estimular o recém-nascido Atividades que a concretizam: Explicar a Maria que de forma a estimular o bebé para mamar, se este estiver a dormir, pode e deve despir as peças de roupa do recém-nascido até que fique de fralda, ou passar uma compressa molhada na zona do pescoço de forma a manter acordado para mamar. Para além disso, pode estimular o bebé tocando-o na bochecha ou no queixo, de forma a mantê-lo ativo na mama. • (11:15h) Observação do início da mamada. • (11:30h) Continuação da observação da mamada.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar a autoeficácia para amamentar
OBJETIVO: Promover autogestão: amamentação	
INTERVENÇÕES: • (11:15h) Elogiar o desempenho da cliente Atividades que a concretizam: Elogiar Maria pelo correto posicionamento com o Gonçalo durante a amamentação.	

Face ao domínio Adaptação à parentalidade, tomei como foco de atenção o “Conhecimento sobre higiene do recém-nascido”, o “Conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido”, a partir dos quais emergiu o diagnóstico apresentado no Quadro 15.

Quadro 15 - Adaptação à parentalidade: diagnósticos e intervenções

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: (10:30h) Maria sabe que deve limpar todos os dias o coto do cordão umbilical e que até cair, a fralda deve ficar abaixo do mesmo, mas não sabe como é suposto fazer a limpeza.

Rui, pai do Gonçalo, sabe que quando os bebés nascem que é necessário limpar diariamente o coto do cordão umbilical, mas também não sabe como o fazer.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

O facto de ser o primeiro filho do casal e de não terem tido contacto com recém-nascidos, faz com que ambos não saibam nem tenham experiência na limpeza do coto do cordão umbilical.

Rui refere que quem irá fazer a limpeza do coto do cordão umbilical será a Maria porque lhe causa alguma impressão, no entanto demonstra interesse em saber como se faz, caso a Maria não esteja disponível para realizar a limpeza.

DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido
---------------------	---

OBJETIVO: Promover adaptação à parentalidade: higiene e conforto

INTERVENÇÕES:

- **(10:30h) Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical**

Atividades que a concretizam:

(10:35h) Explicar a Maria e Rui que deve realizar o tratamento do coto do cordão umbilical todos os dias e em SOS, ou seja quando o coto é sujo com fezes ou urina e que pode optar por realizar a limpeza do coto umbilical no banho (Sequeira et al., 2020). No final deve secá-lo muito bem com compressas, não esquecendo de secar o clamp; Informar que nos dias que não dá banho ao bebé, o coto umbilical deve ser limpo água e seco (SPN,2023). É esperado que o mesmo caia entre o 5.º e o 20.º dia e que conforme os dias vão passando o seu aspeto torna-se progressivamente mais seco e escuro. Após a queda do coto umbilical, explicar à mãe e ao pai que deve continuar a realizar a limpeza até à sua completa cicatrização da pele.

A vigilância do coto umbilical deve sempre realizada em todas as mudas da fralda, prestando-se especial atenção ao aspeto (gelatinoso, humedecido, mumificado), cheiro (sui generis, odor fétido), pele circundante (rubor, calor, dor e

edema periumbilical) e tipo de exsudado (cor, consistência, seroso, serohemático, hemático, purulento) (Sequeira et al., 2020).	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido
OBJETIVO: Promover adaptação à parentalidade: higiene e conforto	
INTERVENÇÕES: • (10:40h) Instruir a tratar do coto do cordão umbilical Atividades que a concretizam: Demonstrado como deve realizar a limpeza do coto do cordão umbilical com compressas e água. • (10:45h) Treinar a tratar do coto do cordão umbilical Maria realiza a limpeza do coto do cordão umbilical tal como lhe foi demonstrado.	
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: (12.30h) Maria sabe que os recém-nascidos têm de tomar umas vacinas, mas não sabia que o Gonçalo tinha de tomar uma vacina no internamento nem qual era.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: No primeiro dia após o nascimento, e de acordo com o Plano Nacional de Vacinação, é administrada aos recém-nascidos a vacina contra a hepatite B e informado os progenitores sobre a mesma.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido
OBJETIVO: Promover adaptação à parentalidade: vigilância e promoção da saúde	
INTERVENÇÕES: • (12:30h) Ensinar sobre regime de vacinação Atividades que a concretizam:	

(12:30h) Informar Maria que todos os recém-nascidos são vacinados ao nascer com a primeira vacina do plano nacional de vacinação, a vacina contra a hepatite B (por via intramuscular). O esquema de vacinação inicia-se, então, com a hepatite B na maternidade, sendo as próximas vacinas aos 2 meses de idades. Explicar que a vacinação deve sempre ser cumprida na idade recomendada, especialmente no primeiro ano de vida, pois este é o período de maior vulnerabilidade, requerendo imunização precoce, para evitar as respetivas doenças que podem ser graves.

Quanto ao outro cliente dos meus cuidados, o recém-nascido Gonçalo, e face ao domínio “Recém-nascido” tomei como foco de atenção o “Transição de desenvolvimento – Desenvolvimento humano” a partir do qual emergiu o diagnóstico apresentado no Quadro 16.

Quadro 16 - Recém-nascido: diagnósticos e intervenções

DOMÍNIO:	Recém-nascido
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Observação do coto do cordão umbilical do Gonçalo. Apresenta coto umbilical gelatinoso, sem cheiro, com pele peri-umbilical íntegra.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
O Gonçalo nasceu às 21h35 com um peso de 3,105kg e com um APGAR de 9/10/10 no 1.º, 5.º e 10º minuto, respetivamente. O corte do cordão umbilical foi logo após o nascimento.	
DIAGNÓSTICO:	Recém-Nascido
OBJETIVO: Determinar evolução do coto do cordão umbilical	
INTERVENÇÕES:	
(10:40h) Avaliar a evolução do estado do coto do cordão umbilical Atividades que a concretizam:	

(10:40h) Observado coto do cordão umbilical, quanto ao cheiro e processo de mumificação. Apresenta aspeto gelatinoso, sem sinais inflamatórios.

- **(10:40h) Avaliar a evolução da pele peri-umbilical**

Atividades que a concretizam:

(10:40h) Observar presença de sinais inflamatórios como rubor, calor, edema e presença ou ausência de exsudado.

- **(10:40h) Avaliar estado de saúde do recém-nascido**

Atividades que a concretizam:

(10:40h) Realizar exame físico ao recém-nascido.

Observação geral: apresenta uma camada de vernix caseoso ao longo do todo o corpo, lanugo nos ombros e uma coloração da pele rosada, com exceção das extremidades cuja cor cianótica é normal e resultante da lenta circulação periférica. Não apresenta fáceis de dor nem outras anomalias aparentes.

Cabeça e Couro Cabeludo: o recém-nascido não apresenta cefalohematomas e/ou escoriações do couro cabeludo. A nível ocular, apresenta edema palpebral. Não apresenta malformações nas orelhas, sendo aparentemente simétricas.

Nariz e boca: ambas as narinas apresentam permeabilidade nasal e ausência de secreções e adejo nasal. Boca sem presença de fendas orofaciais e freio lingual normal.

Tórax: movimentos respiratórios simétricos e regulares. Sons respiratórios normais e sem uso de músculos acessórios.

Coração: apresenta uma frequência cardíaca de 122 batimentos por minuto e pulsos simétricos, rítmicos e regulares.

Abdómen: simetria na forma e sem presença de hérnias ou massas. Sons intestinais presentes. Coto do cordão umbilical com aspeto gelatinoso e sem sinais inflamatórios ou cheiro.

Órgãos genitais externos masculinos.

Eliminação vesical: urina incolor, com cheiro "sui generis" e em quantidade moderada.

Eliminação intestinal: presença de mecônio, de textura viscosa e cor verde escura, resultante da libertação de matéria acumulada no intestino durante a vida intrauterina.

Extremidades: mãos e pés com cinco dedos em cada membro, não se verificando polidactilia, sindactilia ou outras anomalias.

Reflexos presentes no recém-nascido:

- Reflexo de Preensão: flexão dos dedos da palma das mãos ou dos pés ao serem estimulados, fazendo o movimento de agarrar.
- Reflexo de Moro: abdução e extensão dos membros superiores, juntamente com abertura das mãos, quando há uma alteração súbita no equilíbrio.
- Reflexo de Babinski: hiperextensão dos dedos e dorsiflexão do hálux quando estimulado na região plantar do pé.
- Reflexo de Sucção e Deglutição: presentes e coordenados durante a mamada.

4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

O Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019, publicado pela Ordem dos Enfermeiros, estabelece um conjunto de competências que guiam e definem a prática do EEESMO. As competências específicas do EEESMO estão intrinsecamente ligadas com os padrões de qualidade dos cuidados de especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, sendo essenciais para assegurar um cuidado de qualidade que promova a saúde da mulher, do recém-nascido e da família durante o ciclo gravídico-puerperal.

Estes padrões, aprovados pelo Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 2021, abrangem uma série de áreas essenciais, incluindo a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o autocuidado, autocontrolo e mestria, a readaptação funcional às novas condições de saúde, assim como a organização dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica.

Enquanto futura EEESMO, estes padrões fornecem uma base sólida para orientar a prática clínica especializada, pois não apenas estabelecem um alto nível de expectativa em relação à qualidade dos cuidados que se deve ambicionar, mas também funcionam como um guia para o desenvolvimento das competências necessárias para atuar de forma eficaz e segura na área da saúde materna e obstétrica. Como estudante, compreender e interiorizar esses padrões contribui para a formação de uma profissional capacitada, capaz de

promover a saúde, prevenir complicações, e apoiar as mulheres e suas famílias de forma holística e informada.

A satisfação do cliente é alcançada através de uma abordagem centrada na mulher, onde o EEESMO respeita a sua autonomia, as suas escolhas, e a gestão de expectativas, proporcionando um cuidado individualizado. A promoção da saúde, a prevenção de complicações e o autocuidado, autocontrolo e mestria são obtidas através de intervenções e ações, que capacitam a mulher com a aquisição de conhecimentos e capacidades, para tomar decisões informadas e seguras sobre o seu cuidado. Perante a readaptação funcional às novas condições de saúde, o EEESMO assegura a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo da mulher e planeia o regresso a casa dos clientes de acordo com as suas necessidades e recursos. Por fim, a organização dos cuidados de enfermagem é outro aspeto vital, garantindo a dotação segura face às necessidades de cuidados de enfermagem, tendo em conta o contexto e a complexidade inerente.

Durante o processo de formação, destacam-se a aquisição de competências clínicas específicas, especialmente nas áreas de gravidez com complicações, trabalho de parto, pós-parto e adaptação à parentalidade. Mobilizar conhecimentos de diversas áreas da saúde materna, ensinados na componente teórica do curso e confrontá-los com experiências práticas e, com diversas condutas profissionais observadas, exigiu uma constante reflexão e uma pesquisa de evidências científicas para consolidar conhecimentos. Esta prática contínua de autoavaliação e aprendizagem reflete a essência do desenvolvimento profissional na enfermagem.

A reflexão sobre o percurso formativo destacou a descrição das atividades realizadas, como também a aquisição e desenvolvimento de competências na área de investigação. Tornou-se pertinente aprofundar o tema do óxido nitroso e quais os efeitos na mulher e no feto/recém-nascido da sua utilização durante

o trabalho de parto, uma vez que o EEESMO deve fornecer informações a cada mulher sobre as diversas opções disponíveis para o lidar com a dor, sejam elas farmacológicas ou não, capacitando-as a tomar as decisões em relação ao seu cuidado.

No contexto pós-parto, é fundamental refletir sobre situações em que a mãe não está disponível para cuidar do recém-nascido, como, por exemplo, quando precisa ser transferida para uma unidade de cuidados diferenciados após o parto. Nesses casos, o recém-nascido é encaminhado para o serviço de neonatologia, e o pai só pode visitar o recém-nascido conforme o horário de visitas. No entanto, é crucial repensar nestas situações, posicionando o pai como o cuidador principal do recém-nascido durante esse período. Reconhecendo o pai não apenas como suporte emocional para a mãe e o recém-nascido, mas permitindo que ele permaneça no puerpério como cuidador principal, fortalecendo a relação pai-filho. Lidar com situações semelhantes desta forma, não só reforça o suporte familiar, essencial para o bem-estar emocional da mãe, mas também enriquece a experiência do pai na parentalidade, criando um ambiente de cuidado compartilhado e participativo, onde o pai desempenha um papel central.

Uma das competências do EEESMO, no sentido de cuidar a *“mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”* é a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e dos conviventes significativos (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13562). Ao estabelecer uma relação terapêutica com as mulheres, o EEESMO pode proporcionar um ambiente de confiança e segurança, essencial para o bem-estar materno. Na prática clínica, foi perceptível que respeitar e apoiar os desejos da mulher, quer expressos no plano de parto ou verbalizados, garantiu que a mesma se sentisse valorizada e ouvida, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e satisfatória, pois as mulheres demonstravam maior tranquilidade e

confiança durante o trabalho de parto, expressando menos ansiedade e maior satisfação com o atendimento, percebido tanto através de feedback direto das mulheres como pela observação das suas respostas emocionais e comportamentais ao longo do trabalho de parto.

Outra das competências do EEESMO é a capacidade de diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido. Esta competência é fundamental para garantir que quaisquer desvios da normalidade sejam rapidamente identificados e tratados, minimizando riscos e promovendo desfechos positivos. Na prática, isso traduz-se na realização de avaliações clínicas detalhadas e na implementação de intervenções baseadas em evidências. Por exemplo, durante o estágio, foi possível perceber a importância da identificação precoce de uma atonia uterina e a implementação de medidas apropriadas, pois podem não só prevenir hemorragias pós-parto graves, como também permitem atuar rapidamente de acordo com o tratamento de forma a corrigir a causa. Refletindo sobre esta experiência, entendo que a implementação de medidas apropriadas requer não apenas conhecimento teórico, mas também uma capacidade de resposta imediata e bem coordenada.

O estágio realizado no contexto do trabalho de parto e parto foi o mais desafiador e dinâmico. Contrariamente aos restantes serviços de internamento que seguem rotinas predefinidas, o bloco de partos é totalmente o oposto, trabalhando constantemente com a imprevisibilidade. Isto deve-se ao facto de a qualquer momento existir admissão de parturientes através do SU, tal como a evolução do trabalho de parto ser dinâmica e variar de pessoa para pessoa o que, a meu ver, torna o serviço de bloco de partos um local bastante cativante para trabalhar e colocar em prática todo o conhecimento, competências e técnicas adquiridas ao longo deste tempo de formação.

No entanto, a maior e mais desafiadora dificuldade que senti no decorrer do

estágio, relaciona-se com a execução das técnicas de sutura e com a decisão de realizar ou não uma episiotomia. Esta decisão, que como já foi dito anteriormente e segundo prática baseada em evidências, não deve ser tomada por rotina, muitas vezes era influenciada e pressionada pela parte médica, como forma de acelerar o parto, o que contraria todas as recomendações.

Outra das dificuldades prende-se com o facto de suturar lacerações. Enquanto na realização da episiorrafia, esta era mais facilitada por ser uma sutura linear, no caso das lacerações, o grau de dificuldade era acrescido, uma vez que o trauma tecidual se apresentava de várias formas e por vezes menos perceptível de reconhecer os diferentes tecidos. Tudo isto, acrescentando a agravante que no local pode existir pouca hemóstase o que condiciona a visibilidade. Contudo foi perceptível com a experiência, que suturar requer prática e aprimoramento contínuo para melhorar. Para superar estas dificuldades, concentrei-me em aprender a distinguir os diferentes tipos de tecidos envolvidos e a sua coloração, colocando sempre um tamponamento vaginal para melhorar a visibilidade.

A capacidade de avaliar a situação, identificar as estruturas envolvidas e adaptar a técnica de sutura de acordo com a complexidade da laceração são habilidades que se aprimoram com a experiência e a formação contínua. O raciocínio clínico é essencial para lidar com a variabilidade das lacerações e garantir a eficácia e segurança do procedimento. Assim, a prática constante e a análise crítica dos procedimentos realizados são fundamentais para o crescimento profissional e para a excelência na assistência ao parto.

O exame vaginal emerge como outro dos desafios mais significativos no contexto clínico, especialmente durante a fase de aprendizagem e desenvolvimento de competências em contexto de sala de partos. Este procedimento não só é temido por muitas mulheres devido à sua natureza desconfortável (Yildirim & Çitak Bilgin, 2021), mas também representa uma

oportunidade crucial para mim, enquanto estudante do MESMO, para aprimorar a minha habilidade tátil e de sensibilidade. Existe um dilema entre a necessidade de adquirir competências técnicas e o respeito pelo conforto e bem-estar da parturiente. Durante o estágio, e de forma a abordar a questão sem ir contra as recomendações da OMS e de acordo com as opções das mulheres, o exame vaginal era realizado conforme as necessidades específicas e a evolução do trabalho de parto. Ou seja, era realizado em resposta a alterações no traçado cardiotocográfico, mediante queixas álgicas ou aumento da pressão supra-púbica relatados pela parturiente, quando da realização de amniotomia e, não muito comum, a pedido da parturiente. Esta abordagem equilibrou a necessidade de adquirir competências técnicas com o respeito à dignidade e ao conforto das mulheres atendidas, promovendo uma prática clínica mais sensível e centrada na mulher, e de forma a promover uma experiência de parto positiva.

A reflexão crítica é uma parte integrante do desenvolvimento profissional. Durante o estágio, a reflexão contínua sobre as práticas e a participação em debates com tutores e colegas foram fundamentais para o crescimento pessoal e profissional. O quadro 17 demonstra o total de experiências clínicas obrigatórias no contexto de trabalho de parto e parto.

Quadro 17 - Registo de experiências clínicas

Assistência intra-parto								
Partos eutócicos assistidos		Episiotomia		Laceração		Parto vaginal pélvico		Colaboração em partos por ventosa
Baixo risco	Risco	Com	Sem	Com	Sem	Contexto clínico	Simulação	
40	19	15	25	15	10	0	1	19

CONCLUSÃO

O curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica permitiu refletir profundamente sobre o percurso desafiador e gratificante que foi enquanto estudante. Durante este ano letivo, fui confrontada com diversas situações clínicas e desafios práticos que não só testaram os meus conhecimentos teóricos, mas também permitiram aprimorar competências essenciais para a prática.

As atividades desenvolvidas ao longo dos estágios, abrangendo desde o acompanhamento de gravidezes com complicações até ao suporte no autocuidado pós-parto e parentalidade, foram planeadas para atender aos objetivos específicos estabelecidos pelo guia Orientador do Estágio de natureza profissional com relatório, tendo sido cumpridos com sucesso. A gravidez, o trabalho de parto e parto e o pós-parto representaram uma oportunidade para aplicar o conhecimento da evidência na prática clínica, garantindo assim cuidados de qualidade de enfermagem especializados em ESMO e centrados na mulher e na família.

Os estágios mostraram que, mais do que simplesmente seguir um protocolo de cuidados de enfermagem, é importante ser flexível no planeamento e na execução desses cuidados. Isso significa ajustá-los às experiências, expectativas e necessidades específicas de cada mulher e casal.

A realização de uma revisão da literatura desempenhou um papel importante, fornecendo uma base sólida de conhecimentos, essencial para fundamentar práticas baseadas em evidências. Esta, relativa à utilização do óxido nitroso como método analgésico durante o trabalho de parto evidenciou vantagens significativas para as parturientes e seus recém-nascidos. Os estudos

revisados indicam que o óxido nitroso é eficaz na redução da dor e da ansiedade durante o parto, contribuindo para uma experiência positiva e empoderadora para as mulheres. Além disso, os dados sugerem que o uso deste método não apresenta efeitos adversos imediatos para os recém-nascidos, consolidando-o como uma opção segura e benéfica. No entanto, a análise também ressaltou a necessidade de estudos adicionais para avaliar a segurança a longo prazo do óxido nitroso e para otimizar os métodos de administração, visando minimizar possíveis efeitos colaterais maternos.

Com base nesses resultados, recomenda-se a ampliação da oferta do óxido nitroso como opção analgésica durante o trabalho de parto em Portugal, promovendo a autonomia das parturientes na escolha de métodos de alívio da dor. Além disso, sugere-se a realização de estudos prospetivos e de longo prazo para monitorizar os desfechos neonatais, garantindo a segurança contínua deste método.

Considerando os factos anteriormente expostos, pode-se concluir que os objetivos definidos para a realização deste relatório foram atingidos. O estágio de natureza profissional proporcionou uma oportunidade valiosa para aplicar e consolidar o conhecimento teórico adquirido ao longo do curso de MESMO. Através da prática clínica em serviços especializados, foi possível desenvolver competências essenciais, tais como a identificação precisa de diagnósticos e a implementação de intervenções de enfermagem. Estas competências foram centradas nas necessidades de cuidados à mulher e à sua família durante a gravidez, parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido, tanto em contextos normais quanto de maior complexidade. Assim, o relatório reflete com eficácia o processo de desenvolvimento profissional, confirmando a capacidade para exercer como EEESMO, em alinhamento com as competências especializadas estabelecidas pelo regulamento da Ordem dos Enfermeiros.

Embora o ano letivo tenha apresentado desafios significativos, como conciliar o estudo com compromissos pessoais e profissionais, a persistência e o comprometimento foram fundamentais para alcançar os objetivos estabelecidos. Encerro este capítulo da minha formação académica com um profundo sentimento de realização pessoal e profissional, consciente que a aprendizagem contínua será sempre essencial para oferecer cuidados especializados e de qualidade na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agah, J., Baghani, R., Safiabadi Tali, S. H., & Tabarraei, Y. (2014). Effects of Continuous Use of Entonox in Comparison with Intermittent Method on Obstetric Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Pregnancy*, 2014, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2014/245907>

Agah, J., Baghani, R., Tabaraei, Y., & Rad, A. (2016). Maternal Side-Effects of Continuous vs. Intermittent Method of Entonox During Labor: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research: IJPR*, 15(2), 641–646. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5018294/>

Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006066.pub3>

Almeida, M. C., Dore, J., & Ruas, L. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2017-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-24-38.pdf>

Amaral, A. & Martins, C. (2016). Manutenção das necessidades da parturiente. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 400-406). Lisboa: Lidel.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Practice Bulletin

No. 127: Management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1308-1320. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000431050.68232.cc>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth: Committee Opinion No. 687. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Practice bulletin No. 212: Management of pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, 134(5), e122-e138. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003501>

American Psychological Association. (2022). Postpartum depression: Causes, symptoms, risk factors, and treatment options. <https://www.apa.org/topics/women-girls/postpartum-depression>

Antunes, M. do C. F. de B., Teixeira, J. D. B. M., & Costa, I. M. M. dos e S. R. da. (2022). Contacto pele-a-pele no sucesso da amamentação: uma revisão scoping. *Revista Científica De Enfermagem*, 12(38), 362–374. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.362-374>

Araújo, B., Paiva, S., & Paiva, I. (2022). Diabetes Gestacional: Evolução dos Critérios de Diagnóstico e Terapêutica. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 17(2), 47-53. http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2022/06/RPD_Junho_2022_Perspectiva_47_53.pdf

Barbosa, M., Monteiro, S., & Ferreira, S. (2017). Desinfecção do cordão umbilical: revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 33(1), 41–47. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v33i1.12022>

Baysinger, C. L. (2019). Inhaled Nitrous Oxide Analgesia for Labor. *Current Anesthesiology Reports*, 9(1), 69–75. <https://doi.org/10.1007/s40140-019-00313-4>

Beleza, A. C. S., Ferreira, C. H. J., Driusso, P., dos Santos, C. B., & Nakano, A. M. S. (2017). Effect of cryotherapy on relief of perineal pain after vaginal childbirth with episiotomy: a randomized and controlled clinical trial. *Physiotherapy*, 103(4), 453–458. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2016.03.003>

Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003766.pub6>

Broughton, K., Clark, A. G., & Ray, A. P. (2020). Nitrous Oxide for Labor Analgesia: What We Know to Date. *Ochsner Journal*, 20(4), 419–421. <https://doi.org/10.31486/toj.19.0102>

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.

Cardoso, A. M. (2011). Tornar-se Mãe, Tornar-se Pai - Estudo Sobre a Avaliação das Competências Parentais. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornarse%20mae_tornarse%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competencias%20parentais.pdf

Carroll, C. S., McIntire, D. D., & Leveno, K. J. (2019). Pregnancy outcomes in

women with chronic hypertension: A cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 220(3), 273.e1-273.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.11.1081>

Chantrasiri, R., Wanapirak, C., & Tongsong, T. (2021). Entonox® versus Pethidine in Labor Pain Relief: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12571. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312571>

Cheng, Y. W., Hopkins, L. M., & Caughey, A. B. (2004). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 933–938. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.044>

Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(5). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6494420/>

Coutinho, J. P., Castro, T., Rodrigues, T., & Montenegro, N. (2014). Maturação cervical e indução de trabalho de parto. In Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Campos, D. A. *Protocolos de medicina materno-fetal* (pp. 217-220). Lidel

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... & Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics*. McGraw-Hill Education.

De Vivo, V., Carbone, L., Saccone, G., Magoga, G., De Vivo, G., Locci, M., Zullo, F., & Berghella, V. (2020). Early Amniotomy After Cervical Ripening for Induction of Labor: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized

Controlled Trials. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75(9), 527–529.
<https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000697048.16661.f5>

Dimitriadis, E., Rolnik, D. L., Zhou, W., Estrada-Gutierrez, G., Koga, K., Francisco, R. P. V., Whitehead, C., Hyett, J., da Silva Costa, F., Nicolaides, K., & Menkhorst, E. (2023). Pre-eclampsia. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 1–22. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00417-6>

Direção-Geral de Saúde (2001). Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS. [https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo da dor/Plano Nacional de Luta Contra a Dor.pdf](https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf)

Direção-Geral de Saúde (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor – Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD. Lisboa: DGS. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER Programa NacionalControloDor.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEER_ProgramaNacionalControloDor.pdf)

Direção-Geral da Saúde (2011). Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2011/01/diagnostico-e-classificacao-da-diabetes-mellitus.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. <https://www.dgs.pt/emdestaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Donato, H. & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port* 32(3), 227-235. <https://doi.org/10.20344/amp.11923>

Downe, S., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Routine Vaginal

Examinations for Assessing Progress of Labour to Improve Outcomes for Women and Babies at Term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd010088.pub2>

Escobar, M. F., Nassar, A. H., Theron, G., Barnea, E. R., Nicholson, W., Ramasauskaite, D., Lloyd, I., Chandrachan, E., Miller, S., Burke, T., Ossanan, G., Andres Carvajal, J., Ramos, I., Hincapie, M. A., Loaiza, S., & Nasner, D. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 157(S1), 3–50. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14116>

Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lidel.

Ferraz, T., Queirós, J., Magalhães, A., Gamboa, C., Namora, G., Costa, A. & Ferreira, J. (2014). Diabetes gestacional – diagnóstico, vigilância, tratamento e reclassificação. In Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Campos, D. A. *Protocolos de medicina materno-fetal* (pp. 154-155). Lidel

Fonseca, S. (2016). Indução do trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 308-320). Lidel.

Franco, J. (2016). Fisiologia da gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 392-399). Lidel.

Freitas, M. & Baptista, M. (2016). Adaptação à vida extrauterina: Cuidados imediatos ao recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-471). Lisboa: Lidel.

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. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011689.pub3>

Garbelli, L., & Lira, V. (2021). Maternal positions during labour: midwives' knowledge and educational needs in Northern Italy. *European Journal of Midwifery*, 5(May), 1–9. <https://doi.org/10.18332/ejm/136423>

Gareh Sheyklo, S., Hajebrahimi, S., Moosavi, A., Pournaghi-Azar, F., Azami-Aghdash, S., & Ghojzadeh, M. (2017). Effect of Entonox for pain management in labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Electronic Physician*, 9(12), 6002–6009. <https://doi.org/10.19082/6002>

Gayeski, M. E., & Brüggemann, O. M. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(4), 774–782. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072010000400022>

Giouleka, S., Gkiouleka, M., Tsakiridis, I., Daniilidou, A., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2023). Diagnosis and Management of Neonatal Hypoglycemia: A Comprehensive Review of Guidelines. *Children*, 10(7), 1220. <https://doi.org/10.3390/children10071220>

Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)

Goswami, S., Jelly, P., Sharma, S. K., 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. *European journal of midwifery*, 6, 66. <https://doi.org/10.18332/ejm/156487>

Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal (5ª Edição Atualizada)*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, LDA.

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

Grivell, R. M., Alfirevic, Z., Gyte, G. M., & Devane, D. (2015). Antenatal cardiotocography for fetal assessment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007863.pub4>

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002006.pub4>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub5>

Hoffman, S., Sidebottom, A., Wrede, J., Kreiger, R., Watkins, A., & Taghon, J. (2021). Association of Self-Administered Nitrous Oxide for Labor Analgesia With Maternal and Neonatal Process and Outcome Measures. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.11.002>

Houser, T., DeButy, K., & Beal, C. C. (2019). Implementation of an Evidence-

Based Practice Change to Offer Nitrous Oxide During Labor. *Nursing for Women's Health*, 23(1), 11–20. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.12.001>

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87(87), 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>

Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460–467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>

International Association for the Study of Pain (2020). IASP Revises Its Definition of Pain for the First Time Since 1979. https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2022/04/revised-definition-flysheet_R2-1-1-1.pdf

Ito, S. (2000). Drug Therapy for Breast-Feeding Women. *New England Journal of Medicine*, 343(2), 118–126. <https://doi.org/10.1056/nejm200007133430208>

Yildirim, G., & Çitak Bilgin, N. (2021). Women's experiences of vaginal examination during normal childbirth and affecting factors: a qualitative study. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 24(2). <https://doi.org/10.17049/ataunihem.856233>

Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ : British Medical Journal*, 324(7342), 892–895. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122835/>

Kadirogullari, P., Yalcin Bahat, P., Sahin, B., Gonen, I., & Seckin, K. D. (2021).

The Effect of Pethidine Analgesia on Labor Duration and Maternal-Fetal Outcomes. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 92(2), e2021065. <https://doi.org/10.23750/abm.v92i2.10905>

Kemper, A. R., Newman, T. B., Slaughter, J. L., Maisels, M. J., Watchko, J. F., Downs, S. M., Grout, R. W., Bundy, D. G., Stark, A. R., Bogen, D. L., Holmes, A. V., Feldman-Winter, L. B., Bhutani, V. K., Brown, S. R., Panayotti, G. M. M., Okechukwu, K., Rappo, P. D., & Russell, T. L. (2022). Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*, 150(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859>

Kettle, C., Dowswell, T., & Ismail, K. M. (2012). Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000947.pub3>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

Likis, F. E., Andrews, J. C., Collins, M. R., Lewis, R. M., Seroogy, J. J., Starr, S. A., Walden, R. R., & McPheeters, M. L. (2014). Nitrous Oxide for the Management of Labor Pain. *Anesthesia & Analgesia*, 118(1), 153–167. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e3182a7f73c>

Lim, G., Facco, F. L., Nathan, N., Waters, J. H., Wong, C. A., & Eltzschig, H. K. (2019). A Review of the Impact of Obstetric Anesthesia on Maternal and Neonatal Outcomes. *Obstetric Anesthesia Digest*, 39(2), 65. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29561267/>

Lisonkova, S., & Joseph, K. S. (2013). Incidence of severe maternal morbidity during delivery hospitalisation in the United States. *JAMA*, 309(24), 2449-2456. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.6285>

Lorencetto, S. B., Lemes, S. C., Bertella, C. B., Tuci, B. M. & Maia, J. S. (2021). Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. *Revista Científica De Enfermagem*, 11(34), 277–286. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.277-286>

Lothian, J. A. (2004). Do Not Disturb: The Importance of Privacy in Labor. *Journal of Perinatal Education*, 13(3), 4–6. <https://doi.org/10.1624/105812404x1707>

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Edição. Lusodidacta.

Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124. <https://doi.org/10.1177/1099800410375978>

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, 17(4), 758-64. <https://www.scielo.br/tce/a/XzFkg6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>

Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica. Maternidade com qualidade: promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto. Indicador de evidência. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeCo>

mQualidade/INDICADOR Medidasnaofarmacologicas ProjetoMaternidadeCom
Qualidade.pdf

Mobaraki, N., Yousefian, M., Seifi, S., & Sakaki, M. (2016). A Randomized Controlled Trial Comparing Use of Enthonox With Pethidine for Pain Relief in Primigravid Women During the Active Phase of Labor. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 6(4). <https://doi.org/10.5812/aapm.37420>

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4>

Nodine, P. M., Collins, M. R., Wood, C. L., Anderson, J. L., Orlando, B. S., McNair, B. K., Mayer, D. C., & Stein, D. J. (2020). Nitrous Oxide Use During Labor: Satisfaction, Adverse Effects, and Predictors of Conversion to Neuraxial Analgesia. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(3), 335–341. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13124>

Nunes, I., Ayres-de-Campos, D., Ugwumadu, A., Amin, P., Banfield, P., Nicoll, A., Cunningham, S., Sousa, P., Costa-Santos, C., & Bernardes, J. (2017). Central Fetal Monitoring With and Without Computer Analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 129(1), 83–90. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000001799>

Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarme, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PLOS ONE*, 15(7), e0230992. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República*: II série, nº85. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

PRISMA. (2020). PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources. <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>

Refaeli, L. B., Rodrigues, M., Neaman, A., Bertele, N., Ziv, Y., Talmon, A., & Enav, Y. (2024). Supporting the transition to parenthood: a systematic review of empirical studies on emotional and psychological interventions for first-time parents. *Patient Education and Counseling*, 120, 108090. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108090>

Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do bem-estar materno fetal. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 392-399). Lidel.

Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E. de las N., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 56(10), 526. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>

Santos, M. J. F., & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em cuidados de

enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 455-472). Lidel.

Schardosim, J., Rodrigues, N. & Rattner, D. (2018). Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. *Av. Enferm*, Vol. 36, 197-208. <https://pesquisa.bvsalud.org/controlecancer/resource/pt/biblio-973964?src=similardocs>

Seco, S., & Campos, D. A. (2014). Colestase intra-hepática da gravidez. In Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C. & Campos, D. A. *Protocolos de medicina materno-fetal* (pp. 154-155). Lidel

Senol, D. K., & Aslan, E. (2017). The Effects of Cold Application to the Perineum on Pain Relief After Vaginal Birth. *Asian Nursing Research*, 11(4), 276–282. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.11.001>

Shing, J. S., Lok, K. Y., Fong, D. Y., Fan, H. S., Chow, C. L., & Tarrant, M. (2022). The Influence of the Baby-Friendly Hospital Initiative and Maternity Care Practices on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation*, 089033442210869. <https://doi.org/10.1177/08903344221086975>

Silveira, S., & Júnior, A. (2020). Monitorização fetal intraparto. *Femina*, 48(1), 59–64. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>

Simhan, H. N., & Caritis, S. N. (2007). Prevention of preterm delivery. *New England Journal of Medicine*, 357(5), 477-487. <https://doi.org/10.1056/NEJMra050435>

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's*

Health, 49(6), 489–504. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>

Simkin, P., Hanson, L., & Ancheta, R. (2017). The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. In Google Books. John Wiley & Sons. <https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=mjcfDgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA167&dq=Simkin>

Smyth, R. M. D., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 6, CD006167. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>

Sociedade Portuguesa de Hipertensão. (2020). Tradução Portuguesa das Guidelines de 2018 da ESH/ESC para o tratamento da Hipertensão Arterial. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, n. °76, p. 66-69. https://www.sphta.org.pt/files/revista_76_2020_0304_supl.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN). (2018). Icterícia Neonata - Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Hipoglicemia neonatal. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2018).

Normas de Orientação Clínica SPOMMF. Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Maturação-Fetal-Pulmonar.pdf>

Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association? *Birth*, 32(3), 164–169. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x>

Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(6), CD003581. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003581.pub3>

Souza, E., Guerzet, E. A., Fava, J. L., & Musiello, R. B. (2014). Colestase intra-hepática da gravidez: evidências científicas para escolha do tratamento. *Femina*, 39–42. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-749140>

Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102–106. <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>

Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70(1), 183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>

Surucu, S. G., Ozturk, M., Vurtec, B. A., Alan, S., & Akbas, M. (2018). The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.015>

Tamaki, R., Kiwamu Noshiro, Furugen, A., Nishimura, A., Asano, H., Watari, H., Kobayashi, M., & Takeshi Umazume. (2024). Breast milk concentrations of acetaminophen and diclofenac - unexpectedly high mammary transfer of the general-purpose drug acetaminophen. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06287-4>

Tereso, A., Lopes, F., Guterres, R. ., Bértolo, H., Carvalhal, L., & Curado, A. (2023). Efetividade do duche terapêutico no alívio da dor no primeiro estágio do trabalho de parto. *Pensar Enfermagem*, 27(1), 139–146. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v27i1.280>

Türkmen, H., & Oran, N. T. (2020). Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. *EXPLORE*, 17(5). <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.002>

Vallejo, M. C., & Zakowski, M. I. (2019). Pro-Con debate: Nitrous oxide for labor analgesia. *BioMed Research International*, 2019, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2019/4618798>

Walker, K. F., Kibuka, M., Thornton, J. G., & Jones, N. W. (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd008070.pub4>

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546-553. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2022). Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. [Www.who.int. https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142](https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142)

Yonkers, K. A., Vigod, S., & Ross, L. E. (2012). Diagnosis, Pathophysiology, and Management of Mood Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *FOCUS*, 10(1), 51–66. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.10.1.51>

Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3293–3306. <https://doi.org/10.1111/jan.14587>

Zuarez-easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garimi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacological and Non-Pharmacological Options for Pain Relief During Labor: an Expert Review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

ANEXOS

O Anexo I contém informação sobre os artigos analisados, nomeadamente os objetivos, a metodologia e os principais resultados e/ou conclusões.

ANEXO I – Principais resultados da revisão integrativa da literatura

TÍTULO/AUTOR(ES)/ANO/ PAÍS	OBJETIVO(S)	METODOLOGIA / AMOSTRA	RESULTADOS/CONCLUSÕES
EFFECTS OF CONTINUOUS USE OF ENTONOX IN COMPARISON WITH INTERMITTENT METHOD ON OBSTETRIC OUTCOMES: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL AGAH, J., ET AL. 2014 IRÃO	Avaliar a segurança do método contínuo em comparação com o método intermitente	Estudo randomizado Ensaio clínico randomizado realizado no Hospital Mobini, Sabzevar, no Irão. N: 100 parturientes foram divididas em dois grupos através de um processo de randomização simples. 50 parturientes utilizaram <i>Entonox</i> de forma intermitente e as restantes 50 usaram continuamente o Eutonox durante o trabalho de parto.	Outcomes maternos: neste estudo observou-se que as lacerações perineais foram consideravelmente mais frequentes no grupo que utilizou o método intermitente em comparação com o grupo que usou o método contínuo. Não houve uma diferença significativa entre o grupo do método intermitente e o grupo do método contínuo no que diz respeito à duração da 2ª fase do trabalho de parto, à necessidade do uso de ocitocina ou a parto distócico com recurso a ventosa. Relativamente à hemorragia pós-parto verificou-se uma maior taxa de incidência no grupo do método intermitente, 4% dos casos, devido à atonia uterina, em contraste com o grupo do método contínuo, em que não houve ocorrência de hemorragias pós-parto. Verificou-se, ainda, que no grupo do método contínuo houve uma diferença significativa no que diz respeito a uma maior colaboração materna nos esforços expulsivos durante o parto, em comparação com o grupo do método intermitente. Outcomes fetais: não houve diferença significativa nos dois grupos relativamente ao índice de Apgar dos recém-nascidos no primeiro e no quinto minuto.

NITROUS OXIDE FOR THE MANAGEMENT OF LABOR PAIN: A SYSTEMATIC REVIEW LIKIS, F. E., ET AL. 2014 TENNESSEE, EUA	Observar a eficácia do óxido nitroso no tratamento da dor do trabalho de parto, a influência na satisfação das mulheres com a experiência do parto e os efeitos adversos associados ao óxido nitroso.	Revisão sistemática Palavras-chave: “óxido nitroso”, “gás hilariante” e “<i>entonox</i>” “dor de parto”, “trabalho de parto obstétrico”, “analgesia”, “obstétrico”, “trabalho de parto” e “nascimento” Pesquisa realizada entre julho de 2010 e julho de 2011 e não limitadas por data, nas bases de dados MEDLINE (via PubMed), EMBASE e CINAHL. N: 58 publicações	Vinte e um estudos que analisaram a eficácia do óxido nitroso em relação à dor ou ao alívio da dor apresentam variações significativas em diferentes aspetos, nomeadamente a concentração de óxido nitroso utilizada, frequência de administração (contínua versus intermitente), os métodos adicionais de controlo da dor e as diferentes pessoas envolvidas na avaliação da dor e do seu alívio, tais como mulheres, obstetras, parteiras e anestesiastas. Outcomes maternos: os efeitos adversos mais clinicamente significativos e frequentemente relatados foram náuseas, vômitos, tonturas e sonolência. Outcomes fetais: os efeitos fetais/neonatais mais frequentemente estudados foram os gases sanguíneos do cordão umbilical e o índice de Apgar, sendo que o índice de Apgar dos recém-nascidos era superior a 7 no 5º minuto e nenhum estudo relatou reanimação neonatal, asfixia ou neonatos deprimidos ou sonolentos. Os índices de Apgar em recém-nascidos cujas mães usaram óxido nitroso não diferiram significativamente daqueles recém-nascidos cujas mães usaram outros métodos para alívio da dor.
MATERNAL SIDE-EFFECTS OF CONTINUOUS VS. INTERMITTENT METHOD OF ENTONOX DURING LABOR: A RANDOMIZED	Demonstrar se o método contínuo é tão seguro quanto o método intermitente.	Ensaio clínico randomizado realizado no Hospital Mobini, Sabzevar, no Irão. N: 100 parturientes foram divididas em dois grupos. Grupo	No grupo A as parturientes inalaram o gás durante as contrações uterinas e retiravam a máscara entre as mesmas, enquanto no grupo B, as parturientes usavam o Entonox continuamente. A inalação de gás era começada no início da fase ativa (dilatação cervical 3-4 cm e extinção 40-50%) e terminou com dilatação

CLINICAL TRIAL AGAH, J., ET AL. 2016 IRÃO		A inclui 50 mulheres que receberam Entonox de forma intermitente e o Grupo B é composto por 50 mulheres que usaram Entonox continuamente.	completa do colo do útero nos dois grupos. Outcomes maternos: os efeitos adversos maternos do Entonox não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos. A satisfação das mulheres no grupo com administração contínua foi notavelmente mais alta do que no grupo com administração intermitente. Além disso, a cooperação das parturientes durante o trabalho de parto foi mais evidente no grupo com administração contínua em comparação com o grupo com administração intermitente. A média de tempo da fase ativa do trabalho de parto foi de 142 minutos no grupo com administração contínua e 172 minutos no grupo com administração intermitente, não demonstrando uma diferença estatisticamente significativa. Houve uma maior incidência de náuseas, boca seca e dor de cabeça no método intermitente. Por outro lado, no método contínuo observou-se uma maior ocorrência de tonturas, sonolência, vômitos e dormência. Os resultados obstétricos fetais e maternos não apresentaram diferenças significativas nos dois grupos.
A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL COMPARING USE OF ENTHONOX WITH PETHIDINE FOR PAIN RELIEF IN PRIMIGRAVID WOMEN DURING THE ACTIVE PHASE OF	Avaliar a segurança do uso de óxido nitroso a 50% inalado como analgésico durante o trabalho de parto em comparação à petidina intramuscular entre mulheres submetidas a	Ensaio clínico randomizado realizado no hospital Alavi (Ardabil, Irã) em 2015. N: 100 mulheres grávidas foram divididas aleatoriamente em dois grupos. Um grupo utilizou Entonox (50 parturientes) e o	Outcomes maternos: não houve diferenças significativas entre os dois grupos em relação aos efeitos colaterais investigados, exceto pela secura bucal, que foi consideravelmente maior nas mulheres que usaram o óxido nitroso. A intensidade da dor foi consideravelmente menor entre as parturientes que receberam óxido nitroso 30 minutos após a intervenção, porém, não houve uma diferença

LABOR MOBARAKI, N., ET AL. 2016 IRÃO	parto vaginal normal.	outro recebeu a injeção intramuscular de 0,5 mg/kg de petidina para alívio da dor (50 parturientes).	significativa na intensidade da dor entre as mulheres dos dois grupos 60 minutos após a intervenção. Não foram observadas alterações significativas nos parâmetros cardiorrespiratórios maternos com nenhum dos dois analgésicos. Outcomes fetais: os índices de Apgar dos recém-nascidos foram satisfatórios, e não houve diferenças significativas entre as complicações infantis e os índices de Apgar nos dois grupos. Não foram observadas diferenças significativas na duração e intervalo das contrações uterinas, complicações maternas, índice de Apgar e duração do primeiro e segundo estágio do trabalho de parto entre os dois grupos estudados.
EFFECT OF ENTONOX FOR PAIN MANAGEMENT IN LABOR: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS GAREH SHEYKLO, S., ET AL. 2017	Realizar uma revisão sistemática e meta-análise do efeito do uso do Entonox no alívio da dor e outros indicadores do trabalho de parto	Revisão sistemática e meta análise Palavras-chave: “Entonox”, “óxido nitroso”, “parto vaginal”, “alívio da dor”, “obstetrícia”, “dor de parto” e “analgesia de parto”, nas bases de dados incluindo Google Scholar, PubMed, Science Direct, Magiran, SID e Scopus. Artigos publicados de 2000 a 2016. N: 14 estudos	Outcomes maternos: os resultados do índice de satisfação das mulheres indicam que as parturientes que optaram pelo uso de Entonox durante o trabalho de parto apresentaram alto grau de satisfação. Os resultados evidenciaram que o uso de Entonox teve um impacto significativo na diminuição da dor durante o trabalho de parto quando comparado a outros métodos de alívio da dor de trabalho de parto. Outcomes fetais: os resultados desta pesquisa revelaram que os recém-nascidos cujas mães utilizaram gás Entonox durante o parto apresentaram um índice de Apgar significativamente melhor do que os grupos de comparação.

IRÃO		De acordo com os resultados deste estudo, o uso do gás Entonox demonstrou ser um método eficaz na redução da dor durante o trabalho de parto. Além disso, observaram-se resultados na satisfação das mulheres.
NITROUS OXIDE USE DURING LABOR: SATISFACTION, ADVERSE EFFECTS, AND PREDICTORS OF CONVERSION TO NEURAXIAL ANALGESIA NODINE, P. M., ET AL. 2020 EUA	Investigar características demográficas, segurança e níveis de satisfação em parturientes que utilizaram óxido nitroso inalado (N₂O) e identificar fatores que possam influenciar a transição do uso de N₂O para analgesia neuroaxial. Estudo prospectivo de revisão Parturientes com pelo menos 18 anos que optaram pelo uso de N₂O durante a primeira e/ou segunda fase do trabalho de parto entre 1 de março de 2016 e 23 de julho de 2017 na unidade de trabalho de parto de um centro médico acadêmico terciário. N: 463 participantes	Outcomes maternos: foram identificados efeitos adversos durante o estudo, incluindo tontura, sonolência, vômito, ansiedade, disforia e boca seca, sendo as náuseas o sintoma mais comum. A principal razão para a conversão para outro método foi o alívio ineficaz da dor. Apenas 5 (1,6%) mulheres mudaram de método devido aos efeitos adversos do N₂O. Outcomes fetais: os índices de Apgar dos recém-nascidos foram de 7 ou mais no primeiro e quinto minuto após o nascimento, refletindo um recém-nascido saudável e bem oxigenado, demonstrando a sua adaptação à vida extrauterina. A necessidade de reanimação neonatal e as admissões em unidades de cuidados intensivos neonatais neste estudo foram mínimas. Devido à rápida eliminação do N₂O tanto da mãe quanto do feto, o seu uso é considerado seguro durante todo o trabalho de parto. Outros estudos também corroboraram essa descoberta, observando que o uso intraparto de N₂O não afeta a frequência cardíaca fetal, os gases do cordão umbilical nem os índices de Apgar. Os resultados deste estudo sustentam a segurança do óxido nitroso inalado durante o trabalho de parto para

			parturientes e neonatos.
ASSOCIATION OF SELF-ADMINISTERED NITROUS OXIDE FOR LABOR ANALGESIA WITH MATERNAL AND NEONATAL PROCESS AND OUTCOME MEASURES HOFFMAN, S., ET AL. 2021 EUA, MINNESOTA	Descrever os padrões de utilização de óxido nitroso (N2O) autoadministrado durante o trabalho de parto e avaliar se os desfechos maternos e neonatais e as medidas de resultados diferem entre mulheres que usam N2O em comparação com aquelas que não o utilizam.	Coorte observacional retrospectiva O estudo foi conduzido num centro perinatal quaternário urbano, no meio-oeste dos EUA. A amostra foi composta por mulheres que pariram entre 1 de janeiro de 2015 e 7 de março de 2017 e usaram N2O durante o trabalho de parto. N: 7.133 no total. 400 participantes que usaram N2O e 6.733 participantes que seriam elegíveis para usar N2O, mas não o fizeram.	Outcomes maternos: as participantes que optaram pelo uso de N2O eram maioritariamente nulíparas. A grande maioria das parturientes que utilizaram N2O (83,3%) não relataram efeitos colaterais. Para aquelas que experimentaram algum efeito adverso (16,7%), a náusea foi a que mais se destacou (7,7%) e de seguida a tontura (5,2%). Apenas 3% de todas as participantes que utilizaram N2O interromperam o uso devido aos efeitos colaterais. Não foram encontradas associações significativas entre o uso de N2O e nenhum dos seguintes resultados maternos ou neonatais como a distocia de ombros, parto vaginal instrumentado, a laceração vaginal, índices de Apgar aos 5 minutos ou transferência neonatal para unidades de cuidados intensivos neonatais.
ENTONOX® VERSUS PETHIDINE IN LABOR PAIN RELIEF: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL CHANTRASIRI, R., ET AL. 2021 TAILÂNDIA, CHIANG MAI	Comparar a eficácia e a satisfação das pacientes no alívio da dor durante o trabalho de parto entre petidina e óxido nitroso 50% inalado (Entonox®).	Estudo randomizado realizado a mulheres grávidas tailandesas candidatas ao parto vaginal no hospital Maharaj Nakorn Chiang Mai, Universidade de Chiang Mai, Tailândia, entre agosto de 2020 e abril de 2021. N: 58 gestantes no grupo de petidina e 65 parturientes no grupo de Entonox®	Outcomes maternos: Não foram observadas diferenças significativas nos scores de dor em ambos os grupos aos 60 e 90 minutos de uso. No entanto, é relevante notar que, 120 minutos após o início, o score de dor foi significativamente menor no grupo que utilizou o Entonox®. As parturientes apresentaram níveis de satisfação significativamente mais elevados no grupo que utilizou o Entonox®. Não foram observadas diferenças significativas no que diz respeito aos intervalos e duração das contrações uterinas, à pressão arterial, à frequência cardíaca

INFLUENCE OF ENTONOX (MIXTURE OF 50% NITROUS OXIDE AND 50% OXYGEN) ON PHYSIOLOGICAL LABOR AND NEONATAL OUTCOME IN OWN MATERIAL MINOWSKI, P., ET AL. 2023 POLÓNIA	Comparar os resultados materno-fetais entre um trabalho de parto com anestesia inalatória e um trabalho de parto sem controlo da dor.	Estudo retrospectivo realizado a mulheres de 18 a 39 anos de idade no Hospital St. John em Starogard Gdanski, Polónia, entre 2010-2012. N: 260 partos a termo. 130 no grupo de estudo com Entonox e 130 no grupo controlo (não usaram nenhum método de alívio da dor).	materna e fetal após 30 minutos de uso tanto da petidina quanto do Entonox®. Além disso, o índice de Apgar e a duração das fases do trabalho de parto não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos. Outcomes fetais: Como a petidina pode causar depressão respiratória neonatal e requer o uso de um antagonista dos receptores opióides (naloxona) para reverter esse efeito, o Entonox® mostra-se vantajoso em relação à petidina, pois não apresenta risco de depressão respiratória neonatal. Outcomes maternos: as fases do trabalho de parto foram mais prolongadas no grupo do Entonox em comparação com o grupo controlo. A laceração perineal foi diagnosticada em 6 (4,6%) mulheres do grupo de estudo e em 30 (23,1%) mulheres no grupo controlo. Contudo, a incidência de episiotomia foi maior no grupo de estudo do que no grupo controlo. Todas as fases do trabalho de parto foram mais prolongadas em mulheres primíparas que utilizaram Entonox. Especificamente, a duração da segunda fase do trabalho de parto foi duplicada em comparação com as mulheres que não utilizaram o Entonox. Além disso, observou-se um aumento na incidência de episiotomia em mulheres tanto primíparas quanto múltíparas que usaram Entonox. Esse aumento pode estar relacionado ao prolongamento do segundo estadio do trabalho de parto e à tendência de realizar intervenções para reduzir o tempo de expulsão da cabeça fetal.
--	--	--	---

Outcomes fetais: os índices de Apgar foram semelhantes entre o grupo de estudo e o grupo controlo, não havendo diferença no desfecho neonatal.

Em resumo, os resultados deste estudo sugerem que o uso do Entonox não é particularmente eficaz em mulheres primíparas. Não parece reduzir significativamente a intensidade da dor, mas pelo contrário, prolonga o trabalho de parto de maneira significativa e aumenta a frequência de episiotomia.

