

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

Estágio de Natureza Profissional com Relatório

A eficácia da aplicação do calor húmido no períneo das parturientes,
na minimização do trauma perineal, durante o segundo estadio do
trabalho de parto - Projeto de estágio de desenvolvimento de
competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

(Versão Final)

Autora

Catarina Maria Campelo Ramos

Porto | 2024



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Estágio de natureza profissional com relatório

A eficácia da aplicação do calor húmido no períneo das parturientes, na minimização do trauma perineal, durante o segundo estadio do trabalho de parto - Projeto de estágio de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

The effectiveness of applying moist heat to the perineum of parturient women in minimizing perineal trauma during the second stage of labor - Development of specialized clinical skills in the area of Maternal and Obstetric Nursing

Orientadora:

Sónia Brandão

Professor adjunto, Doutor

Coorientadora:

Bárbara Leitão

Professor, Doutor

Autora:

Catarina Maria Campelo Ramos

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

O percurso académico realizado ao longo destes últimos dois anos, assim como, a elaboração do presente relatório de estágio constituiu um ambicioso projeto, não só profissional, como também pessoal. Foi uma etapa constituída por desafios difíceis, e por este motivo, não posso deixar de expressar o meu profundo agradecimento às pessoas que me acompanharam.

À Professora Doutora Sónia Brandão, o meu especial agradecimento pela paciência e dedicação, durante a elaboração deste relatório, assim como, pela partilha de conhecimento e experiência como EEESMO que usarei certamente como inspiração para a minha prática profissional.

À Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pela persistência e dedicação na formação das suas alunas para que estas centrem os seus cuidados nos desejos e necessidades da mulher, colocando-a sempre no centro dos cuidados.

À Professora Doutora Arminda Nunes, pelo profissionalismo e empatia durante o acompanhamento do estágio profissional, principalmente numa das fases mais difíceis do meu percurso académico.

A todas as professoras que integraram a minha formação como EEESMO, pela partilha de conhecimento e sabedoria.

Às enfermeiras tutoras que me acompanharam durante o ano de estágio profissional, o meu sincero obrigado pelo acolhimento, dedicação e partilha de experiência.

Às minhas colegas de mestrado, pela partilha e amizade, em especial à Inês pelo exemplo de esforço e dedicação.

Ao meu pai, pela inspiração em me tornar melhor todos os dias e não desistir face às dificuldades. À minha mãe, pelo amor e conforto no final de cada dia.

Ao Richard, por celebrar as minhas conquistas como se fossem dele e pela compreensão, força e motivação.

À minha restante família, em especial à minha avó, pelas marmitas reconfortantes e pelo carinho.

Às minhas amigas, pelos momentos de descontração e palavras de conforto.

Não posso deixar de agradecer à Enfermeira Gestora Maria de Jesus Torres, pela compreensão e colaboração durante o meu percurso académico.

Finalmente, o meu profundo agradecimento a todas as mulheres, casais e recém-nascidos que acompanhei e cuidei durante o meu percurso, foi um privilégio fazer parte de um momento tão marcante das suas vidas.

ABREVIATURAS

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

AAP – Academia Americana de Pediatria

BP – Bloco de Partos

BPM – Batimentos por minuto

CTG – Cardiotocografia

DGS – *Direção Geral de Saúde*

ECR – Estudo Controlado Randomizado

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EV – Endovenosa

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - *The International Federation of Gynecology and Obstetrics*

G – Grama

G; P; FV – Gestação, Paridade e Filho Vivo

HPP – Hemorragia Pós-Parto

ICN – *International Council Of Nurses*

IM – Intramuscular

JBI – *The Joana Briggs Institute*

LA – Líquido Amniótico

Mg – Miligrama

Mg/dL – Miligrama por decilitro

ML – Mililitro

MCG – Micrograma

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

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

MmHg – Milímetro de mercúrio

OASIS - *Obstetric Anal Injurie*

ODA – Occipito Direita Anterior

OE – Ordem dos Enfermeiros

OEA – Occipito Esquerda Anterior

OEP – Occipito Esquerda Posterior

OMS – Organização Mundial de Saúde

RBA – Rotura da Bolsa de Água

RCF – Restrição do Crescimento Fetal

RCIU – Restrição do Crescimento Intrauterino

RN – Recém-Nascido

RPM – Rotura Prematura de Membranas

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

STFF – Síndrome de Transfusão Feto Fetal

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

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

RESUMO

O relatório de estágio de natureza profissional, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, procura descrever e analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, de acordo com as exigências do Regulamento de Competências em Cuidados Especializados, preconizado pela Ordem dos Enfermeiros em 2019.

A elaboração deste documento teve como objetivo descrever exemplos de conceção de cuidados, elaborados durante os diversos contextos do estágio profissional na área de saúde materna, nomeadamente trabalho de parto, parto, puerpério e gravidez com complicações. A descrição dos cuidados é fundamentada com a evidência científica mais recente, contribuindo para o desenvolvimento de competências no planeamento dos cuidados à mulher, casal, família e recém-nascido. Destacam-se igualmente as atividades realizadas nos contextos clínicos que promoveram maior envolvimento e reflexão.

De modo a desenvolver o processo de pesquisa, para a prestação de cuidados baseada em evidência científica, é também apresentada uma revisão integrativa da literatura sobre uma temática considerada relevante durante o estágio de natureza profissional realizado na sala de partos, especificamente sobre o uso do calor húmido como estratégia de proteção perineal. A questão orientadora para este trabalho foi: *Qual a eficácia da aplicação do calor húmido no períneo das parturientes, na minimização do trauma perineal, durante o segundo estadio do trabalho de parto?*

Após a conclusão da elaboração deste relatório, considerou-se que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados, uma vez que foram adquiridas as competências recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros e pelo curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, para o desenvolvimento da profissão de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Palavras-chave: Competências, EEESMO, trabalho de parto, puerpério e gravidez.

ABSTRACT

The internship report of a professional nature, carried out within the scope of the Master's Course in Maternal Health Nursing and Midwifery, seeks and analyzes the process of acquiring and developing skills, in accordance with the requirements of the Regulation of Skills in Specialized Care, recommended by Order of Nurses (2019).

Its elaboration includes the description of examples of care design developed during the different contexts of the professional internship - labor, birth, postpartum period and pregnancy with complications. The description of care is based on the most recent scientific evidence, supporting the development of skills in planning care for women, couples, families and newborns. Activities carried out in clinical contexts that provoked greater involvement and reflection are also highlighted.

An integrative review of the literature on a topic of interest is also presented, with the intention of problematizing an intervention, specifically on the use of moist heat as a perineal protection strategy. Thus, the oriented question was: how effective is the application of moist heat to the perineum of parturient women in minimizing perineal trauma during the second period of labor? The results of the studies analyzed are in line with the scientific evidence previously described. The application of moist heat is positively effective in preventing serious lacerations.

After completing the preparation of this report, it is concluded that the initially proposed objectives were achieved, as the competencies recommended by the Order of Nurses were achieved, as well as by the Master's degree in Maternal Health and Obstetrics Nursing. The professional and personal development acquired along the way is highlighted.

Keywords: Skills, EEESMO, perineal laceration, labor, postpartum period, pregnancy and newborn.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	15
2. PROCESSO DE CONCEÇÃO DE CUIDADOS.....	20
2.1. Domínios comuns.....	20
2.1.1. Parto.....	20
2.1.2. Sensações somáticas.....	46
2.1.3. Procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica Médica	49
2.1.4. Comportamentos para amamentar	52
2.2. Planos de Cuidados	54
2.2.1. Bloco de Partos	54
2.2.2. Puerpério	114
2.2.3. Gravidez com Complicações	132
3. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	144
3.1. Desenvolvimento de competências no âmbito do Trabalho de Parto e Parto.....	144
3.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do Puerpério.....	153
3.3. Desenvolvimento de competências no âmbito da Gravidez com Complicações	162
3.4. Desenvolvimento de competências no âmbito da Assistência Pré-Natal	168
3.5. Desenvolvimento de competências no âmbito da Investigação	177
3.5.1. Enquadramento teórico	177
3.5.2. Metodologia.....	179
3.5.3. Resultados.....	181
3.5.4. Discussão/implicações para a prática clínica	183
4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	185
CONCLUSÃO	188
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	190
APÊNDICES	209

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular *“Estágio de natureza profissional com relatório”*, integrada no segundo ano da primeira edição do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), relativo ao ano letivo 2022/2023.

De forma a habilitar o titular de MESMO à obtenção do título de especialista é mandatário a escolha da opção curricular *“Estágio de natureza profissional com relatório”*. A elaboração e discussão do relatório tem por objetivo comprovar a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), adquiridas durante o estágio de natureza profissional, mobilizando a evidência científica para responder a questões relevantes da prática clínica.

Podemos distinguir as competências do enfermeiro especialista como comuns e específicas. No que concerne às competências comuns, estas caracterizam-se por serem partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. Estas competências estão descritas no Regulamento nº140/2019 do Diário da República, publicado a 6 de fevereiro de 2019 e são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

As competências específicas do enfermeiro especialista concentram-se na capacidade científica, humana e técnica para fornecer cuidados individualizados na área da sua especialização, além dos cuidados gerais de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O Regulamento de

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, incorporado no Decreto de lei n.º 391/2019, publicado a 3 de maio de 2019, estabelece as seguintes competências:

- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré concecional;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e finalmente, cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

O programa formativo para a área de especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) que integra o ciclo de estudos do mestrado, foi publicado em Diário da República de três de março de 2021, em Aviso nº 3916/2021, pela OE. O programa referido rege-se também por legislação europeia, a Diretiva 2005/36/CE, do Conselho e do Parlamento de 7 de setembro, transposta para o ordenamento jurídico português pela Lei nº 9/2009, de 4 de março, na sua atual redação, nº 5, artigo 37º da Lei nº 9/2009, de 4 de março e na redação dada pela Lei nº 26/2017, de 30 de maio, p. 2601.

O programa referido tem como objetivo dotar o aluno de conhecimentos e experiências mínimas, de forma a serem reconhecidas as suas novas qualificações profissionais. Para que isto seja possível, o estudante deve ser capaz de:

- Planear, executar e avaliar os cuidados especializados em ESMO;
- Interpretar a complexidade da intervenção no âmbito da ESMO, sustentada na evidência científica, na prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade;
- Integrar os princípios éticos legais que orientam a profissão com vista ao desenvolvimento de ações autónomas e/ou interdisciplinares adequadas a cada situação clínica na área de ESMO;

- Participar na construção, implementação e avaliação de programas de intervenção de Saúde Materna e Obstétrica nos diversos contextos;
- Sistematizar evidência e integrar o conhecimento técnico-científico, ético e relacional e capacidade de argumentação que fundamentem a tomada de decisão clínica, face a problemas complexos e imprevisíveis na área de ESMO.

Os objetivos de aprendizagem acima referidos, integram o enquadramento legal atual (Lei nº 9/2009 de 4 de março; Regulamento nº 391/2019 de 3 de maio; Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro; Aviso nº 3917/2021 de 3 de março e Aviso nº 3916/2021 de 3 de março).

A Lei n.º 26/2017, de 30 de maio integra as experiências mínimas obrigatórias para que seja possível cumprir os pressupostos acima referidos e, desta forma, a obtenção do título de profissional de EEESMO, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. Estas são:

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

A conceção de cuidados prestados, no âmbito do MESMO, teve como referencial teórico a Teoria das Transições, proposta por Afaf Meleis. É uma teoria de médio alcance que considera que um acontecimento relativo à saúde da pessoa e família é, por si só, um fator desencadeante de

mudança na vida de um indivíduo (Meleis, 2007). Assim, a forma como o sujeito se percebe previamente à mudança é alterada, estando assim a vivenciar um processo de transição. De acordo com Meleis, a transição refere-se à passagem ou movimento de um estado ou condição para outra, através da aquisição de competências, alcançando a mestria e a incorporação de uma identidade. Esta teoria identifica três tipos de transições: as transições de desenvolvimento, as transições situacionais e as transições de saúde/doença (Meleis, 2007).

No contexto da parentalidade, o tipo de transição vivenciada é do tipo desenvolvimental, uma vez que não se insere na mudança do status da saúde e não se circunscreve apenas a uma alteração de papéis (Tralhão et al., 2020). No entanto, contempla o desenvolvimento de competências e envolve a integração, maturação e especialização de várias esferas da vida humana. A transição para a parentalidade é uma das transições de desenvolvimento mais significativas na vida de um indivíduo, porque envolve a passagem do casal para o papel de pais, trazendo consigo uma série de mudanças físicas, emocionais, sociais e cognitivas. Tralhão et al. (2020) refere que na adaptação à parentalidade, a grávida e casal devem adotar comportamentos de ajustamento à gravidez, assim como, assumir responsabilidades parentais, comportamentos facilitadores de incorporação do novo membro na unidade familiar e de desenvolvimento do bebé. Nesse contexto, a Teoria das Transições de Afaf Meleis destaca a importância de compreender os fatores que influenciam essa transição e como as pessoas se adaptam a essa nova identidade (Tralhão et al., 2020).

Este relatório está organizado em quatro capítulos. O primeiro capítulo descreve os contextos clínicos onde decorreram os ensinamentos clínicos. O segundo capítulo aborda o processo de conceção de cuidados desenvolvido nos planos de cuidados, começando com a fundamentação teórica dos domínios comuns a todos os planos, seguindo-se pela apresentação dos planos de cuidados mais relevantes, realizados ao longo do estágio de natureza profissional. O terceiro capítulo explana os contributos que as experiências clínicas tiveram para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas necessárias para a prática como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Este capítulo inclui também uma revisão integrativa da literatura, uma vez que a competência em investigação faz parte do perfil de competências do EEESMO. Por fim, o quarto capítulo consiste numa análise crítica e reflexiva do percurso académico durante o estágio de natureza profissional, abordando as características pessoais e dos contextos onde as experiências clínicas ocorreram, destacando os aspetos facilitadores e dificultadores para a aprendizagem.

Com este documento, pretende-se demonstrar os conhecimentos e as competências de EEESMO adquiridas ao longo do estágio de natureza profissional, relativas ao desenvolvimento do processo de enfermagem, assim como, comprovar o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação em enfermagem.

1. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

De forma a dar resposta aos objetivos e experiências referidas previamente, o MESMO, de acordo com o Despacho n.º 9607 de 1 de outubro de 2021, divide o segundo ano do seu ciclo de estudos em duas unidades curriculares distintas –Estágio de Natureza Profissional com Relatório e Assistência pré-natal.

- **Estágio de Natureza Profissional com Relatório**

A unidade curricular *Estágio de natureza profissional com relatório* tem como objetivos: promover a responsabilização pessoal na construção dos respetivos itinerários e projetos de vida profissional, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e de promoção de um espírito empreendedor; identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas centrados nas necessidades em cuidados à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; consolidar a capacidade para a resolução de problemas em contexto de multidisciplinaridade; mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia; promover uma consciência profissional sobre o papel do EEESMO; elaborar e discutir o relatório de estágio, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo.

O estágio de natureza profissional teve uma duração de 800 horas, contemplando três estágios curriculares, organizados em três contextos clínicos distintos: bloco de partos, com duração de 500h; puerpério, com duração de 100 horas e internamento de grávidas/medicina materno-fetal, com duração de 200 horas.

Todos os módulos do estágio foram realizados num hospital do distrito do Porto. O hospital integra uma Unidade Local de Saúde (ULS).

- Bloco de partos (BP)

No estágio curricular relativo ao BP pretende-se que sejam desenvolvidas as seguintes competências: promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido; providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

O desenvolvimento destas competências decorreu no serviço de bloco de partos, sob a orientação de uma EEESMO. O serviço de BP é composto por seis quartos individuais, três casas de banho para as parturientes, um bloco operatório, uma sala de sujos, uma sala de recobro e uma sala de trabalho. Engloba também o serviço de urgência de Ginecologia/Obstetrícia. A urgência é composta por um gabinete de enfermagem, onde se realiza a triagem e onde são realizados os procedimentos de enfermagem; por vários gabinetes médicos; por um gabinete com duas macas, onde é realizada a monitorização de cardiotocografia e por um quarto de observação com duas camas, para mulheres ainda sob os cuidados da urgência.

O regulamento nº743/2019, publicado em Diário da Republica, preconiza que o rácio da equipa de enfermagem seja de um enfermeiro para duas parturientes durante a primeira, terceira e quarta fase do trabalho de parto e um enfermeiro para cada parturiente durante a segunda fase de trabalho de parto. No que diz respeito ao bloco de partos, os rácios são fixos, ou seja, cada turno é constituído por cinco EEESMO, com método de trabalho individual. Três estão alocados ao BP, um à urgência e outro à Unidade Materno-Fetal que está em constante interação com o bloco de partos. No turno da manhã, está também presente a enfermeira de referência. Apesar de existir sempre um enfermeiro para cada duas parturientes, independentemente da fase do trabalho de parto, o serviço tem o cuidado de realizar a distribuição de parturientes de modo que os rácios sejam cumpridos. No BP, a presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto é um direito das parturientes.

- Puerpério

No estágio curricular relativo ao puerpério pretende-se que sejam desenvolvidas as seguintes competências: promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal; diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal e providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal.

O desenvolvimento destas competências decorreu no serviço de puerpério, sob a orientação de duas EEESMO. O serviço de puerpério é composto por 21 camas, uma delas em quarto individual; duas salas de trabalho de enfermagem; uma sala de tratamento onde são realizadas as avaliações médicas puerperais e o berçário onde são realizados os cuidados ao recém-nascido, como a demonstração e treino do banho do RN com os pais.

Este serviço é constituído maioritariamente por EEESMO, por três enfermeiras generalistas que estão a frequentar o MESMO e por três Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O método de trabalho é individual. No turno da manhã, estão presentes quatro enfermeiras que asseguram os cuidados, existindo um rácio de uma enfermeira para cada cinco ou seis parturientes. Durante este período, está também presente a enfermeira de referência que está responsável por acompanhar a visita médica e por dar alta às puérperas e recém-nascidos. O rácio da tarde e da noite é de três enfermeiras, uma para cada sete puérperas e recém-nascidos. O regulamento nº743/2019, publicado em Diário da Republica, preconiza que o rácio da equipa de enfermagem no serviço de puerpério seja preferencialmente assegurada por um EEESMO e deve ter um rácio de seis puérperas e respetivos recém-nascidos para uma enfermeira. O que não se verifica no período do turno da tarde e noite.

O serviço de puerpério cumpre as dez medidas da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), relativas à iniciativa *Hospital Amigo dos Bebés*. Esta iniciativa promove o apoio e a promoção da amamentação, em âmbito hospitalar, assegurando que as mães e bebés recebem apoio adequado e informado no período pós-natal, no que diz respeito à alimentação infantil, em particular através da amamentação. Pretende-se que os pais sejam informados quando às vantagens da amamentação e sejam apoiados nos procedimentos que contribuem para o seu sucesso. Promove também a permanência durante 24 horas de uma pessoa significativa à puérpera.

- Internamento de Grávidas/Medicina Materno-Fetal

Relativamente ao estágio curricular de grávidas/medicina materno-fetal, pretende-se que, à semelhança do bloco de partos, se desenvolvam as seguintes competências: diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher; providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.

O desenvolvimento das competências relativas ao módulo de internamento de grávidas/medicina materno-fetal decorreu na unidade materno fetal, sob a orientação de uma

EEESMO. A unidade materno-fetal é constituída por seis camas, uma delas inserida num quarto individual; uma sala de trabalho de enfermagem; uma sala de observação médica; uma zona de sujos e uma casa de banho para uso das grávidas. O serviço materno-fetal não só integra o internamento de grávidas com patologia associada, como também dá apoio ao bloco de partos na prestação de cuidados à mulher submetida à indução do trabalho de parto (ITP). Assim, a equipa médica e de enfermagem estão em constante ligação com o bloco de partos. A unidade é constituída por uma EEESMO. O Regulamento nº743/2019 indica como dotação segura, o rácio de um enfermeiro para três grávidas em ITP e o rácio de um enfermeiro para seis grávidas com patologia. O que não se verifica na unidade materno fetal, uma vez que, por vezes estão mais do que três grávidas em indução de TP durante um turno.

- Competência de investigação

Uma das competências específicas do EEESMO é a prática baseada em evidência, o que implica a incorporação contínua de novo conhecimento na sua prática clínica, de forma a obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Assim, foi proposto integrar neste relatório de estágio o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura sobre uma problemática identificada em contexto clínico. A temática escolhida foi *“A eficácia da aplicação de calor húmido, no períneo das parturientes, durante o segundo estadio do trabalho de parto, na minimização do trauma perineal”*, com o objetivo de descrever o efeito das compressas quentes na minimização do trauma perineal durante a segunda fase do TP.

- **Assistência pré-natal**

A concretização desta unidade curricular contempla dois ensinamentos clínicos, em contextos clínicos distintos - Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Consulta de Obstetrícia, em contexto hospitalar - perfazendo um total de 200 horas, 140h correspondem à UCC e as restantes 60h à consulta. O objetivo da unidade curricular centra-se na promoção do desenvolvimento e reflexão dos conhecimentos adquiridos durante o primeiro ano, relativamente à adaptação à gravidez, parentalidade e preparação para o parto, dando resposta às necessidades concretas de cada mulher e homem, a vivenciar uma transição parental, assim como, o seu efeito no casal/família. No final desta unidade curricular pretende-se também que o aluno seja capaz de adquirir competências como: promover a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré concecional; diagnosticar precocemente e prevenir

complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período pré concecional; providenciar cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis. A promoção da saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações na saúde da mulher, assim como, o cuidado à mulher e a promoção da sua adaptação ao período pré-natal e a situações de abortamento, constituem também uma das competências do EEESMO.

- Consulta de obstetrícia

Relativamente ao estágio na consulta de obstetrícia, este decorreu na consulta externa de obstetrícia, no mesmo hospital onde realizei os restantes estágios. Neste contexto clínico desenvolvem-se competências centradas na adaptação à gravidez com ou sem complicações, assim como, na vigilância da evolução da mesma. O estágio foi orientado por diferentes EEESMO, dado que a equipa de enfermagem do serviço de consulta externa é partilhada com a equipa de enfermagem do Bloco de Partos (BP). Normalmente, as grávidas são referenciadas para a consulta de obstetrícia por terem alguma patologia, podendo ser também referenciadas pelos cuidados de saúde primários. Este referenciamento ocorre em qualquer fase da gravidez. Neste contexto clínico são também realizadas as consultas de plano de parto pela EEESMO, onde os casais são apoiados e orientados a descreverem quais as suas expectativas para o trabalho de parto e para o parto.

- Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio realizado na UCC, em contexto dos cuidados de saúde primários. Foi realizado sob a orientação da única EEESMO desta unidade. De acordo com o regulamento nº743/2019, cada UCC deve integrar um EEESMO por 500 nascimentos na sua área de abrangência, e este deve orientar os cuidados no âmbito da preparação para o parto, pós-parto e parentalidade (MCEESMO, 2019).

2. PROCESSO DE CONCEÇÃO DE CUIDADOS

Ao longo deste capítulo irá ser demonstrado o processo de pensamento na conceção de cuidados, através da apresentação de alguns dos planos de cuidados realizados, assim como, a fundamentação teórica que sustentou todo o processo de pensamento. São expostos seis planos de cuidados: quatro planos de cuidados relacionados com a grávida/casal em trabalho de parto e com o recém-nascido; um plano de cuidados relacionado com o puerpério, onde se inclui também o plano de cuidados relativo ao recém-nascido, durante este período e um plano de cuidados relacionado com a grávida em situação de risco.

2.1. Domínios comuns

Neste subcapítulo são desenvolvidos e fundamentados os domínios comuns aos planos de cuidados desenvolvidos, especificamente: Parto, Sensações somáticas; Procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica Médica e Comportamentos para amamentar

No domínio do Parto, inserem-se os focos: Trabalho de Parto; Conhecimento/Capacidade para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto; Conhecimento/Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto e Nascimento. No domínio das Sensações Somáticas, insere-se o foco da Dor (dor de trabalho de parto e puerperal).

2.1.1. Parto

- **Trabalho de parto**

O *International Council of Nurses (ICN) (2019)* define o trabalho de parto (TP) como “evento ou episódio: processos corporais perinatais, desde o início da dilatação do colo do útero até à

expulsão da placenta". O TP é um conjunto de fenómenos e acontecimentos fisiológicos que conduzem à extinção cervical, dilatação do colo uterino, progressão da apresentação fetal na cavidade pélvica e à sua expulsão para o exterior indução (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry 2008). Pode ser desencadeado de forma espontânea ou através de indução. O trabalho de parto organiza-se em quatro períodos: período de dilatação (dividido em duas fases, a latente e a ativa); período expulsivo; período da dequitação e, período da hemóstase (Montenegro e Rezende, 2014). Graça (2018) organiza o trabalho de parto apenas em três fases: dilatação; expulsiva e dequitação.

a) Período de dilatação

A fase de dilatação inicia-se com contrações uterinas rítmicas e regulares com a finalidade de iniciar a dilatação e extinção do colo do útero, terminando com a sua dilatação completa – dez centímetros (Montenegro & Rezende, 2014; Graça, 2017). Os mesmos autores referem que a primeira fase do trabalho de parto integra dois mecanismos que originam a descida do feto da cavidade uterina até à vagina: força mecânica (exercida pela apresentação do próprio feto e pela tensão causada pelas membranas amnióticas) e força das fibras musculares uterinas (as contrações). O intervalo entre as contrações diminui gradualmente desde dez minutos (durante a fase latente) até um minuto (período expulsivo) (Montenegro & Rezende, 2014; Graça, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020) salienta que a fase latente (primeira fase da dilatação) se caracteriza pelo início das contrações regulares e pelo apagamento e progressão lenta da dilatação até aos cinco centímetros. Graça (2018) refere que a duração média da fase latente são 20 horas para nulíparas e 14 horas para múltiparas.

A fase ativa é constituída por contrações dolorosas e regulares, com grau de apagamento do colo substancial e progressão da dilatação dos cinco centímetro até à dilatação completa (Friedman & Cohen, 2023; Graça, 2017). A fase ativa pode ter uma duração de 12 horas nas nulíparas e dez horas nas múltiparas (Friedman & Cohen, 2023; OMS, 2020). Estes autores salientam que a dilatação cervical de um centímetro por hora, durante todo o período ativo é irrealista para algumas mulheres e, portanto, não se recomenda como dado relevante para determinar a progressão de TP.

O EEESMO deve avaliar a progressão do trabalho de parto tendo em conta as características do colo do útero, estática fetal, descida do feto, bem-estar fetal e características das membranas e

líquido amniótico, com objetivo de, face a esta avaliação, implementar intervenções que visem não só assegurar a segurança materna e fetal, mas também apoiar na progressão do trabalho de parto e do parto (Júnior et al., 2020; OE, 2019).

- Avaliação das características do colo do útero

Segundo Graça (2017) e Montenegro & Rezende (2014), as características do colo do útero são avaliadas através do toque vaginal, tendo em conta a consistência (firme, intermédio e mole); posicionamento (posterior, intermédio ou anterior); dilatação (alargamento do orifício e do canal cervical – desde um centímetro até à dilatação completa - dez centímetros) e extinção (encurtamento e adelgaçamento do colo, medido em percentagem de 0 até 100% - colo extinto). A OMS (2020) e a Direção Geral de Saúde (DGS, 2023) preconizam a realização do toque vaginal com uma frequência mínima de quatro horas, ou dependendo da alteração da progressão do trabalho de parto, bem-estar fetal ou materno. A DGS (2023) acrescenta que a o toque vaginal deve ser realizado com uma periodicidade de 30 minutos, durante o período expulsivo. Salienta ainda que o número de avaliações deve ser o mínimo possível, especialmente se existir risco infeccioso. O exame vaginal auxilia à determinação do estado das membranas amnióticas, estática fetal, progressão do mecanismo de parto, dimensões da bacia e consequente avaliação da proporção feto-pélvica (Downe et al., 2013; OMS, 2020). Salienta-se que durante o toque vaginal deve ter-se em conta o impacto na progressão do trabalho de parto, o bem-estar emocional da mulher e os efeitos adversos do mesmo (Júnior et al., 2020).

- Avaliação da estática fetal

A avaliação da estática fetal é importante para perceber como o feto está posicionado relativamente à bacia materna (Dutta, 2021; Graça, 2017; Nené et al., 2016). A estática fetal inclui a atitude, situação, posição, apresentação e variedade (Dutta, 2021; Graça, 2017; Nené et al., 2016).

A atitude refere-se à postura do feto, caracterizada pela flexão generalizada de todo corpo.

A situação pode ser longitudinal (o maior eixo do feto é paralelo ao maior eixo da mãe); transversa (o maior eixo do feto é perpendicular ao maior eixo da mãe) e oblíqua (o maior eixo do feto é diagonal ao maior eixo da mãe).

A apresentação é determinada pela parte fetal acessível ao toque, através do colo (ponto de referência da apresentação) e pode ser cefálica (se tocamos a escama occipital ou o mento) ou pélvica (se tocamos a crista sagrada).

A posição é a relação do ponto de referência da apresentação, com os lados esquerdo ou direito.

A variedade descreve a relação do ponto de referência da apresentação com as regiões anterior, posterior ou transversa da mãe.

A estática fetal influencia diretamente o tempo e tipo de progressão no canal de parto, uma vez que a posição do feto relativamente à bacia materna determina a facilidade da adaptação dos diâmetros feto-pélvicos e a descida fetal (Graça 2017; Montenegro e Rezende, 2014).

- O mecanismo do trabalho de parto

A sequência de movimentos passivos que permitem a progressão do feto, adaptando os diâmetros da apresentação fetal aos da bacia, ao longo do canal de parto, designa-se mecanismo do trabalho de parto (Dutta, 2021; Graça, 2017). Os movimentos passivos do feto são influenciados pela força das contrações em conjunto com os músculos do diafragma abdominal e diafragma da bacia. O mecanismo de TP é constituído por sete fases: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão (Dutta, 2021; Graça, 2017).

O encravamento caracteriza-se pela passagem do maior diâmetro da apresentação fetal através do estreito superior da bacia, podendo iniciar-se antes do início do trabalho de parto (Dutta, 2021; Graça, 2017).

A descida caracteriza o início da progressão do TP, caracterizando-se pelo movimento descendente através do canal de parto (Dutta, 2021; Graça, 2017).

A flexão corresponde ao movimento de flexão do mento sobre a face anterior do tórax fetal, oferecendo assim o menor diâmetro da apresentação fetal, permitindo a passagem pelo estreito médio (Dutta, 2021; Graça, 2017).

A rotação interna ocorre através da deslocação do occipito no sentido da sínfise púbica. Dependendo da variedade, a rotação pode ser mais demorada, uma vez que as variedades anteriores promovem uma progressão de trabalho de parto mais rápida pela adaptação feto

pélvica, relativamente às variedades posteriores¹ que implicam mais tempo para realizarem este movimento (Coates, 1999; Dutta, 2021; Graça, 2017).

A fase de extensão ocorre quando o polo cefálico fetal atinge a vulva ficando a base do occipital em contacto direto com o bordo inferior da sínfise púbica, ocorrendo depois a coroação e exteriorização da cabeça (Dutta, 2021; Graça, 2017).

A rotação externa ocorre quando o polo cefálico retoma a atitude anterior à rotação externa, permitindo que o maior diâmetro dos ombros se ajuste ao maior diâmetro do estreito inferior da bacia (Dutta, 2021; Graça, 2017).

A expulsão define-se pelo desencravamento do ombro anterior e posterior, seguindo-se o nascimento (Graça, 2017; Dutta, 2021).

A avaliação do mecanismo de trabalho de parto e da descida fetal pode ser feita de acordo com a classificação de Hodge (Dutta, 2021; Graça, 2017; Nené et al., 2016). Os planos de Hodge são linhas imaginárias que dividem a bacia em quatro planos de ligação anatómicos, relacionando-os com o vértice da apresentação. Assim, consideram-se os seguintes planos: primeiro, segundo, terceiro e quarto plano de Hodge (Dutta, 2021; Graça, 2017; Nené et al., 2016).

No primeiro plano de Hodge, a apresentação situa-se entre o bordo superior da sínfise púbica e o promontório que corresponde ao estreito superior da bacia. O segundo plano refere-se ao espaço entre o bordo inferior da sínfise púbica e a primeira/segunda articulação do sacro. Quanto ao terceiro plano, este corresponde ao espaço correspondente ao nível das espinhas isquiáticas – o estreito médio - o diâmetro mais curto da bacia. Finalmente, o quarto plano de Hodge corresponde à relação entre o vértice do cóccix e partes moles - o estreito inferior da bacia (Dutta, 2021; Graça, 2017; Nené et al., 2016).

- Avaliação do bem-estar fetal

Durante o trabalho de parto, as contrações uterinas interrompem o fluxo materno fetal, podendo ocorrer períodos intermitentes de redução da oxigenação fetal e, apesar da maioria dos fetos ter reservas para resistir a essas alterações, outros podem não ter, podendo originar hipoxia fetal (Ayres de Campos e Pinto, 2023; Graça, 2017). O Regulamento das Competências

¹ No desenvolvimento do quarto caso clínico do contexto de trabalho de parto, a temática da adaptação feto pélvica nas variedades posteriores irá ser mais desenvolvida.

Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019) refere que uma das competências do EEESMO é *“identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”*.

O principal objetivo da monitorização e interpretação da cardiotocografia (CTG) é a deteção de alterações na frequência cardíaca fetal (FCF) e sua relação temporal com as contrações uterinas (Ayres de Campos, 2023). Assim, considera-se um instrumento útil para detetar avaliar o bem-estar fetal e determinar a condução do TP (Alfirevic et al., 2019; Ayres de Campos e Pinto, 2023; Graça, 2017). Para a realização desta avaliação, utilizam-se dois transdutores no ventre materno – o transdutor doppler e o transdutor de pressão. O transdutor doppler é colocado sobre o foco fetal de modo a captar os batimentos cardíacos fetais e o transdutor de pressão é posicionado sobre o fundo uterino, de forma que seja registada o padrão de contratilidade uterina (Alfirevic et al., 2019; Ayres de Campos e Pinto, 2023; Graça, 2017). A avaliação de um traçado de CTG deve ter em conta: linha basal; variabilidade; acelerações; desacelerações e contractilidade uterina (Ayres de Campos e Pinto, 2023; Graça, 2017).

A linha basal traduz a frequência cardíaca fetal média num período de dez minutos, sendo que esta deve situar-se entre os 110 e os 160 batimentos por minuto (bpm), para traduzir um traçado tranquilizador.

A variabilidade da linha de base reflete-se através das flutuações em amplitude da linha de base, determinadas pela diferença entre o pico mais alto e o mais baixo da FCF num minuto, determinadas em bpm. A variabilidade pode ser: ausente (amplitude indetetável), mínima (≤ 5 bpm), normal (6-25 bpm) ou marcada (≥ 26 bpm).

Relativamente às acelerações, estas caracterizam-se por um aumento abrupto da linha basal, com aparecimento de um pico em menos de 30 segundos. São consideradas prolongadas quando têm uma duração entre dois e dez minutos. A existência de acelerações não está associada a estados de acidemia metabólica.

As desacelerações são episódios de diminuição transitória da FCF abaixo da linha basal, com amplitude superior a 15 bpm e duração superior a 15 segundos. As mesmas podem ser classificadas como precoces (simultâneas com o pico da contração uterina e consideradas fisiológicas); tardias (associadas à contração uterina, ocorrendo após o seu pico); variáveis (variam nas várias contrações, sendo consideradas desfavoráveis quando duram mais de 60 segundos ou apresentam uma queda superior a 60 bpm) e prolongadas (com duração entre dois

e dez minutos, associando-se, normalmente, a hipotensão ou hipertonia uterina). Após as desacelerações são sinais sugestivos de hipoxia fetal: aumento da linha basal ou taquicardia, redução da variabilidade e retorno lento à linha basal de FCF (Souza e Amorim, 2008; Lear et al., 2023).

A avaliação da contratilidade uterina tem como objetivo quantificar o número de contrações que ocorrem em dez minutos, podendo ser normal (até cinco contrações em dez minutos) ou taquissíntolia (mais de cinco contrações em dez minutos) (Alfirevic et al., 2019; Ayres de Campos e Pinto, 2023; Graça, 2017).

Os padrões cardiotocográficos podem ser: normais (categoria I), suspeitos (categoria II) ou patológicos (categoria III). O normal corresponde à aparente normalização da oxigenação fetal. O suspeito traduz uma eventual situação de stress fetal e o patológico relaciona-se necessariamente com grave deterioração da oxigenação fetal (Alfirevic et al., 2019; Ayres de Campos e Pinto, 2023; Graça, 2017).

Não existe ainda um consenso claro relativamente à monitorização da CTG contínua. Na gravidez de baixo risco, durante o trabalho de parto, as evidências científicas recomendam a utilização de auscultação intermitente da FCF como método seguro da avaliação do bem-estar materno fetal, durante o trabalho de parto (OMS, 2020). Consideram-se os seguintes fatores de risco intraparto: indução de TP; CTG categoria II ou III; analgesia epidural; perda sanguínea vaginal; febre materna; fase ativa do TP superior a 12 horas; período expulsivo prolongado (superior a duas horas nas múltiparas e a três horas nas nulíparas); hipertonia uterina e líquido amniótico com mecónio ou sangue (FIGO, 2015).

Em Portugal, é aconselhada a utilização contínua da CTG durante a fase ativa do trabalho de parto (DGS, 2023). A escassez de recursos materiais e humanos, a sensação de segurança por parte dos profissionais e a prevalência da analgesia epidural contribuem para tornar a CTG contínua uma prática comum nos cuidados (DGS, 2023).

Graça (2018) e Lear et al. (2023) referem-se à utilização da CTG contínua durante o trabalho de parto, como um instrumento útil para identificar o feto em hipoxia e diminuir a mortalidade fetal intraparto e neonatal, desde que devidamente interpretada. Ressaltam a importância de distinguir entre sofrimento e stress fetal, uma vez que o primeiro é uma indicação para cesariana e o segundo indica apenas risco de hipoxia, sem alterações da hemostasia fetal. Graça (2018) refere que antes de se propor uma atuação clínica, deve ter-se em conta a idade gestacional,

situação clínica subjacente, tipo e fenómeno agressor do feto, utilização de fármacos e, finalmente, o padrão de variabilidade fetal prévio

- Avaliação das características das membranas e do líquido amniótico

A integridade das membranas é percebida através da história da parturiente, observação direta pelo profissional da saída de líquido amniótico (LA) e identificação da presença/ausência de membranas através do toque vaginal (Ayres de Campos e Pinto, 2023; Garcia et al., 2023). A hora da rotura é um dado importante, para determinar a necessidade de antibioterapia profilática pelo risco de infeção intraparto. Procianoy & Silveira (2020) salientam que a rutura de membranas amnióticas por mais de 18 horas tem quatro vezes mais risco originar sépsis neonatal.

O líquido amniótico pode ser classificado quanto à cor, odor e consistência (Garcia et al., 2023; Sequeira et al., 2020). Estes autores referem que em condições normais, o líquido amniótico é constituído essencialmente por água e apresenta uma ausência de coloração, sendo transparente (pode ter partículas em suspensão no final da gestação). A cor esverdeada indica presença de mecónio e possível sofrimento fetal. Vermelho vivo (sanguinolenta) indica foco hemorrágico e castanho pode demonstrar morte fetal. O odor fétido pode ainda traduzir infeção amniótica (Garcia et al., 2023; Sequeira et al., 2020).

b) Período expulsivo

Cohen & Friedman (2024) e Graça (2017) definem a segunda fase do trabalho de parto como o período entre o início da dilatação completa até à expulsão do feto. Nesta fase, a mulher tem um desejo involuntário de iniciar esforços expulsivos com o objetivo da expulsão fetal, resultado das contrações uterinas (Graça, 2017; OMS, 2020). Durante esta fase, o mecanismo de trabalho de parto centra-se na descida e rotação do feto (Dutta, 2021; Graça, 2017). Normalmente, a descida no canal de parto começa durante a dilatação, à medida que o colo do útero é puxado para cima ao redor da parte de apresentação fetal (Cohen & Friedman, 2024; Dutta, 2021). A duração do período expulsivo parece ser importante para determinar a sua normalidade. A *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2018) salienta que o diagnóstico de um período expulsivo prolongado deve basear-se não só na sua duração, como também, nas

condições em que este ocorre, ou seja, se existe progressão fetal de acordo com o expectável. Segundo Cohen & Friedman (2024) e a OMS (2020) quando a segunda fase do trabalho de parto apresenta uma duração superior a duas e três horas, sem e com epidural, respetivamente, numa mulher nulípara, considera-se um período expulsivo prolongado. No que concerne às múltiparas, os autores definem período expulsivo prolongado quando este excede as duas horas.

Um fator que pode influenciar a orientação do tipo de esforço expulsivo é a presença de analgesia epidural (Cheng & Caughey, 2017; Veiga et al., 2021). Estes autores, baseados num estudo realizado por *Consortium on Safe Labor* Cheng & Caughey (2017) relatam que os trabalhos de parto de mulheres nulíparas que foram submetidas a analgesia epidural, duraram uma hora a mais, relativamente às que não foram submetidas a este tipo de analgesia. A OMS (2020) refere também que as mulheres com analgesia epidural, podem ter um atraso no período expulsivo entre uma a duas horas, sendo que devem aguardar este tempo para iniciar esforços expulsivos ou até que seja recuperado a perceção de esforços expulsivos. A analgesia epidural juntamente com o bloqueio sensorial concomitante pode diminuir o reflexo de puxo da mulher (Cheng & Caughey, 2017; Veiga et al., 2021).

- *Esforços expulsivos*

Tradicionalmente, as mulheres têm sido incentivadas e orientadas a realizar esforços expulsivos durante a manobra de Valsalva com a glote fechada, durante a contração, realizando o máximo de força que conseguir, contribuindo para a exaustão materna (Cohen & Friedman, 2024). O mesmo autor salienta que esta técnica pode ser incentivada quando é necessário que o parto ocorra a curto prazo, por comprometimento fetal ou materno, no caso de os esforços expulsivos espontâneos não serem suficientes. Por outro lado, a OMS (2020) salienta que os esforços expulsivos maternos espontâneos são benéficos para a progressão de um trabalho de parto saudável e positivo. Este tipo de esforço expulsivo define-se pela realização de esforços expulsivos com a glote aberta, durante o movimento expiratório, de acordo com o conforto da mulher (Cohen & Friedman, 2024). A parturiente só deve ser encorajada a iniciar esforços expulsivos quando sentir vontade de o fazer – presença do reflexo de Ferguson - uma vez que a necessidade de efetuar esforços expulsivos eficazes intensifica-se à medida que a descida do feto progride na bacia e comprime os nervos sacrais e obturadores (Cohen & Friedman, 2024; OMS, 2020).

Salienta-se a importância de orientar a mulher a suspender esforços expulsivos quando a cabeça do bebê se exterioriza do canal de parto, pelo risco de asfixia causado pela possibilidade de presença de circular cervical.

- Períneo e o trauma perineal

Durante o trabalho de parto, a cabeça do feto exerce uma força sobre os tecidos da vagina, estirando o períneo, podendo originar uma perda de integridade dos tecidos. Esta perda de integridade dos tecidos designa-se como trauma perineal (Graça, 2017; Maghalian et al., 2023).

As lacerações perineais podem ser divididas em quatro graus (Graça, 2017; Maghalian et al., 2023; Okeahialam et al., 2022). O primeiro grau concerne a uma lesão que envolve a pele e a mucosa do períneo. A laceração de segundo grau envolve o músculo perineal, mas não implica atingimento do esfíncter anal. Por outro lado, as lacerações de terceiro grau implicam envolvimento do músculo e do esfíncter anal em menor ou maior grau, dependendo da lesão. Finalmente, as lesões de quarto grau envolvem, para além do esfíncter, a mucosa anal. As lacerações de terceiro e quarto grau podem ser consideradas *Obstetric Anal Injuries* (OASI's) (Maghalian et al., 2023; Okeahialam et al., 2022).

As lesões perineais são comuns durante o parto, e ocorrem devido a diversos fatores, modificáveis ou não modificáveis (Maghalian et al., 2023; Okeahialam et al., 2022). Os principais fatores de risco modificáveis, segundo os mesmos autores, incluem o parto vaginal instrumentado, episiotomia de rotina, posições maternas durante o nascimento ou até mesmo medidas de proteção perineais que seja realizadas incorretamente ou que não sejam realizadas de todo. Quanto aos fatores não modificáveis estes podem incluir a etnia asiática, idade materna, primiparidade, variedade fetal (occipito posterior), feto macrossómico, edema ou má condição prévia perineal (ex: episiotomia prévia) e prolongamento da segunda fase do trabalho de parto (Baczek et al., 2022).

- Medidas de proteção perineal

As medidas de proteção perineal constituem um cuidado essencial no que toca à prevenção ou minimização do trauma perineal. A ACOG (2018) e a OMS (2020) defendem que existem algumas técnicas para reduzir o trauma perineal e facilitar o parto espontâneo, sendo as mesmas a

massagem perineal e aplicação de compressas quentes. Estas medidas deve ser realizadas com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis. A massagem perineal, com a aplicação de vaselina por exemplo, através da diminuição da resistência dos tecidos, aumenta a probabilidade de manter o períneo intacto, reduzindo o risco de lacerações perineais graves em 51% (Okeahialam et al., 2022; Vieira et al., 2018). A aplicação de compressas quentes no períneo, durante o período expulsivo, diminui o risco de laceração de terceiro e quarto grau (ACOG, 2018; OMS, 2018; Maghalian et al., 2023).

A proteção manual do períneo, especificamente através da manobra de Ritgen, é uma técnica preventiva de laceração perineal, no entanto, nem toda a evidência científica suporta a sua aplicação. Esta técnica pode ser usada para controlar a velocidade de nascimento da cabeça fetal e reduzir o diâmetro da apresentação e, posteriormente, o estiramento no períneo, reduzindo a tensão em aproximadamente 40% (Okeahialam et al., 2022). Concomitantemente, a mulher é incentivada a iniciar esforços expulsivos lentamente, enquanto a cabeça fetal é guiada através do introito vaginal. A OMS (2020) não a recomenda devido à fraca evidência sobre a sua eficácia. A ACOG (2018) acrescenta que é uma técnica muito utilizada, no entanto, não é consensual, uma vez que três estudos randomizados não demonstraram um efeito protetor para o risco de OASIS, enquanto outros três estudos não randomizados mostraram uma redução significativa no risco de OASIS.

A ACOG (2018) e Okeahialam et al. (2022) acrescentam que a alternância de posicionamentos e o atraso dos esforços expulsivos constituem também medidas de proteção perineal. Relativamente à posição durante o parto, a ACOG (2018) refere que as parturientes que adotam uma posição vertical ou lateral durante o nascimento, comparativamente à adoção da posição de litotomia ou de supinação, têm um menor risco de episiotomia e partos distócicos. A mesma entidade refere que a posição de parto em decúbito lateral e com esforço expulsivo retardado aparenta ter maior incidência de períneo intacto, comparativamente a posições de litotomia com esforço direcionado e imediato após dilatação. Santos et al. (2019) defende também que a posição lateral de Sims, vertical, sentada, semi-sentada, de cócoras/ajoelhada e em quatro apoios trazem inúmeros benefícios para o parto, durante o período expulsivo. Acrescenta também que a posição durante o parto é essencial para a duração e a eficácia desta fase, uma vez que a descida do feto é facilitada pelas posições verticais, evitando assim que haja prolongamento deste período e, por sua vez, pressão contínua do períneo, edema e potenciais lacerações.

c) Período da dequitação

A dequitação consiste em todo o processo que leva à expulsão da placenta após o nascimento. Após a expulsão do feto, o útero contrai-se espontaneamente e a diminuição súbita das dimensões uterinas é acompanhada por uma redução da área da implantação da placenta (Fissahaye et al., 2023; Graça, 2017; Güngördük, 2018). A tensão resultante, provoca uma clivagem ao nível da camada esponjosa, geralmente acompanhada pela formação de um hematoma retro placentário, o que acelera o processo de separação da placenta do seu local de inserção (Fissahaye et al., 2023; Graça, 2017; Güngördük, 2018). A expulsão da placenta dá-se em dois períodos: o primeiro consiste na separação da parede uterina e descida para o segmento uterino inferior/vagina, através da pressão uterina e o segundo caracteriza-se pela descida da placenta pelo canal de parto (Graça, 2017; Nené et al., 2016).

Os mesmos autores referem que constituem sinais de dequitação: contração uterina, mudança de forma do útero de discoide para ovoide, saída subida de sangue pela vulva, descida do cordão ou aumento aparente do seu tamanho (à medida que a placenta desce para o introito vaginal) e aumento do volume vaginal observável.

É importante que o EEESMO respeite o tempo de descolamento fisiológico, mantendo uma atitude expectante, dado que nem todas as dequitações se dão no mesmo período. A placenta separa-se do revestimento basal cinco a sete minutos após a expulsão do feto. Deve aguardar-se 45 minutos a uma hora pela dequitação, se a perda de sangue não for abundante (Clebak et al., 2021; Güngördük, 2018; Sequeira et al., 2020).

No caso de existir a necessidade de assegurar uma perda de sangue mínima, reduzir o tempo do terceiro período de trabalho de parto ou corrigir a retenção da placenta, Güngördük et al. (2018) e a OMS (2020) recomendam a realização da tração controlada do cordão por um profissional experiente, após observação dos sinais de descolamento. Esta manobra designa-se Brandt-Andrews. Seguidamente, o enfermeiro pode apoiar a placenta durante a sua exteriorização, usando o seu próprio peso de forma a facilitar a saída das membranas e mantê-las intactas, fazendo movimentos de rotação, no sentido dos ponteiros do relógio, para ajudar na sua exteriorização completa. Esta técnica designa-se manobra de Jacob-Dublin (Güngördük et al., 2018; Sequeira et al., 2020). Durante estas manobras, o enfermeiro pode incentivar a puérpera a executar esforços expulsivos para promover a saída da placenta (Sequeira et al., 2020).

Existem duas modalidades de dequitação – Schultze e Duncan (Begley et al., 2019; Graça, 2017; Sequeira et al., 2020). A Schultze, a mais comum, caracteriza-se pela inversão da placenta sobre si mesma, através da separação pela sua zona central, formando um hematoma que só é expulso após a exteriorização da placenta. A Duncan refere-se ao deslocamento da placenta através da sua periferia, separando as membranas da parede uterina, originando que a hemorragia resultante se exteriorize antes da placenta ser visível na vulva. A placenta apresenta-se na vulva com a superfície materna encrespada, acompanhada de discreto e contínuo sangramento.

Após a dequitação, o enfermeiro deve verificar o globo de segurança de Pinard, perda de sangue, e por fim, observar rigorosamente a placenta e membranas fragmentadas e/ou secção de cotilédones (Begley et al., 2019; DGS, 2023; Sequeira et al., 2020). Os mesmos autores referem que nesta fase podem ocorrer complicações como retenção da placenta e dequitação incompleta. Recomendam também que a placenta seja avaliada macroscopicamente, observando a inserção, cumprimento e número de vasos do cordão e inspeção da face materna e face fetal.

- Gestão ativa da terceira fase de trabalho de parto

Fissahaye et al. (2023) e Güngördük et al. (2018) referem que a gestão ativa da terceira fase do trabalho de parto consiste num conjunto de intervenções cujo objetivo é prevenir a hemorragia pós-parto (HPP). Salientam ainda que a HPP é a principal causa de mortalidade materna e morbidade associada à atonia uterina em 80%.

Estas intervenções incluem a administração de uterotónicos após o parto, expulsão da placenta com tração controlada do cordão e massagem do fundo uterino com uma frequência de 15 minutos, nas primeiras duas horas, após expulsão da placenta (Güngördük et al., 2018; Fissahaye et al., 2023).

Recomenda-se o uso de uterotónicos para prevenção da hemorragia pós-parto durante a terceira fase do trabalho de parto, em todos os partos. Este método é a intervenção de primeira linha na prevenção da HPP, reduzindo a probabilidade de ocorrer em 40% (DGS, 2023; Fissahaye et al., 2023; OMS, 2018). A ocitocina constitui o fármaco de eleição para a prevenção da hemorragia pós-parto, uma vez que atua na musculatura lisa do útero, aumentando a amplitude e frequência das contrações (DGS, 2023; OMS, 2020). Devem ser administrados de 10 UI de

ocitocina em perfusão por via EV. Pode ser utilizada após o nascimento ou após a expulsão da placenta (DGS, 2023; Güngördük et al., 2018).

Relativamente à massagem uterina, esta não é recomendada como intervenção para prevenir a HPP, em mulheres que recebem ocitocina profilática, uma vez que os estudos existentes não são conclusivos sobre a sua eficácia (Güngördük, 2018; OMS, 2018). A massagem no fundo uterino quando realizada, deve ser feita após a expulsão da placenta, induzindo contrações uterinas e estimulando a produção endógena de prostaglandinas (Güngördük, 2018; DGS, 2023).

d) Período da hemóstase

Após a saída da placenta, inicia-se imediatamente a contração da musculatura uterina tamponando a saída dos vasos sanguíneos que irrigam a placenta, ocorrendo a formação de pequenos coágulos que obliteram os vasos uteroplacentários (Graça, 2017; Sequeira et al., 2020). Estes processos ocorrem principalmente nas primeiras duas horas, sendo fundamentais nos processos hemostáticos para impedir o sangramento excessivo (Nené et al., 2016). Após este tempo, o útero encontra-se firmemente contraído, completando assim o mecanismo de hemóstase. Assim, neste período é importante avaliar o útero através da palpação abdominal, assegurando a contractilidade uterina, vigiar a perda sanguínea vaginal, o períneo, as queixas maternas, bem como monitorizar os sinais vitais (DGS, 2023; Sequeira et al., 2020). A OMS (2020) recomenda a avaliação regular de sangramento vaginal, contração uterina e monitorização dos sinais vitais, rotineiramente, durante as primeiras 24 horas a partir da primeira hora após o nascimento.

No diagnóstico precoce de complicações mais frequentes, nomeadamente a HPP, todos os sinais e sintomas devem ser valorizados pelo EEESMO. É recomendada a avaliação dos sinais vitais com uma frequência de 15 minutos durante a primeira hora pós-parto e de 30 minutos durante a segunda hora (DGS, 2023; Sequeira et al., 2020). A temperatura pode estar ligeiramente aumentada nas primeiras 24 horas, decorrente da desidratação pelo TP prolongado, devendo ser avaliada até às primeiras 6 horas (Sequeira et al., 2020).

A DGS (2023) refere que no período de hemóstase, deve ser avaliada a perda hemática vaginal e o estado de contractilidade uterina a cada 15 minutos, ou mais frequentemente se a puérpera referir perda hemática abundante ou sintomas sugestivos de desequilíbrio hemodinâmico.

Salienta também que o períneo deve ser avaliado com uma frequência de 15 minutos, durante as primeiras duas horas, em casos de laceração ou episiotomia.

A dor e a fadiga devem ser focos de atenção do enfermeiro devido à sua interferência no bem-estar materno, assim como, nos cuidados e ligação ao recém-nascido (ACOG, 2018).

- **Conhecimento e capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto**

As estratégias facilitadoras do trabalho de parto centram-se maioritariamente nos movimentos da bacia e o modo como estes facilitam a adaptação dos diâmetros feto pélvicos. Existem dois tipos de movimentos da bacia - intrínsecos e extrínsecos (Pares & Calais-Germain, 2009; Nené et al., 2016).

Os movimentos intrínsecos da bacia caracterizam-se por mover a bacia sobre si mesma, entre os seus próprios ossos e articulações. Estes movimentos são os únicos que modificam a morfologia interna da bacia (Pares & Calais-Germain, 2009; Sequeira et al., 2020; Zang et al., 2021). Os movimentos intrínsecos caracterizam-se por:

- Movimentos que promovem a abertura e passagem no estreito superior da bacia, durante a dilatação: contra natação do sacro e do íliaco; a rotação externa íliaca e a supinação íliaca.
- Movimentos que promovem a abertura do estreito médio e inferior, no final da dilatação e período expulsivo: natação do sacro e íliaco; a rotação interna íliaca e a pronação íliaca

Existem outros movimentos essenciais para a progressão do trabalho de parto que alteram não só a morfologia interna da bacia, como também a orientação da bacia – os movimentos extrínsecos. Estes movimentos podem ser de retroversão e anteversão (mobilização anterior e posterior da bacia); inclinação externa e interna (mobilização lateral da bacia); circunvoluções (movimentos em *infinito*) e translações (realização de todos os movimentos previamente referidos) (Pares & Calais-Germain, 2009; Nené et al., 2016; Costa et al., 2023). São originados por posições adotadas pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto, promovendo a liberdade da bacia. Podem ser realizados enquanto a grávida está sentada na bola de parto, em pé, de joelhos, ou em quatro apoios, por exemplo (Pares & Calais-Germain, 2009; Balaskas, 2017; Costa et al., 2023).

Existe ainda a tendência para promover a horizontalização da mulher, durante o trabalho de parto, devido à medicalização do mesmo, protocolos hospitalares e, muitas vezes, motivada pela inexperiência ou insegurança profissional (Amaro et al., 2021; Rocha et al., 2020). Vários estudos comprovam que deve ser feito o contrário (OMS, 2020). O movimento, a deambulação, a verticalidade e as mudanças de posição, quando comparadas com a adoção da posição supina por rotina, têm demonstrado melhores resultados. A mobilidade e a verticalidade promovem a circulação uterina e maximização da circulação materno-fetal; contração uterina mais eficaz; melhor adaptação anatómica e fisiológica ao trabalho de parto, pelo benefício da gravidade na descida fetal e aumento dos diâmetros pélvicos; vivência mais positiva do trabalho de parto, com maior libertação de endorfinas, reforçando o autocontrolo materno (Cardoso et al., 2023; Ferrão & Zangão, 2017). As posições verticalizadas e os movimentos corporais usam a gravidade para ajudar na descida da cabeça do feto através da pelve e no apoio direto e uniforme da mesma no colo do útero (Costa et al., 2023; Lawrence et al., 2013). Acrescentam ainda que a posição vertical intensifica a força, a regularidade e a frequência das contrações uterinas, tendo um impacto direto na dilatação cervical.

a) Estratégias facilitadoras para promover a progressão fetal no estreito superior da bacia²

Os movimentos que promovem a progressão do feto no estreito superior da bacia caracterizam-se por promoverem o aumento da distância entre o promontório e o púbis e aumento do diâmetro ântero-posterior do estreito superior (Pares & Calais-Germain, 2009; Sequeira et al., 2020; Costa et al., 2023). Assim, de acordo com os mesmos autores, a mulher, na posição escolhida, deve colocar as pernas semi-fletidas, em rotação externa, de modo a aumentar o diâmetro pretendido. Pode também, mantendo-se em rotação externa, fletir cada perna alternadamente de modo que feto se vá adaptando aos espaços ou até mesmo manter as duas pernas em extensão.

Estes movimentos podem ser realizados em diversas posições, no entanto, como já mencionado, se estes forem realizados associados à verticalidade, o sucesso da progressão do trabalho de parto é superior. A parturiente pode realizar estes movimentos em pé (ao andar, por exemplo), sentada na bola de parto, por exemplo (ter em atenção a não sentar diretamente sobre o sacro,

² *Contextualização relativa aos Planos de Cuidados – Caso clínico 1, 2, 3 e 4 do bloco de partos*

para não impedir o seu movimento), em quatro apoios ou de cócoras (Pares & Calais-Germain, 2009; Cardoso et al., 2023; Costa et al., 2023). Se necessitar de repouso, pode deitar-se e, neste caso, pode fletir as pernas, ou até mesmo adotar a posição de Sims (Nené et al., 2016; Balaskas, 2017; Sequeira et al., 2020). Importa adotar nos posicionamentos, o conceito de bacia livre, ou seja, realizar movimentos que permitam que a bacia se mova em todas as direções.

b) Estratégias facilitadoras para promover a progressão fetal no estreito médio e inferior da bacia³

Os movimentos da bacia que promovem a progressão do feto na escavação pélvica/ao nível ou na passagem das espinhas isquiáticas e estreito inferior caracterizam-se de maneira diferente. Sequeira et al. (2020) afirma que na posição escolhida pela mulher, e mantendo o conceito de bacia livre, a parturiente deve colocar uma das pernas em flexão > 90º em rotação interna e a outra em extensão, de modo a aumentar o diâmetro interespinhoso. Depois, pode alternar entre flexão e extensão, rotação externa/interna dos membros inferiores, aumentando e diminuindo, assim, o diâmetro entre as espinhas isquiáticas de modo ao feto se ir adaptando ao espaço da bacia e progredir (Pares & Calais-Germain, 2009; Balaskas, 2017; Sequeira et al., 2020).

A parturiente pode realizar estes movimentos em pé (com o tronco inclinado), sentada (na bola de parto), em quatro apoios ou de cócoras. Caso necessite de estar deitada, pode realizar os movimentos com a ajuda de uma almofada ou da bola amendoim (Balaskas, 2017; Cardoso et al., 2023; Pares & Calais-Germain, 2009).

Os dispositivos facilitadores do trabalho de parto auxiliam não só num posicionamento das parturientes mais eficaz, como também, promovem o conforto e o bem-estar. Assim, importa que as parturientes identifiquem os dispositivos facilitadores do seu trabalho de parto, reconheçam a sua utilidade e os saibam utilizar (Cardoso et al., 2023; Costa et al., 2023; Pares & Calais-Germain, 2009). Os principais dispositivos que são utilizados são a bola de parto, bola em forma de amendoim, disco insuflável e o rebozo.

³ *Contextualização relativa aos Planos de Cuidados – Caso clínico 1, 2, 3 e 4 do bloco de partos*

c) Estratégias facilitadoras para promover o período expulsivo⁴

A OMS (2020) recomenda a adoção da posição de nascimento, de acordo com a escolha individual da mulher, incluindo posições verticais. A DGS (2023) recomenda também a assistência da parturiente na adoção da posição que escolheu para o parto, como por exemplo, o decúbito dorsal, semi-sentada, sentada no banco de partos, ou em quatro apoios.

As posições supinas apresentam-se prejudiciais para o parto, uma vez que promovem a compressão dos grandes vasos maternos pelo útero, comprometendo a circulação fetal e materna; diminuem a força da gravidade, não favorecendo o período expulsivo; não permitem mobilidade do sacro e aumentam a percepção da dor (Garbelli et al., 2021; Zang et al., 2020). Os mesmos autores referem que esta posição é por vezes utilizada, pela promoção da sensação de segurança do profissional que assiste o parto, uma vez que esta posição facilita a avaliação da CTG e a acessibilidade ao períneo.

A adoção de posições verticais durante o parto apresentam diversas vantagens: impedem a compressão dos grandes vasos maternos, promovendo a circulação fetal e materna; aumentam a força da gravidade; aumentam os diâmetros da bacia melhorando a estática fetal, encaixe e descida da apresentação fetal; diminuem o período expulsivo; melhoram a tolerância à dor e permitem uma participação ativa da parturiente no parto (Garbelli et al., 2021; Zang et al., 2020).

O EEESMO pode orientar a parturiente a assumir determinadas posições de acordo com a condição materna ou fetal no momento. Por exemplo, o decúbito lateral permite maior repouso, desaceleração do período expulsivo e padrões de frequência cardiorfetal mais tranquilizadores (Barbosa, 2018; Garbelli et al., 2021; Sequeira et al., 2020). A posição de cócoras é uma das posições em que o estreito inferior se amplia mais e corresponde automaticamente à manobra de McRoberts, proporcionando vantagem mecânica. No entanto, é uma posição cansativa por exigir equilíbrio postural e sustentação do peso sobre os membros inferiores (Barbosa, 2018; Garbelli et al., 2021; Sequeira et al., 2020). Relativamente à posição de quatro apoios, esta é ideal em casos de variedades fetais posteriores, uma vez que diminuem a dor e pressão lombosagrada, permitindo efetuar movimentos livres da bacia (Balaskas, 2017; Sequeira et al. 2020). É também indicada quando o segundo estadio de TP se desenrola rapidamente,

⁴ *Contextualização relativa aos Planos de Cuidados – Caso clínico 2 e 3 do bloco de partos*

resultando em menores traumas perineais (Balaskas, 2017; Sequeira et al. 2020). Quanto à posição de pé, os mesmos autores defendem que é uma posição que permite total liberdade de movimentos e facilita a rápida transição para outras posições.

A ACOG (2019) e a OMS (2020) reforçam a necessidade de encorajar as mulheres a adotarem uma posição à sua escolha durante o trabalho de parto e parto, a deambularem livremente, uma vez que não há um trabalho de parto ou uma posição de nascimento ideal. Assim, é necessário que o EEESMO assegure que a mulher perceba a relação entre as posições corporais e mobilidade com os diâmetros da pelve e sua implicação na evolução do trabalho de parto. Importa também que a grávida identifique e realize os movimentos e posições corporais facilitadoras do início e progressão do seu trabalho de parto e nascimento do bebê (Vaz et al., 2021; Cardoso et al., 2023). A aquisição de competências e habilidades por parte da parturiente para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto, influencia positivamente a sua evolução (Cardoso et al., 2023).

- **Conhecimento e capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto**

A vivência da dor do trabalho de parto é pessoal e inevitável e a ativação dos recursos para lidar com ela depende de diversos fatores. De facto, a dor é influenciada por processos cognitivos e experimentada dentro do contexto do significado que a mulher atribui ao trabalho de parto (Cardoso et al., 2023). A maioria das parturientes percebe a importância de lidar com a dor durante o trabalho de parto, uma vez que desejam uma experiência de parto positiva, no entanto, algumas mulheres não possuem conhecimento/capacidade para implementar estratégias que promovam uma gestão adequada da dor experienciada (Bonapace et al., 2018; Ibrahim et al., 2024).

A estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto constituem um método eficaz no alívio da dor e são utilizados como complemento aos agentes farmacológicos, ou como principal fonte de alívio da dor (Gallo et al., 2018; Ibrahim et al., 2024). Apresentam-se muito vantajosas pela baixa complexidade e custo, podendo ser utilizadas de acordo com a adaptação e desejo de cada mulher (Bonapace et al., 2018; Ibrahim et al., 2024; Smith et al., 2018). Neste contexto, o uso de métodos não farmacológicos incentiva não só a colaboração

ativa da parturiente e o envolvimento na gestão do seu trabalho de parto, como também promove a envolvimento do companheiro no processo (Ibrahim et al., 2024; Nunes et al., 2019).

Desta forma, necessitam que os profissionais de saúde orientem e incentivem a identificação de recursos que mais se adequam a si, de forma a lidar com a dor eficazmente. O EEESMO deve promover a comunicação, objetivando que a mulher e pessoa significativa verbalizem as expectativas e emoções e revelem as suas necessidades de informação de forma fluida (Borrelli et al., 2023; Bradfield et al., 2019). Deve proceder à avaliação do conhecimento e da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto, assim como, perceber o significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto. O plano de parto constitui um instrumento útil para perceber as expectativas e preferências de cada mulher, orientando na definição de prioridades na apresentação das diversas estratégias (Cardoso et al., 2023).

O envolvimento da pessoa significativa constitui também um recurso valioso para a parturiente no que concerne ao lidar com a dor de trabalho de parto (Cardoso et al., 2023). A presença da pessoa significativa é uma fonte de apoio emocional, conforto e encorajamento, o que permite diminuir os níveis de ansiedade e stress secundários à vulnerabilidade, diminuindo assim também o nível de percepção de dor (Dodou et., 2014; Silva, 2021).

A respiração profunda (com expiração longa); vocalização (com a garganta solta); movimento das pélvis, identificação de estados de tensão/relaxamento; massagem, aplicação de calor, duche com água quente durante o trabalho de parto reduzem a percepção de dor periférica até níveis fisiológicos (Cardoso et al., 2023; Ibrahim et al., 2024). Assim, as principais estratégias não farmacológicas para lidar com a dor durante o TP descritas na literatura são:

- **Uso de água** - Promove a redução da tensão muscular e conseqüente diminuição da sensação de dor, através do calor da água quente (Cardoso et al., 2023; RCOG, 2021). A água quente promove o relaxamento, diminuição das catecolaminas, aumento da ocitocina e progressão mais rápida do trabalho de parto na fase ativa.
- **Aplicação de calor/frio** - O calor aumenta a temperatura local da pele e ativa a circulação, reduz os espasmos musculares e aumenta o limiar da dor, por outro lado, o frio pode atenuar a sensação de dor e possíveis edemas e hematomas dos tecidos quando estes ocorrem (OMS, 2018; Sequeira et al., 2020).

- **Massagem suave** - A massagem suave promove o relaxamento muscular, diminuindo a dor e a ansiedade. Aumenta a sensação de segurança principalmente quando realizada pela pessoa significativa, aumentando também o conforto e o humor (Cardoso et al., 2023; OMS, 2018). Pode estimular a produção de hormonas analgésicas e bloquear os estímulos dolorosos. Uma vez que a realização da massagem aumenta o bem-estar, este efeito é potenciado se realizado pela pessoa significativa, dado o vínculo emocional (Bonapace et al., 2018; Salamon, 2018; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).
- **Técnicas de respiração** - Consiste numa das técnicas mais utilizadas pois é uma das ferramentas mais eficazes ao dispor da mulher. É utilizada para desviar a atenção da sensação de dor, permitindo aliviá-la e criar uma sensação de calma e confiança (foco na respiração, aumenta a sensação de gestão da contração) (Mira et al., 2021). Quando bem aplicada e treinada, torna a parturiente capaz de ajustar a respiração à intensidade da contração (Cardoso et al., 2023; Haseli & Hashemzadeh, 2019).
- **Mobilidade verticalidade e alternância de posições** - A adoção de posições verticais e deambulação durante o TP melhoram a circulação materno-fetal, oxigenação fetal, produzem contrações uterinas mais eficazes e aliviam a dor (Balaskas, 2017). O mesmo autor defende que o instinto e conhecimento do seu corpo, orienta a mulher na adoção da posição mais confortável, o que permite minimizar a dor. Além disso, aumenta a sensação de liberdade e autonomia, promovendo uma maior sensação de bem-estar. Cardoso et al., (2023) defende que a limitação da mobilidade está diretamente relacionada com o aumento da percepção de dor, assim, a mulher deve ser incentivada a perceber qual a posição que lhe proporciona mais conforto, movendo-se em função dessa percepção, mantendo a liberdade de movimentos. A alternância de posições pode ser auxiliada por dispositivos que apoiem a grávida a ficar confortável como a bola de parto, banco de parto, barras ou faixas para suspensão (Bonapace et al., 2018; Cardoso et al., 2023; Lawrence et al., 2013).
- **Ambiente da sala de partos** – A sensação de conforto proporcionada pela experiência de um ambiente familiar promove o relaxamento muscular, produção de ocitocina, assim como de endorfinas, que estão diretamente relacionadas com a diminuição da sensação de dor (Cardoso et al., 2023). Assim, e de acordo com as mesmas autoras, os principais elementos que contribuem para um ambiente de parto calmo e tranquilizador

são: privacidade; posição da cama; iluminação; janelas; sons/barulho; decoração, móveis e equipamentos; aspetos olfativos; itens pessoais; espaço para se mover, dispositivos facilitadores do trabalho de parto, chuveiro e casa de banho privativa; elementos culturais, espirituais ou religiosos significativos para a mulher.

- **Técnicas de relaxamento** - Sendo adaptadas a cada mulher, estas técnicas melhoram o bem-estar mental e físico e reduzem a ansiedade durante o trabalho de parto (OMS, 2018; Smith et al., 2018). Incluem por exemplo, o relaxamento muscular, hipnose, música, aromaterapia e imaginação guiada.

- *Relaxamento muscular*: Para promover o relaxamento muscular deve ser incentivada a consciencialização das tensões corporais e depois o relaxamento intencional dessas áreas. Este método conserva energia e promove um maior relaxamento consciente entre as contrações, tornando as pausas mais repousantes (OMS, 2018; Sequeira et al., 2020; Cardoso et al., 2023).

- *Música*: Ouvir música desperta a imaginação, recordações, bem-estar, melhora o humor, promove a distração da dor de trabalho de parto e melhora o relaxamento. Estudos relatam que a música liberta endorfinas e conseqüentemente, os níveis de serotonina. A música tem efeito diferente em diferentes mulheres e em diferentes momentos e a sua escolha da música é sempre em função das preferências individuais e das sensações que se pretendam obter a cada momento (Cardoso et al., 2023; Chuang et al., 2019).

- *Aromaterapia*: Consiste na utilização de óleos essenciais, à base de produtos naturais, cujas indicações terapêuticas são diversas. Para controlo da dor, existem aromas como a lavanda ou a hortelã pimenta (Bertone & Dekker, 2021; Ghiasi et al., 2019).

- **Nascimento**

A adaptação à vida extrauterina é um período crítico na vida do recém-nascido, pois este tem de se ajustar às alterações fisiológicas e comportamentais que têm início logo após o parto. Em situações normais, o recém-nascido de termo faz esta adaptação – que decorre num período médio de entre seis e oito horas após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Sequeira et al., 2020; Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2022).

Embora a maioria dos RN realize sem dificuldades a adaptação à vida extrauterina, o seu bem-estar depende dos cuidados imediatos que lhe são prestados.

a) Laqueação tardia do cordão umbilical

Após o nascimento, o responsável pelo parto deve proceder à laqueação tardia do cordão umbilical, no mínimo um minuto após o nascimento ou até o mesmo deixar de pulsar, excetuando em situações de risco (hipotonia e depressão respiratória ao nascimento, malformação major, restrição de crescimento fetal grave, rotura do cordão umbilical) (ACOG, 2020; DGS, 2023; OMS, 2018). A laqueação tardia do cordão promove a manutenção da circulação sanguínea da placenta para o RN, após o início da ventilação, proporcionando uma transição mais fisiológica da vida fetal para a neonatal (ACOG, 2020; SPN, 2022). Nos RN de termo, a laqueação tardia do cordão aumenta o valor de hemoglobina ao nascimento, melhora o armazenamento de ferro e diminui a anemia por déficit de ferro durante o primeiro ano de vida (ACOG, 2020; SPN, 2022).

b) Contacto pele com pele

Os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com as suas mães, durante a primeira hora de vida, após o nascimento, para promover a adaptação ao meio extrauterino (OMS, 2020; Silva et al., 2022; Widstrom et al., 2019). O contacto pele a pele com a mãe previne a hipotermia e consequentemente mantém os níveis de glicose, promove a amamentação, favorece a colonização da pele do recém-nascido pelo microbioma da mãe e contribui para a estabilidade cardiorrespiratória (Rezer et al., 2022; Silva et al., 2022).

A SPN (2022) segue as mesmas orientações, referindo que todos os RN, com mais de 35 semanas, sem complicações, devem ser colocados em contacto pele-a-pele precoce com a mãe, durante a primeira hora de vida. A promoção do contacto pele com pele deve ocorrer junto ao abdómen materno, conforme preferência materna (exceto quando o comprimento do cordão não o permite) (DGS, 2023; Widstrom et al., 2019). O RN deve ser colocado em decúbito ventral e em contacto direto com o peito da mãe, deve também ter a cabeça rodada para a face da mãe ou do acompanhante (DGS, 2023; Widstrom et al., 2019). No que concerne à segurança do recém-nascido, existem aspetos que devem ser tidos em conta pelo EEESMO, como a exposição

e visibilidade da face, nariz e boca do RN; evitar as perdas de calor do RN através da colocação de um lençol aquecido e de um gorro; assegurar que o RN mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus muscular, vitalidade e resposta aos estímulos adequados (DGS, 2023; Widstrom et al., 2019). Finalmente, deve assegurar a prevenção de quedas do RN, orientando a mãe para o risco de queda do RN e medidas de prevenção (DGS, 2023).

O contacto pele com pele tem inúmeras vantagens. Para a mãe, favorece uma expulsão mais precoce da placenta, reduz o sangramento pós-parto, diminui os níveis de stresse e favorece a ligação mãe/filho pela estimulação da produção de ocitocina (ACOG, 2020; Brimdyr et al., 2020). A produção de ocitocina tem um aumento exponencial durante a primeira hora de vida do recém-nascido (Brimdyr et al., 2020; Nóbrega et al., 2023; Silva et al., 2022). Relativamente ao bebé, o contacto com a mãe promove uma melhor adaptação ao meio extrauterino e termorregulação. O mesmo autor refere que o contacto pele a pele potencia o início da amamentação, bem como o seu estabelecimento (ACOG, 2020; Nóbrega et al., 2023; Silva et al., 2022).

O contacto pele a pele implica um processo consistente, com contato imediato e ininterrupto entre a mãe e o bebé por uma hora ou mais, após o nascimento (Widstrom et al., 2019). Neste período, o recém-nascido encontra-se mais ativo, desperto e comunicativo. Este processo, também designado por “*golden hour*”, pode ser encarado como um comportamento instintivo de sobrevivência, com o objetivo de sugar e mamar e é constituído por nove passos: primeiro choro, relaxamento, despertar, atividade, descansar, rastejar/deslizar, familiarizar-se, mamar e adormecer (Brimdyr et al., 2020; Widstrom et al., 2019).

c) Administração de vitamina K e profilaxia ocular

Os recém-nascidos com peso superior a 1500g devem receber 1 mg de vitamina K por via intramuscular, após o nascimento, para prevenir a doença hemorrágica por défice de vitamina K (OMS, 2018; SPN, 2022; DGS, 2023). Esta recomendação é baseada no facto de no nascimento, o bebé ter poucas reservas de vitamina K com uma semivida curta.

A oftalmia neonatal é definida como qualquer conjuntivite que ocorre nos primeiros 28 dias de vida. A causa mais comum desta patologia atribui-se à clamídia e gonorreia (SPN, 2022). Não existe um consenso sobre a profilaxia da oftalmia neonatal. A OMS (2020) e a Academia

Americana de Pediatria (AAP) recomendam a profilaxia ocular tópica para prevenção de conjuntivite em todos os RN. Por outro lado, a SPN (2022) não recomenda a administração de profilaxia a todos os recém-nascidos, recomendando apenas a aplicação de antibiótico tópico oftálmico (Oxitetraciclina) nos olhos, durante a primeira hora de vida nas situações de risco. A presença de história e/ou fatores de risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) nos pais e gestações não vigiadas ou mal vigiadas são consideradas fatores de risco.

d) Avaliação física do recém-nascido

O índice de Apgar, associado ao peso à nascença e idade gestacional constituem fatores essenciais na avaliação da vitalidade e maturidade do recém-nascido, devendo ser avaliado ao 1º, 5º e 10º minuto (DGS, 2023; Queiroz, Gomes & Moreira, 2018; Rezer et al., 2022). Estes autores referem que o índice de Apgar reflete a adaptação extrauterina imediata do recém-nascido e tem por base a avaliação de 5 parâmetros: frequência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. O valor do Apgar varia de 0 a 10 (10 constitui o valor ótimo), atribuindo-se no máximo 2 pontos a cada parâmetro.

A DGS (2023) e a SPN (2022) recomendam uma avaliação física breve do recém-nascido na sala de partos e, se clinicamente estável, deve manter-se em contacto pele com pele com a mãe, sendo que nas primeiras duas horas, o RN deve ser observado com uma frequência de 15 minutos. Após este período, principalmente nas primeiras seis a oito horas pós-parto, o RN deve ser avaliado a cada 30 a 60 minutos (SPN, 2022). A avaliação minuciosa e competente do RN no período pós-parto é importante, não só para facilitar a sua adaptação extrauterina, como também para prevenir complicações (Schardosim et al., 2018; Sequeira et al., 2020).

A avaliação inicial do RN após o nascimento, através do exame físico sumario, permite ao enfermeiro identificar precocemente alterações ou respostas não adaptativas. Após o nascimento, os primeiros ciclos respiratórios do RN são irregulares e variam entre os 30 e 60 cpm, podendo apresentar breves períodos de apneia, sempre inferiores a 15 segundos (Rezer et al., 2022; Schardosim et al., 2018; Sequeira et al., 2020). A frequência cardíaca deve ser avaliada ao nível do ápex cardíaco com estetoscópio, e deve situar-se entre 120 e 160 bpm (Rezer et al., 2022; Sequeira et al., 2020). De forma a avaliar o tônus muscular, deve atender se ao grau de flexão e movimento dos membros superiores e inferiores, assim como, a irritabilidade reflexa pela resposta à estimulação do pé do RN ou choro (Rezer et al., 2022; Schardosim et al.,

2018; Sequeira et al., 2020). A coloração da pele deve ser descrita como rosada, pálida ou cianótica (Rezer et al., 2022; Schardosim et al., 2018; Sequeira et al., 2020).

As recomendações sugerem que a sala de partos seja mantida entre 25 e 28 graus Celsius e que o exame seja realizado sob uma fonte de calor, garantindo que a temperatura corporal do recém-nascido se mantenha entre 36,5 e 37 graus Celsius (Rezer et al., 2022; Schardosim et al., 2018; Sequeira et al., 2020). Uma vez que a exposição ao frio aumenta o consumo de oxigênio, levando à vasoconstrição pulmonar e periférica, o RN deve também ser envolvido num lençol quente, e seco com movimentos suaves (DGS, 2023; Rezer et al., 2023; SPN, 2022).

As primeiras 24 horas correspondem ao período no qual se espera que o RN se adapte ao meio extrauterino (Schardosim et al., 2018; Sequeira et al., 2020). Os mesmos autores referem que o RN deve ser capaz de manter padrões adequados de respiração - sem sinais de dificuldade respiratória ou presença de secreções. Quanto à circulação, o RN pode apresentar acrocianose por circulação periférica lenta, mantendo uma FC entre os 120 e os 160 bpm (Nené et al., 2016; Sequeira et al., 2020). Relativamente ao sistema nervoso, o RN deve apresentar as fontanelas moles e normotensas; reflexos primários presentes (reflexo de Moro, sucção reflexa, reflexo de busca, preensão palmar, preensão plantar); choro vigoroso, boa tonicidade muscular, movimentando todas as extremidades (Sequeira et al., 2020). O funcionamento gastrointestinal e urinário também devem ser avaliados, observando a presença de distensão abdominal, características do coto umbilical, presença de vômito, padrão de eliminação urinária/intestinal de acordo com o expectável, amamentação/alimentação e capacidade de termorregulação (Sequeira et al., 2020). A mamada pode ser uma boa oportunidade para avaliar a presença de reflexo de busca, sucção e deglutição. A avaliação física do recém-nascido implica a observação dos sistemas corporais, no sentido céfalo caudal e deve focar-se sobre os aspetos normais (Sequeira et al., 2020).

2.1.2. Sensações somáticas

- **Dor no Trabalho de Parto**

A dor é caracterizada por Rajaa et al. (2020), como uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial. As pessoas apreendem o conceito de dor ao longo da vida, sendo esta uma experiência pessoal, influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A dor de trabalho de parto é classificada como *“sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto.”* (ICN, 2019). As contrações uterinas e a dilatação cervical durante o primeiro estadiu de TP, assim como, a dilatação da vagina e do assoalho pélvico durante o segundo estadiu do TP são responsáveis pela dor de trabalho de parto (Bonapace et al., 2018; Ibrahim et al., 2024; Nené et al., 2016). O mecanismo da dor no trabalho de parto ocorre então por: hipoxia do miométrio durante a contração por compressão dos vasos; compressão dos nervos do colo e do segmento inferior; estiramento do colo do útero e do peritoneu adjacente (Graça, 2017; Mira et al., 2021). Uma das funções da dor de trabalho de parto é indicar o início e evolução do trabalho de parto, assim como, orientar os esforços expulsivos maternos, guiando o corpo da mulher a encontrar posições e movimentos que aliviem a sensação de dor, enquanto promovem a expulsão do feto (Bonapace et al., 2018; Mira et al., 2021).

A progressão do TP depende do estímulo para produzir ocitocina de modo regular e proporcional (Nené et al., 2016; Graça, 2017; Ibrahim et al., 2024). Este estímulo é dado pelas catecolaminas secundárias à dor intermitente experienciada. Assim, à medida que a grávida percebe um aumento da sensação de dor resultante das contrações, aumenta também a produção de catecolaminas (ativadas pelo sistema nervoso simpático) e consequentemente a produção de ocitocina e endorfinas (ativada pelo sistema nervoso parassimpático) para aumentar a tolerância à dor (Fernandes & Andrade, 2009; Graça, 2017). O relaxamento sentido pela parturiente na fase da ausência de contração permite que esta entre num estado de calma profunda que vai ativar, por sua vez, o sistema nervoso parassimpático, aumentando a produção de ocitocina (Ibrahim et al., 2024; Nené et al., 2016).

Quando as catecolaminas são produzidas de forma constante, ou seja, quando são secundárias a uma vivência de dor constante, inibem a produção de ocitocina e endorfinas (Olza et al., 2020). Esta situação pode atrasar o trabalho de parto e prolongar a sensação de dor aguda. A elevada concentração de catecolaminas secundárias à excessiva atividade do sistema nervoso simpático gerada pela dor e ansiedade originam diminuição do fluxo uteroplacentário com hipoxia fetal e acidose (Fernandes & Andrade, 2009; Graça, 2017).

Graça (2017) refere que o tipo de dor do trabalho de parto se caracteriza em dor da dilatação cervical e dor do período expulsivo.

A dor de dilatação cervical refere-se à sensação de dor durante o primeiro período do trabalho de parto, associada às contrações uterinas – caracterizando-se por uma sensação de dor de intensidade e frequência progressiva, associada a contrações do útero e dilatação cervical que ocorrem durante o TP. Muitas mulheres identificam a localização deste tipo de dor na região inferior do abdómen e região lombar (Ibrahim et al., 2024; Mira et al., 2021).

A dor de período expulsivo caracteriza-se por uma distribuição da dor ao fundo do abdómen, períneo e sacro, tornando-se a duração constante e intensa quando a dilatação cervical está completa (Ibrahim et al., 2024; Mira et al., 2021).

- **Dor no Pós-Parto**

No puerpério, a mulher pode experienciar a sensação de dor por trauma perineal, por inexperiência e incapacidade de manter a técnica de amamentação ou até mesmo pela contração fisiológica uterina.

A dor perineal pode causar mobilidade reduzida e desconforto, interferir no estabelecimento da amamentação, assim como, no desenvolvimento de atividades da vida diária, como os cuidados ao recém-nascido, autocuidado, higiene do sono e repouso (Peleckis et al., 2017; Sequeira et al., 2020; Tomaz, Brito & Riesco, 2022). A dor perineal pode ainda ter impacto na vida sexual e familiar, causando problemas psicológicos e emocionais durante o puerpério (Almeida et al., 2020; Holanda et al., 2014). A caracterização da dor a nível perineal, assim como, os métodos usados para seu controlo, são importantes para diminuir o desconforto, oferecendo à mulher a

possibilidade de vivenciar a maternidade de forma mais positiva e prazerosa (Tomaz, Brito & Riesco, 2022).

Os métodos mais utilizados para aliviar a dor perineal são os analgésicos orais, anestésicos locais e crioterapia (ACOG, 2018; Sequeira et al., 2020; Tomaz, Brito & Riesco, 2022). Deve ser administrado às mulheres que vivenciam dor perineal, analgésicos como o paracetamol, para alívio da dor (Tomaz, Brito & Riesco, 2022). O método preferencial para controlo da dor puerperal deve ser o paracetamol oral (OMS, 2022). O paracetamol, normalmente é utilizado em doses de 1000mg por via oral, com uma frequência de 8 horas. Os efeitos adversos que podem ocorrer com mais frequência são as náuseas, vômitos, sonolência ligeira e sensação de ardor faríngeo (Infarmed, 2019). A Ordem dos Farmacêuticos (2020) salienta que o paracetamol é considerado seguro durante a amamentação, pela baixa quantidade de fármaco transferida para o leite, representando apenas uma pequena proporção da dose terapêutica para o bebé. A OMS (2022) salienta que os analgésicos opiáceos só devem ser prescritos se a mulher não tiver alcançado o alívio da dor com os tratamentos não opioides.

A aplicação de gelo, envolvido em compressas, entre 10 e 20 minutos é recomendada para reduzir a dor perineal após o parto, de acordo com a tolerância de cada puérpera. Esta técnica deve ser oferecida às mulheres para melhorar o nível de dor, assim como aumentar o conforto (ACOG, 2018; Francisco et al., 2012; Tomaz, Brito & Riesco, 2022; OMS 2022). A mulher pode também lidar com a dor perineal, através da alteração de posicionamento, evitando sentar-se diretamente sobre o períneo, recorrendo a uma almofada, por exemplo.

A puérpera pode também experienciar sensação de dor, pela estimulação das contrações uterinas devido à ocitocina endógena ativada pela amamentação, nestes casos, pode recorrer, por exemplo, à técnica da respiração. A dor mamilar, devido à técnica de amamentação inadequada, também pode estar presente, desta forma o EEESMO deve procurar assistir o processo de amamentação, de modo a prevenir lesões mamilares e complicações futuras que podem originar o abandono da amamentação.

2.1.3. Procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica Médica

- **Cateter epidural**

O controlo da dor com métodos farmacológicos tem vindo a ser cada vez mais utilizado, uma vez que as mulheres demonstram receio em vivenciar a experiência da dor de trabalho de parto, não deixando, no entanto, de querer ter a experiência de um parto vaginal (Aragão et al., 2019; Maia & Costa, 2023). Como referido anteriormente, a vivência da dor pode ser um fator de stress e ansiedade para a mulher e, dessa forma, afetar negativamente a vivência do trabalho de parto. Assim, a parturiente deve ter acesso à analgesia quando a solicitar, sem nunca deixar de ser informada sobre os seus efeitos secundários (Aragão et al., 2019; Maia & Costa, 2023). O EEESMO deve ter formação específica sobre a terapêutica que irá ser administrada, assim como, a técnica de administração com objetivo de ter participação ativa e eficaz durante o processo (Sequeira et al., 2020). Deve também supervisionar a grávida durante a administração da analgesia, assim como, vigiar o possível surgimento de efeitos secundários, ao longo do trabalho de parto.

A analgesia regional é o método para alívio da dor mais utilizado durante o trabalho de parto e consiste na administração de fármacos no espaço epidural ou subaracnoídeo, de modo a inibir a transmissão do impulso nervoso doloroso (Cunha et al., 2020; Graça, 2017; Maia & Costa, 2023). A analgesia raquidiana é administrada no espaço subaracnoide, ao passo que a epidural é aplicada no espaço peridural (Imani et al., 2021; Rahmati et al., 2021). O efeito desta última depende do local onde foi colocado o cateter e, muitas vezes, é necessário mais tempo até começar a fazer efeito no período expulsivo. Por sua vez, a administração de medicação no espaço subaracnoide proporciona um bloqueio sacral mais rápido e eficaz (Imani et al., 2021; Rahmati et al., 2021).

A analgesia epidural é, atualmente, a mais utilizada durante o trabalho de parto e parto (Cunha et al., 2020; Maia & Costa, 2023). A OMS (2020) refere que a analgesia epidural é recomendada para parturientes saudáveis, quando as mesmas a solicitam para alívio da dor, durante o trabalho de parto.

Graça (2017) defende que a técnica do bloqueio epidural deve ser realizada durante a fase ativa do TP por se considerar que o pode prolongar, quando administrada durante a fase latente. Cunha et al. (2020), por outro lado, refere que a administração de analgesia epidural numa fase precoce do trabalho de parto não o retarda de forma significativa. Acrescenta também que o período de administração da analgesia epidural deve depender da vontade materna.

O bloqueio epidural é realizado de forma asséptica com a grávida deitada de lado ou sentada, procedendo-se à inserção do cateter epidural normalmente em L3-L4 ou L4-L5, de modo a prevenir a punção inadvertida da medula espinal (Cunha et al., 2020; Graça, 2017; Nené et al., 2016). Após a desinfeção da região lombar, procede-se à anestesia local da pele e dos tecidos profundos e depois então, à inserção do cateter epidural (Cunha et al., 2020; Graça, 2017).

Após inserção do cateter, administra-se através deste, uma mistura de fármacos analgésicos – anestésico local (Cloridato de Ropivacaína) e analgésico opioide (Citrato de Sufentanil). O início de ação ocorre entre 10 e 15 minutos, aproximadamente (Cunha et al., 2020; Graça, 2017). Quando uma mulher se encontra perto de parir, uma única injeção de anestésico local, como a bupivacaína ou ropivacaína, com um opioide, por exemplo fentanil ou sufentanil, pode fornecer analgesia até uma a duas horas (Shatil & Smiley, 2020).

Os efeitos secundários à administração destes analgésicos incluem: sedação; hipotensão; tontura; náusea e vômito; dormência e bloqueio motor dos membros inferiores; prurido; cefaleia; arrepios; retenção urinária e hipoxia fetal (Infarmed, 2019 e 2022). Face à possibilidade de hipotensão materna, quando inserido o cateter epidural e administração de analgesia, recomenda-se a administração de soroterapia – Solução de Lactato de Ringer (DGS, 2023; Imani et al., 2021; Rahmati et al., 2021). Os mesmos autores recomendam que o EEESMO realize a monitorização da pressão sanguínea e frequência cardíaca a cada cinco minutos durante os primeiros 20 minutos, assim como a vigilância do bloqueio motor no final dos primeiros 20 minutos, após a administração da analgesia, através da escala de *Bromage*. A vigilância das micções urinárias também deve ocorrer, sendo que, se ao final de seis horas não existir micção, deve ser avaliada a presença de globo vesical. Recomenda-se também a monitorização da cardiocardiografia contínua (DGS, 2023). No entanto, alguns autores questionam a pertinência desta intervenção para assegurar o bem-estar fetal (FIGO, 2015; Graça, 2017).

A vantagem da analgesia epidural consiste na facilidade da gestão da mesma, podendo esta ser administrada em bólus intermitente, perfusão contínua, PCEA (Analgesia Epidural Controlada pela Paciente) ou transformada em anestesia epidural, em caso de cesariana (Graça, 2017). As

vantagens da analgesia epidural são a analgesia completa, ausência de sedação e permanência do cateter epidural que permite a administração de doses subsequentes. Por outro lado, as desvantagens são a possibilidade da ocorrência dos efeitos adversos secundários à administração da medicação e da inserção do cateter epidural (hematoma epidural/subdural; lombalgias no puerpério e punção acidental da duramáter com cefaleia que surge habitualmente 24 a 48 horas depois da inserção do cateter) (Graça, 2017; Sequeira et al., 2020).

A *Walking epidural* é uma técnica analgésica por via epidural com uma dose baixa de anestésico local que impede o bloqueio moto e permite a liberdade de movimentos e deambulação da grávida, durante o trabalho de parto, assim como, a participação ativa durante o período expulsivo (Cunha et al., 2020; Sequeira et al., 2020; Thammaiah et al., 2023). A grávida mantém a percepção das contrações e da progressão do feto pelo canal de parto, no entanto, não tem sensibilidade à dor. Este tipo de técnica já é utilizada em algumas instituições e é essencial ao sucesso de trabalho de parto pela promoção da mobilidade e verticalidade e para o conforto da parturiente.

- **Cateter venoso periférico**

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

2.1.4. Comportamentos para amamentar

Todos os recém-nascidos devem ser amamentados após o nascimento, quando a mãe e o bebé estiverem clinicamente estáveis (OMS, 2020; Rezer et al., 2023). É recomendado que seja avaliada a primeira mamada, assim como, incentivar e assistir na amamentação, respeitando a opção materna, logo que o RN evidencie espontaneamente comportamento para mamar (DGS, 2023).

A amamentação na primeira hora de vida, ainda no bloco de partos, à semelhança do contacto pele com pele, promove a recuperação pós-parto materna precoce (potencia a contração uterina e reduz o risco de hemorragia pós-parto) pela libertação de ocitocina (Nóbrega et al., 2023; Rezer et al., 2023; Silva et al., 2022). A amamentação promove também a ligação mãe/filho, uma vez que uma grande percentagem das mães associa o amamentar a um ato de amor, assim como, uma amplificação do seu papel de cuidadora (Nóbrega et al., 2023; Rezer et al., 2023; Silva et al., 2022).

A amamentação é benéfica também para o recém-nascido, uma vez que promove a regulação nutricional e glicémica (o colostro é altamente nutritivo e tem propriedades imunológicas), regulação térmica e cardiorrespiratória e o estabelecimento da amamentação (Nóbrega et al., 2023; Rezer et al., 2023; Silva et al., 2022). A amamentação na primeira hora de vida do RN é um fator preventivo da mortalidade neonatal, devido à colonização intestinal de bactérias saprófitas, encontradas no leite materno, e aos fatores imunológicos bioativos, adequados para o RN, presentes no colostro materno (SPN, 2022).

Assim, o papel do EEESMO é promover e orientar a puérpera no processo de amamentação desde a primeira hora de vida até que a díade esteja capacitada (Souza et al., 2022). O profissional deve ter um papel facilitador no processo, reformulando significados dificultadores (Sequeira et al., 2020; Souza et al., 2022). O profissional deve proporcionar tempo à díade para estabelecerem o contacto inicial, oferecer um ambiente tranquilo, assistir a mãe a posicionar-se confortavelmente, valorizar os receios e desejos da mãe e orientar a perceber os comportamentos do bebé para mamar espontaneamente, respeitando o processo natural de adaptação do recém-nascido (Nóbrega et al., 2023).

Algumas dificuldades no processo de amamentação que evoluem para o desmame precoce estão relacionadas com as características maternas, por exemplo: ausência de experiência anterior com a amamentação; desconhecimento das vantagens do amamentação; ausência de orientação sobre amamentação na maternidade e técnica inadequada de amamentação (Souza et al., 2020).

2.2. Planos de Cuidados

2.2.1. Bloco de Partos

- **PLANO DE CUIDADOS RELATIVO AO CASO CLÍNICO 1 DO BLOCO DE PARTOS**

Neste plano de cuidados irão ser incluídos os domínios: Parto, Sensações Somáticas e Procedimentos de Diagnóstico e Terapêutica Médica (onde se incluem o Cateter Epidural e o Cateter Venoso Periférico).

No domínio do Parto, são abordados os focos/diagnósticos: Trabalho de parto; conhecimento/capacidade para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e conhecimento/capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.

No domínio das Sensações Somáticas, é abordado o foco da dor (dor de trabalho de parto).

Cenário clínico:

Grávida com 31 anos em processo de indução de TP, deu entrada no bloco de partos por solicitação de analgesia epidural. Tem 39 semanas de gestação, com índice obstétrico 1G, 0P. Apresenta gravidez de baixo risco e não tem história clínica de relevo. Grupo de sangue materno: A+. Feto do sexo masculino, aparentemente sem patologia. Início da indução às 8h com misoprostol, 25mcg, via vaginal. Executado toque vaginal às 13h com colo uterino firme e intermédio, 3centímetros de dilatação e 50% de extinção. Administração de segunda dose de misoprostol, 25mcg, via vaginal, às 13h por contrações uterinas irregulares. Transferida às 14h para o bloco de partos.

Vem acompanhada pelo marido que irá ser o acompanhante durante o parto. Têm plano de parto e realizaram preparação para o parto.

Plano de cuidados relativo ao turno da tarde (14h-20h).

DOMÍNIO: PARTO
<p>DADOS:</p> <p>14h</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição do colo do útero: intermédio (segundo avaliação das 13h) ○ Extinção do colo do útero: 50% (segundo avaliação das 13h) ○ Consistência do colo do útero: firme (segundo avaliação das 13h) ○ Dilatação do colo do útero: 3 centímetros (segundo avaliação das 13h) ○ Frequência da contração uterina: 3 em cada 10 minutos ○ Duração da contração uterina: 20 segundos ○ Intensidade da contração: moderada ○ Integridade das membranas amnióticas: íntegras ○ Posição fetal: esquerda ○ Apresentação fetal: cefálica ○ Variedade fetal: indeterminada ○ Descida do feto: 1º plano de Hodge ○ Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) ○ Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea ○ Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado. No plano de parto, a grávida refere querer liberdade de movimentos com uso de materiais de apoio durante o trabalho de parto.
DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto ● Facilitar trabalho de parto
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar características do colo do útero, através do toque (SOS ou 4h/4h) - Avaliar características da contração uterina, através da CTG - frequência e duração (s/horário) - Avaliar bem-estar fetal, através da CTG contínuo ⁵(s/horário) - Avaliar integridade das membranas amnióticas, através do toque vaginal ou por observação/relato da grávida (s/horário) - Avaliar estática fetal, através do toque vaginal ou palpação abdominal.

⁵ De acordo com protocolo hospitalar, quando administrada analgesia epidural, existe a necessidade de CTG contínuo.

- Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida ou observação (s/horário)

- **Gerir ingestão de líquidos ⁶(s/horário)**
- **Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto (s/horário)**

- Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos promotores da progressão fetal no estreito superior da bacia. Em pé e apoiada no companheiro, incentivar a manter as pernas em rotação externa, com uma perna em extensão e outra em flexão. Depois deve realizar movimentos de anteversão e retroversão, inclinação externa e interna, circunduções e translações. Realizar os mesmos movimentos sentada na bola de parto.

- **Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico (SOS)**
- **Referenciar compromisso do estado do feto ao médico (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

15h: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 70%; consistência: mole; dilatação: 4 centímetros; padrão de contractilidade normal com 3 contrações em 10 minutos, duração de 40 segundos e intensidade leve; membranas amnióticas íntegras; posição fetal: esquerda; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: indeterminada; descida do feto: acima do 1º plano de Hodge; bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; sem períodos de desacelerações); sem perda sanguínea vaginal.

17h50: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 90%; consistência: mole; dilatação: 5 centímetros; padrão de contractilidade normal com 3 contrações em 10 minutos, duração de 45 segundos e intensidade leve; posição fetal: esquerda; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: OEA; descida do feto: 1º plano de Hodge; bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm, variabilidade: 5-25 bpm, alguns períodos de aceleração, sem períodos de desaceleração); sem perda sanguínea vaginal. Urinou previamente no WC.

- Dor do período de dilatação cervical (3/10 segundo escala numérica)

18h00: Rotura espontânea de membranas. Líquido amniótico claro, abundante e com cheiro suis generis. Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm, variabilidade: 5-25 bpm, período de 3 desacelerações precoces, durante 10 minutos após RBA); sem perda sanguínea vaginal.

⁶Segundo protocolo hospitalar, a parturiente deve apenas ingerir líquidos, a partir da fase ativa de trabalho de parto – esta temática irá ser discutida no capítulo relativo às competências adquiridas no âmbito do trabalho de parto e parto.

19h30: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 90%; consistência: mole; dilatação: 7 centímetros; padrão de contractilidade normal com 4 contrações em 10 minutos, duração de 50 segundos e intensidade moderada; posição fetal: esquerda; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: OEA; descida do feto: 2º plano de Hodge; bem-estar fetal - normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; 4 períodos de desaceleração precoce em 10 minutos); sem perda sanguínea vaginal. Urinou espontaneamente no WC.

- Dor do período de dilatação cervical: 2 (segundo escala numérica)

DOMÍNIO: SENSações SOMÁTICAS

DADOS:

14h: Transferida para o bloco de partos por solicitação de analgesia epidural por dor de trabalho de parto. Dor do período de dilatação cervical (5/10 segundo escala numérica), 3/3 minutos com duração de 20 segundos.

14h: Durante o procedimento para inserção do cateter epidural a grávida demonstra dificuldades em coordenar a respiração e manter o posicionamento, durante a contração. Refere que sente um “*grande desconforto*” pela dor sentida.

- No plano de parto, a parturiente refere que pretende analgesia epidural, quando solicitar, mas também o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor.
- Quando questionada se pensou em estratégias que a pudessem ajudar a relaxar ou aliviar a dor, a grávida refere que já tinha treinado a respiração e que acha que a mesma pode ajudar.

DIAGNÓSTICO: DOR

OBJETIVOS:

- Controlar dor de trabalho de parto
- Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto
- Determinar evolução da dor

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a parturiente perceba aumento do conforto
- Que a parturiente consiga gerir a dor do trabalho de parto eficazmente através das estratégias não farmacológicas
- Que a parturiente perceba quais as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto significativas para si

INTERVENÇÕES:

- **Avaliar evolução da dor (SOS)**
- **Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

- Orientar parturiente sobre as estratégias que normalmente a fazem relaxar no seu dia-a-dia.

- **Gerir analgesia, segundo protocolo (SOS) – 14h; 17h30 e 19h50**
- **Assistir parturiente a executar técnica não farmacológica para lidar com a dor (antes da administração da analgesia epidural e SOS)**

- Incentivar e orientar uso da técnica da respiração

- **Envolver pessoa significativa no trabalho de parto**

- Incentivar acompanhante a comunicar com a parturiente durante procedimento

DADOS DE AVALIAÇÃO:

- Durante a colocação da analgesia epidural, a parturiente inicia a técnica da respiração e refere menor perceção do estímulo doloroso, mantendo-se calma e colaborante.

14h20: Dor de trabalho de parto – 2/10

15h: Sem dor de trabalho de parto.

17h30: Dor do período de dilatação cervical (3/10 segundo escala numérica), 3/3 minutos com duração de 30 segundos.

17h50: Sem dor de trabalho de parto.

18h30: Sem dor de trabalho de parto.

19h30: Dor do período de dilatação cervical (2/10 segundo escala numérica).

19h50: Dor do período de dilatação cervical (4/10 segundo escala numérica).

DOMÍNIO: PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA MÉDICA
<p>DADOS:</p> <p>14h: Transferida para o bloco de partos por solicitação de analgesia epidural por dor de trabalho de parto.</p> <p>Dor do período de dilatação cervical (5/10 segundo escala numérica), 3/3 minutos com duração de 20 segundos.</p> <p>Sinais vitais: TA 117/66mmHg; FC 87bpm; SPO2 100% em ar ambiente; FR 17cpm.</p>
DIAGNÓSTICO: CATETER EPIDURAL
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar funcionamento do cateter • Determinar evolução da administração pelo cateter • Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural • Prevenir complicações relacionadas com cateter epidural
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimizar cateter epidural (s/horário) • Avaliar evolução da administração pelo cateter epidural (s/horário) <p>- Assistir durante procedimento de inserção do cateter epidural - preparar material, cateterizar uma veia de grande calibre⁷, administrar soroterapia – lactato de ringer;</p> <p>- Orientar a assistir a puérpera no posicionamento correto durante o procedimento.</p> <p>- Manter CTG contínuo e avaliar bem-estar fetal.</p> <p>- Monitorizar sinais vitais⁸.</p> <p>- Avaliar a eficácia da analgesia, através da escala numérica da intensidade da dor.</p> <p>- Avaliar função motora e sensitiva dos membros inferiores (20 minutos após administração de analgesia epidural ou SOS).</p> <p>- Informar sobre efeitos secundários e sinais de alerta.</p> <p>- Vigiar presença de efeitos secundários</p> <p>- Vigiar externamente o penso do cateter epidural.</p>

⁸ De acordo com a American Society of Anesthesiologists (2021), a parturiente, após lhe ser administrada analgesia neuroaxial, deve ficar, pelo menos, 20 minutos sobre observação de um EEESMO. Durante este período, a tensão arterial, a frequência cardíaca e a saturação de oxigénio devem ser avaliadas de 5 em 5 minutos ou, se possível, a cada 2 minutos nos primeiros 10 minutos. No hospital, estas vigilâncias dependiam do anestesista presente.

- Informar parturiente da necessidade em manter-se deitada nos primeiros 30 minutos e depois, incentivar à liberdade de movimentos e deambulação, de acordo com o seu conforto.
- Assistir primeiro levante após administração de analgesia epidural.

- **Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural (s/horário)**
- **Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico (SOS)**
- **Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

14h10: TA 111/61mmHg; FC 68bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 14cpm; **14h20:** Sem bloqueio motor. TA 115/69mmHg; FC 65bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 13cpm; Dor de trabalho de parto – 2/10 **14h30:** TA 117/65mmHg; FC 65bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **14h40:** TA 123/65mmHg; FC 65bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **14h50:** TA 123/70mmHg; FC 71bpm; SPO2 100% em ar ambiente; **15h:** Sem dor de trabalho de parto. TA 128/72mmHg; FC 71bpm; SPO2 99% em ar ambiente.

17h30: Dor do período de dilatação cervical (3/10 segundo escala numérica), 3/3 minutos com duração de 30 segundos. Sinais vitais: TA 135/73mmHg; FC 80bpm; SPO2 98% em ar ambiente. Urinou espontaneamente no WC.

17h40: TA 125/68mmHg; FC 71bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 14cpm; **17h50:** Sem bloqueio motor. Sem dor de trabalho de parto. TA 116/65mmHg; FC 78bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 15cpm; **18h:** TA 118/73mmHg; FC 69bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **18h10:** TA 123/65mmHg; FC 65bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **18h20:** TA 124/71mmHg; FC 72bpm; SPO2 100% em ar ambiente; **18h30:** Sem dor de trabalho de parto. TA 129/70mmHg; FC 79bpm; SPO2 99% em ar ambiente.

19h30: Dor do período de dilatação cervical (2/10 segundo escala numérica).

19h50: Dor do período de dilatação cervical (4/10 segundo escala numérica).

- Durante o turno a puérpera não apresentou efeitos secundários da analgesia epidural.

- Durante os levantes e posicionamentos, não apresentou dificuldade na mobilidade dos membros inferiores.

DOMÍNIO: PARTO
<p>DADOS:</p> <p>14h: Durante o procedimento para inserção do cateter epidural a grávida demonstra dificuldades em coordenar a respiração e manter o posicionamento, durante a contração. Refere que sente um “<i>grande desconforto</i>” pela dor sentida</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No plano de parto, a parturiente refere que pretende analgesia epidural, quando solicitar, mas também o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor. ○ Quando questionada se tinha pensado em estratégias que a pudessem ajudar a relaxar ou aliviar a dor, a grávida refere que já tinha treinado a respiração e que acha que a mesma pode ajudar.
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto • Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto
<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a parturiente escolha as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto significativas para si • Que a parturiente realize adequadamente as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto eficazmente
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário) <p>- Orientar parturiente sobre as estratégias que normalmente a fazem relaxar no seu dia-a-dia. - Perceber quais as estratégias que a parturiente considera como úteis para usar durante o trabalho de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir estratégia de relaxamento (s/horário) <p>- <i>Instruir técnica de respiração:</i> Referir que deve procurar respirar de acordo com o seu padrão habitual, procurando que a respiração seja ritmada, profunda e lenta (Balaskas, 2017). Quando sente o aumento da contração deve concentrar-se neste processo, de modo a conseguir distrair-se. Incentivar a fechar os olhos e sentir os pontos de apoio do corpo, observando as características da sua respiração (Cardoso et al., 2023). Pode colocar as mãos sobre o abdómen e inspirar devagar em relação às mãos e deixar o ar sair lentamente pela</p>

boca. Durante cada contração, a mulher deve ser encorajada a estar consciente da sua respiração e a expirar o ar totalmente. Se lhe for conveniente, durante a expiração pode emitir sons, de acordo com as suas necessidades (Bonapace et al.,2018; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

- **Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

Ao longo do turno, nos momentos em que tinha perceção de alguma contração ou quando o nível de dor aumentou, a parturiente iniciava exercícios de respiração.

DOMÍNIO: PARTO

DADOS:

- A parturiente refere *“durante a preparação para o parto falamos da importância de não estar deitada para o bebé descer e o trabalho de parto não atrasar, até treinamos na bola e fizemos movimentos com a bacia, há outras coisas que possa fazer?”*
- A parturiente refere *“acho que me sinto mais confortável a realizar os exercícios em pé, como é que os posso fazer?”*
- Enquanto está sentada na bola de parto, a parturiente realiza apenas movimentos de inclinação interna e externa.

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO

OBJETIVOS:

- Promover autocontrolo lidar com o trabalho de parto

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a parturiente adote posições corporais facilitadoras do início do trabalho de parto.
- Que a parturiente adote posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto.
- Que a parturiente adegue os dispositivos facilitadores de trabalho de parto aos posicionamentos eficazmente.

INTERVENÇÕES:

- **Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto (s/horário)**

- *Em pé*: instruir a manter as pernas em rotação externa, com uma perna em extensão e outra em flexão. Depois, deve realizar movimentos de anteversão e retroversão (“para trás e para a frente”), inclinação externa e interna (“para os lados”), circunduções (movimentos semelhantes ao infinito) e translações (junção dos métodos anteriores). Referir que pode apoiar as mãos na cama ou até mesmo recorrer ao acompanhante, colocando as mãos sobre os seus ombros ou mesmo em torno do pescoço. Se colocar as mãos em torno do pescoço, o companheiro deve manter os ombros relaxados, fletir ligeiramente os joelhos e contrair os músculos das nádegas, de modo a criar apoio na coluna (Balaskas, 2017). Reforçar que este movimento é importante para ampliar a parte superior da bacia e promover a descida do bebé pela força da gravidade.

- *Sentada na bola de parto*: Instruir a realizar movimentos extrínsecos sentada na bola de parto, se necessário fletir a coluna, apoiando os braços nos joelhos, de modo a ficar mais confortável (Balaskas, 2017). Iniciar movimentos assimétricos das pernas (Por exemplo, manter a perna esquerda em flexão, com grau superior a 90º e em rotação externa e manter a perna direita em extensão e rotação interna). Reforçar que este movimento é importante para ampliar a parte superior da bacia.

- Durante os posicionamentos, incentivar a parturiente a procurar manter as pernas afastadas e em assimetria, ou seja, uma perna em extensão e outra em flexão. Explicar que isto permite que a parte superior da bacia seja ampliada, favorecendo a passagem do feto.

- Referir que se precisar de repousar, pode deitar-se na cama, para um dos lados, preferencialmente o esquerdo (de modo a promover a circulação materna) e colocar uma almofada no meio das pernas, mantendo as pernas dobradas.

- **Instruir o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto (s/horário)**

- Demonstrar, enquanto a parturiente está sentada na bola de parto, que deve manter as pernas afastadas e dobradas. Depois, para além dos movimentos que está a realizar, pode fazer movimentos semelhantes ao infinito ou para trás e para a frente.

- **Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto (s/horário)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

Durante o turno, a grávida manteve-se na bola de parto e em pé a realizar movimentos eficazes de retroversão, anteversão, inclinações laterais, rotações internas e externas.

- **PLANO DE CUIDADOS RELATIVO AO CASO CLÍNICO 2 DO BLOCO DE PARTOS**

Neste plano de cuidados irão ser incluídos os domínios: Parto, Sensações somáticas, Pós-Parto, Comportamentos para amamentar e Secreção e excreção de Leite.

No domínio do Parto, são abordados os focos/diagnósticos: Trabalho de parto; conhecimento/capacidade para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e conhecimento/capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto e nascimento.

No domínio das Sensações Somáticas, é abordado o foco da dor (Dor de trabalho de parto).

No domínio dos comportamentos para amamentar, é abordado o foco da amamentação.

No domínio da secreção e excreção de leite, é abordado o foco da lactação.

Cenário clínico:

Grávida com 36 anos deu entrada às 12h no bloco de partos, por início de trabalho de parto. Tem 40 semanas e 2 dias de gestação, com índice obstétrico 2G, 1P, 1FV com parto anterior eutócico há 5 anos. Apresentou rotura da bolsa amniótica às 9h da manhã, com líquido claro e abundante, segundo a mulher. Rotura acompanhada de contrações uterinas moderadas e regulares. Na admissão, com 3 contrações a cada 10 minutos, intensidade moderada com duração de 40 segundos. Apresentava o colo uterino amolecido, centrado, com 5 centímetros de dilatação e 80% de extinção. Tem gravidez de baixo risco e não tem história clínica de relevo. Grupo de sangue materno: B+. Feto do sexo masculino, aparentemente sem patologia.

Está acompanhada pelo marido que irá ser o acompanhante durante o parto. Têm plano de parto e fez preparação para o parto.

Plano de cuidados relativo ao turno da tarde (14h-20h).

DOMÍNIO: PARTO
<p>DADOS:</p> <p>14h30</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição do colo do útero: centrado (segundo avaliação das 12h) ○ Extinção do colo do útero: 80% (segundo avaliação das 12h) ○ Consistência do colo do útero: mole (segundo avaliação das 12h) ○ Dilatação do colo do útero: 5 centímetros (segundo avaliação das 12h) ○ Padrão de contractilidade uterina: normal ○ Intensidade da contração: moderada ○ Frequência da contração uterina: três contrações em 10 minutos ○ Duração da contração uterina: 40 segundos ○ Apresentação fetal: cefálica ○ Variedade fetal: indeterminada ○ Descida do feto: 1º plano de Hodge ○ Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) ○ Integridade das membranas: Rotura espontânea ○ Hora de rotura das membranas: 9h da manhã ○ Característica do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais ○ Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea ○ Expectativa face ao parto: eutócico não medicalizado. No plano de parto: a grávida refere querer liberdade de movimentos com uso de materiais de apoio durante o trabalho de parto; quer escolher as posições durante o período expulsivo; pretende iniciar esforços expulsivos só quando sentir necessidade e, caso seja necessário, aceita a realização de episiotomia.
DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto ● Facilitar trabalho de parto/nascimento ● Prevenir laceração do períneo ● Promover parto eutócico
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar evolução do trabalho de parto <p>- Avaliar características do colo do útero, através do toque vaginal (SOS ou 4h/4h)</p> <p>- Avaliar características da contração uterina, através do CTG - frequência e duração (s/horário)</p>

- Avaliar bem-estar fetal, através da CTG contínua ⁹ (s/horário)
- Avaliar estática fetal, através do toque vaginal ou palpação abdominal (s/horário e SOS)
- Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida ou observação (s/horário)

- **Gerir ingestão de líquidos (s/horário)**

- **Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto (s/horário)**

- *Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos promotores da progressão fetal no estreito superior da bacia, tendo em conta o conforto da parturiente* - Em pé (apoiada no companheiro) e sentada da bola de parto.

- *(18h30) Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos promotores da progressão fetal no estreito médio/inferior da bacia, tendo em conta o conforto da parturiente* – Sentada na bola de partos e em posição de quatro apoios.

- *(18h45) Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos durante o período expulsivo, de acordo com o conforto da mulher* – Assistir a colocar a parturiente, em posição de semi sentada. Primeiramente, eliminar qualquer apoio do sacro, na parte inferior, colocando um rolo de lençol sob o sacro. Incentivar mulher a manter as costas afastadas da cama. Durante os esforços expulsivos, incentivar o companheiro a apoiar os pés da parturiente com as mãos. Disponibilizar perneiras, se necessário. Incentivar repouso entre contrações.

- *Incentivar esforços expulsivos* – quando parturiente percebe reflexo de Ferguson.

- **Assistir no posicionar - 19h**

- Incentivar e orientar a parturiente a colocar-se em lateral esquerdo, com a flexão da perna superior a 90º em rotação interna. Manter o apoio da perna elevada com a ajuda da perneira da cama, de acordo com o conforto, não necessitando de estar sempre apoiada. O companheiro também pode segurar o membro, incentivando a hiperflexão, durante os esforços expulsivos. Incentivar a apoiar as costas na cama, entre contrações de maneira a repousar.

- **Assistir no parto – 19h00**

- Assegurar privacidade/gerir ambiente (promover ambiente calmo, relaxante, respeitando a vontade da parturiente no que toca ao número de pessoas presentes no quarto)

- Ligar reanimador neonatal e aquecedor. Assegurar que o material de reanimação está preparado.

⁹ De acordo com protocolo hospitalar, na fase ativa é necessária monitorização eletrocardiográfica contínua

- Encorajar a mulher a pronunciar-se sobre as suas preferências.
- Promover o bem-estar materno (hidratação e medidas de conforto).
- Assegurar acesso venoso periférico (*É protocolo hospitalar, a cateterização de um acesso periférico durante o parto*).
- Avaliar partograma e registo cardiotocográfico.
- Executar lavagem das mãos, antes e após procedimento.
- Disponer material de parto e equipamento.
- Perceber progressão fetal.
- *Implementar medidas de proteção do períneo*: Encorajar mulher a mudar de posição, de acordo com o seu conforto.
- Monitorizar FCF e contrações uterinas.
- Incentivar a respiração e o descanso entre contrações. Privilegiar o puxo livre. Orientar o tipo de esforço expulsivo de acordo com o conforto da parturiente, se necessário. Dar reforço positivo à parturiente.
- Executar cuidados perineais (higiene perineal, em caso de sujidade com fezes).- *Implementar medidas de proteção do períneo*: Iniciar massagem ao períneo com vaselina.
- Vestir equipamento de proteção individual, abrir campo e calçar luvas esterilizadas.
- *Implementar medidas de proteção do períneo*: aplicar compressas quentes no períneo.
- Manter uma atitude expectante quando o vértice assome à vulva.
- Avaliar os tecidos perineais – coloração e elasticidade.
- *Realizar manobra de Ritgen* – 1) iniciar a manobra somente quando o occiput se encontra sob a sínfise púbica - deixar a cabeça ser libertada de forma lenta, gradual e controlada, durante esse intervalo uma vez que os tecidos moles estão mais relaxados e o dano tecidual é menor; 2) Aguardar até que o occiput fetal se posicione sob a sínfise púbica; 3) Colocar uma mão protegida por uma compressa grande morna, no períneo, abrangendo a zona entre o ânus e o cóccix; 4) Colocar a outra mão sobre a região occipital do feto, para controlar a velocidade do desprendimento; 5) pressionar a face, de preferência o mento, através de pressão sobre o reto de modo a favorecer a ampliação da extensão da cabeça fetal; 6) colocar a outra mão fazendo pressão contra o occiput de modo a controlar a velocidade da sua exteriorização; 7) se necessário, facilitar o desencravamento das bossas parietais com a ajuda dos dedos polegar e anelar realizando um ligeiro afastamento dos tecidos maternos; 8) observar a exteriorização de: bregma, fronte e a face, por esta ordem.
- Controlar a saída da cabeça do feto
- Pedir à parturiente para suspender esforços expulsivos.
- Com a mão esquerda, verificar a existência de circular cervical do cordão – introduzir o dedo médio e o indicador na região cervical do feto.
- Aguardar/apoiar rotação externa – o feto faz rotação externa (vira a face para a coxa da mãe).
- Segurar a apresentação e fazer ligeira tração no sentido descendente e para fora, na direção do reto, até exteriorização do ombro anterior, colocando as duas mãos de forma paralela nos parietais e na face do feto. Continuar a descida fetal, aparecendo o ombro anterior sob o púbis.

- Efetuar o mesmo movimento para cima, de forma a libertar o ombro posterior, usando a mão esquerda e apoiando o períneo com a mão direita.
- Segurar o recém-nascido: a mão direita sai do períneo e segura as nádegas do RN.
- Verbalizar para a equipa presente a hora de nascimento.
- Deixar a puérpera confortável (promover a privacidade até à dequitação).
- Baixar a cabeceira da cama.
- Assistir dequitação.
- Vigiar perda sanguínea.
- Verificar formação do globo de segurança de Pinard.
- Realizar a revisão do canal de parto, verificando se existem estruturas afetadas: clítoris, meato urinário, pequenos lábios, carúnculas, paredes anterior, laterais e posterior da vagina. Se aplicável, realizar inspeção retal.
- Verificar novamente a formação do globo de segurança de Pinard e a monitorização da perda sanguínea.
- Prestar cuidados de higiene perineais.

- **Implementar medidas de proteção do períneo**

- *Aplicar compressas com água quente no períneo* - Aquecer as compressas em água entre os 45-59°C (considerar sensibilidade e preferência da mulher). Remover excedente de água das compressas. Colocar as compressas sobre o períneo, contemplando a fúrcula e zona perianal, durante o pequeno coroamento da cabeça fetal. Manter as compressas quentes (reaquecer na água, se necessário).
- *Executar massagem perineal* - Lubrificar os dedos com vaselina ginecológica. Introduzir o polegar na vagina e numa massagem suave, em forma de U e com os outros dedos a massajar períneo exterior, enquanto for confortável/aceitável para a parturiente.

- **Assistir na expulsão da placenta – 19h30**

- Informar a mulher sobre o procedimento e obter consentimento.
- Posicionar a mulher em semi-fowler.
- Avaliar estado geral da parturiente.
- *Manter atitude expectante ou fisiológica* - Palpar o fundo uterino e observar se útero está bem contraído e observar sinais objetivos de descolamento de placenta: 1) observar passagem do útero de discoide para ovoide; 2) observar uma repentina perda de sangue pelo introito vaginal; 3) efetuar manobra de *Kustner* - colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, fazer pressão na vertical, em direção à coluna vertebral, fazendo a correção da anteversão do útero, se o cordão retrai, ainda não se deu o descolamento. Se não retrai, é sinal de que se deu o descolamento.
- *Executar manobra de Brandt-Andrews* (após descolamento da placenta) – tração cuidadosa e controlada do cordão umbilical. Com uma mão, efetuar pressão suprapúbica sobre o útero,

empurrando a placenta para baixo (prevenir inversão uterina) e com a outra mão fazer tração controlada no cordão.

- Orientar a mulher para fazer esforços expulsivos – de modo a expulsar a placenta descolada.
- *Executar manobra de Dublin:* Segurar/apoiar a placenta durante a sua exteriorização, para diminuir a pressão sobre as membranas friáveis fazendo movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, para ajudar na exteriorização completa das membranas e mantê-las intactas.
- Administrar fármacos uterotônicos – ocitocina (*segundo protocolo, perfusão de 10UI de ocitocina em 1000ml de Glicose 5%, a 250ml/h*).
- Palpar o fundo uterino e observar se está bem contraído (verificar globo de segurança de Pinard).
- Observar perda sanguínea vaginal.
- Observar rigorosamente a placenta com objetivo de verificar a sua integridade.
- *Observar face materna:* com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo sangue e coágulos, de forma a assegurar que não ficou retido qualquer fragmento da placenta ou cotilédone; observar a forma, tamanho e os bordos da placenta através do ponto de rotura nas membranas
- *Observar face fetal:* observar as membranas fetais, reconstituindo a camara amniótica com o objetivo de verificar se nenhum fragmento de membrana ficou retido; observar as características do cordão umbilical (nº de vasos sanguíneos – duas artérias e uma veia; presença de anomalias; comprimento; local de inserção e geleia de Wharton).

- **Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico (SOS)**
- **Referenciar compromisso do estado do feto ao médico (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

15h30: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 90%; consistência: mole; dilatação: 7 centímetros; padrão de contractilidade normal com 3 contrações em 10 minutos, duração de 40 segundos e intensidade leve; posição fetal: direita; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: ODA; descida do feto: 2º plano de Hodge; bem-estar fetal - normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; 2 períodos de desaceleração precoce em 10 minutos); sem perda sanguínea vaginal. Urinou espontaneamente no WC.

17h30: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 100%; consistência: mole; dilatação: 9centímetros; padrão de contractilidade normal com 4 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade moderada; posição fetal: direita; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: ODA; descida do feto: 2º plano de Hodge; bem-estar fetal - normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; sem períodos de desaceleração; sem perda sanguínea vaginal. Urinou espontaneamente no WC.

18h00: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 100%; consistência: mole; dilatação: completa; padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração 50 segundos e intensidade severa; posição fetal: direita; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: ODA; descida do feto: 2º plano de Hodge; bem-estar fetal - normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; 4 períodos de desaceleração precoce em 10 minutos); sem perda sanguínea vaginal; líquido amniótico com características normais. Urinou espontaneamente no WC.

18h30: Padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade severa; posição fetal: direita; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: ODA; descida do feto: 3º plano de Hodge; bem-estar fetal - normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; 2 períodos de desaceleração precoce em 10 minutos); sem perda sanguínea vaginal; líquido amniótico com características normais.

18h45: Padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade severa; posição fetal: direita; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: ODA; descida do feto: 3º plano de Hodge; bem-estar fetal - normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; 2 períodos de desaceleração precoce em 10 minutos); sem perda sanguínea vaginal; líquido amniótico com características normais. ; A parturiente refere sensação de pressão na região sacrococcígea. Início do reflexo de Ferguson. Refere vontade de iniciar esforços expulsivos em posição de semi-sentada apoiada nas barras laterais da cama. Esforços expulsivos eficazes.

19h00: Padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade severa; posição fetal: direita; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: OA; descida do feto: 4º plano de Hodge; bem-estar fetal - normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; 3 períodos de desaceleração precoce em 10 minutos); sem perda sanguínea vaginal; líquido amniótico com características normais. Esforços expulsivos eficazes em posição lateral.

19h15: Nascimento por parto eutócico em posição lateral. Sem circulares. Períneo íntegro.

19h30: Dequitação - espontânea (Schultze). Placenta sem alterações.

DOMÍNIO: SENSACIONES SOMÁTICAS

DADOS:

14h30: Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical (4/10, segundo escala numérica), 3/3 minutos com duração de 30 segundos.

- No plano de parto, a parturiente recusa analgesia epidural, dando preferência à utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor - especifica o uso do chuveiro, liberdade de movimentos com uso da bola de parto, aplicação de calor local.

<ul style="list-style-type: none"> ○ A parturiente tem uma almofada térmica de sementes e uma coluna para colocar música.
<p>DIAGNÓSTICO: DOR</p>
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da dor • Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto
<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a parturiente perceciono aumento do conforto • Que a parturiente consiga gerir a dor do trabalho de parto eficazmente através das estratégias não farmacológicas • Que a parturiente perceba quais as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto significativas para si
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário) <p>- Orientar parturiente sobre as estratégias que normalmente a fazem relaxar no seu dia-a-dia. - Perceber quais as estratégias que a parturiente considera como úteis para usar durante o trabalho de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envolver pessoa significativa no trabalho de parto (s/horário) <p>- Incentivar e orientar companheiro na realização de massagem lombo-sagrada e na massagem de pressão e contra pressão.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar calor na região lombo-sagrada (s/horário) <p>- Aplicar almofada térmica de sementes da parturiente na parte inferior do abdómen e das costas, virilhas, coxas e ombros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir no uso de hidroterapia (s/horário) <p>- Manter a água a uma temperatura máxima de 38°C (Bonapace et al., 2018). No chuveiro, orientar a grávida permanecer em pé ou sentada, dirigindo o jato da água para onde lhe for mais confortável, nas costas, ou no abdómen, por exemplo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)

- *Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos que promovam conforto à parturiente* – em pé, sentada na bola de parto, em quatro apoios, semi-sentada e em posição lateral, aproveitando para promover a progressão do trabalho de parto. Salientar que é a mulher que escolhe a posição que lhe dá mais conforto, tendo liberdade para escolher e mudar a posição quando lhe convier. No que toca à posição de quatro apoios, esta é muito útil para diminuir a perceção dolorosa quando as contrações são muito intensas. Neste caso, pode apoiar o tronco sobre almofadas ou até mesmo sobre a bola de parto (Balaskas, 2017).

- Incentivar a mulher a realizar movimentos extrínsecos da bacia principalmente quando tem aumento da perceção dolorosa, se lhe for confortável. Incentivar o companheiro a massajar as costas da mulher.

- *Incentivar e orientar técnica da respiração* – Reforçar importância da aplicação desta técnica principalmente durante o pico da contração e aumento da perceção dolorosa.

- **Gerir ambiente físico para promover relaxamento (s/horário)**

- Assegurar ambiente com baixa iluminação e pouco ruído. Incentivar uso de itens pessoais. Organizar espaço para assegurar mobilidade e providenciar chuveiro para uso da parturiente. Disponibilizar dispositivos facilitadores do trabalho de parto.

- **Avaliar evolução da dor (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

15h30: Padrão de contractilidade normal com 3 contrações em 10 minutos, duração de 40 segundos e intensidade leve; dor de trabalho de parto: período de dilatação 3/10 (segundo escala numérica). A parturiente refere aumento do conforto quando está de pé, apoiada no companheiro.

16h30: Padrão de contractilidade normal com 3 contrações em 10 minutos, duração de 40 segundos e intensidade leve; dor de trabalho de parto: período de dilatação 4/10 (segundo escala numérica). O companheiro encontra-se a realizar massagem de pressão e contra pressão no sacro, enquanto a mesma se encontra sentada na bola de parto, apresenta aumento do conforto.

17h30: Padrão de contractilidade normal com 4 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade moderada; dor de trabalho de parto: 5/10 (segundo escala numérica). A parturiente encontra-se a realizar hidroterapia no chuveiro com o companheiro. Refere sensação de conforto e diminuição da perceção dolorosa.

18h00: Padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração 60 segundos e intensidade severa; dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo 6/10

(segundo escala numérica). A parturiente refere aumento do conforto quando adota a posição de quatro apoios e é massajada pelo companheiro. Mantém técnica da respiração.

18h30: Padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade moderada; dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo 6/10 (segundo escala numérica). A parturiente demonstra aumento do conforto quando alterna entre a posição de quatro apoios e lateral. A pessoa significativa mantém massagem leve.

18h45: Padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade severa; dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo 8/10 (segundo escala numérica), a parturiente refere sentir dor e sensação de pressão na região sacrococcígea. Início dos esforços expulsivos, adota a posição de semi sentada por conforto. Mantém técnica da respiração.

19h00: Padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade severa; dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo 8/10 (segundo escala numérica). A parturiente refere aumento do conforto quando se mantém em posição lateral esquerda durante os esforços expulsivos. Mantém técnica da respiração.

19h15: Nascimento por parto eutócico.

19h30: Sem dor após o parto.

21h15: Sem dor nas primeiras duas horas pós-parto.

DOMÍNIO: PARTO

DADOS:

- No plano de parto, a parturiente recusa analgesia epidural, dando preferência à utilização de estratégias não farmacológicas para alívio da dor - especifica o uso do chuveiro, liberdade de movimentos com uso da bola de parto, aplicação de calor local.
- A parturiente refere: *“Como é que eu devo respirar para estar confortável?”*

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO

OBJETIVOS:

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

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a parturiente perceba quais as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto significativas para si

<ul style="list-style-type: none"> • Que a parturiente realize as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto eficazmente
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário) <p>- Orientar parturiente sobre as estratégias que normalmente a fazem relaxar no seu dia-a-dia. - Perceber quais as estratégias que a parturiente considera como úteis para usar durante o trabalho de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir técnica de relaxamento (s/horário) <p>- <i>Instruir técnica de respiração:</i> Referir que deve procurar respirar de acordo com o seu padrão habitual, procurando que a respiração seja ritmada, profunda e lenta (Balaskas, 2017). Quando sente o aumento da contração deve concentrar-se neste processo, de modo a conseguir distrair-se. Incentivar a fechar os olhos e sentir os pontos de apoio do corpo, observando as características da sua respiração (Cardoso et al., 2023). Pode colocar as mãos sobre o abdómen e inspirar devagar em relação às mãos e deixar o ar sair lentamente pela boca. Durante cada contração e esforço expulsivo, a mulher deve ser encorajada a estar consciente da sua respiração e a expirar o ar totalmente. Se lhe for conveniente, durante a expiração pode emitir sons como gemidos, sibilos, por exemplo, de acordo com as suas necessidades (Bonapace et al.,2018; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)
<p>DADOS DE AVALIAÇÃO: A parturiente realiza a técnica da respiração eficazmente durante o trabalho de parto.</p>

<p>DOMÍNIO: PARTO</p>
<p>DADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A parturiente refere: <i>“durante a preparação para o parto, mencionaram o uso de massagem para controlar a dor, mas nós não sabemos como realizar para ser eficaz.”</i> ○ A pessoa significativa demonstra interesse em estar envolvida no plano de cuidados.
<p>DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO [PESSOA SIGNIFICATIVA]</p>

<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover autocontrole: lidar com a dor de trabalho de parto
<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a pessoa significativa aplique a técnica da massagem eficazmente • Que a parturiente se sinta confortável
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a massajar (s/horário) <p>- Com recurso a um óleo aromático ou creme, pode ser realizada uma massagem leve durante ou entre as contrações e ser realizada nas áreas determinadas pela preferência da mulher (abdómen, ombros, costas, pernas e sacro).</p> <p>- <i>Técnica de pressão e contrapressão no sacro</i> – incentivar pessoa significativa a aplicar pressão profunda, durante a contração, com a palma da mão desde a linha média do sacro até cóccix durante a primeira fase do trabalho de parto. Deslizar lentamente a mão com pressão contínua, descrevendo movimentos rotativos.</p> <p>- <i>Técnica de pressão e contrapressão nos ilíacos</i> – incentivar pessoa significativa, durante a contração, a colocar as mãos bilateralmente ao nível das cristas ilíacas, exercendo pressão contínua lateral e lateral anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)
<p>DADOS DE AVALIAÇÃO: A pessoa significativa aplica a técnica da massagem à parturiente eficazmente.</p>
<p>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:</p> <p>As técnicas de pressão/contrapressão são simples e fáceis de aplicar, mesmo pelo acompanhante. Ao promover o movimento do sacro, vão facilitar o encravamento da apresentação no estreito inferior, enquanto aliviam a tensão muscular, diminuindo o desconforto (Sequeira et al., 2020). A mesma autora acrescenta que esta técnica é eficaz durante a contração, uma vez que, o estímulo produzido pelo toque é mais rápido do que o produzido pela dor.</p>

DOMÍNIO: PARTO
<p>DADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No plano de parto: a grávida refere querer liberdade de movimentos com uso de materiais de apoio durante o trabalho de parto. Acrescenta que quer escolher as posições, durante o período expulsivo. ○ A parturiente refere: <i>“Recordo-me que os posicionamentos ajudam que o bebé nasça mais rápido e dependem da fase do trabalho de parto. Já percebi que me sinto confortável em alguns.”</i> ○ Durante o trabalho de parto, a grávida realiza alternância de posicionamento, no entanto, não os realiza corretamente.
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Promover autocontrolo lidar com o trabalho de parto
<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Que a parturiente adote posições corporais facilitadoras do início do trabalho de parto. ● Que a parturiente adote posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto. ● Que a parturiente adote posições verticais. ● Que a parturiente adeque os dispositivos facilitadores de trabalho de parto aos posicionamentos eficazmente. ● Que a parturiente execute esforços expulsivos eficazes
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto (s/horário) ● Instruir o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto (s/horário) <p>- <i>Em pé:</i> instruir a manter as pernas em rotação externa, com uma perna em extensão e outra em flexão. Depois deve realizar movimentos de anteversão e retroversão (“para trás e para a frente”), inclinação externa e interna (“para os lados”), circunduções (movimentos semelhantes ao infinito) e translações (junção dos métodos anteriores). Referir que pode apoiar as mãos na cama ou até mesmo recorrer ao acompanhante, colocando as mãos sobre os seus ombros ou mesmo em torno pescoço. Se colocar as mãos em torno do pescoço, o companheiro deve manter os ombros relaxados, fletir ligeiramente os joelhos e contrair os músculos das nádegas, de modo a criar apoio na coluna (Balaskas, 2017). Reforçar que este</p>

movimento é importante para ampliar a parte superior da bacia e promover a descida do bebê pela força da gravidade.

- *Sentada na bola de parto*: Instruir a realizar movimentos extrínsecos sentada na bola de parto, se necessário fletir a coluna, apoiando os braços nos joelhos, de modo a ficar mais confortável (Balaskas, 2017). Iniciar movimentos assimétricos das pernas (por exemplo, manter a perna esquerda em flexão, com grau superior a 90º e em rotação externa e manter a perna direita em extensão e rotação interna). Reforçar que este movimento é importante para ampliar a parte superior da bacia.

- *Quatro apoios na cama*: Referir que pode realizar esta posição com o auxílio da bola de parto se for confortável. Assim, apoiada na bola de partos e com a coluna ligeiramente fletida, instruir a alternar entre os movimentos extrínsecos da bacia. Deve também alterar o movimento das pernas entre rotação externa/interna e manter as pernas em assimetria - manter a perna esquerda em flexão, com grau superior a 90º e em rotação externa e manter a perna direita em extensão e rotação interna. Reforçar que este movimento dos membros inferiores é importante para ampliar a parte inferior da bacia.

- *Semi sentada na cama*: Instruir a mulher a manter as costas afastadas da cama. Incentivar a manter flexão das pernas, superior a 90º, com rotação interna das pernas. Reforçar que este movimento é importante para ampliar a parte inferior da bacia. Reforçar que pode solicitar o apoio do acompanhante para apoiar as pernas, ou utilizar as perneiras.

- *Lateralizada*: Instruir parturiente a colocar-se em lateral esquerdo, com a flexão da perna superior a 90º em rotação interna. Reforçar que é importante o apoio da perna elevada com a ajuda da perneira da cama ou do companheiro, não necessitando de estar sempre apoiada.

- **Instruir sobre expulsão uterina (18h45)**

- Incentivar a aplicação da técnica de respiração e o descanso entre contrações. Manter a respiração espontânea acompanhada de sons, de acordo com o instinto da mulher.

- Instruir a mulher a cada vez que sentir a sensação de iniciar esforços expulsivos, não o contrariar e deixar o corpo responder, relaxando o assoalho pélvico (Balaskas, 2017). Incentivar a parturiente a fazer três a cinco puxos expiratórios curtos em cada contração uterina, com a duração de 4 a 6 segundos, com a glote aberta, podendo recorrer a gemidos, vocalizações e respirações entre os puxos (Sequeira et al., 2023).

- Dar reforço positivo à parturiente.

- **Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto (s/horário)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

- A parturiente adota as posições confortavelmente e de acordo com a progressão do trabalho de parto. Durante o período expulsivo mantém esforços expulsivos eficazes.

DOMÍNIO: PÓS PARTO

DADO: Hora da dequitação – 19h30

DIAGNÓSTICO: PUERPÉRIO**OBJETIVO:**

- Determinar evolução da recuperação pós-parto

INTERVENÇÕES:

- **Avaliar evolução da recuperação pós-parto (segundo protocolo)**
- Avaliar quantidade dos lóquios.
- Avaliar contração uterina - formação do globo de segurança de Pinard (frequência de 15 minutos durante a primeira hora e de 30 minutos durante a segunda hora)
- Vigiar períneo.
- Monitorizar sinais vitais (frequência de 15 minutos durante a primeira hora e de 30 minutos durante a segunda hora)
- **Referenciar complicação pós-parto ao médico (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

- Durante as primeiras duas horas pós-parto, apresentou lóquios em quantidade moderada. Não saturou um penso em duas horas. Manteve o períneo íntegro e sem presença de edema ou hematoma.

19h30: 124/67mmHg; FC: 67bpm; SPO2: 98% em ar ambiente; FR: 18cpm; Tª 37,2°C. Sem dor. Útero bem contraído.

19h45: 129/61mmHg; FC: 73bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 18cpm. Sem dor. Útero bem contraído.

20h: 122/69mmHg; FC: 71bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 18cpm. Sem dor. Útero bem contraído.

20h15: 130/70mmHg; FC: 75bpm; SPO2: 100% em ar ambiente; FR: 18cpm. Sem dor. Útero bem contraído.

20h45: 131/72mmHg; FC: 81bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 18cpm. Sem dor. Útero bem contraído.

21h15: 127/70mmHg; FC: 63bpm; SPO2: 98% em ar ambiente; FR: 18cpm. Sem dor. Útero bem contraído.

DOMÍNIO: SECREÇÃO E EXCREÇÃO DE LEITE

DADOS:

- A puérpera apresenta a mama pouco volumosa, com mamilo proeminente e sem alterações.
- A puérpera tem intenção de amamentar
- Apresenta saída de colostro

FOCO: LACTAÇÃO

DOMÍNIO: COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR

DADOS:

- O plano de parto refere que a puérpera pretende alimentar o bebé com leite materno e iniciar a amamentação na primeira hora de vida.
- A puérpera apresenta dificuldade em posicionar-se para amamentar. A puérpera apresenta dificuldade em posicionar-se para amamentar. Refere: *“Sinto-me desconfortável deitada de barriga para cima, preciso de me colocar ligeiramente de lado”*.
- O RN realiza uma pega adequada.

DIAGNÓSTICO: AMAMENTAÇÃO

OBJETIVOS:

- Determinar evolução da amamentação
- Promover o amamentar/mamar

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a amamentação seja eficaz na primeira hora de vida

INTERVENÇÕES:

- Executar técnica de pele com pele (após nascimento)
- Assistir na amamentação (SOS)

- Orientar e apoiar a puérpera no posicionamento para amamentar.

- Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar (s/horário)

DADO DE AVALIAÇÃO:

- A puérpera amamenta confortavelmente em posição lateral esquerda. O RN mama eficazmente.

DOMÍNIO: COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR**Dado:**

- A puérpera apresenta dificuldade em posicionar-se para amamentar. Refere: *“Sinto-me desconfortável deitada de barriga para cima, preciso de me colocar ligeiramente de lado, pode ajudar-me?”*

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA AMAMENTAR**OBJETIVO:**

- Promover autogestão da amamentação

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a grávida tenha capacidade para adotar uma posição confortável e eficaz para amamentar.

INTERVENÇÕES:

- Instruir a amamentar (s/horário)

- Salientar que a puérpera deve assegurar-se que ela e o bebé estão confortáveis, caso contrário, não há sucesso na amamentação. O bebé deve estar estável e bem apoiado, sem torcer a cabeça, o pescoço e a coluna. O nariz do bebé deve estar ao nível da mama.

- Sugerir à mulher para se deitar de lado para amamentar o recém-nascido. Começar por deitar-se de lado, com a anca ligeiramente para trás e colocar o bebé de frente para a mama,

barriga com barriga. Apoia o bebé com o braço do lado que amamenta, segurando-o. A outra mão apoia a mama e ajuda a assegurar uma boa pega.

- **Avaliar evolução da capacidade para amamentar (s/horário)**

DADO DE AVALIAÇÃO:

- A puérpera amamenta o recém-nascido sem dificuldade e confortável. Assegura sinais de boa pega e o posicionamento correto do bebé.

- **PLANO DE CUIDADOS RELATIVO AO RECÉM-NASCIDO**

DOMÍNIO: PARTO

Dado(s):

- Hora do nascimento: 19h15
- APGAR ao 1º minuto de vida: 8; APGAR ao 5º minuto de vida: 10; APGAR ao 10º minuto de vida: 10
- O plano de parto refere que os pais querem a laqueação tardia do cordão e demonstram vontade em ser o pai a cortar o cordão umbilical.
- O plano de parto refere que os pais querem manter o contacto pele com pele com o recém-nascido.

DIAGNÓSTICO: NASCIMENTO

OBJETIVO:

- Promover a adaptação à vida extrauterina
- Detetar precocemente alterações à adaptação à vida extrauterina

INTERVENÇÕES:

- **Executar clampeamento do cordão umbilical (após o cordão parar de pulsar ou SOS)**

- Clampar o cordão umbilical 3 a 4 centímetros acima do anel umbilical com clamp definitivo (extremidade próxima do recém-nascido). Com a pinça de Kocher, clampar 2 centímetros acima do clamp definitivo em relação à extremidade proximal da placenta.

- Incentivar pai a cortar cordão, entre a pinça de Kocher e clamp definitivo.

- **Executar técnica de pele com pele (após nascimento e após cuidados imediatos ao RN)**

- Após o nascimento, secar bem o recém-nascido - fazer estimulação tátil.
- Colocá-lo em contacto pele a pele com a mãe sobre o tórax (entre as mamas) ou abdómen materno, até ao corte do cordão umbilical.
- Após os cuidados imediatos ao recém-nascido, com a mãe em semi-fowler e confortável, colocar o recém-nascido em contacto pele a pele sobre o tórax (entre as mamas) ou abdómen materno, em decúbito ventral, durante pelo menos uma hora. Para evitar perdas de calor, o recém-nascido deve ser tapando com um pano aquecido, mantendo a face visível. Deve ser assegurado que o nariz e a boca não estão obstruídos pela mama, mantendo a cabeça lateralizada.
- Observar os nove estádios do contacto pele com pele.
- Incentivar a amamentação na primeira hora de vida.

- **Executar cuidados imediatos ao recém-nascido (após corte do cordão umbilical)¹⁰**

- Assegurar privacidade/gerir ambiente (temperatura do reanimador entre 25º a 28º como promoção de ambiente calmo)
- Informar os pais sobre os cuidados prestados ao recém-nascido, de acordo com o estado do nascimento.
- Calçar luvas limpas.
- Substituir lençol molhado para manter o recém-nascido com lençol quente.
- Administrar vitamina K – 1mg, via IM, no terço médio do musculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo.
- Realizar monitorização antropométrica: peso, perímetro cefálico e comprimento.
- Realizar avaliação física para detetar malformações aparentemente visíveis.
- Realizar exame neurológico.
- Colocar gorro e fralda.

DADOS DE AVALIAÇÃO:

- Recém-nascido do sexo masculino. Apresenta 3330g de peso, 50 centímetros de comprimento e 35 centímetros de perímetro cefálico.
- Recém-nascido do sexo feminino. Apresenta 4000g de peso, 52 centímetros de comprimento e 35 centímetros de perímetro cefálico.
- Apresentou primeira micção ao nascimento. Abdómen mole. Sem dejeções.

¹⁰ Segundo protocolo hospitalar, a avaliação física e realização dos cuidados imediatos ao recém-nascido é realizada após o corte do cordão umbilical – esta temática irá ser discutida no capítulo relativo às competências adquiridas no âmbito do trabalho de parto e parto.

- Apresenta a pele rosada, extremidades quentes e com vestígios de vernix caseosa.
- Apresenta posição da cabeça neutra relativa ao corpo, coluna e membros em flexão. Com bom tônus muscular e movimento das extremidades. Choro vigoroso.
- Apresenta respiração abdominal com 45 cpm. Sem sinais de dificuldade respiratória ou secreções. FC de 124 bpm.
- Apresenta reflexo de moro e de preensão palmar.
- Durante a mamada, o recém-nascido apresenta acanolamento e peristaltismo da língua. Com força de sucção. Apresenta reflexos de busca e deglutição.

- **PLANO DE CUIDADOS RELATIVO AO CASO CLÍNICO 3 DO BLOCO DE PARTOS**

Neste plano de cuidados irão ser incluídos os domínios: Parto, Sensações somáticas, Pós-Parto; Comportamentos para amamentar; Secreção e excreção de leite; Pele e mucosas.

No domínio do Parto, são abordados os focos/diagnósticos: Trabalho de parto; conhecimento/capacidade para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e conhecimento/capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto e nascimento.

No domínio das Sensações Somáticas, é abordado o foco da dor (Dor de trabalho de parto e pós-parto).

No domínio dos Comportamentos para amamentar, é abordado o foco da amamentação.

No domínio da secreção e excreção de leite, é abordado o foco da lactação.

No domínio Pele e mucosas, são abordados os focos diagnósticos: Laceração e Conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração.

Cenário Clínico:

Grávida com 39 anos deu entrada às 22h no bloco de partos, por início de trabalho de parto. Tem 40 semanas e 1 dia de gestação, com índice obstétrico 3G, 2P, 2FV, com dois partos anteriores eutócicos há 5 e 10 anos. Apresentou rotura da bolsa amniótica às 18h do mesmo dia, com líquido claro e abundante segundo a mulher. Rotura acompanhada de contrações uterinas moderadas e regulares. Na admissão com 4 contrações a cada 10 minutos, intensidade moderada com duração de 50 segundos. Apresentava o colo uterino amolecido, centrado, com 8 centímetros de dilatação e 100% de extinção. Tem gravidez de baixo risco e não tem história clínica de relevo. Grupo de sangue materno: A+. Feto do sexo feminino, aparentemente sem patologias.

Está acompanhada pelo marido que irá ser o acompanhante durante o parto. Não tem plano de parto, mas refere querer um parto eutócico. Fez preparação para o parto.

Plano de cuidados relativo ao turno da noite (20h-8h).

DOMÍNIO: PARTO
<p>DADOS:</p> <p>22h00</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição do colo do útero: centrado ○ Extinção do colo do útero: 100% ○ Consistência do colo do útero: mole ○ Dilatação do colo do útero: 10centímetros ○ Padrão de contractilidade uterina: normal ○ Intensidade da contração: moderada ○ Frequência da contração uterina: 4 contrações em 10 minutos ○ Duração da contração uterina: 50 segundos ○ Posição fetal: esquerda ○ Apresentação fetal: cefálica ○ Variedade fetal: OEA ○ Descida do feto: 4º plano de Hodge ○ Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) ○ Integridade das membranas: Rotura espontânea ○ Hora de rotura das membranas: 18h ○ Característica do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais ○ Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea ○ Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado.
DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto ● Facilitar trabalho de parto/nascimento ● Prevenir laceração do períneo ● Promover parto eutócico
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar características do colo do útero, através do toque vaginal (SOS ou 4h/4h) - Avaliar características da contração uterina, através do CTG - frequência e duração (s/horário) - Avaliar bem-estar fetal, através do CTG contínuo (s/horário) - Avaliar estática fetal, através do toque vaginal ou palpação abdominal (s/horário e SOS) - Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida ou observação (s/horário)

- **Gerir ingestão de líquidos (s/horário)**

- **Assistir no posicionar - 22h10**

- De acordo com a vontade da parturiente, assistir a colocá-la em posição de semi sentada. Primeiramente, eliminar qualquer apoio do sacro, na parte inferior, colocando um rolo de lençol sob o sacro. Incentivar mulher a manter as costas afastadas da cama. Manter flexão das pernas, superior a 90º, com rotação interna das pernas. Durante o puxo, reforçar que pode solicitar o apoio do acompanhante para apoiar as pernas, ou utilizar as perneiras, se necessário. Incentivar a apoiar as costas na cama, entre contrações de maneira a repousar.

- **Assistir no parto – 22h10**

- Assegurar privacidade/gerir ambiente (promover ambiente calmo, relaxante, respeitando a vontade da parturiente no que toca ao número de pessoas presentes no quarto)

- Ligar reanimador neonatal e aquecedor. Assegurar que o material de reanimação está preparado.

- Encorajar a mulher a pronunciar-se sobre as suas preferências.

- Promover o bem-estar materno (hidratação e medidas de conforto).

- Assegurar acesso venoso periférico (*É protocolo hospitalar a cateterização de um acesso periférico durante o parto*).

- Avaliar partograma e registo cardiotocográfico.

- Executar lavagem das mãos, antes e após procedimento.

- Disponibilizar material de parto e equipamento.

- Perceber progressão fetal.

- *Implementar medidas de proteção do períneo*: Encorajar mulher a mudar de posição, de acordo com o seu conforto.

- Monitorizar FCF e contrações uterinas.

- Incentivar a respiração e o descanso entre contrações. Privilegiar o puxo livre. Orientar o tipo de esforço expulsivo de acordo com o conforto da parturiente, se necessário. Dar reforço positivo à parturiente.

- Executar cuidados perineais (higiene perineal, em caso de sujidade com fezes).

- *Implementar medidas de proteção do períneo*: Iniciar massagem ao períneo com vaselina.

- Vestir equipamento de proteção individual, abrir campo e calçar luvas esterilizadas.

- *Implementar medidas de proteção do períneo*: aplicar compressas quentes no períneo.

- Manter uma atitude expectante quando o vértice assome à vulva.

- Avaliar os tecidos perineais – coloração e elasticidade.

- *Realizar manobra de Ritgen* – 1) iniciar a manobra somente quando o occiput se encontra sob a sínfise púbica - deixar a cabeça ser libertada de forma lenta, gradual e controlada, durante esse intervalo uma vez que os tecidos moles estão mais relaxados e o dano tecidual é menor; 2) Aguardar até que o occiput fetal se posicione sob a sínfise púbica; 3) Colocar uma mão protegida por uma compressa grande morna, no períneo, abrangendo a zona entre o ânus e o cóccix; 4) Colocar a outra mão sobre a região occipital do feto, para controlar a

velocidade do desprendimento; 5) pressionar a face, de preferência o mento, através de pressão sobre o reto de modo a favorecer a ampliação da extensão da cabeça fetal; 6) colocar a outra mão fazendo pressão contra o occiput de modo a controlar a velocidade da sua exteriorização; 7) se necessário, facilitar o desencravamento das bossas parietais com a ajuda dos dedos polegar e anelar realizando um ligeiro afastamento dos tecidos maternos; 8) observar a exteriorização de: bregma, fronte e a face, por esta ordem.

- Controlar a saída da cabeça do feto
- Pedir à parturiente para suspender esforços expulsivos.
- Com a mão esquerda, verificar a existência de circular cervical do cordão – introduzir o dedo médio e o indicador na região cervical do feto.
- Aguardar/apoiar rotação externa – o feto faz rotação externa (vira a face para a coxa da mãe).
- Segurar a apresentação e fazer ligeira tração no sentido descendente e para fora, na direção do reto, até exteriorização do ombro anterior, colocando as duas mãos de forma paralela nos parietais e na face do feto. Continuar a descida fetal, aparecendo o ombro anterior sob o púbis.
- Efetuar o mesmo movimento para cima, de forma a libertar o ombro posterior, usando a mão esquerda e a apoiando o períneo com a mão direita.
- Segurar o recém-nascido: a mão direita sai do períneo e segura as nádegas do RN.
- Verbalizar para a equipa presente a hora de nascimento.
- Deixar a puérpera confortável (promover a privacidade até à dequitação).
- Baixar a cabeceira da cama.
- Assistir dequitação
- Vigiar perda sanguínea.
- Verificar formação do globo de segurança de Pinard.
- Realizar a revisão do canal de parto, verificando se existem estruturas afetadas: clítoris, meato urinário, pequenos lábios, carúnculas, paredes anterior, laterais e posterior da vagina. Se aplicável, realizar inspeção retal.
- Verificar novamente a formação do globo de segurança de Pinard e a monitorização da perda sanguínea.
- Prestar cuidados de higiene perineais.

- **Implementar medidas de proteção do períneo (durante o parto)**

- *Aplicar compressas com água quente no períneo* - Aquecer as compressas em água entre os 45-59°C (considerar sensibilidade e preferência da mulher). Remover excedente de água das compressas. Colocar as compressas sobre o períneo, contemplando a fúrcula e zona perianal, durante o pequeno coroamento da cabeça fetal. Manter as compressas quentes (reaquecer na água, se necessário).

- *Executar massagem perineal* - Lubrificar os dedos com vaselina ginecológica. Introduzir o polegar na vagina e numa massagem suave, em forma de U e com os outros dedos a massajar períneo exterior, enquanto for confortável/aceitável para a parturiente.

- **Assistir na expulsão da placenta – 22h30**

- Informar a mulher sobre o procedimento e obter consentimento.
- Posicionar a mulher em semi-fowler.
- Avaliar estado geral da parturiente.
- *Manter atitude expectante ou fisiológica* - Palpar o fundo uterino e observar se útero está bem contraído e observar sinais objetivos de descolamento de placenta: 1) observar passagem do útero de discoide para ovoide; 2) observar uma repentina perda de sangue pelo introito vaginal; 3) efetuar manobra de *Kustner* - colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, fazer pressão na vertical, em direção à coluna vertebral, fazendo a correção da anteversão do útero, se o cordão retrai, ainda não se deu o descolamento. Se não retrai, é sinal de que se deu o descolamento.
- Massajar delicadamente o fundo uterino.
- *Executar manobra de Brandt-Andrews* (após descolamento da placenta) – tração cuidadosa e controlada do cordão umbilical. Com uma mão, efetuar pressão suprapúbica sobre o útero, empurrando a placenta para baixo (prevenir inversão uterina) e com a outra mão fazer tração controlada no cordão.
- Orientar a mulher para fazer esforços expulsivos – de modo a expulsar a placenta descolada.
- *Executar manobra de Dublin*: Segurar/apoiar a placenta durante a sua exteriorização, para diminuir a pressão sobre as membranas frágeis fazendo movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, para ajudar na exteriorização completa das membranas e mantê-las intactas.
- Administrar fármacos uterotónicos – ocitocina (*segundo protocolo, perfusão de 10UI de ocitocina em 1000ml de Glicose 5%, a 250ml/h*).
- Palpar o fundo uterino e observar se está bem contraído (verificar globo de segurança de Pinard).
- Observar perda sanguínea vaginal.
- Observar rigorosamente a placenta com objetivo de verificar a sua integridade.
- *Observar face materna*: com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo sangue e coágulos, de forma a assegurar que não ficou retido qualquer fragmento da placenta ou cotilédone; observar a forma, tamanho e os bordos da placenta através do ponto de rotura nas membranas.
- *Observar face fetal*: observar as membranas fetais, reconstituindo a camara amniótica com o objetivo de verificar se nenhum fragmento de membrana ficou retido; observar as características do cordão umbilical (nº de vasos sanguíneos – duas artérias e uma veia; presença de anomalias; comprimento; local de inserção e geleia de Wharton).

- **Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico (SOS)**
- **Referenciar compromisso do estado do feto ao médico (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

22h10: padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade severa; posição fetal: esquerda; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: OEA; descida do feto: 4º plano de Hodge; bem-estar fetal - normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; 3 períodos de desaceleração precoce em 10 minutos); sem perda sanguínea vaginal; líquido amniótico com características normais. A parturiente refere sensação de pressão na região sacrococcígea. Reflexo de Ferguson presente. Refere vontade de iniciar esforços expulsivos em posição de semi-sentada, apoiada nas barras laterais da cama. Esforços expulsivos eficazes, no entanto, parturiente demonstra dificuldade em controlar a intensidade do puxo.

22h15: Nascimento por parto eutócico em posição semi sentada. Sem circulares. Aparente laceração de 2º grau.

22h30: Dequitação - espontânea (Schultze). Placenta sem alterações. Laceração de 2º grau.

DOMÍNIO: SENSações SOMÁTICAS**DADOS:**

22h00: Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical (6/10, segundo escala numérica), 3/3 minutos com duração de 50 segundos.

- A parturiente refere querer analgesia epidural e aplicação de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor.

DIAGNÓSTICO: DOR**OBJETIVOS:**

- Determinar evolução da dor
- Controlar dor de trabalho de parto
- Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a parturiente percecionasse aumento do conforto
- Que a parturiente não tenha dor
- Que a parturiente consiga gerir a dor do trabalho de parto eficazmente através das estratégias não farmacológicas

INTERVENÇÕES:

- **Gerir analgesia, segundo protocolo (SOS)**

- 22h10: administração de analgesia epidural – não foi possível administrar analgesia epidural por início de período expulsivo.

- 22h30: administração de anestésico local no períneo - lidocaína 1%.

- 23h45: administração de paracetamol, 1000mg, via EV.

- **Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

- Perceber quais as estratégias que a parturiente considera como úteis para usar durante o trabalho de parto.

- **Envolver pessoa significativa no trabalho de parto (s/horário)**

- **Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos que promovam conforto à parturiente – semi-sentada com apoio das barras laterais da cama. Salientar que é a mulher que escolhe a posição que lhe dá mais conforto, tendo liberdade para escolher e mudar a posição quando lhe convier. (Balaskas, 2017).

- *Incentivar e orientar técnica da respiração – Reforçar importância da aplicação desta técnica principalmente durante o pico da contração e aumento da percepção dolorosa.*

- **Gerir ambiente físico para promover relaxamento (s/horário)**

- Assegurar ambiente com baixa iluminação e pouco ruído.

- **Avaliar evolução da dor (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

22h10: Padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 60 segundos e intensidade severa; dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo 8/10 (segundo escala numérica), a parturiente refere sentir dor e sensação de pressão na região sacrococcígea. Reflexo de Ferguson presente. Mulher posicionada para inserção do cateter epidural. Suspende-se administração de analgesia epidural por início dos esforços expulsivos. Adota posição de semi sentada por conforto. Aplica técnica da respiração.

22h15: Nascimento por parto eutócico.

22h30: Dor no períneo: 4/10 (segundo escala numérica).

23h45: Dor no períneo: 3/10 (segundo escala numérica).

DOMÍNIO: PARTO

DADOS:

- A parturiente demonstra dificuldade em coordenar a respiração, fazendo ciclos respiratórios superficiais e curtos.

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO

OBJETIVOS:

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

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a parturiente realize as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto eficazmente

INTERVENÇÕES:

- **Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

- Perceber quais as estratégias que a parturiente considera como úteis para usar durante o trabalho de parto.

- **Instruir técnica de relaxamento (s/horário)**

- *Instruir técnica de respiração:* Referir que deve procurar respirar de acordo com o seu padrão habitual, procurando que a respiração seja ritmada, profunda e lenta (Balaskas, 2017). Quando sente o aumento da contração deve concentrar-se neste processo, de modo a conseguir distrair-se. Durante cada contração e durante o puxo, a mulher deve ser encorajada a estar consciente da sua respiração e a expirar o ar totalmente. Se lhe for conveniente, durante a expiração pode emitir sons como gemidos, sibilos, por exemplo, de acordo com as suas necessidades (Bonapace et al.,2018; Simkin, Hanson & Anчета, 2017).

- **Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

- A parturiente identifica a técnica da respiração como útil durante o período expulsivo. Realiza a técnica da respiração eficazmente durante este período.

DOMÍNIO: PARTO**DADOS:**

- Durante o período expulsivo, a parturiente executa os esforços expulsivos com intensidade fazendo com que a apresentação progrida demasiado rápido.

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO

OBJETIVOS:

- Promover autocontrolo lidar com o trabalho de parto

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a parturiente execute esforços expulsivos eficazes

INTERVENÇÕES:

- **Instruir sobre expulsão uterina (22h10)**

- Incentivar a aplicação da técnica de respiração e o descanso entre contrações. Manter a respiração espontânea acompanhada de sons, de acordo com o instinto da mulher.

- Instruir a mulher a cada vez que sentir a sensação de puxo, não o contrariar, no entanto, quando sentir a cabeça a coroar não fazer demasiada força para diminuir o estiramento dos tecidos (Balaskas, 2017). Incentivar a parturiente a fazer três a cinco puxos expiratórios curtos em cada contração uterina, com a duração de 4 a 6 segundos, com a glote aberta, podendo recorrer a gemidos, vocalizações e respirações entre os puxos (Sequeira et al., 2023).

- Dar reforço positivo à parturiente.

- **Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto (s/horário)**

DADO DE AVALIAÇÃO:

- Durante o período expulsivo mantém esforços expulsivos intensos com dificuldade em controlar a força de puxo.

DOMÍNIO: PÓS PARTO

DADO: Hora da dequitação – 22h30

DIAGNÓSTICO: PUERPÉRIO

OBJETIVO: Determinar evolução da recuperação pós-parto

INTERVENÇÕES:

- **Avaliar evolução da recuperação pós-parto (segundo protocolo)**

- Avaliar quantidade dos lóquios.

- Avaliar contração uterina - formação do globo de segurança de Pinard (frequência de 15 minutos durante a primeira hora e de 30 minutos durante a segunda hora)

- Monitorizar sinais vitais (frequência de 15 minutos durante a primeira hora e de 30 minutos durante a segunda hora).

- **Referenciar complicação pós-parto ao médico (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

- Durante as primeiras duas horas pós-parto, apresentou lóquios em quantidade moderada. Não saturou um penso em duas horas. Períneo com laceração de segundo grau com edema.

22h30: 134/77mmHg; FC: 64bpm; SPO2: 98% em ar ambiente; FR: 18cpm; Tª 37,3°C. Sem dor. Útero bem contraído.

22h45: 131/73mmHg; FC: 73bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 20cpm. Sem dor. Útero bem contraído.

23h: 132/69mmHg; FC: 79bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 17cpm. Sem dor. Útero bem contraído.

23h15: 128/74mmHg; FC: 69bpm; SPO2: 100% em ar ambiente; FR: 18cpm. Dor perineal 1/10 (segundo escala numérica). Útero bem contraído.

23h45: 126/70mmHg; FC: 80bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 19cpm. Dor perineal 3/10 (segundo escala numérica). Útero bem contraído.

0h15: 129/67mmHg; FC: 73bpm; SPO2: 98% em ar ambiente; FR: 21cpm. Sem dor. Útero bem contraído.

DOMÍNIO: PELE E MUCOSAS

DADOS:

- Apresenta laceração de segundo grau no períneo. Apresenta 6 centímetros de comprimento interno, 2 centímetros de comprimento externo e 2 centímetro de profundidade.
- Lesão com sangramento moderado.
- Períneo com edema.

DIAGNÓSTICO: LACERAÇÃO

OBJETIVOS:

- Determinar evolução da laceração
- Promover cicatrização da laceração

INTERVENÇÕES:

• **Suturar laceração (após dequitação) – 22h45**

- Executar lavagem das mãos, antes e após o procedimento.
- Informar e solicitar o consentimento da puérpera sobre o procedimento.
- Posicionar adequadamente a puérpera, com os membros inferiores ligeiramente fletidos, de forma a observar e examinar a região perineal – expor o períneo e direcionar luz sobre o mesmo.
- Preparar o material de sutura para a correção do traumatismo perineal.
- Utilizar equipamento de proteção individual (barrete e máscara limpos), bata e luvas estéreis.
- Lavar o períneo com soro fisiológico 0,9% para prevenir contaminação da ferida.
- Inspeccionar cuidadosamente o períneo, identificando a presença de lesões perineais e avaliando a extensão e complexidade das mesmas – afastar os lábios vaginais, de forma a visualizar as paredes da vagina, o ápex do traumatismo e as carúnculas.
- Proceder à analgesia local com lidocaína 1%. Injetar anestésico ao longo dos bordos com pequenas picadas, exteriorizando a agulha à medida que injeta. Não injetar mais do que 5ml de volume. Aguardar 15 minutos até a anestesia produzir efeito.

- Observar e laquear vasos sangrantes – efetuar ponto cruzado para laquear o vaso e, se hemorragia em toalha, efetuar compressão com compressa esterilizada até hemóstase.
- Efetuar corretamente a sutura do traumatismo perineal, de forma a restabelecer e manter a continuidade dos tecidos lesionados, controlar a hemorragia e facilitar o processo de cicatrização por primeira intenção.
- Sutura contínua para encerramento de todos os planos de traumatismo (mucosa vaginal, músculos perineais e pele perineal)
- Sutura da mucosa vaginal: primeiro ponto deve ser inserido 0,5centímetros a 1centímetros acima do ápex da lesão vaginal com a aplicação do nó triplo, para o manter seguro, e secção da extremidade mais distante do fio. De seguida, encerrar a mucosa vaginal com uma sutura contínua até às carúnculas himeniais, com aplicação de nó triplo ao nível das mesmas, e, sem seccionar o fio, prosseguir para a sutura dos músculos perineais.
- Sutura dos músculos perineais: inserir a agulha ao nível da fúrcula e proceder ao encerramento dos músculos perineais (profundo e superficial) e do tecido celular subcutâneo com uma sutura contínua não travada, aplicando nó triplo na extremidade inferior da lesão e, sem seccionar o fio, prosseguir para a sutura da pele perineal.
- Sutura da pele perineal: reverter a direção da sutura e proceder ao encerramento da pele perineal com uma sutura contínua de pontos subcutâneos não travados em direção à vagina, terminando nas carúnculas himeniais. Completar a reparação com aplicação do nó triplo.
- Examinar a sutura efetuada para despistar eventuais complicações.
- Proceder à higiene perineal, de forma a facilitar a cicatrização, evitar infeção e promover conforto da puérpera.
- Colocar penso higiénico.
 - **Remover material de sutura (SOS)**
 - **Aplicar frio (nas primeiras duas horas após o parto ou SOS)**
- Aplicar gelo no períneo para reduzir dor ou edema local (ACOG, 2018).
 - **Avaliar evolução da laceração (frequência de 15 minutos nas primeiras 2 horas pós-parto)**
- Detetar alterações como edema, dor, hiperestesia, hematomas e sangramento.

DADOS DE AVALIAÇÃO:

- Executada com perineorrafia com sutura Vycril 2.0. Sem intercorrências. Estruturas anatómica bem unidas. Sem sangramento dos tecidos.
- Redução do edema e dor perineal, após aplicação do gelo local.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A DGS (2023) defende para a correção da laceração perineal, a litotomia constitui a posição de eleição, uma vez que promover a visualização concreta de todas as estruturas e permite que o profissional esteja preparado para lidar com alguma intercorrência. No entanto, esta posição não deve ser mantida mais tempo do que o estritamente necessário à avaliação e reparação perineal.

Relativamente à perineorrafia, esta deve ser realizada com o auxílio de um kit de porta agulhas e pinça de dissecação com garras, bem como um fio de sutura sintético de absorção rápida 2/0 (ACOG, 2018). A mesma entidade que refere que o tipo de material usado para a sutura, assim como a técnica, constituem uma parte importante do processo, uma vez que influenciam a dor perineal, cicatrização da ferida e dispareunia, por exemplo. A sutura contínua com fio sintético absorvível, é preferível à interrompida, uma vez que a evidência demonstra que a dor pós-parto é menor, assim como o risco de deiscência (ACOG, 2018). A evidência científica mostra que a aplicação de sutura contínua no encerramento das lacerações com materiais sintéticos absorvíveis, reduz a dor perineal, uso de analgésicos, deiscência da laceração, necessidade de realização de nova sutura e dispareunia após o parto (Frolich & Kettle, 2015; Sequeira et al., 2020).

Para uma correta aplicação da técnica, é necessário perceber as características da laceração, para isso, é essencial inspecionar o períneo, avaliando a extensão e complexidade da mesma (DGS, 2023). Os lábios vaginais devem ser afastados para visualizar facilmente as paredes da vagina, sendo também importante visualizar o ápex do traumatismo vaginal e identificar as estruturas anatómicas (Sequeira et al., 2020). O mesmo autor, acrescenta que no caso de se verificar extensão à região anal, a avaliação deve incluir o toque retal para despistar eventuais lesões do esfíncter ou da mucosa retal.

A dor vivenciada durante a correção da laceração não deve ser negligenciada. A analgesia deve ser suficiente para prevenir a ocorrência de dor provocada pela laceração do trauma perineal. No caso de ausência de analgesia epidural, o profissional deve proceder à anestesia local (ACOG, 2018). A anestesia local mais frequentemente utilizada é a lidocaína a 1% (Martins et al., 2014). Este anestésico de curta duração produz uma perda de sensibilidade local. Tem um pico de ação rápido de cerca de 10 a 20 minutos e tem uma duração máxima de 60 e 90 minutos, após a administração local (Martins et al., 2014). Os efeitos colaterais descritos são raros, no entanto, podem ocorrer devido ao aumento das concentrações plasmáticas devido a injeção intravascular acidental, dose excessiva ou absorção rápida em áreas muito vascularizadas. Os sintomas podem ser erupção cutânea, tonturas, sonolência, dor lombar, visão turva, diplopia, hipotensão, bradicardia, dispneia, náuseas ou vômitos, entre outros (Martins et al., 2014).

A DGS (2023) refere que profissional deve inspecionar a perineorrafia, para se certificar de que a reconstrução anatómica foi corretamente efetuada e que a hemóstase foi alcançada.

Relativamente à higiene local antes da correção, as regiões perineal, pélvica e a parte interna das coxas devem ser lavadas abundantemente com água e sabão ou soro fisiológico, no sentido antero posterior, removendo a matéria orgânica que possa estar presente, de modo a evitar a contaminação da ferida e prevenir a infecção (Sequeira et al., 2020). Atualmente não é aconselhada a irrigação com iodóforos aquosos nem a utilização de antissépticos tópicos locais antes do encerramento da lesão como medida de prevenção da infecção do local cirúrgico (DGS, 2023). Após a sutura, é importante efetuar a higienização perineal, realizando-a no sentido antero-posterior, começando com uma lavagem com água e sabão ou soro fisiológico e, por último, secar com compressas. Colocar penso higiénico (Sequeira et al., 2020).

DOMÍNIO: PELE E MUCOSAS
DADOS: <ul style="list-style-type: none">○ A puérpera refere: <i>“No meu último parto tive uma laceração semelhante, tenho que lavar com água e sabão, não é?”</i>
DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE PROMOÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DA LACERAÇÃO
OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Promover autogestão: cicatrização da laceração
CRITÉRIOS DE RESULTADO: <ul style="list-style-type: none">• Que a puérpera seja capaz de realizar o autocuidado ao períneo eficazmente
INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração (s/horário)• Ensinar sobre cuidados à laceração (s/horário) <p>- Referir cuidados durante a lavagem perineal. - Referir frequência de lavagem do períneo.</p>
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: <p>Nas primeiras 24 horas após o parto, a lavagem do períneo deve ser realizada no sentido anterior/posterior com água e sabão, após cada dejeção e uma vez por dia (ACOG, 2018; Sequeira et al., 2020).</p>

Dado o curto período de internamento os enfermeiros devem dotar a puérpera de conhecimentos e habilidades promotoras do autocuidados e prevenção de complicações. As puérperas devem ser esclarecidas sobre o procedimento adequado de lavagem perineal (Sequeira et al., 2020).

DOMÍNIO: SECREÇÃO E EXCREÇÃO DE LEITE

DADOS:

- A puérpera apresenta a mama volumosa, com mamilo proeminente e sem alterações.
- A puérpera tem intenção de amamentar
- Apresenta saída de colostro

FOCO: LACTAÇÃO

DOMÍNIO: COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR

DADOS:

- A puérpera amamenta de lado de forma confortável, mantém o bebé de frente para a mama, barriga com barriga. Apoia o bebé com o braço do lado que amamenta, segurando-o. A outra mão apoia a mama e ajuda a assegurar uma boa pega.
- O RN realiza uma pega adequada.
- A puérpera mantém-se em contacto pele com pele com o recém-nascido desde o nascimento.

FOCO: AMAMENTAÇÃO

- **PLANOS DE CUIDADOS RELATIVO AO RECÉM-NASCIDO**

DOMÍNIO: PARTO
DADOS: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hora do nascimento: 22h15 ○ APGAR ao 1º minuto de vida: 9; APGAR ao 5º minuto de vida: 10; APGAR ao 10º minuto de vida: 10 ○ Os pais referem querer a laqueação tardia do cordão e demonstram vontade em ser o pai a cortar o cordão umbilical. ○ Os pais querem manter o contacto pele com pele com o recém-nascido.
DIAGNÓSTICO: NASCIMENTO
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Promover a adaptação à vida extrauterina • Detetar precocemente alterações à adaptação à vida extrauterina
INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Executar clameamento do cordão umbilical (após o cordão parar de pulsar ou SOS) <ul style="list-style-type: none"> - Clampar o cordão umbilical 3 a 4 centímetros (centímetros) acima do anel umbilical com clamp definitivo (extremidade próxima do recém-nascido). Com a pinça de Kocher, clampar 2 centímetros acima do clamp definitivo em relação à extremidade proximal da placenta. - Incentivar pai a cortar cordão, entre a pinça de Kocher e clamp definitivo. • Executar técnica de pele com pele (após nascimento e após cuidados imediatos ao RN) <ul style="list-style-type: none"> - Após o nascimento, secar bem o recém-nascido - fazer estimulação tátil. - Colocá-lo em contacto pele a pele com a mãe sobre o tórax (entre as mamas) ou abdómen materno, até ao corte do cordão umbilical. - Após os cuidados imediatos ao recém-nascido, com a mãe em semi-fowler e confortável, colocar o recém-nascido em contacto pele a pele sobre o tórax (entre as mamas) ou abdómen materno, em decúbito ventral, durante pelo menos uma hora. Para evitar perdas de calor, o recém-nascido deve ser tapando com um pano aquecido, mantendo a face visível. Deve ser assegurado que o nariz e a boca não estão obstruídos pela mama, mantendo a cabeça lateralizada. - Observar os nove estádios do contacto pele com pele. - Incentivar a amamentação na primeira hora de vida.

- **Executar cuidados imediatos ao recém-nascido**

- Assegurar privacidade/gerir ambiente (temperatura do reanimador entre 25º a 28º como promoção de ambiente calmo)
- Informar os pais sobre os cuidados prestados ao recém-nascido, de acordo com o estado do nascimento.
- Calçar luvas limpas.
- Substituir lençol molhado para manter o recém-nascido com lençol quente.
- Administrar vitamina K – 1mg, via IM, no terço médio do musculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo.
- Realizar monitorização antropométrica: peso, perímetro cefálico e comprimento.
- Realizar avaliação física para detetar malformações aparentemente visíveis.
- Realizar exame neurológico.
- Colocar gorro e fralda.

DADOS DE AVALIAÇÃO:

- Recém-nascido do sexo feminino. Apresenta 4000g de peso, 52 centímetros de comprimento e 35 centímetros de perímetro cefálico.
- Apresentou primeira micção ao nascimento. Abdómen mole. Sem dejeções.
- Apresenta a pele rosada, extremidades quentes e com vestígios de vernix caseosa.
- Apresenta posição da cabeça neutra relativa ao corpo, coluna e membros em flexão. Com bom tónus muscular e movimento das extremidades. Choro vigoroso.
- Apresenta respiração abdominal com 45 cpm. Sem sinais de dificuldade respiratória ou secreções. FC de 124 bpm.
- Apresenta reflexo de moro e de preensão palmar.
- Durante a mamada, o recém-nascido apresenta acanolamento e peristaltismo da língua. Com força de sucção. Apresenta reflexos de busca e deglutição.

- **PLANO DE CUIDADOS RELATIVO AO CASO CLÍNICO 4 DO BLOCO DE PARTOS**

Neste plano de cuidados irão ser incluídos os domínios: Parto e Sensações Somáticas.

No domínio do Parto, são abordados os focos/diagnósticos: Trabalho de parto; conhecimento/capacidade para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e conhecimento/capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.

No domínio das Sensações Somáticas, é abordado o foco da dor (dor de trabalho de parto).

Cenário Clínico:

Grávida com 26 anos deu entrada às 11h no bloco de partos, por início de trabalho de parto espontâneo. Tem 39 semanas e 4 dias de gestação. Índice obstétrico 1G. Apresentou início de contrações uterinas regulares às 6h. Rotura da bolsa amniótica às 7h30, com líquido claro e abundante. Na admissão com três contrações a cada 10 minutos, intensidade moderada com duração de 35 segundos. Apresentava o colo uterino amolecido, centrado, com 3 centímetros de dilatação e 80% de extinção. Na altura, com dor moderada, 4/10, segundo escala numérica. A pedido da parturiente, colocado cateter epidural para realização de analgesia. Tem gravidez de baixo risco e não tem história clínica de relevo. Grupo de sangue materno: B-. Feto do sexo feminino, aparentemente sem patologias.

Está acompanhada pelo marido que irá ser o acompanhante durante o parto. Tem plano de parto e fez preparação para o parto.

Plano de cuidados relativo ao turno da tarde (14h-20h).

DOMÍNIO: PARTO
<p>DADOS:</p> <p>14h00</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Posição do colo do útero: centrado ○ Extinção do colo do útero: 100% ○ Consistência do colo do útero: mole ○ Dilatação do colo do útero: 5centímetros ○ Padrão de contractilidade uterina: normal ○ Intensidade da contração: moderada ○ Frequência da contração uterina: 3 contrações em 10 minutos ○ Duração da contração uterina: 45 segundos ○ Posição fetal: esquerda ○ Apresentação fetal: cefálica ○ Variedade fetal: OEP ○ Descida do feto: 1º plano de Hodge ○ Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) ○ Integridade das membranas: Rotura espontânea ○ Hora de rotura das membranas: 7h30 ○ Caraterística do líquido amniótico: líquido amniótico de caraterísticas normais ○ Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea ○ Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado.
DIAGNÓSTICO: TRABALHO DE PARTO
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto ● Facilitar trabalho de parto/nascimento ● Promover parto eutócico
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar caraterísticas do colo do útero, através do toque vaginal (SOS ou 4h/4h) - Avaliar caraterísticas da contração uterina, através do CTG - frequência e duração (s/horário) - Avaliar bem-estar fetal, através do CTG contínuo(s/horário) - Avaliar estática fetal, através do toque vaginal ou palpação abdominal (s/horário e SOS) - Avaliar perda sanguínea vaginal, através de relato da grávida ou observação (s/horário)

- **Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto (s/horário)**

- Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos promotores da progressão fetal no estreito superior da bacia: em pé e sentada na bola de parto.

- (19h30) *Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos promotores da progressão fetal no estreito médio/inferior da bacia – decúbito lateral direito.*

- (19h45) *Incentivar e orientar a adoção de posicionamentos promotores da progressão fetal no estreito médio/inferior da bacia – em quatro apoios.*

- **Gerir ingestão de líquidos (s/horário)**
- **Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico (SOS)**
- **Referenciar compromisso do estado do feto ao médico (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

16h30: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 100%; consistência: mole; dilatação: 7centímetros; padrão de contractilidade normal com 4 contrações em 10 minutos, duração de 50 segundos e intensidade moderada; liquido amniótico com características normais; posição fetal: esquerda; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: OEP; descida do feto: 1º plano de Hodge; bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; sem períodos de desacelerações); sem perda sanguínea vaginal. Refere aumento da sensação de dor (3/10, segundo escala numérica) e sensação de pressão na região lombar.

19h15: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 100%; consistência: mole; dilatação: 10centímetros; padrão de contractilidade normal com 4 contrações em 10 minutos, duração de 50 segundos e intensidade moderada; liquido amniótico com características normais; posição fetal: esquerda; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: OEP; descida do feto: 3º plano de Hodge; bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; alguns períodos de desaceleração precoce); sem perda sanguínea vaginal. Refere aumento da sensação de dor (3/10, segundo escala numérica) e sensação de pressão na região lombar.

19h45: Posição do colo do útero: centrado; extinção do colo do útero: 100%; consistência: mole; dilatação: 10centímetros; padrão de contractilidade normal com 5 contrações em 10 minutos, duração de 50 segundos e intensidade moderada; liquido amniótico com características normais; posição fetal: esquerda; apresentação fetal: cefálica; variedade fetal: OEP; descida do feto: 3º plano de Hodge; bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; alguns períodos de aceleração; alguns períodos de desaceleração precoce); sem perda sanguínea vaginal. Sem dor de trabalho de parto, no entanto, mantém pressão na região do sacro.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

As variedades fetais posteriores podem constituir um desafio para a progressão fetal. Este tipo de posicionamento fetal ocorre devido à ausência de rotação interna que deveria ocorrer espontaneamente durante o mecanismo de trabalho de parto (Graça, 2017). A região occipital da cabeça fetal mantém-se numa posição posterior relativamente à sínfise púbica da bacia materna, mantendo-a defletida, o que implica que o maior diâmetro da cabeça fetal impeça a progressão do feto na bacia materna (Coates, 2013). As variedades posteriores podem-se traduzir fisicamente nas mulheres, por norma, as parturientes referem sensação de pressão/dor abdominal ou até mesmo a presença de reflexo de ferguson antes da dilatação completa (Coates, 2013; Balaskas, 2017). As variedades posteriores podem originar um trabalho de parto prolongado, exaustão materna/fetal, parto distócico e lacerações perineais (Graça, 2017).

Face a isto, e na ausência de uma rotação interna espontânea, as posições maternas podem potenciar esta rotação e alterar a posição do feto para variedades anteriores (Coates, 2013; Balaskas, 2017; Sequeira et al., 2020).

A posição em quatro apoios facilita a rotação fetal para posições anteriores, uma vez que diminui a pressão lombo sagrada e permite uma movimentação livre da bacia para ajudar na rotação da cabeça à medida que o bebé progride no canal de parto (Balaskas, 2017; Sequeira et al., 2020). Para além disso, promove a deslocação para o exterior e para a frente as espinhas isquiáticas, aumentando ao máximo o diâmetro inter espinhoso. A posição em quatro apoios mais verticalizada - quando o tronco está elevado e as mãos apoiadas - favorece a descida fetal. Por outro lado, quando é mais horizontalizada - quando há mais apoio do tronco, sobre uma superfície, como a bola de parto - pode ser útil para descansar e relaxar.

A posição em decúbito lateral também se revela muito útil nas variedades posteriores. Por exemplo, se a variedade fetal é occipito esquerda posterior, deve ser sugerido o decúbito lateral direito com a perna superior em flexão, formando um ângulo superior a 90º e em rotação interna e a perna inferior em extensão. Desta forma, o diâmetro inter espinhoso aumenta do lado esquerdo e diminui do lado direito, facilitando a rotação da apresentação fetal para occipito esquerda anterior (Sequeira et al., 2020).

DOMÍNIO: SENSações SOMÁTICAS

DADOS:

- A parturiente apresenta cateter epidural.

14h: Dor do período de dilatação cervical (3/10 segundo escala numérica), 3/3 minutos com duração de 45 segundos.

- A variedade fetal é OEP.

<ul style="list-style-type: none"> ○ No plano de parto, a parturiente refere que pretende analgesia epidural, quando solicitar, mas também o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor.
<p>DIAGNÓSTICO: DOR</p>
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar dor de trabalho de parto • Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto • Determinar evolução da dor
<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a parturiente se sinta confortável • Que a parturiente consiga gerir a dor do trabalho de parto eficazmente através das estratégias não farmacológicas
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir analgesia, segundo protocolo (SOS) – 14h; 16h30 e 19h15 • Assistir parturiente a executar técnica não farmacológica para lidar com a dor (SOS) <p>- Incentivar e orientar uso da técnica da respiração. - Orientar e apoiar posicionamento para diminuir a sensação de dor – posição em quatro apoios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir ambiente físico para promover relaxamento (s/horário) <p>- Assegurar ambiente com baixa iluminação e pouco ruído. Incentivar uso de itens pessoais. Organizar espaço para assegurar mobilidade. Disponibilizar dispositivos facilitadores do trabalho de parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envolver pessoa significativa no trabalho de parto <p>- Incentivar acompanhante a massajar as costas da parturiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da dor (SOS)
<p>DADOS DE AVALIAÇÃO:</p> <p>14h10: Dor de trabalho de parto – 1/10.</p>

<p>14h50: Sem dor de trabalho de parto.</p> <p>16h30: Padrão de contractilidade normal com 4 contrações em 10 minutos, duração de 50 segundos e intensidade moderada. Refere aumento da sensação de dor (3/10, segundo escala numérica) e sensação de pressão na região lombar.</p> <p>16h50: Sem dor de trabalho de parto.</p> <p>17h30: Sem dor de trabalho de parto.</p> <p>19h15: Dor do período de dilatação cervical (3/10 segundo escala numérica).</p> <p>19h25: Dor do período de dilatação cervical (1/10 segundo escala numérica).</p> <p>19h35: Sem dor de trabalho de parto.</p> <p>- A parturiente refere aumento do conforto quando adota a posição de quatro apoios e é massajada na região lombo-sagrada.</p>

<p>DOMÍNIO: PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA MÉDICA</p>
<p>DADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inserido cateter epidural às 11h da manhã. Última dose de analgesia epidural às 11h da manhã. <p>14h: Dor do período de dilatação cervical (3/10 segundo escala numérica), 3/3 minutos com duração de 45 segundos. Sinais vitais: TA 112/65mmHg; FC 87bpm; SPO2 100% em ar ambiente; FR 17cpm.</p>
<p>DIAGNÓSTICO: CATETER EPIDURAL</p>
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assegurar funcionamento do cateter • Determinar evolução da administração pelo cateter • Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural • Prevenir complicações relacionadas com cateter epidural
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otimizar cateter epidural (s/horário) • Avaliar evolução da administração pelo cateter epidural (s/horário) <p>- Manter CTG contínuo e avaliar bem-estar fetal.</p>

- Vigiar penso e permeabilidade do acesso venoso periférico.
- Monitorizar sinais vitais¹¹.
- Avaliar a eficácia da analgesia, através da escala numérica da intensidade da dor.
- Avaliar função motora e sensitiva dos membros inferiores (nos primeiros 20 minutos após administração de analgesia epidural ou SOS)
- Vigiar efeitos adversos.
- Vigiar externamente o penso do cateter epidural.
- Informar parturiente da necessidade em manter-se deitada nos primeiros 30min e depois, incentivar à liberdade de movimentos e deambulação, de acordo com o seu conforto.

- **Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural (s/horário)**
- **Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico (SOS)**
- **Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural (SOS)**

DADOS DE AVALIAÇÃO:

14h10: TA 105/64mmHg; FC 67bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 15cpm; Dor de trabalho de parto – 1/10 **14h20:** Sem bloqueio motor. TA 109/67mmHg; FC 61bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **14h30:** TA 108/65mmHg; FC 65bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **14h40:** TA 113/69mmHg; FC 71bpm; SPO2 100% em ar ambiente; **14h50:** Sem dor de trabalho de parto. TA 128/72mmHg; FC 71bpm; SPO2 99% em ar ambiente.

16h30: Padrão de contractilidade normal com 4 contrações em 10 minutos, duração de 50 segundos e intensidade moderada. Refere aumento da sensação de dor (3/10, segundo escala numérica) e sensação de pressão na região lombar. Sinais vitais: 132/68mmHg; FC:78bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR 18cpm.

16h40: TA 122/61mmHg; FC 62bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 14cpm; **16h50:** Sem bloqueio motor. Sem dor de trabalho de parto. TA 123/68mmHg; FC 67bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 15cpm; **17h:** TA 121/73mmHg; FC 65bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **17h10:** TA 123/65mmHg; FC 65bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **17h20:** TA 129/71mmHg; FC 82bpm; SPO2 100% em ar ambiente; **17h30:** Sem dor de trabalho de parto. TA 129/70mmHg; FC 79bpm; SPO2 99% em ar ambiente.

¹¹ De acordo com a American Society of Anesthesiologists (2021), a parturiente, após lhe ser administrada analgesia neuroaxial, deve ficar, pelo menos, 20 minutos sobre observação de um EEESMO. Durante este período, a tensão arterial, a frequência cardíaca e a saturação de oxigénio devem ser avaliadas de 5 em 5 minutos ou, se possível, a cada 2 minutos nos primeiros 10 minutos. No hospital, estas vigilâncias dependiam do anestesista presente.

19h15: Urinou espontaneamente no WC. Dor do período de dilatação cervical (3/10 segundo escala numérica). Sinais vitais: 137/72mmHg; FC:82bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR 19cpm.

19h25: TA 123/65mmHg; FC 66bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 15cpm; Dor do período de dilatação cervical (1/10 segundo escala numérica); **19h35:** Sem bloqueio motor. Sem dor de trabalho de parto. TA 119/69mmHg; FC 79bpm; SPO2 98% em ar ambiente; FR 17cpm; **19h45:** TA 120/70mmHg; FC 66bpm; SPO2 98% em ar ambiente; **19h55:** TA 124/68mmHg; FC 71bpm; SPO2 98% em ar ambiente.

- Durante o turno a puérpera não apresentou efeitos secundários da analgesia epidural.

- Durante os levantes e posicionamentos, não apresentou dificuldade na mobilidade dos membros inferiores.

- A parturiente refere aumento do conforto quando adota a posição de quatro apoios e é massajada na região lombo-sagrada.

DOMÍNIO: PARTO

DADOS:

- A parturiente refere sensação de pressão na região lombo sagrada.
- A variedade fetal é OEP.
- No plano de parto, a parturiente refere que pretende analgesia epidural, quando solicitar, mas também o uso de estratégias não farmacológicas para alívio da dor.
- A parturiente refere: *“Não sinto dor, mas tenho sempre uma sensação de pressão no fundo das costas. Há alguma coisa que possa fazer para aliviar?”*

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO

OBJETIVOS:

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

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a parturiente perceba quais as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto significativas para si
- Que a parturiente realize as estratégias de alívio da dor de trabalho de parto eficazmente

INTERVENÇÕES:

- **Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

- Orientar parturiente sobre as estratégias que normalmente a fazem relaxar no seu dia-a-dia.
- Perceber quais as estratégias que a parturiente considera como úteis para usar durante o trabalho de parto.

- **Instruir estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

- Instruir sobre a posição de repouso em quatro apoios. Reforçar que de modo a repousar e o posicionamento ser mais fácil pode apoiar-se na bola de parto, com a coluna ligeiramente fletida, ou sobre almofadas. Esta posição é muito útil em todo o trabalho de parto para aliviar o desconforto lombar causado pela pressão exercida pela cabeça do bebé nas costas da parturiente.

- **Instruir técnica de relaxamento (s/horário)**

- *Instruir técnica de respiração:* Referir que deve procurar respirar de acordo com o seu padrão habitual, procurando que a respiração seja ritmada, profunda e lenta (Balaskas, 2017). Deve focar-se neste processo, principalmente quando sente que a pressão lombar a deixa desconfortável, de modo a conseguir distrair-se. Incentivar a fechar os olhos e sentir os pontos de apoio do corpo, observando as características da sua respiração (Cardoso et al., 2023). Pode colocar as mãos sobre o abdómen e inspirar devagar em relação às mãos e deixar o ar sair lentamente pela boca. (Bonapace et al.,2018; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

- **Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)**

DADOS DE AVALIAÇÃO: A parturiente verbaliza que focar-se na respiração a ajuda a distrair-se do que a está a envolver, acalmado-a. Refere que se sente mais confortável mesmo relativamente à sensação de pressão lombo-sagrada.

DOMÍNIO: PARTO

DADOS:

- A parturiente refere sensação de pressão na região lombo sagrada.
- A variedade fetal é OEP.
- A pessoa significativa demonstra interesse em estar envolvida no plano de cuidados.

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO [PESSOA SIGNIFICATIVA]

OBJETIVOS:

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

<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a pessoa significativa aplique a técnica da massagem eficazmente • Que a parturiente se sinta confortável
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a massajar (s/horário) <p>- Com recurso a um óleo aromático ou creme, pode ser realizada uma massagem leve durante ou entre as contrações e ser realizada nas costas da parturiente.</p> <p>- <i>Técnica de pressão e contrapressão no sacro</i> – incentivar pessoa significativa a aplicar pressão profunda, durante a contração, com a palma da mão desde a linha média do sacro até cóccix durante a primeira fase do trabalho de parto. Deslizar lentamente a mão com pressão contínua, descrevendo movimentos rotativos.</p> <p>- <i>Técnica de pressão e contrapressão nos íliacos</i> – incentivar pessoa significativa, durante a contração, a colocar as mãos bilateralmente ao nível das cristas íliacas, exercendo pressão contínua lateral e lateral anterior.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto (s/horário)
<p>DADO DE AVALIAÇÃO:</p> <p>A pessoa significativa aplica a técnica da massagem durante os períodos em que a parturiente aumento da sensação de pressão lombar. Realiza a técnica corretamente.</p>

<p>DOMÍNIO: PARTO</p>
<p>DADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A parturiente refere “a médica referiu que a posição do bebé dificulta a passagem no canal de parto e que por isso o trabalho de parto pode demorar mais. Porquê?” ○ No plano de parto, a grávida refere querer liberdade de movimentos com uso de materiais de apoio.
<p>DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO</p>
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto

<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a parturiente relacione a mobilidade e a verticalidade com a evolução do trabalho de parto.
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre verticalidade/mobilidade (s/horário) <p>- Referir que o trabalho de parto se desenvolve a partir de vários mecanismos. Um deles é a adaptação da cabeça do bebé à bacia materna. Num certo ponto da bacia, a cabeça do feto tem de fazer um movimento para se encaixar, no caso da parturiente, o bebé está numa posição que dificulta e torna mais demorado o processo da adaptação da cabeça à bacia.</p> <p>- Referir que no momento o bebé ainda se encontra posicionado na zona superior da bacia e que importa realizar exercícios que facilitem esta progressão, como por exemplo sentada na bola de parto ou mesmo em pé. A mobilidade da bacia nesta fase também vai promover a mudança de posição do bebé, dando-lhe liberdade para se posicionar. É importante enquanto conseguir, e lhe for confortável, manter-se verticalizada, facilitando também assim, com ajuda da gravidade, a passagem do feto.</p> <p>- Referir que quando o bebé estiver mais encaixado é importante promover também a sua rotação para uma posição mais favorável e nessa altura os posicionamentos alteram-se.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto (s/horário)

<p>DOMÍNIO: PARTO</p>
<p>DADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ No plano de parto: a grávida refere querer liberdade de movimentos com uso de materiais de apoio durante o trabalho de parto. ○ A parturiente refere: <i>“Na preparação para o parto, falamos que devemos posicionarmo-nos como quisermos e que isso também ajuda o bebé a descer. Há alguma posição que ajude mais neste caso?”</i>
<p>DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO</p>
<p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover autocontrolo lidar com o trabalho de parto

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a parturiente adote posições corporais facilitadoras do início do trabalho de parto.
- Que a parturiente adote posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto.
- Que a parturiente adote posições verticais.
- Que a parturiente adeque os dispositivos facilitadores de trabalho de parto aos posicionamentos eficazmente.

INTERVENÇÕES:

- **Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto (s/horário)**
- **Instruir o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto (s/horário)**

- *Em pé*: Instruir a manter as pernas em rotação externa, com uma perna em extensão e outra em flexão. Depois deve realizar movimentos de anteversão e retroversão (“para trás e para a frente”), inclinação externa e interna (“para os lados”), circunduções (movimentos semelhantes ao infinito) e translações (junção dos métodos anteriores). Referir que pode apoiar as mãos na cama ou até mesmo recorrer ao acompanhante, colocando as mãos sobre os seus ombros ou mesmo em torno do pescoço. Se colocar as mãos em torno do pescoço, o companheiro deve manter os ombros relaxados, fletir ligeiramente os joelhos e contrair os músculos das nádegas, de modo a criar apoio na coluna (Balaskas, 2017). Reforçar que este movimento é importante para ampliar a parte superior da bacia e promover a descida do bebé pela força da gravidade.

- *Sentada na bola de parto*: Instruir a realizar movimentos extrínsecos sentada na bola de parto, se necessário fletir a coluna, apoiando os braços nos joelhos, de modo a ficar mais confortável (Balaskas, 2017). Iniciar movimentos assimétricos das pernas (p.e. manter a perna esquerda em flexão, com grau superior a 90º e em rotação externa e manter a perna direita em extensão e rotação interna). Reforçar que este movimento é importante para ampliar a parte superior da bacia.

- *Quatro apoios na cama*: Instruir a dirigir o tronco para trás de maneira a efetuar a flexão das pernas num ângulo superior a 90 graus, associando o movimento de rotação interna das pernas. Pode também alterar o movimento das pernas entre rotação externa/interna e manter as pernas em assimetria - manter a perna esquerda em flexão, com grau superior a 90º e em rotação externa e manter a perna direita em extensão e rotação interna. Reforçar que este movimento dos membros inferiores é importante para ampliar a parte inferior da bacia. Instruir a posicionar-se na bola de parto ou sobre almofadas.

- *Lateralizada*: Deve sugerir-se à parturiente que se coloque em decúbito lateral direito com a perna superior em flexão, num ângulo superior a 90º e em rotação interna. A perna inferior

deve manter-se em extensão. Reforçar que é importante o apoio da perna elevada com a ajuda da perneira da cama ou do companheiro, não necessitando de estar sempre apoiada. Instruir a apoiar a perna na bola amendoim.

- **Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto (s/horário)**

DADO DE AVALIAÇÃO:

Durante o trabalho de parto, a parturiente alternou posicionamentos procurando realizar movimentos extrínsecos da bacia e assimetrias dos membros inferiores.

2.2.2. Puerpério

Neste plano de cuidados irão ser incluídos os domínios: Pós-parto (Foco: Puerpério); Ventilação, Sistema cardiovascular, Termorregulação, Eliminação urinária, Pele e mucosas, Perceções somáticas; Metabolismo (Foco: Glicemia); Secreção e excreção de leite (Foco: Lactação); Comportamentos para amamentar (Foco: amamentação) e Desenvolvimento humano (Foco: Recém-nascido).

Cenário Clínico:

Puérpera com 36 anos, nas primeiras oito horas pós-parto de um parto eutócico. Apresenta índice obstétrico 2G, 1P, 1FV, com parto anterior por cesariana há 2 anos e meio. Apresenta diabetes gestacional controlada com dieta, sem outros antecedentes de relevo. Grupo sanguíneo (A+). Parto sem intercorrências com períneo íntegro. Submetida a analgesia epidural. Grávida cumpriu o protocolo de diabetes gestacional durante o trabalho de parto. Mantém-se normoglicémica com início da alimentação oral. Eliminação urinária restabelecida com primeira micção, duas horas após o parto. Realizado primeiro levante sem intercorrências. Puerpério a decorrer dentro da normalidade.

Amamentou o primeiro filho até aos 9 meses e tem intenção de amamentar o recém-nascido. Realizou preparação para a parentalidade. O acompanhante é o marido.

Recém-nascido do sexo feminino nasceu com 3325g e APGAR 8/9/10. Executados cuidados imediatos ao RN e colocado em contacto pele com pele. Primeira micção após nascimento. Exame físico sem alterações. Amamentado durante a primeira hora de vida, com glicemia capilar às duas horas de nascimento de 45mg/dL. Hora da última mamada: 11h30. Glicemias desde o nascimento superiores a 35mg/dL.

Plano de cuidados relativo ao turno da tarde (14h às 20h). Puérpera não está acompanhada no momento.

Medicação prescrita: 15h - Paracetamol, 1000mg, VO.

DOMÍNIO: PÓS-PARTO
Dado: <ul style="list-style-type: none"> ○ Puérpera encontra-se nas primeiras oito horas pós-parto. A dequitação ocorreu às 6h15.
DIAGNÓSTICO: PUERPÉRIO
OBJETIVO: Determinar evolução da recuperação pós-parto
INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da recuperação pós-parto (1x/turno ou SOS) <ul style="list-style-type: none"> - Vigiar coloração, quantidade e cheiro dos lóquios; - Vigiar involução uterina; <ul style="list-style-type: none"> • Referenciar compromisso da recuperação pós-parto ao médico (SOS)
DADOS DE AVALIAÇÃO: <ul style="list-style-type: none"> - Durante a observação, a puérpera apresenta lóquios hemáticos com cheiro suis generis e na quantidade esperada para o período em que se encontra (puérpera refere que trocou o penso higiénico há 3 horas e o mesmo não se encontra saturado). - Durante a palpação, o útero encontra-se contraído e 2centímetros acima do umbigo. Puérpera urinou antes da avaliação.
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: <p>O puerpério define-se como o período de 6 semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Pode ser dividido em três períodos: imediato (primeiras 24h); precoce (até ao final da 1ª semana); tardio (até ao final da 6ª semana) (Graça, 2017).</p> <p>O puerpério constitui um foco de atenção para o EEESMO dada a sua complexidade de cuidados. É um período de transição da vida da puérpera onde a mesma vivência a experiência das alterações físicas, fisiológicas e psicológicas decorrentes do período em que se encontra, assim como, paralelamente, torna-se mãe e assume os cuidados ao recém-nascido de forma autónoma, com tudo o que isso implica (Nené et al., 2016; Brandão et al., 2020). A elaboração do plano de cuidados deve ser realizada tendo em conta a individualidade, necessidades e expectativas de cada mulher/casal. Para além disso, fatores como o tipo de parto, tempo</p>

decorrido após o parto, antecedentes clínicos e situação atual de saúde são importantes fatores a incluir (McKinney et al., 2013; Brandão et al., 2020).

“A involução uterina consiste na redução do tamanho e retorno gradual do útero ao estado pré-gravídico” (Stables & Rankin, 2011). O processo de involução uterina ocorre durante o 3º estadio do trabalho de parto, após a saída placentária, quando a *“quando as fibras musculares uterinas se contraem firmemente ao redor dos vasos sanguíneos miométriais na área de inserção da placenta, prevenindo, desta forma, possíveis hemorragias”* (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2017). Os mesmos autores referem que a ocitocina, produzida e libertada pelo eixo hipotálamo-hipófise reforçam a contração e coordenação das contrações uterinas, assegurando a hemóstase.

O EEESMO deve, através da palpação abdominal, perceber o estado de involução uterina, uma vez que constitui um importante indicador do estado do útero e identificação precoce de atonia uterina, a principal causa de hemorragia pós-parto (Bick, MacArthur & Winter, 2009; OMS, 2022). Através da palpação abdominal é possível avaliar a distância entre o fundo uterino e a sínfise púbica e deve se ter em conta a percepção da contração uterina, localização do útero e percepção da dor pela puérpera (Graça, 2017; OMS 2022; Steen & Wray, 2014,). Na grande maioria das situações, a hemorragia ocorre nas primeiras 24h, no entanto, a identificação precoce das situações de risco e a atuação imediata para promover a hemóstase reduzem significativamente as taxas de morbidade e mortalidade maternas, assim, neste período, o enfermeiro deve ter especial atenção ao desvio do útero da linha média, contração uterina e posicionamento acima da linha umbilical (Graça, 2017; McQuivery, Block & Massaro, 2018).

No final do terceiro estadio do trabalho de parto, o útero deve estar posicionado na linha média do abdómen, aproximadamente dois centímetros abaixo da linha umbilical, às doze horas depois do parto, o útero deve estar posicionado um centímetro acima da linha média umbilical e às 24 horas sobre a linha umbilical (Sequeira et al., 2020).

A secreção uterina que surge no pós-parto denomina-se lóquios e, resulta em parte, da regeneração do revestimento epitelial uterino, que se inicia logo após o parto, com a expulsão da porção externa da camada endometrial com a placenta (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2017). Os lóquios podem estar presentes nas primeiras três semanas após o parto, sendo que aproximadamente 15% das mulheres podem apresentar até às 8 semanas ((Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2017). A avaliação das características dos lóquios, constitui uma intervenção de enfermagem do EEESMO, dado que permite identificar precocemente complicações relacionadas com hemorragia e infeção puerperal (OMS, 2022). A manutenção de lóquios hemáticos excessivos, após o parto imediato, poderá traduzir hemorragia relacionada com a retenção de fragmentos placentares ou membranas, lacerações vaginais e cervicais ou atonia uterina (Lowdermilk & Perry, 2008; Nené et al., 2016; Sequeira et al., 2020).

Os lóquios devem ser avaliados relativamente à sua cor, cheiro, fluxo e características que se modificam com o tempo decorrido após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Nené et al., 2016; Sequeira et al., 2020). Estes autores classificam os lóquios como hemáticos, sero hemáticos e

serosos. Os hemáticos estão presentes nos três primeiros dias após o parto, são abundantes e compostos sobretudo por eritrócitos, restos da decídua e fragmentos de trofoblasto. Normalmente, os lóquios têm um cheiro sui generis, similar ao do fluxo menstrual, e o volume é variável. A associação de temperatura superior a 38 °C nos primeiros 10 dias após o parto e a presença de lóquios purulentos, com cheiro fétido e dor abdominal, podem indicar a presença de infecção (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008; Sequeira et al., 2020).

Assim, é essencial que o enfermeiro realize a palpação do fundo uterino, especialmente nas primeiras 24 horas e perceba a quantidade de sangue perdida (OMS, 2022). Durante este período, deve ter como referencial, a saturação de um penso higiênico em duas horas (Sequeira et al., 2020). O mesmo autor refere que é importante ter em conta que o fluxo de sangue pode aumentar com a deambulação, pela posição verticalizada, e na amamentação, devido à libertação da ocitocina. A ACOG (2017) refere que a avaliação da quantidade dos lóquios faz-se pelo grau de saturação do penso higiênico relacionado com o tempo, considerando-se uma perda abundante quando há saturação do penso higiênico em 2 horas e hemorragia em 15 minutos.

DOMÍNIO: VENTILAÇÃO

Dado:

- Puérpera com respiração simétrica, regular, torácica e profunda. Frequência respiratória de 20 cpm e SPO2 98% em ar ambiente. Mucosas coradas. Não refere dispneia.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

O tromboembolismo pode constituir umas das complicações puerperais pelas alterações dos fatores de coagulação no pós-parto, assim, importa perceber a ocorrência de dispneia súbita, alterações da frequência respiratória ou características da respiração e alteração da coloração das mucosas (Graça, 2017). Após o parto, a frequência respiratória baixa para valores pré gravídicos (16 a 24 ciclos por minuto), por diminuição do volume abdominal, com consequente diminuição da pressão no diafragma (Lowdermilk & Perry, 2008; Sequeira et al., 2020).

DOMÍNIO: SISTEMA CARDIOVASCULAR

Dado:

- Às 15h, puérpera com pulso regular, rítmico, amplo e simétrico. Frequência cardíaca de 67bpm. Apresenta uma pressão sanguínea de 132/74mmHg, avaliada no braço

esquerdo, com a puérpera sentada. Extremidades mantêm-se quentes e bem perfundidas.

- Realizado primeiro levante sem intercorrências no turno anterior.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Uma das complicações mais importantes que podem ocorrer no pós-parto é a hemorragia, assim, todos os sinais e sintomas devem ser valorizados (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008; OMS, 2022). É comum, no caso de hemorragia, a alterações dos parâmetros vitais que se traduzam em hipotensão e taquicardia. Podem ser também associados sinais como a cor das mucosas, perda vaginal abundante, alterações das características do pulso e tolerância ao ortostatismo (Graça, 2017). A avaliação da tensão arterial de forma isolada não é um bom indicador de perda sanguínea excessiva, mas recomenda-se que a pressão sanguínea seja realizada a cada quatro a seis horas até às 24 horas após o parto (Lowdermilk & Perry, 2008; OMS, 2022). Normalmente, os valores de tensão arterial encontram-se um pouco mais elevados, comparativamente aos valores pré-gravídicos (os valores de referência da pressão sanguínea sistólica são entre 90 e 140 mmHg e quanto à diastólica entre 50 e 90 mmHg). A frequência cardíaca pode estar ligeiramente mais baixa relativamente ao basal da puérpera devido ao aumento do retorno venoso (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).

DOMÍNIO: ELIMINAÇÃO URINÁRIA

Dado:

- Eliminação urinária restabelecida com primeira micção duas horas após o parto.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

O desvio da linha média do útero, está muitas vezes relacionada com o aumento do volume da bexiga (Lowdermilk & Perry, 2008). Após o parto, algumas mulheres podem apresentar problemas de retenção urinária por distensão da bexiga resultante da pressão exercida sobre a bexiga durante o trabalho de parto, sobretudo nas situações de primeiro e segundo estádios de trabalho de parto prolongados, parto instrumentado, trauma perineal e efeitos da anestesia epidural (Graça, 2017; OMS, 2022; Sequeira et al., 2020). Assim, o EEESMO deve assegurar-se que a puérpera tem micção espontânea até seis a oito horas após o parto, prevenindo assim a ocorrência de subinvolução uterina devido a este fator (Francisco et al., 2012; Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).

DOMÍNIO: TERMORREGULAÇÃO
DADO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Temperatura axilar da puérpera 37°C.
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: <p>A monitorização da temperatura corporal é essencial, dado que a febre é um importante sinal de uma possível infeção, uma complicação que pode ocorrer no puerpério (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008). A temperatura pode estar ligeiramente aumentada nas primeiras 24 horas após o parto, decorrente da desidratação do parto ou do aumento da produção láctea, no entanto, importa ressaltar que qualquer aumento de temperatura superior a 38°C, pode constituir um importante sinal de infeção puerperal, devendo ser comunicado (OMS, 2022; Sequeira et al., 2020).</p>

DOMÍNIO: PELE E MUCOSAS
DADO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Os membros inferiores apresentam-se com ligeiro edema bilateral, sem rubor ou calor.
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: <p>No pós-parto podem ocorrer fenómenos tromboembólicos, como a trombose venosa superficial ou profunda, devido à alteração do mecanismo de coagulação (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008). Durante a gravidez, a ativação do sistema de coagulação, a lesão endotelial e a estase venosa contribuem para o aumento do risco deste risco (Maughan et al., 2022). Cerca de 25% das trombozes venosas profundas podem complicar-se em TEP, podendo originar mortalidade materna (Graça, 2017). Assim, o EEESMO deve estar atento e alertar as puérperas para os sinais e sintomas de TVP, que incluem dor gemelar ou da coxa, sensibilidade e edema depressível do membro inferior, e para os de TEP que podem ser dor torácica pleurítica, dispneia, taquicardia, tosse e síncope (Maughan et al., 2022). O levante precoce é utilizado como medida profilática destes fenómenos (Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).</p>

DOMÍNIO: PERCEÇÕES SOMÁTICAS
DADO: <ul style="list-style-type: none"> ○ 15h: A puérpera refere não sentir dor.
FOCO: DOR

DOMÍNIO: METABOLISMO
DADO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Apresenta diabetes gestacional controlada com dieta. Mantém-se normoglicêmica com início da alimentação oral.
FOCO: GLICEMIA
OBJETIVO: Determinar evolução da glicemia
INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da glicemia <p>- Segundo protocolo hospitalar, a avaliação deve ocorrer no período pré prandial e duas horas após as refeições, durante 48 horas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referenciar hiperglicemia ao médico (SOS)
DADOS DE AVALIAÇÃO: <p>- 15h; 16h30; 18h; 19h30 (mantém valores entre 80 a 150mg/dL)</p>
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: <p>A diabetes gestacional define-se como qualquer grau de intolerância aos hidratos de carbono documentado pela primeira vez na gravidez (Araújo et al., 2022; Graça, 2017). Estes autores referem que a definição se mantém independentemente da necessidade insulinoterapia ou do valor da glicemia no diagnóstico. As complicações maternas da diabetes gestacional podem incluir retinopatia, nefropatia, doenças cardiovasculares, infeções do trato urinário e aumento da incidência de hemorragia pós-parto (Araújo et al., 2022; Graça, 2017). Assim, torna-se importante a vigilância das glicemias por parte do EEESMO, de acordo com o tipo de tratamento que a puérpera faz. Segundo o protocolo do hospital, no caso de controlo de glicemia apenas com dieta, a vigilância das glicemias deve ser mantida até 48 horas, após o parto e devem situar-se entre os 80 e os 150mg/Dl.</p>

DOMÍNIO: SECREÇÃO E EXCREÇÃO DE LEITE
DADOS: <ul style="list-style-type: none"> ○ A puérpera apresenta a mama volumosa e cônica, sem alterações cutâneas. Tem mamilos proeminentes e íntegros. ○ A puérpera tem intenção de amamentar ○ Apresenta saída de colostro
FOCO: LACTAÇÃO
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: <p>O exame da mama no período de lactação, com recurso à observação e inspeção, é importante pois permite a diferenciação de cuidados a cada díade, assim como a perceção de complicações. Assim, o exame da mama deve incluir: exame mamário (tamanho, presença de massas, sensibilidade e dor à pressão) e avaliação dos mamilos (integridade da pele, sensibilidade, dor, coloração, drenagem, presença/ausência de erupções cutâneas, lesões) (Silva et al., 2020).</p>

DOMÍNIO: COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR
DADO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Durante a observação da mamada, o recém-nascido executa uma pega adequada (lábios virados para fora, queixo encostado à mama, abocanha mamilo e maior parte da areola, bochecha redonda e boca bem aberta) e a puérpera apresenta habilidade para colocar o bebé a mamar corretamente (antes da mamada aponta o mamilo para o nariz do bebé, esperando que ele abocanhe a mama). Corrige a pega quando a mesma não está correta. ○ A puérpera inicia a mamada quando o recém-nascido desperta e começa a tentar abocanhar a mão da mãe. Reconhece os sinais de saciedade, referindo <i>“Ela larga a mama, adormece e fica calma, mas como sei efetivamente que ela está a alimentar-se corretamente? Que mamou o tempo certo?”</i> ○ Durante a mamada, a puérpera estimula a M., tocando-lhe na face, nos pés e comunicando com ela. Previamente troca a fralda. ○ A mãe amamenta com as costas arqueadas no cadeirão, na posição tradicional, com a cabeça do bebé apoiada no antebraço. Apresenta dificuldade em alinhar o corpo do bebé com a sua mama.
DIAGNÓSTICO: AMAMENTAÇÃO

<p>OBJETIVO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover o amamentar/mamar. • Determinar evolução da amamentação.
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir na amamentação (s/horário) <p>- Apoiar a puérpera e o bebé nas suas necessidades durante a amamentação. Ajustar a posição da mãe, mantendo-a confortável e apoiá-la a colocar o bebé à mama.</p> <p>- Observar a mamada e incentivar a puérpera a melhorar alguns aspetos do seu posicionamento e do bebé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar (s/horário)

<p>DOMÍNIO: SECREÇÃO E EXCREÇÃO DE LEITE</p>
<p>DADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A puérpera apresenta a mama volumosa, com mamilo proeminente e sem alterações. ○ A puérpera tem intenção de amamentar ○ Apresenta saída de colostro
<p>FOCO: LACTAÇÃO</p>
<p>DOMÍNIO: SECREÇÃO E EXCREÇÃO DE LEITE</p>
<p>DADO:</p> <p>A puérpera refere: <i>“Será que o colostro que tenho é suficiente para alimentar a M.? Parece tão pouco e queria que ela mamasse bem, disseram-me que é importante para não ter baixa de açúcares.”</i></p>
<p>DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE LACTAÇÃO</p>
<p>OBJETIVO: Promover autogestão da lactação</p>
<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a grávida perceba os sinais de lactação. - Que a grávida perceba que a produção de colostro é suficiente para nutrir um bebé saudável. - Que a grávida perceba o mecanismo de produção de leite.

INTERVENÇÕES:

- **Ensinar sobre lactação (s/horário)**

- Referir que a mama tem colostro desde as 20 semanas de gestação e que a produção do mesmo não depende da extração feita pelo recém-nascido até ao segundo dia pós-parto, aproximadamente. Assim, a produção e ejeção de colostro é desencadeada por processos hormonais e pelo estímulo de sucção do bebé e por isso é constante, estando sempre disponível em quantidades fisiológicas para as necessidades do bebé durante os primeiros dois dias de vida (Graça, 2017).

- Após o terceiro dia de vida a produção de leite já depende da frequência, intensidade e tipo de sucção do bebé, ou seja, o corpo produz o que o bebé indica que necessita. Nesta fase já se inicia a produção do leite de transição e por volta da 2ª ou 3ª semana já tem leite maduro (Cardoso, 2011; Levy & Bértolo, 2012).

- Reforçar que o tipo de leite que é produzido é o adequado a cada fase de vida do recém-nascido e que, neste momento, o colostro tem as características indicadas para alimentar o bebé (Cardoso, 2011; Levy & Bértolo, 2012). Referir que o colostro um grande teor de proteínas, vitaminas lipossolúveis, minerais e imunoglobulinas e constitui a primeira vacina do recém-nascido, e, por isso possui aporte nutricional perfeitamente adequado. No entanto, visto que há um risco acrescido de hipoglicemia, devido à diabetes gestacional, o que é necessário fazer é assegurar uma boa quantidade ingerida de colostro (Cardoso, 2011; Levy & Bértolo, 2012).

- Referir que pode perceber sinais de lactação observando as suas mamas. Incentivar a perceber o fluxo venoso da mama, presença das glândulas de Montgomery, aumento de volume da mama, presença de colostro durante a mamada (Sequeira et al., 2020).

- **Avaliar evolução do conhecimento sobre lactação (s/horário)**

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A mama está completamente preparada para a lactação a partir das 16 semanas de gestação sem qualquer intervenção ativa da mulher (Graça, 2017; Lawrence & Lawrence 2016). O primeiro estadio da lactogénese inicia-se durante o parto com aumento significativo de componentes como a lactose, proteína total, imunoglobulinas (Graça, 2017; Lawrence & Lawrence, 2016; Lowdermilk & Perry, 2008). A diminuição de progesterona plasmática após o parto e a manutenção da prolactina, caracterizam esta fase. Os mesmos autores salientam que o início do processo não depende da frequência e tipo de sucção do recém-nascido até aproximadamente ao 3º dia de vida. Nas primeiras horas do primeiro dia pós-parto, a mama responde às mudanças hormonais e ao estímulo da sucção do recém-nascido para produzir e libertar leite.

O leite materno vai-se modificando de forma gradual, em função do desenvolvimento do recém-nascido, adaptando-se às suas necessidades nutricionais e digestivas (Graça, 2017; Levy & Bértolo, 2012; Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, o colostro tem um grande teor de proteínas, vitaminas lipossolúveis, minerais e imunoglobulinas, especialmente de IgA's, que, conjugadas com outros anticorpos formados na própria glândula mamária, fornecem ao recém-nascido a primeira imunização pós-parto (Cordero, 2005; Graça, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante a gravidez, sugere-se a avaliação do conhecimento dos pais sobre amamentação e lactação de forma que os mesmos consigam gerir de forma eficaz este processo. Deve ter noção de como decidir a duração e frequência das mamadas; conhecer a técnica de amamentação correta e reconhecer se o leite materno está a ser suficiente para corresponder às necessidades nutricionais do recém-nascido (Cardoso, 2011; Sequeira et al., 2020). Após o nascimento, durante o período de internamento, por exemplo, importa perceber a habilidade para amamentar e mobilizar conhecimento (Cardoso, 2011; Sequeira et al., 2020).

FOCO: COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR

DADO:

- A puérpera refere: *“Ela fica mais desperta quando está com fome e tenta abocanhar as mãos ou o que sente à volta boca. Passado um tempo, larga a mama, adormece e fica calma, mas como sei efetivamente que ela está a alimentar-se corretamente? Que mamou o tempo certo?”*
- A puérpera refere: *“Recordo-me que podíamos perceber pelos xixis e cocós que ela está a mamar bem, mas já não me recordo bem. Fico sempre em alerta porque quero que ela mame bem por causa das glicemias.”*
- A mãe amamenta com as costas arqueadas no cadeirão, na posição tradicional, com a cabeça do bebé apoiada no antebraço. Apresenta dificuldade em alinhar o corpo do bebé com a sua mama.

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AMAMENTAÇÃO

OBJETIVO: Promover autogestão: amamentação

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a grávida perceba a diferença entre padrão de sucção nutritivo e não nutritivo.
- Que a grávida saiba os critérios para estabelecer a frequência e da duração das mamadas da recém-nascida.
- Que a grávida saiba os critérios de uma ingestão nutricional adequada da recém-nascida.

- Que a grávida perceba a relação entre o sucesso de amamentação e o posicionamento dela e do bebê.

- Que a grávida perceba as posições mais adequadas para ela para amamentar.

INTERVENÇÕES:

- **Ensinar sobre padrão de sucção (s/horário)**

Referir que existem dois tipos de padrão de sucção, o nutritivo e o não nutritivo, sendo os dois importantes, mas com características diferentes (Cardoso et al., 2011; Lau, 2016). Durante a mamada, o recém-nascido pode estar a fazer sucção e não ingerir leite e esse processo faz parte da amamentação, sendo não só um mecanismo de conforto para o bebê, mas também um mecanismo de estimulação da ejeção de leite (Cardoso et al., 2011; Lau, 2016). Distinguem-se, uma vez que no padrão de sucção nutritiva pode conseguir-se ouvir o bebê a engolir e é mais lento e profundo, por norma tem o padrão de sugar e deglutir e deve por mamada apresentar pelo menos duas vezes este padrão (Cardoso et al., 2011; Lau, 2016). Por outro lado, a sucção não nutritiva é mais rápida e superficial, percebendo-se que o bebê não engole leite, realiza por exemplo, três sucções rápidas e engole uma vez (Cardoso et al., 2011; Lau, 2016).

- **Ensinar sobre sinais de fome (s/horário)**

- Referir que os principais sinais de fome do recém-nascido que referiu estão corretos e que realmente é o padrão mais usual que o recém-nascido demonstra. No entanto, alguns bebês são muito calmos e esperam para ser alimentados, ou voltam a adormecer se não forem detetados os sinais precoces de fome, o que pode resultar em subalimentação. Por outro lado, outros bebês acordam de repente e ficam aborrecidos se não são alimentados imediatamente (Cardoso, 2011; Levy & Bértolo, 2012; Siqueira & Santos, 2017).

- Salientar que o choro intenso é um sinal tardio de fome, assim como o arquejar as costas e a dificuldade em adaptar-se à mama. Nesta altura, é necessário pegar no bebê ao colo e acalmá-lo antes de o amamentar (Cardoso, 2011; Levy & Bértolo, 2012; Siqueira & Santos, 2017)

- **Ensinar sobre ingestão nutricional (s/horário)**

- Referir que o recém-nascido pode e deve mamar em livre demanda, ou seja, quando mostrar sinais de prontidão para mamar (Levy & Bértolo, 2012; Siqueira & Santos, 2017). No entanto, nas primeiras horas de vida e tendo em conta o risco de hipoglicemia, as medidas que se podem ter em conta para assegurar um bom aporte nutricional é assegurar que existam pelo menos 10 a 12 refeições por dia (SPN, 2013). Assim, pelo risco acrescido de hipoglicemia, nas primeiras 24 horas de vida, sempre que a recém-nascida mostrar sinais de prontidão para mamar a mãe deve oferecer a mama e amamentar. Quando estabilizado, pode espaçar mais algum tempo, sendo o ideal um mínimo oito refeições por dia (Cardoso, 2011; Levy & Bértolo, 2012; Siqueira & Santos, 2017). Para além disso, pode ter em conta os sinais de saciedade que

são bons preditores de que o recém-nascido está saciado e bem nutrido. Os pais devem ter atenção ao padrão de sucção e se a sucção nutritiva ocorre dentro do expectável (Cardoso, 2011, Lau, 2016).

- Referir que relativamente à duração da mamada, existem bebés que mamam só 10 minutos, mas cuja sucção nutritiva é muito eficaz e existem outros que mama uma hora, havendo alternância de períodos sucção não nutritiva e nutritiva (Barbosa et al., 2018; Cardoso, 2011, Lau, 2016). Quando a bebé adormece, pode estimulá-la ao fim de 10 segundos e perceber se ela desperta e volta a ter sucção nutritiva, caso contrário, se se mantiver a dormir e apresentar outros sinais de saciedade, tiver apresentado padrão de sucção nutritivo e apresentar sinais de boa ingestão nutricional, a duração da mamada está a ser adequada (Barbosa et al., 2018; Lau, 2016).

- Referir que nesta fase ainda é precoce, pelas horas de vida do recém-nascido, no entanto, o padrão de dejeções é importante para determinar a qualidade de ingestão nutricional. A primeira dejeção, o mecónio, ocorre nas primeiras 24 horas após o nascimento e é constituída por produtos do líquido amniótico e células originárias da mucosa intestinal, apresentando uma cor verde-escura e consistência gordurosa (Lowdermilk & Perry, 2008). A partir do segundo ou terceiro dia de vida, aparecem as fezes de transição, de cor verde-acastanhada a amarelo-acastanhada, são mais líquidas que o mecónio e contêm restos alimentares. O número de dejeções varia ao longo do tempo, sendo que em média, na primeira semana são esperadas 3 dejeções por dia, verificando-se um aumento na segunda semana, passando para 3 a 5 por dia. Ao longo dos meses, o número de dejeções vai diminuindo e estabilizando (Lowdermilk & Perry, 2008).

- Salientar que o aumento de peso é relevante e tradutor de uma boa ingestão nutricional a partir do 21º dia (Cardoso, 2011).

- **Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar**

- Explicar a relação da posição com o sucesso de amamentação.

- Salientar que a mãe deve estar em posição confortável, com as costas e pés apoiados (se sentada) e com uma postura correta (com a coluna vertebral alinhada, e não curvada sobre o bebé) (Alves et al., 2017; Barbosa et al., 2018; Siqueira & Santos, 2017). A postura evita lombalgias, mantém os níveis de conforto durante a mamada, e promove o relaxamento. Um dos mecanismos de produção de ocitocina é induzido pela sensação de relaxamento da mãe (Cardoso, 2011; Levys & Bértolo, 2012; Alves et al., 2018). A alternância de posições também promove o esvaziamento de toda a parte da mama, prevenindo complicações (Cardoso, 2011; Levys & Bértolo, 2012; Alves et al., 2018)

- Salientar que existem diversas posições para amamentar a recém-nascida, sendo que uma delas pode usar a tradicional que é a que está a utilizar, mas deve ter em atenção alguns aspetos. É importante que bebé encare a mama, sem necessidade de voltar a cabeça para mamar. Assim, a criança deve estar com corpo virado para a mãe, barriga com barriga, cabeça em ligeira hiperflexão e boca e nariz ao nível da mama. Se necessário pode colocar-se uma

almofada no colo para elevar o bebê ao nível da mama sem necessidade de suportar todo o seu peso nos braços (Cardoso, 2011; Alves et al., 2018).

- Referir que pode também utilizar a posição de “rugby” que é adequada para mulheres com a mama mais volumosa, facilitando a adaptação do bebê à mama. Para além disso, também é uma boa posição dado que apoia bem o bebê e dá à mãe controlo e uma boa visão da sua face (Alves et al., 2017).

- **Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação**

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Promover o conhecimento sobre a amamentação contribui para decisões potencialmente mais bem informadas, maior confiança nas suas próprias decisões e ações, face aos desafios da amamentação (Cardoso, 2011; Santos, 2022; Souza et al., 2020). Nas duas primeiras semanas de vida após o nascimento importa perceber a capacidade que os pais têm para decidir sobre a frequência e duração das mamadas, identificar os sinais de prontidão para mamar, saciedade e de ingestão nutricional suficiente, assim como, decidir sobre as necessidades nutricionais e hídricas naquela etapa específica (Alves et al., 2018; Cardoso, 2011; Santos, 2022). O posicionamento correto é primordial para o sucesso da amamentação, uma vez que não só promove o conforto materno e consequente produção de ocitocina, como também, promove uma boa pega do bebê, diminuindo a probabilidade de complicações mamárias e diminuição da produção de leite (Alves et al., 2018).

É importante que o EEESMO seja capaz de capacitar as puérperas para a autogestão da amamentação, uma vez que amamentar é uma tarefa complexa que envolve um conjunto de elementos práticos, emocionais, motivacionais e informação (Cardoso, 2011; Souza et al., 2020).

DOMÍNIO: COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR

DADO:

- A mãe amamenta com as costas arqueadas no cadeirão, na posição tradicional, com a cabeça do bebê apoiada no antebraço. Apresenta dificuldade em alinhar o corpo do bebê com a sua mama.

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA AMAMENTAR

OBJETIVO: Promover autogestão da amamentação

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a grávida tenha capacidade para adotar posições confortáveis e eficazes para amamentar.

- Que a grávida tenha capacidade para usar a almofada de amamentação.

INTERVENÇÕES:

- **Instruir a amamentar (s/horário)**

- *Instruir posição tradicional:* Incentivar a puérpera a sentar-se com as costas direitas e com os pés apoiados (pode usar uma almofada para apoiar as costas) (Alves et al., 2017; Sequeira et al., 2020). Depois, deve colocar o bebé de lado, com a cabeça e o pescoço apoiados ao longo do seu antebraço (a cabeça do bebé fica junto ao cotovelo da mãe) e com a sua mão a apoiar a cervical do bebé (Alves et al., 2017; Sequeira et al., 2020). A mãe e o bebé devem estar numa posição barriga-contra-barriga (Alves et al., 2017; Sequeira et al., 2020).

- *Instruir posição bola de rugby:* Incentivar a puérpera a sentar-se com as costas direitas e com os pés apoiados (pode usar uma almofada para apoiar as costas) (Alves et al., 2017; Sequeira et al., 2020). Depois, dizer à mãe para colocar o bebé de lado, com o tronco aconchegado debaixo do seu braço (Alves et al., 2017; Sequeira et al., 2020). Os pés ficam virados para o sítio onde está sentada. O bebé fica encostado à mãe e apoia a cabeça do bebé com a mão aberta, apoiando a cervical e direcionando o rosto em direção à mama, com a outra mão pode apoiar a mama, formando um C (Alves et al., 2017; Sequeira et al., 2020). Nesta posição, o braço da mãe também pode ficar apoiado numa almofada (Alves et al., 2017; Sequeira et al., 2020).

- **Treinar a amamentar (s/horário)**

- **Instruir a amamentar usando dispositivo (s/horário)**

- Incentivar a puérpera a colocar a almofada de amamentação no colo, de modo a apoiar os seus braços e encostar o bebé de modo a não ter a necessidade de suportar o peso do bebé. Verificar que o bebé não fica demasiado apoiada na almofada. A mama deve continuar no nível da face e corpo do bebé.

- **Treinar a amamentar usando dispositivo (s/horário)**

- **Avaliar evolução da capacidade para amamentar (s/horário)**

DADO DE AVALIAÇÃO:

- Na mamada seguinte, a puérpera está sentada com uma almofada atrás das costas. Posiciona o recém-nascido em bola de *rugby*. Mantém necessidade de ajuste na posição do bebé. Usa almofada de amamentação corretamente.

- **PLANO DE CUIDADOS RELATIVO AO RECÉM-NASCIDO**

DOMÍNIO: DESENVOLVIMENTO HUMANO
DADO: <ul style="list-style-type: none"> ○ O recém-nascido apresenta o coto umbilical gelatinoso e a pele peri umbilical íntegra. ○ Apresentou primeira micção ao nascimento. Abdómen mole. Sem dejeções. ○ Apresenta a pele rosada, extremidades quentes e com vestígios de vernix caseosa. ○ Apresenta posição da cabeça neutra relativa ao corpo, coluna e membros em flexão. Com bom tónus muscular e movimento das extremidades. Choro vigoroso. ○ Apresenta respiração abdominal com 45 cpm. Sem sinais de dificuldade respiratória ou secreções. ○ Apresenta reflexo de moro e de preensão palmar. ○ Durante a mamada, o recém-nascido apresenta acanolamento e peristaltismo da língua. Com força de sucção. Apresenta reflexos de busca e deglutição.
FOCO: RECÉM-NASCIDO
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução física do recém-nascido • Determinar evolução do coto do cordão umbilical
INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame físico do recém-nascido (SOS e s/horário) • Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical (s/horário) • Referenciar complicação no coto do cordão umbilical ao médico (SOS)

DOMÍNIO: METABOLISMO
DADO: <ul style="list-style-type: none"> ○ Recém-nascido com mãe com diabetes gestacional. ○ Glicemias prévias superiores a 35mg/dL. ○ 15 horas: glicemia pré prandial 32mg/dL e recém-nascido assintomático.
FOCO: GLICEMIA
OBJETIVO: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da glicemia • Controlar glicemia
CRITÉRIO DE RESULTADO: <p>- Que o recém-nascido tenha valores de glicemia acima de 45mg/Dl, após a amamentação</p>
INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da glicemia <p>- Segundo protocolo hospitalar, monitorização da glicemia capilar até às 24 horas de vida, pré prandial.</p> <p>- Segundo protocolo hospitalar, quando glicemia capilar inferior a 35mg/dL, entre as quatro horas e as 24h de vida, deve-se monitorizar uma hora depois, após nutrição entérica, tendo como valor alvo 45mg/dL.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar contacto pele a pele (SOS) • Incentivar amamentação (SOS) • Administrar solução com glicose (SOS) • Referenciar hipoglicemia ao médico (SOS)
DADOS DE AVALIAÇÃO: <p>16h - 46mg/Dl; 17h - 45mg/Dl; 19h30 - 47mg/dL</p>
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: <p>O feto não produz glicose, iniciando-se o processo de gluconeogenese apenas após o nascimento, estando até aí dependente da produção da mãe (Albrecht et al., 2019; SPN, 2013). A concentração de glicose no RN começa por baixar após a clampagem do cordão umbilical, diminuindo para valores mínimos às duas a três horas de vida e normalizando cerca das seis a 12 horas de vida (Albrecht et al., 2019; SPN, 2013). Segundo os mesmos autores, a manutenção da homeostase da glicose depende do balanço entre a produção da glicose</p>

hepática e a utilização periférica de glicose. Durante a gravidez, o feto é exposto a níveis altos de glicose maternos produzindo consequentemente níveis maiores de insulina.

A SPN (2013) propõe que seja considerada hipoglicemia no recém-nascido assintomático, entre as quatro e as 24 horas de vida, valores inferiores a 35mg/dL. A mesma entidade refere que constituem sinais de hipoglicemia: letargia, tremores e irritabilidade que revertem rapidamente com a normalização da glicemia. O facto de um RN ter um valor de glicémia baixo após alimentação com leite materno não implica que deva ser de imediato suplementado com fórmula para lactentes. Deve manter leite materno e aumentar a frequência da alimentação que deverá ser 10 a 12 vezes nas 24 horas (SPN, 2013). No caso de valor de glicemia inferior a 35mg/dL, deve alimentar-se o bebé e verificar a glicemia uma hora depois, tendo como valor alvo 45mg/dL. Em casos de filhos de mães diabéticas, se este tiver duas avaliações consecutivas com normoglicemia (acima de 45mg/dL) até às 12 horas de vida pode ser parada a monitorização, caso contrário mantém-se as 24h horas (SPN, 2013).

Quando o RN vivencia o stress pelo frio, o mecanismo de hiperinsulinemia aumenta a captação de glicose pelos tecidos sensíveis à insulina devido à atividade do sistema nervoso simpático (SPN, 2013). O contacto pele a pele da mãe com o RN tem diversos benefícios com boa evidência, entre eles a estabilização da temperatura corporal com o consequente aumento dos níveis de glicose (Moore et al., 2016; Rezer et al., 2022; Silva et al., 2022).

2.2.3. Gravidez com Complicações

Neste plano de cuidados irão ser incluídos os domínios: Gestação, especificamente o foco da gravidez) e Desenvolvimento Humano, onde se inserem os focos: Significado atribuído ao [tipo de parto]; conhecimento sobre desenvolvimento fetal e significado atribuído à gravidez.

Cenário Clínico:

Grávida de 29 anos, com gravidez de 31 semanas gemelar monocoriónica e biamniótica. Deu entrada na Unidade Materno Fetal por restrição do crescimento intrauterino (RCIU) do 1º feto. O 2º feto apresenta artéria umbilical única. Os dois fetos são do sexo feminino, sem outras patologias aparentes. Índice Obstétrico 1G, 0P. Internada para vigilância dos fetos e início de maturação pulmonar. Indicação de repouso relativo no leito.

Turno da manhã (8h-14h). 2º dia de internamento da grávida.

Medicação prescrita:

- 12h - Dexametasona, 6mg, via intramuscular (3ª dose)

Atitudes terapêuticas prescritas:

- Monitorização de cardiotocografia (1x/turno)
- Monitorização de sinais vitais (1x/turno)

DOMÍNIO: GESTAÇÃO

DADOS:

- **Idade gestacional:** 31 semanas
- **Pressão sanguínea:**
 - Valores pré-gravídicos: 116/70mmHg
 - Atual: 125/72 mmHg
- **Frequência cardíaca:** 70bpm
- **Peso:**
 - Pré-gravídico: 65kg
 - Atual: 68kg
- **Grupo sanguíneo:** A+
- **SGB:** Negativo
- **Exame analítico à urina:** sem alterações
- **Exame analítico sanguíneo:** sem alterações
- **Toxoplasmose:** IgG (+) e IgM (-): Imune
- **Vacinação:** Rubéola IgG (+) e IgM (-): Imune; Sífilis (VDRL): negativo; Hepatite B: negativo; HIV: negativo
- **Perda sanguínea vaginal:** Sem perda hemática
- **Efeitos colaterais da gravidez:** Edema dos membros inferiores (Sinal de Godet – 1+)
- **Colo do útero**
 - Posição: posterior
 - Dilatação: 0 centímetros
 - Consistência: firme
 - Extinção: inteiro
- **Padrão de contractilidade uterina:** Padrão de contractilidade uterina normal (sem contrações)
- **Dor de trabalho de parto:** Sem dor de trabalho de parto
- **Posição fetal:**
 - 1º feto: direita
 - 2º feto: esquerda
- **Apresentação fetal:**
 - 1º feto: cefálico
 - 2º feto: pélvico
- **Frequência cardíaca fetal:**
 - 1º feto: 150bpm (foco: quadrante inferior direito)
 - 2º feto: 124bpm (foco: quadrante superior esquerdo)
- **Movimento fetal:**
 - 1º feto: Padrão normal de movimentos fetais
 - 2º feto: Padrão normal de movimentos fetais
- **Bem-estar fetal:**

<ul style="list-style-type: none"> - 1º feto: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) - 2º feto: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) • Perda de líquido amniótico: Sem perda
DIAGNÓSTICO: GRAVIDEZ
OBJETIVO: Determinar sinais de complicação da gravidez e/ou desenvolvimento fetal
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da gravidez <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar pressão sanguínea e frequência cardíaca materna (todos os turnos, segundo protocolo). - Avaliar bem-estar fetal (todos os turnos, segundo protocolo) - Recurso a cardiotocografia (CTG) e relato materno sobre a percepção dos movimentos fetais. - Avaliar padrão de contractilidade uterina (todos os turnos, segundo protocolo) - Recurso a CTG. - Avaliar dor de trabalho de parto (s/horário). - Avaliar perda de líquido amniótico (SOS). - Avaliar colo do útero (SOS). - Avaliar perda sanguínea (SOS). <ul style="list-style-type: none"> • Referenciar compromisso da gravidez ao médico (SOS)
<p>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:</p> <p>A gravidez gemelar pode ser classificada segundo a zigotia (nº de ovócitos libertados no ciclo) e a corionicidade (nº de placentas) (Graça, 2017; Pinto, 2012). Relativamente à zigotia, os gémeos podem ser monozigóticos (resultam da divisão precoce de um único ovo) ou dizigóticos (dois ovócitos são libertados durante o ciclo e ambos são fertilizados) (Graça, 2017; Pinto, 2012). Quanto à corionicidade, podem dividir uma placenta só, sendo monócóricos ou bicóricos quando têm uma placenta cada um (Graça, 2017; Pinto, 2012). No que concerne aos gémeos monozigóticos, dependendo do momento de divisão do ovócito e da subsequente organização da placenta, o número de córions e cavidades amnióticas será diferente (Graça, 2017; Pinto, 2012).</p>

Graça (2017) e Neves (2017) salientam que os gêmeos monocoriônicos têm taxas de mortalidade e morbidade fetal e neonatal elevadas devido à frequente distribuição assimétrica da placenta e da presença de anastomoses vasculares imprevisíveis entre os dois fetos. Assim, de acordo com os mesmos autores, este tipo de gêmeos estão sujeitos a complicações específicas relacionadas com a circulação partilhada, que incluem a síndrome de transfusão feto-fetal (STFF), a morte intrauterina de um dos fetos, a perfusão placentar invertida, a restrição seletiva do crescimento intrauterino, entre outros.

Segundo Graça (2017) a RCIU refere-se à restrição do crescimento in útero do feto, por diversos fatores, impedindo que este não atinja o seu potencial máximo de crescimento, situando-se abaixo do percentil 10 para a idade gestacional. Esta condição atinge aproximadamente 10% dos fetos (Levine et al, 2015). Existem diversas condições que podem afetar o crescimento fetal: fetais, maternas e/ou placentárias (Graça, 2017).

Relativamente aos fatores fetais, o diagnóstico centra-se no estudo da fluxometria multivasos, que inclui a avaliação das artérias umbilical, cerebral média e uterina e do ducto venoso. Para além disso, a patologia pode ocorrer por anomalias cromossómicas, doenças genéticas, anomalias congénitas, sobretudo cardiopatias, infeções intrauterinas e gestação múltipla, com uma prevalência de 15%-30% e com maior incidência nas gravidezes monocoriônicas afetadas por síndrome de transfusão feto-fetal (Levine et al, 2015; Graça, 2017).

Dias (2012) refere que dos fatores maternos, as doenças hipertensivas da gravidez aumentam duas a três vezes o risco de RCF por compromisso da circulação uteroplacentária. Existe uma forte associação entre pré-eclampsia e RCF devido ao condicionamento da vascularização uteroplacentária. A diabetes mellitus tipo 1, cardiopatias cianóticas, pneumopatias restritivas, doença renal crónica grave, doenças autoimunes, anemias graves e desnutrição constituem também fatores que podem originar RCIU (Dias, 2012; Graça, 2017). A exposição a tóxicos, tais como tabaco, drogas recreativas, medicamentos com efeitos teratogénicos associam-se também maior risco de RCF (Dias, 2012; Graça, 2017).

A circulação uteroplacentária de baixa resistência é essencial de forma a suprir as necessidades fetais (Graça, 2017). Quando existe uma invasão trofoblástica deficitária das artérias espiraladas, criando uma circulação de alta resistência, pode originar uma circulação feto/placentar deficitária, provocando RCIU (Dias, 2012; Graça, 2017). Entre os fatores placentários relacionáveis com RCF estão os enfartes e trombose dos vasos placentários, anomalias da inserção do cordão umbilical e placenta prévia (Graça, 2017).

O diagnóstico da RCIU é realizado em duas etapas: 1) avaliação da altura do fundo uterino, confirmada por ultrassom e 2) biometria fetal ecográfica, mais concretamente a avaliação da estimativa do peso fetal e da circunferência abdominal, associada ao doppler da artéria abdominal (Montenegro & Rezende, 2014).

Dependendo das características biométricas fetais e da idade gestacional em que a restrição se manifesta, existem as seguintes classificações (Graça, 2017):

- RCIU simétrica – todos os parâmetros biométricos estão abaixo do percentil 10;

- RCIU assimétrica – o perímetro abdominal é o mais afetado, devido à redução do volume hepático e do tecido celular subcutâneo. A RCF assimétrica manifesta-se por volta do segundo e terceiro trimestre, sendo o perímetro abdominal o mais afetado (redução do volume hepático e do tecido celular subcutâneo), havendo um maior crescimento do cérebro, crânio e ossos longos. Este tipo tem pior prognóstico, caracterizando-se por uma deterioração progressiva dos fetos com restrição do crescimento, que ocorre em 90% dos casos.
- RCIU intermédia – quando a restrição é inicialmente simétrica, mas evolui para critérios de restrição assimétrica posteriormente na gravidez;
- RCIU precoce – quando o diagnóstico é feito antes das 32 semanas;
- RCIU tardia - quando o diagnóstico é feito após as 32 semanas.

Segundo Moreira de Sá e Oliveira (2015) os fetos que apresentam RCIU sofrem adaptações à condição patológica com repercussões de curto e longo prazo. A curto termo, a RCIU pode provocar asfixia perinatal, aspiração de mecónio, hipertensão pulmonar, hipotermia, hipoglicemia, hiperglicemia, hipocalcemia, icterícia, dificuldade na alimentação, intolerância alimentar, enterocolite necrosante, sepsis tardia e hemorragia pulmonar, enquanto os problemas a longo prazo incluem crescimento físico anormal e alterações do desenvolvimento neurológico (Sharma et al, 2018). Fetos com restrições placentárias são cronicamente hipoxémicos e hipoglicémicos, têm um aumento das concentrações de lactato no sangue, aporte nutricional diminuído, restrições de crescimento e podem eventualmente terminar num parto pré-termo, o que faz com que os efeitos da RCIU tenham impacto, mesmo após o período neonatal (Levine et al, 2015).

Para além da monitorização biofísica fetal e da realização da fluxometria, a abordagem terapêutica consiste na administração de corticoides para maturação pulmonar, repouso no leito e, em alguns casos, a neuroprotecção fetal com sulfato de magnésio (Graça, 2017; Montenegro & Rezende, 2014). O recurso à CTG como único meio de vigilância não deve ser utilizado, uma vez que só deteta alterações quando existe compromisso fetal avançado, uma vez que o efeito da acidose sobre o sistema nervoso central e o efeito direto sobre a atividade cardíaca favorecem o aparecimento de desacelerações e a perda de variabilidade (Sharma et al, 2018).

O controlo do bem-estar fetal tem como objetivo decidir qual é o momento ótimo para finalizar a gestação, que será aquele em que os riscos de continuar a gravidez deixando os fetos num ambiente hostil serão maiores que os riscos da prematuridade (Graça, 2017; Montenegro & Rezende, 2014). Estes autores descrevem que apesar de a via de parto preferencialmente utilizada por condições fetais e maternas ser a cesariana, a RCIU por si só não é uma contraindicação para parto vaginal, pelo que a tomada de decisão deverá ser feita individualmente para cada situação clínica.

Nas gestações complicadas por RCF, a via e o *timing* de parto está condicionado quer pela idade gestacional quer pelas características maternas, pelo que será sempre uma decisão individualizada.

Graça (2018) refere que um feto tem uma taxa de sobrevivência de 70% a partir das 28 semanas, aumentando 1% por cada dia in útero e diminui significativamente a taxa de morbilidade associada à prematuridade a partir das 32 semanas. Dependendo do tipo de RCIU, o parto eletivo deve ocorrer entre as 32 e as 35 semanas de gestação (Neves, 2017). No caso das RCIU assimétricas, a partir das 28 semanas deve ser feita uma monitorização diária, administração de corticosteroides e realização de parto eletivo às 32-33 semanas de gestação (Neves, 2017). No caso das RCIU simétricas, se os fetos com RCIU continuarem a apresentar um doppler normal até idades gestacionais avançadas, é possível a realização do parto eletivo entre as 34 e as 35 semanas (Neves, 2017).

Relativamente ao tipo de parto, a gravidez múltipla monóciónica não deve constituir por si só uma indicação para a realização de cesariana, devendo ser escolhida preferencialmente a via vaginal salvo se presentes condições que indiquem o contrário. Segundo Dias (2012), a via do parto nos casos de RCIU deve ser ponderada caso a caso, reforçando que não terá de ser necessariamente cesariana, dependendo por exemplo, das variações fluxométricas.

O EEESMO tem um papel preponderante na vigilância da gravidez múltipla com RCIU, dado que este é o responsável por monitorizar e interpretar parâmetros importantes que traduzem o bem-estar materno e fetal (Lanza et al., 2021). É importante a avaliação dos parâmetros biométricos maternos, como a pressão sanguínea e frequência cardíaca, uma vez que a patologia materna pode ser não só desencadeante de RCIU como também agravar uma RCIU já existente.

No caso da gravidez gemelar, a avaliação do bem-estar fetal através da CTG, é essencial, de forma a detetar precocemente alguma alteração. No caso da gravidez gemelar, salienta-se a importância de detetar o foco de cada um dos fetos, para que se consiga a melhor precisão da avaliação do bem-estar fetal, pode ser necessário o recurso ao doppler (Graça, 2017). A monitorização da CTG, no caso de gémeos, deve ser realizada preferencialmente com monitores de canal duplo que permitem a monitorização simultânea de ambas as FCF, percebendo-se assim, a diferenciação das CTG dos dois fetos (FIGO, 2015).

É importante também a deteção precoce de sinais tradutores de trabalho de parto como as contrações uterinas regulares e intensas e a dilatação do colo uterino, assim como os sinais que possam traduzir probabilidade de sofrimento fetal, como a rotura de bolsa de água, principalmente se o mesmo apresentar mecónio e perda sanguínea (Graça, 2017; Lanza et al., 2021). Esta vigilância é especialmente importante nos casos de gravidez múltipla com RCIU, dado que o limiar de sofrimento fetal é menor, sendo que a atuação necessita de ser mais rápida e eficaz (Graça, 2017; Lanza et al., 2021).

A dexametasona é um corticoide utilizado para a maturação pulmonar fetal entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, independentemente da integridade das membranas amnióticas ou do número de fetos (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF) 2018). É utilizado em todas as situações em que existe risco de parto pré-termo nos sete dias seguintes (SPOMMF, 2018). O mesmo autor refere que o seu maior benefício é atingido quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24

horas e até sete dias depois. Relativamente aos efeitos adversos, a curto-prazo está demonstrado que afeta a função placentária, o crescimento fetal e aumenta o risco de hipoglicemia neonatal (SPOMMF, 2018). Aparentemente parece estar associada a potenciais efeitos metabólicos, vasculares, reprodutivos e neurológicos a longo prazo (SPOMMF, 2018).

FOCO: DESENVOLVIMENTO HUMANO

DADOS:

- A grávida refere: *“A médica hoje mencionou que provavelmente o parto será através de cesariana, ainda tinha alguma expectativa que conseguisse ter um parto vaginal, fiquei desiludida e triste, sinto que não vou ter um parto real.”*
- A grávida refere: *“Pensei que teria oportunidade de ter um parto vaginal como estava a idealizar. Sei que o facto de ter gémeas tornaria mais complexo o momento do parto, mas pensei que ainda assim seria possível. Não vou ter a experiência que as mães devem ter.”*
- A grávida refere: *“A médica explicou-me que o facto da Luísa não estar a crescer como devia e ser mais frágil e dado o facto de ainda faltar umas semanas para elas nascerem poderá ser necessário que o parto tenha de ser por cesariana para prevenir que alguma delas entre em sofrimento. Tenho pensado no momento do parto e tenho receio que seja complicado para as três e que elas não nasçam bem.”*

DIAGNÓSTICO: SIGNIFICADO ATRIBUÍDO AO [TIPO DE PARTO] DIFICULTADOR

OBJETIVO: Promover significado facilitador atribuído ao tipo de parto

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

- Que a grávida seja capaz de reformular o entendimento do trabalho de parto.
- Que a grávida seja capaz de entender o trabalho de parto como um processo em que ela é a principal protagonista e, por essa via, promover o envolvimento na preparação para o parto.

INTERVENÇÕES:

- **Assistir a cliente a analisar o significado dificultador (s/horário)**

- Explicar que o significado é uma representação interna dos nossos pensamentos, ou seja, referir que *“os seus pensamentos, os seus receios, por exemplo, relativamente ao modo como idealiza e perspetiva o parto ou o impacto que ele tem no seu papel como mãe, são ideias, não são verdades absolutas”*. Como é um pensamento, pode ser alterado e reformulado pelos factos reais, não tendo necessariamente de ser uma realidade.

- **Colocar questões que confrontem o modo de pensar (s/horário)**

- O que a leva a pensar que não vai ter a experiência que todas as mães devem ter? Pensou sempre que o parto é determinante para o seu papel como mãe?

- Existe alguém que conheça que considere que tenha tido uma experiência bem-sucedida num parto por cesariana? O que poderia aprender com essa experiência? De que forma poderia usar essa experiência no seu parto?

- Percebo que idealizasse o seu parto de outra forma, mas se acontecer uma cesariana, de que forma essa forma de pensar a ajuda a ter a melhor experiência durante o parto?

- Em que momentos assumiu o controlo da decepção de expectativas ou de momentos de preocupação? O que aprendeu com isso? O que pode levar dessa experiência para o seu parto?

- O que necessitaria que acontecesse para pensar no momento do parto de forma mais positiva?

- O que gostaria de conseguir fazer durante o seu parto para se sentir mais realizada como mulher e mãe?

- **Avaliar evolução do significado dificultador (s/horário)**

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Meleis (2007) refere que é fundamental conhecer a forma como cada individuo responde às transições, especificamente perceber o significado que as pessoas atribuem ao processo de transição. Cada significado corresponde a uma representação interna ou ao valor dado a alguma coisa que, inevitavelmente, condicionará a forma de ser ou agir face a uma experiência, e, por essa via, o envolvimento nos cuidados e os resultados (Cardoso et al., 2023). O significado atribuído ao evento precipitante da transição e ao processo de transição em si pode facilitar ou dificultar uma transição saudável (Meleis, 2007). A perceção de vulnerabilidade (exposição a uma situação, capacidade de a enfrentar e o risco potencial de consequências graves), num caso de gravidez com complicações, por exemplo, poderá constituir um fator dificultador de uma transição (Colciago et al., 2020).

A transição para a parentalidade constitui por si só um desafio para a mulher e para o casal, especialmente a transição para a parentalidade gemelar. Durante o processo, surgem vários desafios que podem interferir com o modo como os casais enfrentam as exigências de ser mãe e pai, potenciando significados dificultadores que geram ansiedade e stress parental (Roose et al., 2018). Existe maior suscetibilidade materna de desenvolver stress parental devido às exigências médicas, práticas e financeiras, necessitando de apoio por parte do companheiro, familiares e profissionais de saúde (Roose et al., 2018). No desenvolvimento da gravidez, a mulher idealiza o momento em que o seu filho deixará de ser parte de si, durante o parto, como um momento positivo e fisiológico, no entanto, esta expectativa pode ser fragilizada quando associada à necessidade de preservar o feto até ao momento do parto face a uma

patologia, aumentando a incerteza sobre o desfecho da gravidez, viabilidade fetal e trabalho de parto (Mendes, 2002).

O trabalho de parto e o parto são períodos de transição, sendo que cada um gere reações e sentimentos diferentes, que requerem sensibilidade para serem percebidos (Carraro et al., 2008). A experiência do trabalho de parto é antecipada na gravidez sob a forma de um conjunto de expectativas, e continua a ser referida após sua conclusão, sob a forma de sentimentos e recordações (Delgado, 2017). Os significados e as expectativas são mediados por experiências físicas e psicossociais durante a gravidez e o parto, pelas normas familiares e socioculturais e a pela interação com os serviços de saúde (Downe et al., 2013). A percepção do trabalho de parto influencia a preparação e aceitação da mulher relativamente a esse momento, assim como a pessoa significativa (Cardoso et al., 2013). O mesmo autor refere que o entendimento da realidade pode ser altamente influenciada pela percepção do ambiente seguro ou inseguro. Como referido anteriormente, a gravidez é um período muito específico e complexo da vida da mulher e, um dos fatores que contribui para essa complicação é a preocupação com a saúde do feto e o parto (Guardino & Schetter, 2014). A percepção de vulnerabilidade pela exposição a uma situação, capacidade de enfrentar e o risco potencial de consequências graves poderá constituir um fator dificultador da transição para os pais (Calou et al., 2018; Colciago et al., 2020).

É essencial que o EEESMO conheça a grávida e os seus recursos internos e externos para dar resposta às situações, adequando assim o plano de cuidados (Cardoso et al., 2013; Olza et al., 2018). Pode ser necessário adequar a linguagem para permitir a reflexão das possibilidades existentes no caso das situações de risco maternas ou ao invés de focar nos piores cenários (Cardoso et al., 2013; Delgado, 2017). No entanto, a comunicação deve ser clara e realista. A reformulação de um significado dificultador não é imediata. Poderá ter início quando implementadas intervenções promotoras de um significado facilitador, assim, é importante avaliar a evolução do significado atribuído e reforçar as intervenções quando necessário (Cardoso et al., 2023; Olza et al., 2018).

DOMÍNIO: DESENVOLVIMENTO HUMANO

DADOS:

- A grávida refere: *“Acha que é provável que as bebés nasçam antes do tempo? Estava à espera que por serem gémeas não conseguisse levar a gravidez até ao final, mas agora com esta situação da Luísa ser mais pequena fico preocupada que nasçam muito prematuras.”*
- A grávida refere: *“Como é que elas estão desenvolvidas até agora?”*
- A grávida refere: *“Não percebi ainda o que acontece depois do parto se elas nascerem prematuras.”*

DIAGNÓSTICO: POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE DESENVOLVIMENTO FETAL
OBJETIVO: Promover ajustamento à gravidez
<p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que a grávida seja capaz de reconhecer o marco de desenvolvimento fetal dos fetos. - Que a grávida perceba o contexto patológico dos fetos.
<p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre desenvolvimento fetal (s/horário) <ul style="list-style-type: none"> - Referir que o facto de um feto ser mais pequeno pode colocar em risco o seu bem-estar, uma vez que não está a receber com boa qualidade os componentes do sangue da mãe através do cordão umbilical. Por esse motivo, necessita de estar internada para monitorizar regularmente o bem-estar fetal das gémeas, com a cardiotocografia, assim como perceber a evolução da condição de saúde da grávida. - Salientar que existe um risco acrescido de ter um parto pré-termo pela condição frágil do 1º feto, havendo uma altura em que se terá de perceber o risco benefício em manter o bebé no útero da mãe ou este nascer prematuro. Quando percebido este risco, o parto irá acontecer podendo este ser a curto ou médio prazo. - Referir que neste momento os órgãos já estão todos formados, e por isso as bebés têm coordenação motora para executar os movimentos fetais com maior intensidade. Os órgãos dos sentidos já estão formados e o bebé já consegue sentir o cheiro e o sabor do líquido amniótico. Começa a desenvolver um ciclo normal de sono-vigília, já conseguindo abrir os olhos e a audição já está praticamente desenvolvida, sendo que o bebé consegue perceber a diferença entre os sons e reage de forma própria a cada estímulo (Okawa et al., 2017). Nesta fase, a maturação pulmonar ainda não está completa, sendo que isto só acontece às 34 semanas. Por esse motivo, está a ser administrada medicação, a dexametasona, para induzir o desenvolvimento pulmonar, uma vez que só a partir das 34 semanas é que os fetos têm uma maturação pulmonar fisiológica total. - Referir que dependendo da idade gestacional e de como nascerem, as bebés poderão necessitar de ficar internadas na neonatologia para continuarem a ser observadas. Deve ter sempre em conta que existe uma equipa multidisciplinar cujo objetivo é sempre ter os melhores resultados para a mãe e para o bebé, planeando os cuidados para prevenir precocemente possíveis complicações que possam ocorrer. <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal (s/horário)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

As gravidezes de risco estão diretamente relacionadas com uma maior morbimortalidade materna e perinatal, sendo essencial o cuidado diferenciado e especializado nestas situações. Uma das competências do enfermeiro durante o acompanhamento pré-natal na gravidez de risco é promover a aquisição de competências da grávida para que estas percebam o seu processo patológico e as suas implicações, dando-lhes suporte e diminuindo as emoções negativas resultantes das implicações da gravidez (Cardoso et al., 2023; Petroni et al., 2012; Ramos, 2014). É importante que o enfermeiro promova espaços de diálogo, reflexivos, com a grávida e seu acompanhante, aproveitando o acompanhamento pré-natal para criar ações educativas que permitam desmistificar os pensamentos negativos, fortalecer a autoestima e dar ferramentas para que a mulher adote em pleno o seu papel materno (Cardoso et al., 2023). Para dar resposta a estas competências, o EEESMO necessita de mobilizar os seus conhecimentos e capacidades no domínio técnico, científico e humano (Guimarães, 2013). Para Assis et al. (2009), a componente humana de um enfermeiro é essencial, uma vez que necessita de ter sensibilidade para escutar as dúvidas e as emoções que as grávidas vivenciam. O papel desenvolvido pelo enfermeiro durante o acompanhamento pré-natal, incluindo no internamento, dá oportunidade à grávida de clarificar os seus receios e modificá-los para comportamentos de autoconfiança (Guimarães, 2013; Cardoso et al., 2023). O interesse no desenvolvimento fetal e pela perceção do estado de saúde do feto é um achado comum nas grávidas (Cardoso et al., 2023). O conhecimento sobre o desenvolvimento fetal promove a formação do vínculo emocional entre a mulher e o seu filho, uma vez que dá oportunidade da formação de uma representação mental do feto e a sensação de estar afetivamente ligada ao mesmo (Tafazoli et al., 2015; Ertmann et al., 2021).

DOMÍNIO: DESENVOLVIMENTO HUMANO**DADOS:**

- A grávida refere: *“Idealizava a minha gravidez de outra maneira, por serem gémeas, sempre estive mais vigiada, mas não estava à espera de que esta situação acontecesse, mas fico mais sossegada por até agora estar tudo a correr bem, só quero que elas nasçam bem, o resto vamo-nos adaptando.”*

- A grávida refere: *“Sabia que por serem gémeas, a gravidez seria diferente, mas sempre vivi tranquila e com confiança em quem me acompanha.”*

FOCO: SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À GRAVIDEZ

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

A gravidez por si só constitui uma vivência que implica muitas transformações na vida de uma mulher, quando associada à hospitalização por algum desvio à normalidade pode constituir um importante fator de stress, não só para a grávida, como também para a família (Olza et al., 2018). Como consequência da hospitalização, é frequente a ocorrência de alterações nas rotinas familiares e profissionais da mulher. Para além disso, as adaptações que a grávida tem de fazer perante os hábitos instituídos no ambiente hospitalar, como a manutenção do repouso total ou parcial e o processo terapêutico inerente, podem por sua vez, originar diversas emoções negativas (Assis et al., 2009). O bem-estar emocional da grávida é tido como um dos principais focos de atenção da equipa de enfermagem, diversos estudos revelam que os profissionais devem ter em conta o entendimento da situação por parte da família, a adaptação às circunstâncias que conduziram ao internamento e expectativas da gravidez (Monteiro, 2012).

A aceitação do diagnóstico de complicações na gravidez pode estar comprometida pela vulnerabilidade da mulher, originada pelas emoções negativas (Rodrigues et al., 2020). A mesma autora refere que devem ser tidas em conta as experiências/expectativas, interpretações e perceções do que a rodeia e contextos em que está inserida de modo que a formulação do plano de cuidados seja feita de acordo com cada mulher ou família, como seres individuais. A mulher pode lamentar a perda da gravidez idealizada e lutar contra o resultado incerto da gravidez que experimenta (Colman & Colman, 1994).

Um estudo realizado por Martini et al. (2018) relata que existe uma relação direta entre o significado atribuído à gravidez e a qualidade de vida, verificando que as mulheres que atribuíram um significado mais positivo à gravidez tiveram uma melhor qualidade de vida geral durante a gravidez. Ao longo das interações deve ser prioridade do EEESMO recolher dados que permitam aceder ao significado atribuído à gravidez e consequente planeamento de intervenções que tenham em conta o modo como a mulher vivencia o processo de gravidez (Cardoso et al., 2023).

3. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

3.1. Desenvolvimento de competências no âmbito do Trabalho de Parto e Parto

O desenvolvimento do módulo referente ao Bloco de Partos, ocorreu nas instalações do Bloco de partos, ao longo de 5 meses. Neste contexto, o objetivo era adquirir competências específicas relacionadas com o cuidado da mulher durante o trabalho de parto, realizando o parto num ambiente seguro, de forma a otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido durante sua transição para a vida extrauterina. A aquisição destas competências envolve o domínio de capacidades não apenas técnico-científicas, mas também de suporte e assistência durante a transição vivenciada pela mulher e pelo casal.

O período inicial do estágio foi dedicado à integração no serviço, proporcionando uma apresentação da estrutura física, da equipa multidisciplinar, dos recursos disponíveis, da dinâmica e protocolos do serviço. Simultaneamente, foi atribuído um EEESMO como tutor, responsável por orientar o desenvolvimento de competências ao longo de todo o estágio. Durante esta fase, foram prestados cuidados a 70 parturientes, realizados 42 partos eutócicos e assistidos 10 partos distócicos. Foram aplicadas técnicas de sutura (episiorrafia e perineorrafia) a 26 puérperas.

As mulheres são admitidas no Bloco de Partos através da urgência obstétrica ou da unidade materno-fetal, quando iniciam trabalho de parto espontâneo. Alternativamente, também podem ser admitidas por início de trabalho de parto após indução, realizada na unidade materno-fetal.

Após acolhimento e apresentação à grávida e pessoa significativa do espaço do bloco de partos, iniciava-se a colheita de dados, através de uma breve entrevista inicial. Com esta colheita, pretendia-se perceber qual o contexto de saúde da grávida, através dos seus antecedentes clínicos e obstétricos, assim como, perceber a história da gravidez atual e a preparação para o

parto/parentalidade, de modo a adequar e planear os cuidados. Pretendia-se também discutir com a mulher/casal o plano de parto, caso o apresentassem, de modo a direcionar os cuidados de acordo com as suas expectativas.

O acolhimento inicial e o contexto de partilha em que ocorria a colheita de dados constituía um momento adequado para iniciar uma relação terapêutica de confiança e de empatia, mostrando recetividade e disponibilidade às mulheres de modo a transmitirem as suas emoções, receios, dúvidas e significados atribuídos a diversas situações. Durante a discussão do plano de parto, procurava-se perceber quem iria ser a pessoa significativa que ia acompanhar a grávida durante o trabalho de parto (por norma era o companheiro e/ou pai do bebé) e esclarecer as dúvidas que pudessem surgir, ao longo da discussão. Disponibilizavam-se os recursos ambientais, como a música, regulação da luz e hidroterapia, assim como as estratégias não farmacológicas e farmacológicas disponíveis. Finalmente, procurava-se perceber quais era as decisões dos pais acerca do RN, relativamente à transição para a vida extrauterina, nomeadamente a participação ativa no corte do cordão umbilical, do interesse na realização do contacto pele-a-pele e da amamentação na primeira hora de vida.

Após o internamento no BP, o protocolo determina restrição alimentar a todas as grávidas na fase ativa de TP, sendo permitido apenas a ingestão de líquidos, embora a OMS (2020) recomende a ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto de baixo risco. Por outro lado, entidades como a DGS (2023) e a ACOG (2019) recomendam que apenas deve ser oferecido à grávida líquidos claros, como água, chá com ou sem açúcar, refrigerantes, sumos sem polpa de fruta, gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, conforme desejo da parturiente, desde que a evolução do trabalho de parto e a monitorização fetal sejam normais. Esta orientação, tornava comum a prescrição de soro glicosado para prevenir uma eventual hipoglicemia. A gestão cuidadosa da administração de fluidos era uma prioridade devido ao risco de sobrecarga hídrica tanto para a mãe quanto para o feto, o que poderia resultar num aumento dos edemas maternos, dificuldades na amamentação, devido ao aumento do volume mamário e aumento da perda de peso do recém-nascido.

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

Durante a fase latente do primeiro período do trabalho de parto, algumas grávidas eram internadas no bloco de partos devido à necessidade da realização de analgesia epidural, por dor de trabalho de parto não controlada. Se durante esta fase, a dor estivesse controlada, as parturientes permaneciam na unidade materno fetal até evolução do TP, como recomendado pela OMS (2020).

Quando as mulheres davam entrada no bloco de partos para realização de analgesia epidural, eram abordadas pela equipa de anestesia que fazia um esclarecimento sobre a técnica, assim como, dos riscos e benefícios da mesma, procurando a obtenção do consentimento informado da grávida. Paralelamente, era da responsabilidade do EEESMO a preparação e manutenção da assepsia do material para colocação do cateter epidural, assim como, a punção de um acesso periférico e colocação de soroterapia de modo a prevenir a possibilidade de hipotensão. Era também sua responsabilidade, o apoio e orientação da grávida na manutenção da postura para a colocação do cateter, assim como, apoiar o anestesiologista na execução da técnica e gestão de possíveis efeitos adversos. Neste bloco de partos, a dose de analgesia epidural administrada é controlada de modo que a grávida mantenha a mobilidade dos membros inferiores e tenha liberdade de movimentos, de acordo com o recomendado pela OMS (2020). Este aspeto constitui uma mais-valia face às estratégias facilitadoras do trabalho de parto, assim como de controlo da dor, implementadas pelo EEESMO. Como referido anteriormente, a liberdade de movimentos e verticalidade é central no que concerne à progressão do trabalho de parto.

As mulheres que eram submetidas a analgesia epidural, mesmo que em fase latente, mantinham monitorização CTG contínua, uma vez que este tipo de analgesia constitui um fator de risco para o trabalho de parto, como abordado e segundo a recomendação da FIGO (2015). O protocolo hospitalar determina que a partir da fase ativa, seja iniciada a monitorização CTG contínua. Esta medida é controversa uma vez que os estudos não são conclusivos quanto ao seu benefício. A OMS (2020) não recomenda a monitorização contínua CTG, mas sim de modo intermitente, uma vez que evidências demonstram que pode aumentar a incidência de cesarianas e partos instrumentados pela análise dúbia e precipitada do traçado contínuo. A FIGO (2015) reforça a recomendação da OMS. De facto, na ausência de sondas portáteis, a deambulação da parturiente está comprometida, assim como, a adoção de certos posicionamentos, como sentada na bola de parto, dado que o sinal transmitido apresenta muitas vezes interferências, podendo ser confundidas com traçados suspeitos. A inexperiência e falta de segurança origina a que a prática de cuidados do EEESMO seja muito limitada pela análise dos traçados fetais.

Durante o trabalho de parto, as mulheres eram incentivadas e orientadas no sentido de adotarem estratégias facilitadoras à progressão do trabalho de parto, de acordo com o seu conforto. Antes de implementar as intervenções, importava perceber que significado é que a mulher/casal atribuía à realização destas estratégias, assim como, o seu conhecimento sobre elas. O EEESMO tem como competência capacitar a mulher e a pessoa significativa sobre as medidas adequadas à progressão do trabalho de parto, tendo em conta que o elemento central do processo é a mulher e, por isso, o seu conforto é a prioridade. Assim, procurava-se também incentivar a utilização de dispositivos facilitadores de trabalho de parto, sendo que existiam dois tipos disponíveis: bola de parto e bola amendoim. A ausência de um banco de parto limitou a implementação de algumas intervenções, promotoras da progressão do trabalho de parto. Apesar das camas de parto serem automáticas e possuírem barras laterais de apoio, não possuíam arco de sustentação, o que por vezes dificultava a adoção da posição de cócoras no leito, por exemplo.

No contexto hospitalar que frequentei, a maior parte das parturientes era submetida a analgesia epidural, assim, a orientação e a assistência à parturiente para a implementação das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de TP não eram a intervenção central. No entanto, estas intervenções eram úteis para os momentos em que a percepção da dor aumentava durante o trabalho de parto, assim como, no momento do parto, em que a pressão do feto no períneo e no segmento inferior da bacia eram sentidas de forma intensa pela parturiente. Contudo, foi possível conceber e implementar cuidados a parturientes que desejavam apenas medidas não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto e recusavam métodos farmacológicos, o que contribuiu para o desenvolvimento de competências relacionadas com a implementação de métodos não farmacológicos para lidar com a dor.

Relativamente às técnicas não farmacológicas para lidar com a dor, no que concerne à hidroterapia, o bloco de partos, apenas tem coluna de hidromassagem na unidade materno fetal e chuveiros no bloco de partos. No caso das parturientes que não eram submetidas a analgesia epidural, estas eram orientadas a utilizarem o chuveiro da maneira que preferissem, sempre acompanhadas pela pessoa significativa ou pelo EEESMO de modo a serem apoiadas nas suas necessidades. Para harmonização do ambiente, disponibiliza-se a possibilidade de o casal colocar música própria, dispor objetos significativos na sala de parto, assim como utilizar aromaterapia. Era possível regular a luz ambiente também.

Ao longo da progressão do TP procurava-se realizar o mínimo de exames vaginais possíveis, no entanto, ainda é perceptível que nem sempre é cumprida a recomendação da OMS sobre a frequência de toques vaginais, já anteriormente referida no primeiro capítulo. Por vezes, eram realizados toques frequentes, mesmo sem referenciação de alteração das características da dor pela mulher ou alteração no traçado, por exemplo. Esta intervenção era maioritariamente aceite pelas mulheres. Existia na maior parte das vezes uma conciliação entre a equipa médica e de enfermagem no que toca à não repetição dos toques vaginais, atuando como equipa multidisciplinar. Importa ressaltar que uma das dificuldades sentidas inicialmente, como aluna, foi o desenvolvimento da competência de EEESMO onde se insere o exame vaginal, pela dificuldade de perceção das estruturas fetais quando a apresentação se encontrava no primeiro/segundo plano de Hodge, assim como, a avaliação da dilatação do colo uterino. No entanto, com o decorrer do estágio e prática do procedimento, esta dificuldade foi gradualmente ultrapassada.

A rotura artificial de membranas e a perfusão de ocitocina endovenosa constituía uma prática de rotina no bloco de partos, para acelerar o trabalho de parto espontâneo com uma evolução normal.

Segundo protocolo hospitalar, a amniotomia deve ser realizada logo que tecnicamente e clinicamente possível. Esta recomendação vai contra a evidência mais recente, que refere que a amniotomia deve ser realizada em contextos de trabalho de parto prolongado, dado o seu potencial de indução, devendo o colo do útero apresentar uma dilatação superior a cinco centímetros e a apresentação estar insinuada (OMS, 2020; DGS, 2023). O desenvolvimento da capacidade para a realização da amniotomia também constituiu um desafio pela sua complexidade no que toca à junção de várias técnicas.

Relativamente à perfusão de ocitocina durante o trabalho de parto, era comum a prescrição endovenosa por rotina, contrariamente às recomendações mais recentes. A OMS (2020) e DGS (2023) preconizam que a perfusão de ocitocina EV durante o TP só deve ser iniciada quando o mesmo é prolongado. A perfusão exógena de ocitocina permite aumentar artificialmente a contractilidade uterina, tendo efeitos benéficos quando o TP está estagnado (OMS, 2020).

Quando a perfusão de ocitocina era iniciada, tornava-se necessário uma avaliação criteriosa da parturiente, assim como do traçado CTG, dados os possíveis efeitos adversos deste fármaco - hipotensão, taquicardia, vômitos, náuseas, cefaleias, contrações uterinas dolorosas, hiperestimulação uterina e rutura uterina (Santos et al., 2020). Relativamente ao feto, este pode

sofrer hipóxia fetal pela compressão uterina, sofrimento fetal e acidemia (Santos et al., 2020). Face à ocorrência de alguns destes eventos, o EEESMO deve ser capaz de agir e adequar as intervenções, tendo em conta o seu conhecimento e pensamento crítico.

Dado que o bem-estar fetal, é avaliado, em parte, pela avaliação da CTG, existiu a necessidade do desenvolvimento de competências no que toca à análise e interpretação deste tipo de traçado. Durante o trabalho de parto, a vigilância do CTG é frequente, sendo que face a alguma suspeita se alertava o médico de urgência. Paralelamente, existia a autonomia para a realização de intervenções baseadas em protocolos estabelecidos. Durante o trabalho de parto, por vezes ocorriam desacelerações prolongadas. Face a este tipo de desaceleração e ao risco que acarreta para o feto, era necessário agir prontamente. Começava-se por incentivar a parturiente a alternar o decúbito e verificar se o traçado voltou a ter características normais (Graça, 2017). Em caso de perfusão de ocitocina, esta era imediatamente suspensa. Caso a situação não revertesse, era iniciada uma perfusão de salbutamol EV (Graça, 2017). O salbutamol, em contexto obstétrico, atua como tocolítico, reduzindo as contrações uterinas, ao relaxar a musculatura uterina.

Na presença de taquicardia fetal, procedia-se à determinação da sua origem. Normalmente, a origem era frequentemente febre materna. Assim, segundo protocolo hospitalar, administrava-se paracetamol 1000mg, por via EV; executavam-se colheitas sanguíneas e procedia-se ao início de antibioterapia profilática – preferencialmente Penicilina ou Ampicilina - para prevenir infeção fetal/neonatal. Paralelamente, procurava-se perceber se havia vestígios de mecónio ou cheiro fétido do líquido amniótico. A administração de antibioterapia profilática aplicava-se também a grávidas com SCG (*Streptococcus* do grupo B) positivo; RBA (rotura de bolsa de água) há mais de 18 horas e início de TP antes das 37 semanas.

Quando o trabalho de parto avançava para a segunda fase e o reflexo de Ferguson estava presente, orientavam-se os esforços expulsivos da parturiente, na posição que lhes era mais confortável ou que fosse mais benéfica face à orientação do feto. No entanto, verificou-se que alguns EEESMO nem sempre adiam os esforços expulsivos até a mulher sentir vontade, instruindo a parturiente a realizá-los, quando era perceptível a presença de uma contração.

Também uma parte dos EEESMO, contrariamente ao recomendado, incentivavam o início dos esforços expulsivos em apneia, defendendo que, desta maneira, o período expulsivo seria mais rápido. Este aspeto contribuía para a rápida exaustão materna, assim como, a presença de tonturas e reflexo de vômito. Como fundamentado anteriormente, a evidência defende que o

esforço expulsivo deve ser realizado de acordo com a preferência materna, sendo mais favorável durante o movimento expiratório (OMS, 2020).

Relativamente à posição de nascimento, o protocolo hospitalar indica que a posição deve ser a de semi sentada ou ginecológica, o que, como referido anteriormente, não é uma prática atual e adequada. Este facto dificultou a aquisição de competências relativas à assistência ao parto em posições diferentes e à falta de treino e habilidade face a este aspeto.

Durante o parto, um dos principais focos de atenção era a implementação de medidas de proteção do períneo. A manobra de *Ritgen`*s era realizada por toda a equipa do bloco de partos, não sendo comum a utilização da técnica *hands off*. Como já mencionado, a utilização da manobra de *Ritgen`*s, não é consensual, sendo por isso a sua utilização controversa (ACOG, 2018). Durante os partos realizados foi possível implementar outras medidas de proteção do períneo como a massagem perineal com vaselina e aplicação de compressas quentes no períneo, no momento do período expulsivo.

A realização de episiotomia deve ser realizada criteriosamente, no entanto, ainda ocorre a sua prática de maneira frequente, principalmente entre a equipa médica. Era visível o esforço da equipa de enfermagem para evitar realizar uma episiotomia, realizando-a apenas em situações específicas, como em caso de RN prematuros, para abreviar o período expulsivo e quando era perceptíveis sinais de isquemia dos tecidos perineais. Até 2018, a OMS preconizava que a taxa de ocorrência desta intervenção não ultrapassasse os 10%, mas atualmente, desaconselha totalmente esta prática (OMS, 2018). As evidências científicas confirmam que a episiotomia deve ser utilizada em situações específicas onde os seus benefícios superam as possíveis complicações, como nos casos de parto prematuro, apresentação pélvica, macrossomia fetal, distocia de ombros, parto instrumentado, alterações na FCF, rigidez perineal e isquemia dos tecidos (Amorim et al., 2017; Vu et al., 2023).

No momento do nascimento, o recém-nascido era colocado em contacto pele com pele com a mãe e secado/estimulado com um pano estéril, até ao corte do cordão umbilical, após o mesmo deixar de pulsar. Após este momento, o recém-nascido era colocado sob uma fonte de calor, num local apropriado, era submetido à realização do exame físico, avaliação dos parâmetros antropométrico e era-lhe administrado a vitamina K, segundo protocolo hospitalar. Segundo a OMS (2020), SPN (2022) e DGS (2023), o exame físico e a determinação dos dados antropométricos não necessitam de ser realizados após o nascimento, uma vez que deve ser privilegiado o contacto pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. A SPN (2022)

defende que se a transição à vida extrauterina tiver sido adequada, o RN não requer intervenção imediata médica e poderá ficar em contacto pele-a-pele com a mãe, com benefícios na regulação da temperatura, promoção da vinculação e início precoce da amamentação, com diminuição da dor e hemorragia maternas.

Enquanto se aguardava pela dequitação, implementavam-se as intervenções para determinar se o descolamento já tinha ocorrido e quando já tinha ocorrido, incentivava-se a puérpera a realizar esforços expulsivos e a auxiliar a expulsão da placenta enquanto se realizava a tração controlada do cordão. No entanto, a OMS (2022) recomenda a dequitação fisiológica, sem intervenção do profissional de saúde, até à primeira hora pós-parto. Após a expulsão da placenta, segundo protocolo hospitalar e a evidência científica, iniciava-se perfusão de ocitocina para prevenir a hemorragia pós-parto e, paralelamente, realizava-se massagem do fundo uterino para estimular a contração uterina – apesar de esta medida ser controversa, segundo o que já foi referido.

Enquanto as medidas referidas eram implementadas, avaliava-se a perda sanguínea. Apesar de não ser comum, por vezes, ocorria perda sanguínea abundante e persistente e a contração uterina não era imediata. Assim, procedia-se à revisão manual uterina de modo a perceber se alguma membrana ou cotilédone ficou retido, sendo a origem da dificuldade de contração uterina, enquanto outro elemento analisava a placenta para perceber se faltava algum elemento. Caso, a hemorragia não parasse, após remoção de coágulo ou membrana, mantinha-se a massagem uterina e iniciava-se o protocolo farmacológico (ocitocina 40 UI em 500 ml de NaCl a 125 ml/hora por via EV e administração de quatro comprimidos (800mcg) de misoprostol por via retal).

As lacerações de 1º grau, tal como recomenda DGS (2023), só eram suturadas se estivessem sangrantes ou presentes em regiões dolorosas. Um dos grandes desafios de aprendizagem, centrou-se no desenvolvimento da competência da correção de laceração ou da episiotomia, dada a complexidade técnica e a necessidade de assegurar que as estruturas anatómicas ficam devidamente suturadas. Ao longo do módulo foi possível executar e treinar diversas vezes a correção de lacerações, o que permitiu o desenvolvimento desta competência com sucesso.

Na quarta fase de trabalho de parto, realizava-se uma vigilância materna e do bebé, segundo o protocolo já mencionado, procurando orientar e apoiar a mãe durante a primeira mamada, um momento tão importante para o estabelecimento da amamentação. Após o término deste

período e no momento da transferência para o serviço de puerpério, vestia-se o RN e colocavam-se as pulseiras – eletrônica e identificação.

Salienta-se a importância do apoio emocional contínuo à parturiente/ puérpera e casal durante todo a estadia no bloco de partos, uma vez que os mesmos estão a vivenciar uma transição tão importante – tornar-se mãe e pai. Isto implica um reajuste pessoal e como casal, acompanhado de receios, dúvidas e alteração de significados.

Nos casos de cesariana, executavam-se os cuidados pré-operatórios, preparando-se a parturiente para a cirurgia (colocar-lhe uma bata e soro em perfusão) e explicando o procedimento. Depois, aguardava-se pelo nascimento do bebé na sala junto do bloco operatório, onde o recém-nascido era recebido pela EEESMO responsável pela puérpera e onde lhe eram prestados os cuidados imediatos. O RN mantinha-se em contacto pele com pele com o pai até a mãe regressar ao recobro, onde o bebé era colocado junto de si em contacto pele a pele. Neste momento, assistia-se ao início da primeira mamada, apoiando a puérpera no posicionamento e pega adequado do bebé. Constituía responsabilidade do EEESMO a vigilância puerperal e do recém-nascido no recobro, segundo o protocolo hospitalar. A díade mantinha-se no recobro durante três horas, onde depois eram transferidos para o serviço de puerpério.

3.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do Puerpério

O desenvolvimento do módulo relativo ao puerpério decorreu no serviço de puerpério, durante sensivelmente um mês. Pretendia-se o desenvolvimento específico de competências, no âmbito do cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. O desenvolvimento de competências no sentido da promoção da parentalidade foi um dos principais objetivos do estágio, uma vez que este tipo de transição desenvolvimental, constitui um dos grandes desafios da vida da mulher/casal, principalmente quando o recém-nascido é o primeiro filho. Durante o estágio foi possível prestar cuidados a 102 puérperas e recém-nascidos normais, assim como, a 43 puérperas e recém-nascidos com necessidades especiais.

- **Puerpério**

A promoção do autocuidado materno físico e emocional é essencial na fase puerperal, uma vez que esta fase é caracterizada por alterações hormonais, físicas e emocionais, adicionando a necessidade da adaptação ao novo papel de mãe e às necessidades do recém-nascido. Assim, este período é considerado de grande vulnerabilidade emocional.

No serviço de puerpério, em caso de parto eutócico sem intercorrências, as puérperas permanecem internadas num período de 48 horas, acompanhadas pelo recém-nascido. Este período pode ser prolongado em caso de necessidade de fototerapia do recém-nascido, por exemplo. Nos casos de cesariana, este período é prolongado para as 72 horas. A parturiente é admitida no serviço de puerpério proveniente do bloco de partos. Inicialmente, o serviço recebe uma chamada telefónica onde recebe informações sobre o parto, estado da puérpera e recém-nascido e a hora da última mamada. Em caso de cesariana, o EEESMO destacado vai buscar a mãe e o bebé diretamente ao serviço de bloco de partos. No pós-parto eutócico, a assistente operacional do puerpério realiza esta tarefa.

No momento da entrada da puérpera no serviço, o profissional apresentava-se e confirmava a identificação da mulher e do recém-nascido. Seguidamente era apresentado o espaço físico, dinâmica de serviço, assim como, o horário de visitas. Depois, procedia-se à avaliação física da

puérpera, especificamente a vigilância da contração e involução uterina; lóquios; ferida perineal ou cirúrgica, caso estivessem presentes; sinais vitais e estado geral, de acordo com o recomendado pela OMS (2022). Era realizada também uma avaliação geral do recém-nascido, de maneira a perceber a adaptação à vida extrauterina.

Durante as primeiras 24 horas pós-parto, no puerpério pós cesariana e vaginal, os sinais vitais eram avaliados uma vez turno, como a evidência recomenda (OMS, 2022; Sequeira et al., 2020). Após as 24 horas, a vigilância puerperal dos parâmetros supracitados ocorriam uma vez turno, assim como, a vigilância da eliminação urinária e intestinal, quando aplicável, de acordo com o recomendado pela OMS (2022). Os sinais vitais eram avaliadas uma vez por dia.

A avaliação da contractilidade e involução uterina, constituía muitas vezes um desafio devido à dificuldade em perceber a localização do útero e a sua contração, principalmente em puérperas com volume abdominal acentuado. Constituiu uma necessidade de aprendizagem, o treino desta competência, ao longo do estágio curricular.

No que concerne à avaliação do quinto sinal vital, a dor, a mesma era vigiada durante todos os turnos e, dependendo do tipo de parto, existia analgesia fixa e em SOS que podia ser administrada, dependendo da avaliação do enfermeiro. Existia no congelador da sala de enfermagem, sacos com gelo com objetivo de serem aplicados junto do períneo para o alívio da dor no local, como recomendado. O prescrição de paracetamol fixo era comum após os dois tipos de parto, como recomenda a OMS (2022), sendo que nos casos de cesariana, até às 24 horas pós cirurgia, eram administrado dois mg de morfina pela via epidural. O cateter epidural era removido 24 horas após a cirurgia. Até à sua remoção, era verificado a integridade do penso protetor, assim como a vigilância do local de inserção no caso de estar exposto. Procurava-se salientar à puérpera, a evicção de molhar o penso do cateter epidural durante o banho.

O primeiro levante constituía uma responsabilidade do EEESMO, assim como a vigilância do primeiro banho ou ida à casa de banho da puérpera, pelo risco de hipotensão.

Ao longo do internamento importava também perceber se a puérpera apresentava hemorroidas, que podem surgir durante a gravidez ou serem secundárias ao parto, pelo esforço, e se as mesmas causavam incomodo ou dor. Graça (2018) refere que se estas forem sintomáticas, devem ser tratadas com gelo local, anti hemorroidários tópicos, analgésicos e emolientes das fezes. Assim, nestes casos procurava-se perceber junto da puérpera quais as medidas que lhe eram mais adequadas.

A avaliação das mamas constituía um elemento importante para direcionar o início e o decurso da amamentação, uma vez que as características da mama podem influenciar o decurso da amamentação.

Devido ao facto de a tonicidade dos músculos intestinais estar diminuída, assim como o jejum prolongado, desidratação e diminuição da atividade física, pode ocorrer obstipação no puerpério (OMS, 2022). Muitas puérperas também adiam a evacuação pelo receio de dor local. Assim, questionava-se a puérpera sobre a primeira dejeção, após as primeiras 24 horas pós-parto. Caso apresentassem dificuldades, incentivava-se a ingestão hídrica, deambulação e ingestão de alimentos laxantes, como o kiwi ou laranja. Segundo protocolo hospitalar, se ao final das 48 horas pós-parto, o trânsito intestinal não estiver restabelecido, deve ser administrado laxante retal. A OMS (2022) não recomenda a administração de laxantes por rotina.

Face às alterações fisiológicas inerentes ao puerpério importa que a puérpera tenha conhecimento e capacidade para se auto cuidar e detetar precocemente complicações que possam surgir após a alta. Assim, ao longo do internamento, procurava-se orientar a puérpera sobre a higiene perineal; frequência de troca de penso higiénico; vigilância da ferida perineal e os seus sinais de infeção, assim como vigilância do penso abdominal, em caso de cesariana; características e duração dos lóquios; controlo da dor; vigilância e cuidados às mamas e recurso aos serviços de saúde.

A vigilância, monitorização e orientação de todos os parâmetros supracitados constituiu um desafio ao nível da mobilização do conhecimento anteriormente apreendido, assim como, a aplicação do raciocínio crítico.

- **Transição para a parentalidade**

A amamentação constituiu um foco de atenção central nos cuidados do EEESMO durante o puerpério. Era perceptível que constituía um dos maiores receios dos pais, sendo o que mais suscitava dúvidas e necessidade de apoio.

Primeiramente, procurava-se perceber se a intenção da puérpera era amamentar, assim como, qual a experiência anterior e se a mesma tinha sido positiva. Face à intenção de amamentar, importava perceber os significados que a mesma atribuía à amamentação e quais as principais questões relacionadas com a amamentação. Durante o internamento, era visível que as

primíparas apresentavam mais receios e dúvidas, relativos à amamentação comparativamente às múltiparas. No entanto, várias múltiparas com experiência anterior referiam algumas dificuldades também.

As necessidades centrais percebidas centravam-se na orientação, conhecimento e capacitação para os comportamentos para amamentar. Especificamente: posicionamento materno; adequação do ambiente envolvente; pega adequada; sinais de prontidão para mamar; sinais de saciedade; medidas para estimular o recém-nascido; sinais de ingestão nutricional adequada; questões sobre a livre demanda na amamentação; lactação e produção de colostro/leite; cuidados com a mama e prevenção de complicações como fissura mamilar e ingurgitamento mamário.

Contudo, muitas vezes as complicações inerentes à amamentação já estavam estabelecidas e constituía uma competência como EEESMO orientar, assistir e capacitar a puérpera para a minimização destas complicações. As complicações mais frequentemente observadas eram a fissura mamilar e, por vezes, o ingurgitamento mamário em puérperas que já começavam a apresentar leite de transição.

O uso de mamilo de silicone não é aconselhado por rotina quando o bebé não consegue realizar uma boa pega ou quando o mamilo não é proeminente, uma vez que pode interferir na exclusividade da amamentação e dificultar o posterior desenvolvimento do processo de amamentar sem auxílio de dispositivos (Pitilin et al., 2019). No entanto, durante o período de internamento, verificava-se a implementação desta prática por parte de algumas EEESMO.

A OMS (2018) e UNICEF (2012) desaconselham o uso de tetinas ou chupetas em bebés amamentados até que a amamentação esteja bem estabelecida, no entanto, uma parte significativa dos pais oferecem a chupeta nesta fase inicial. A escolha era respeitada pela equipa. Esta abordagem demonstra o compromisso em equilibrar as orientações de saúde com o respeito à autonomia e às preferências individuais dos pais. No caso de necessidade de suplementação, era notório o esforço da maior parte das EEESMO em fazê-lo com recurso a dispositivos como o copo ou a seringa.

Caso não fosse intenção da puérpera amamentar, orientava-se a mesma sobre os inibidores de lactação, alimentação do recém-nascido com leite adaptado, assim como, para a capacitação da utilização do dispositivo mais adequado para os pais alimentarem o bebé.

A assistência às puérperas na amamentação, permitiu desenvolver competências relevantes e essenciais para contribuir não só para a prática futura de cuidados como EEESMO, como também para o desenvolvimento dos cuidados na instituição que frequentei, uma vez que era uma referência no que concerne à iniciativa *Hospital amigo dos bebés*. Cardoso (2011) refere que o EEESMO deve validar as habilidades dos pais relativas à amamentação durante a primeira/segunda semana de vida do RN. Especificamente: habilidade para adotar posição confortável e posicionar a criança; assegurar pega adequada; estimular a criança durante a mamada, mantendo-a acordada; interromper a sucção antes de retirar a criança da mama; adotar medidas adequadas de higiene das mamas; reconhecer o efeito na criança dos alimentos que a mãe ingere; lidar com fissura e o ingurgitamento mamário.

O apoio emocional e validação positiva à puérpera/casal face a esta temática constituía uma intervenção promotora do sucesso e estabelecimento da amamentação. As emoções vivenciadas durante o puerpério, influenciam não só o processo de lactação, como também a percepção e confiança face à amamentação.

Como referido anteriormente, durante o internamento, o EEESMO deve procurar facilitar a transição para a parentalidade, com o objetivo de capacitar os pais para a autonomia nos cuidados ao RN, bem como ajudar na integração de um novo membro na família (Cardoso, 2011; Sequeira et al., 2020).

Durante o internamento, procurou-se observar, orientar e capacitar os cuidados prestados pelos pais ao recém-nascido e, caso necessário, assistir nesses mesmos cuidados. As competências parentais que eram validadas centravam-se no treino do banho ao RN; limpeza do coto umbilical; mudança da fralda e o lidar com o choro. Concluiu-se que os pais com maior nível de conhecimento e habilidades tinham frequentado a preparação para o parto e parentalidade, ou por outro lado, já não eram pais pela primeira vez, e tinham mais facilidade em tornar-se autónomos nos cuidados ao RN. Salienta-se a relevância de avaliar o significado que os pais atribuem à chegada do recém-nascido, assim como, o significado que atribuem a cada cuidado específico do recém-nascido e, face a isto, direcionar a orientação dos cuidados.

O banho constituía o cuidado que despertava mais receio nos pais. O banho ao recém-nascido, normalmente, era dado durante o período da manhã, por rotina de serviço. O primeiro banho era dado pelo EEESMO para que os pais pudessem observar e aprender os cuidados mais relevantes. Para além do procedimento técnico do banho, eram também abordados aspetos como a frequência e duração do banho, produtos utilizados, controlo da temperatura ambiente

e da água, perdas de calor e segurança do RN. No dia seguinte, o banho era dado pelos pais, sob supervisão do profissional. Ressalva-se o incentivo que era dado ao pai para dar o banho, não só pela importância de promover o ajustamento e divisão dos cuidados por parte do casal no regresso a casa, como também, promover a ligação pai/filho e desmistificar o receio que normalmente o pai apresenta, relacionado com a sua autoeficácia para dar o banho ao RN.

A maior dificuldade do casal enquanto dava o banho era segurar e posicionar o RN. Assim, importava focar este aspeto durante o treino dos pais e reforçar positivamente a sua habilidade. O reforço positivo promove a confiança parental e a motivação para a aprendizagem.

A OMS (2020) preconiza que o primeiro banho ao recém-nascido seja dado apenas 24 horas após o nascimento, pelo risco de hipotermia. No entanto, na grande maioria das vezes este aspeto não se verificava no serviço de puerpério, uma vez que a maior parte dos EEESMO incentivava e orientava os pais para a toma do primeiro banho, durante a primeira manhã em que o recém-nascido se encontra no internamento, de modo que a capacitação dos pais para dar o banho fosse eficaz.

Normalmente, a troca de fralda era uma competência adquirida com facilidade pelos pais, durante o internamento. Inicialmente, ensinava-se ou capacitava-se os pais para a troca de fralda, os produtos que devem ser utilizados, assim como a frequência de troca e a prevenção do eritema pelas fraldas. Outra competência que se procurava validar nos pais era a técnica de higienização do coto umbilical, assim como, a importância de assegurar a ausência de humidade, mantendo-o seco e os sinais de complicação associados.

Cardoso (2011) e Lima et al. (2020) definem como habilidades a validar pelo EEESMO, durante o internamento: reunir o material necessário para dar banho, preparar a roupa; aquecer o ambiente, preparar a água e testar temperatura para dar banho; adotar medidas para prevenir acidentes durante o banho; reunir o material necessário para a higiene perineal e troca da fralda; lavar e secar zona coberta pela fralda; adotar medidas de prevenção do eritema da fralda; reunir o material necessário para a limpeza do coto umbilical; limpar o coto umbilical e manter o coto umbilical seco e apertar a fralda abaixo do local de inserção do coto.

Outros dos aspetos a ter em conta é a avaliação do padrão de eliminação intestinal e urinário, tendo em conta o padrão inicial que o recém-nascido apresenta nos primeiros dias de vida. É importante capacitar os pais para a identificação do padrão saudável de dejeções e micções do RN e associá-las à ingestão nutricional adequada (Cardoso, 2011).

Pela dificuldade na expulsão do mecônio pela imaturidade intestinal, assim como, pela sua viscosidade, por vezes o RN apresentava choro e desconforto causado pela dor abdominal, devido à dificuldade em excretar os gases e o mecônio. Assim, por vezes, era necessária a realização de massagem abdominal, assim como mobilização dos membros inferiores do recém-nascido de modo que o intestino fosse estimulado e os gases e fezes eliminados. Era igualmente importante, o ensino e capacitação dos pais para a perceção desta necessidade do RN, assim como da realização da massagem e a evicção do uso de laxantes (Cardoso 2011; Lima et al., 2020).

A acumulação de ar abdominal e regurgitamento também se pode originar pela ausência de eructação do recém-nascido, após a mamada (Cardoso 2011). Assim, avaliava-se o conhecimento dos pais sobre os benefícios do eructar, assim como, a capacidade para realizar a técnica. O momento após a mamada, era oportuno para supervisionar estes cuidados.

A identificação da origem e o modo como lidavam com o choro do RN constituía uma das maiores dificuldades dos pais. Uma vez que os tipos de choro do RN traduzem necessidades diferentes (dor, fome e desconforto) importava orientar e capacitar os pais para a sua identificação, assim como, a adoção de estratégias para acalmar o bebé. Era essencial dar reforço positivo e validação ao casal, uma vez que inicialmente é um desafio distinguir os tipos de choro, originando uma sensação de frustração e incapacidade em agir como pais. Cardoso (2011) e Araújo et al. (2023) recomendam a validação das habilidades no internamento para distinguir as necessidades da criança pelo tipo choro, confortar o bebé, quando chora e implementar medidas de alívio da dor abdominal.

A avaliação física do recém-nascido pelo EEESMO era realizada continuamente, diretamente quando se avaliava a cor da pele, padrão de eliminação ou padrão de respiração do RN, por exemplo, ou através da interação e comportamentos do recém-nascido, avaliando, por exemplo, a presença dos reflexos primitivos.

O pediatra realizava uma vez por dia a avaliação física objetiva do RN, pedindo exames laboratoriais, em casos de sugestão de icterícia neonatal, por exemplo. Nos casos confirmados de icterícia, mesmo que as mães tivessem alta, os bebés necessitavam de ficar internadas para realização de fototerapia, segundo protocolo hospitalar. Nesses casos, orientava-se o casal para os cuidados inerentes à realização de fototerapia, assim como, a necessidade de assegurar o aporte hídrico, através da amamentação, pelo risco de desidratação, e vigiar o padrão das eliminações.

Durante o período de internamento era realizado também o rastreio de Cardiopatias Congénitas, realizada após as primeiras 24 horas de vida; rastreio Neonatal Universal do Reflexo Vermelho dos Olhos; Rastreio Auditivo Neonatal Universal. O Diagnóstico Precoce era realizado pelo EEESMO, no caso dos bebés que se mantinha internados, a partir do terceiro dia de vida. Em todos os rastreios, os pais eram informados sobre o motivo do rastreio, assim como, o seu procedimento (SPN, 2022).

Era também administrada a vacina da Hepatite B, uma vez que a primeira dose deve ser administrada ainda no internamento, 12 horas após o nascimento. Comunicava-se aos pais, o motivo da vacinação, assim como, os seus possíveis efeitos secundários (Cardoso, 2011). Quando a vacina BCG, os recém-nascidos abrangidos pelos critérios de seleção, eram sinalizados e a vacinação ocorria nos cuidados de saúde primários (SPN, 2022).

A competência dos pais para estabelecer medidas de segurança e proteção ao RN constituía um foco relevante por parte do EEESMO. Durante o internamento, capacitava-se e supervisionava-se os pais para a prevenção de quedas, por exemplo, através da colocação do RN no berço, enquanto dormia e não ao colo. Saliava-se também, a importância da colocação do bebé no fundo do berço, assim como, da colocação da roupa da cama por baixo dos braços do bebé para prevenir asfixia. Não se recomendava o uso de objetos no berço.

Cardoso (2011) e Araújo et al. (2023) recomendam aquisição de competências por parte dos pais, durante o período de puerpério, para adotar medidas de prevenção de queimaduras; prevenção de asfixia; prevenção de quedas e manipulação do bebé de modo adequado.

- **Preparação da alta**

O período de puerpério prolonga-se muito para além do momento da alta, assim como, o processo de transição para a parentalidade. Assim, ao longo do internamento, procura-se preparar o casal para o momento da alta, dotando-os de conhecimentos e habilidades necessárias para lidar com o RN.

No dia de alta era avaliada a evolução fisiológica do puerpério. Dependendo do tipo de parto, era realizado o tratamento à ferida cirúrgica ou vigilância da laceração perineal. Eram dadas recomendações sobre a vigilância de complicações e sobre o recurso aos serviços de saúde, em caso de complicação e para remoção do material de sutura, em caso de parto por cesariana.

Orientava-se a puérpera/casal sobre a realização da consulta de revisão do puerpério, entre a quarta e a sexta semana pós-parto, para avaliação do puerpério e abordar o início da vida sexual, assim como, a escolha do método de contraceção se assim o preferissem.

Os pais eram informados sobre a necessidade de realização do Diagnóstico Precoce entre o terceiro e o sexto dia de vida, no centro de saúde. Aconselhava-se também sobre os sinais que justificassem a recorrência a um profissional de saúde na primeira e segunda semana de vida do RN, assim como, procedia-se à explicação sobre a perda fisiológica de peso, assim como o aumento de peso esperado, de forma a tranquilizar os pais e reforçar positivamente a amamentação.

De acordo com o protocolo hospitalar, o RN só era autorizado a sair do internamento quando fosse verificado o dispositivo de transporte, de acordo com o regulamento 44 ECE/UN, assim como, treinar com a puérpera/casal a colocação segura na cadeira.

A principal dificuldade vivenciada durante o período de estágio foi aquisição de competências relativas à assistência à amamentação e ao processo de amamentação. A amamentação no pós-parto é um desafio, uma vez que implica inúmeras alterações físicas e emocionais na puérpera que podem dificultar ou atrasar o processo de estabelecimento da amamentação. A exaustão materna causada pela privação do sono e cansaço do parto, a dor puerperal, assim como, as emoções e significados vivenciados secundários à transição para a parentalidade, constituem fatores dificultadores à aquisição de competências relacionadas com o amamentação. As características do recém-nascido no pós-parto também podem dificultar o mamar, como a sonolência comum do período após o nascimento ou as características da pega. Ter em conta todos estes fatores, assim como, geri-los e, face aos mesmos, conceber e planear os cuidados constituiu um desafio como aluna. Assim, existiu a necessidade de recorrer à formação teórica previamente apreendida no MESMO, realizar pesquisa bibliográfica e partilha de experiência por parte da EEESMO que tutoreava o estágio.

O estágio curricular permitiu a aquisição de competências relacionadas com a promoção da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal e diagnosticar precocemente, prevenindo complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o mesmo período. Permitiu também adquirir competências no sentido de providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no puerpério.

3.3. Desenvolvimento de competências no âmbito da Gravidez com Complicações

O desenvolvimento do módulo relativo à gravidez com complicações decorreu na unidade materno fetal, durante sensivelmente dois meses. Foi atribuído um EEESMO tutor, responsável pelo desenvolvimento académico, durante o estágio curricular. Pretendia-se o desenvolvimento específico de competências, no âmbito da prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, assim como, providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação, durante o período pré-natal. A unidade materno-fetal integrava dois tipos de grávidas: com complicações e a induzir o trabalho de parto. No período de estágio foi possível prestar cuidados a 100 grávidas - 45 grávidas com complicações e 55 grávidas para indução de TP.

- **Indução do trabalho de parto**

Constituía uma parte significativa dos trabalhos de parto realizados, os que eram originados por induções às 39 semanas. Era prática comum o incentivo das mulheres a aceitarem a indução, com a justificação de que, após esta idade gestacional, existe um aumento do risco de complicações materno-fetais. Esta afirmação baseia-se num artigo científico da ACOG de 2018 que demonstra que existem alguns benefícios perinatais (ligeira redução na cesariana e morbidade perinatal), em mulheres de baixo risco submetidas a indução do trabalho de parto às 39 semanas completas de gestação.

Contrariamente, a DGS (2015), assim como, a OMS (2022) referem que a indução do TP deve ser realizada em casos específicos, recomendando a indução após as 41 semanas de gestação. A OMS (2022) salienta que o início espontâneo de trabalho de parto minimiza as intervenções, assim como, o risco de um parto medicalizado, levando a uma experiência de parto mais positiva. A DGS (2015) refere que as indicações para a maturação cervical e indução do trabalho de parto são a presença de complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com a terminação da gravidez. Borovac – Pinheiro et al., (2023) sugere ainda que, a menos que haja indicação médica para a mãe/feto, a ITP pode ser adiada com segurança até as 41 semanas de gestação.

A indução de TP era iniciada maioritariamente com 25 microgramas de misoprostol, por via endovaginal, administrado com intervalos de seis horas ou, em caso de cesariana prévia ou cirurgia uterina anterior, realizava-se a introdução de uma sonda Foley na região cervical.

As induções de trabalho de parto eram agendadas para o período da manhã e realizadas pelo obstetra. Após realização de exame vaginal e monitorização da CTG durante 30 minutos, era introduzido o método de indução. Depois, as grávidas eram internadas na unidade materno fetal. Na admissão, era apresentado o espaço físico à grávida e ao acompanhante, assim como as dinâmicas e os horários do internamento. Indicava-se o quarto à grávida e esta era incentivada a ficar em repouso durante uma hora, enquanto mantinha a CTG continua, durante esse período, de acordo com protocolo hospitalar e segundo recomendação de Graça (2017). Através da observação da CTG, pretendia-se por um lado, verificar a eficácia do método de indução, através do aparecimento de contrações, e, por outro lado, verificar se ocorria hiperestimulação uterina e consequente hipertonia.

Na admissão, procedia-se também à avaliação inicial, onde eram colhidos dados sobre história obstétrica e gravidez atual, antecedentes pessoais clínicos, valores analíticos, como o grupo sanguíneo e microbiológicos, como a pesquisa de SGB. Este momento constituía também um momento de colocação de questões sobre o método de indução, assim como, sobre o trabalho de parto.

Após o período de monitorização, se a CTG se apresentasse dentro da normalidade, incentivava-se a grávida a deambular e a manter-se verticalizada de maneira a adjuvar o início de trabalho de parto. Explicava-se também à parturiente o processo da dor de trabalho de parto por indução, assim como os métodos disponíveis, farmacológicos e não farmacológicos ao seu dispor. Quando a dor de trabalho de parto intensificava, ou o período de indução, assim o justificava, procedia-se ao exame vaginal para verificar a evolução da dilatação e extinção.

Nos casos em que a parturiente referia aumento da perceção dolorosa e o colo se apresentava dilatado até dois/três centímetros de dilatação, administravam-se 50 mg de Petidina, por via IM, de forma que a grávida diminuísse a perceção dolorosa e o trabalho de parto pudesse progredir. Nos casos em que se verificasse aumento da dilatação, a partir dos três centímetros, e se fosse vontade da grávida, esta passava para o bloco de parto para lhe ser administrada analgesia epidural. Como já referido, Cunha et al., (2020) e a OMS (2020) defendem que a analgesia epidural deve ser administrada quando a parturiente assim o deseja e que a sua administração durante a fase latente, não atrasa significativamente o trabalho de parto.

Finalmente, as grávidas que desejavam apenas a utilização de métodos não farmacológicos, mantinham-se na unidade, sendo assistidas e apoiadas nestes métodos, até serem transferidas para o bloco de partos.

Os cuidados prestados à grávida em indução de trabalho de parto permitiu o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão de expectativas do casal relativamente ao desenvolvimento do trabalho de parto, assim como, a orientação da grávida no lidar com a dor de trabalho de parto.

- **Gravidez com complicações**

O período de estágio na unidade materno fetal promoveu o domínio de competências relacionadas com a gestão das diversas patologias materno fetais, nomeadamente: ameaça de parto pré-termo (APPT); rutura prematura das membranas (RPM); restrição de crescimento intrauterino (RCIU); placenta prévia; doenças hipertensivas da gravidez; diabetes gestacional; pielonefrite e colestase gravídica.

Tendo em consideração o referido, tornou-se evidente a necessidade de procura de evidência científica atual, assim como a mobilização dos conhecimentos apreendidos prévios, não só sobre a patologia associada à gravidez, como também sobre a vivência dos casais face às complicações da gravidez. Deste modo, pretendia-se que os cuidados prestados fossem o mais individualizados possível.

A gravidez com complicações constitui um momento crítico na vida da grávida e do casal, integrando uma transição complexa, onde existe uma reformulação de significados importante. A gravidez é percebida pela maior parte dos casais como fisiológica e positiva, no entanto, quando esta se torna patológica, a aceitação desta condição pode ser difícil para os elementos do casal, dificultando a transição que estão a vivenciar, não estando disponíveis para a reformulação de identidade que necessitam.

À semelhança da indução de TP, as grávidas eram admitidas na unidade materno fetal, a partir da urgência. Apresentava-se o espaço físico do serviço, assim como, as dinâmicas e os horários de mesmo. A admissão hospitalar da mulher grávida constituía um momento de receio e tristeza. O EEESMO tem um papel preponderante no acolhimento e apoio emocional da grávida. Procurava-se ao longo do internamento que a grávida se sentisse segura, estabelecendo uma relação de

empatia e confiança, tendo, ao mesmo tempo, uma comunicação clara sobre a situação em que a grávida se encontrava.

Quando a grávida estava confortável, procedia-se à colheita de dados inicial, através da entrevista, processo clínico e avaliação física. No processo clínico eram obtidos dados como o motivo de internamento, os antecedentes pessoais clínicos, o historial obstétrico e a idade gestacional. Os restantes aspetos, como a medicação habitual, o contacto telefónico da pessoa significativa, os comportamentos de saúde (dieta, consumo de álcool/drogas, exercício físico, padrão de sono/repouso), e a frequência do curso de preparação para o parto e parentalidade, eram obtidos durante a entrevista, assim como a avaliação da adaptação à gravidez com complicações. A avaliação física da grávida era constituída pela avaliação do estado geral, monitorização dos sinais vitais e vigilância dos sinais/sintomas associados à patologia.

Durante o tempo de internamento, as intervenções realizadas às grávidas eram orientadas de acordo com o protocolo hospitalar e diferenciadas com base no diagnóstico de entrada e na idade gestacional. A prática profissional do EEESMO no âmbito da gravidez com complicações exige determinadas atividades de vigilância face ao risco de alteração do bem-estar materno-fetal. De acordo com o protocolo hospitalar, no início de cada turno eram monitorizados os sinais vitais, o estado geral da grávida e procedia-se à avaliação do bem-estar materno-fetal através da CTG, baseando-se na análise de registos gráficos da FCF, da contratilidade uterina, durante aproximadamente 30 minutos. A auscultação podia ser prolongada em casos de presença de CTG suspeito.

A auscultação dos batimentos cardíacos fetais para a avaliação do bem-estar fetal é possível a partir das onze semanas, com o uso de um Doppler, ou através da cardiotocografia (Montenegro et al, 2014; Graça, 2017). Em contexto da monitorização CTG na gravidez com complicações, importa que a monitorização das contrações seja o mais precisa possível, de modo a perceber se existe contractilidade uterina e se pode estar a ser iniciado o trabalho de parto antes do termo da gravidez. Uma vez que a altura uterina vai variando à medida que a idade gestacional avança, constituiu um momento de aprendizagem a necessidade de avaliação da altura uterina quando se iniciava a monitorização da CTG, de modo a posicionar corretamente a tocografia. Todos os cardiotocógrafos apresentavam sensores de movimentos fetais, pelo que a grávida não necessitava estar concentrada na contagem desses movimentos.

Antes de iniciar a monitorização, explicava-se à grávida o procedimento que ia ser realizado, uma vez que realizar procedimentos sem prestar informações aumenta os níveis de ansiedade e

medo. Para tal, com a grávida em posição de decúbito dorsal, realizavam-se as Manobras de Leopold de maneira a perceber onde se situava o dorso fetal, distinguindo assim, o foco fetal. A realização destas manobras constituiu um desafio, uma vez que por vezes as estruturas fetais não era perceptíveis. Após colocação dos transdutores e visualização dos gráficos da CTG, instruíam-se a grávida a adotar o decúbito lateral esquerdo, uma vez que a posição de decúbito dorsal pode afetar a perfusão placentar e oxigenação fetal (Graça, 2017).

A vigilância dos sinais de alarme era continua ao longo do turno. Ao avaliar a grávida, procurava-se despistar sinais de trabalho de parto - como rotura de membranas, expulsão do rolhão mucoso, perda sanguínea, sensação de peso hipogástrico contínuo ou dores abdominais/lombares (Graça, 2017). No caso concreto da grávida diagnosticada com pré-eclâmpsia, por exemplo, avaliavam-se sintomas como edema generalizado, alterações na visão, cefaleias e epigastrialgias, normalmente associados a um agravamento do quadro clínico. No caso da administração de fármacos tocolíticos, em casos de APPT, por serem vasodilatadores periféricos, era mantida uma vigilância de possíveis efeitos colaterais como tonturas, hipotensão arterial, cefaleias e palpitações cardíacas (Graça, 2017).

Quando uma patologia da gravidez provoca a necessidade de internamento, acrescenta-se a todas as emoções vivenciadas durante a gravidez, a ansiedade e receio relacionados com a própria condição e desfecho. Era visível a preocupação da grávida com a duração do internamento, assim como a sensação de solidão e insegurança. A necessidade de repouso no leito face a condição patológica, gerava também cansaço e stress, o que implicava a necessidade da implementação de escuta ativa e reforço positivo.

Assim, um dos principais focos de atenção de enfermagem, neste contexto, centrou-se na avaliação do significado atribuído à gravidez ou ao trabalho de parto e reformular esses mesmos significados, apresentando outras perspetivas, de forma que a vivência daquele período pudesse ser vivido de forma mais positiva e adequada.

Era perceptível o interesse da grávida/casal, assim como as dúvidas sobre a evolução da gravidez e sobre a condição materna/fetal pela qual estavam internadas. A promoção da educação para a saúde, centrada na condição fisiopatológica em causa e relativa à preparação para o parto e parentalidade também constituiu uma intervenção relevante, ao longo do período de estágio.

O internamento prolongado compromete a frequência por parte da grávida nos programas de preparação para o parto e parentalidade. Contudo, o internamento não implica o

descomprometimento com a aquisição de conhecimentos, na medida em que a presença contínua do EEESMO permitiu, por exemplo, o conhecimento e capacitação relativas à temática da amamentação, sinais de TP e do autocuidado no pós-parto.

A presença da pessoa significativa, por norma o pai do bebé e companheiro, constituía um momento de segurança e ânimo para a grávida. A pessoa significativa era também esclarecida sobre o processo patológico e envolvida nos cuidados à grávida. Sempre que possível, foram promovidas as visitas de familiares também. A gestão do ambiente também era um fator crucial na diminuição da ansiedade, nomeadamente a manutenção de um ambiente calmo e tranquilo, assegurando a privacidade da cliente. Paralelamente, eram incentivadas técnicas de distração, tendo em conta os gostos individuais de cada cliente. O entretenimento no serviço poderia ser obtido através da televisão nos quartos, assim como o telemóvel com acesso à internet, ou outras atividades de lazer.

O estágio curricular na unidade materno fetal, para além da vigilância de sinais e sintomas relacionados com a patologia, permitiu perceber os fatores facilitadores e dificultadores da transição que a grávida e o casal vivenciava. Em alguns casais, o significado atribuído à gravidez e/ou ao trabalho de parto/tipo de parto era dificultador e constituiu um desafio como aluna a reformulação desses significados. As grávidas muitas vezes apresentavam ideias pré-concebidas, como por exemplo, que a vivência positiva da gravidez deixava de ser possível pelo internamento, ou que, inevitavelmente o desfecho do processo seria negativo. Estes pensamentos baseavam-se nas suas vivências ou experiências de pares, o que as impedia de vivenciar uma transição saudável. Assim, a assistência à reformulação destes significados foi uma competência adquirida ao longo do tempo, existindo a necessidade de prática na comunicação terapêutica com a grávida/casal.

3.4. Desenvolvimento de competências no âmbito da Assistência Pré-Natal

O desenvolvimento da unidade curricular relativa à assistência pré-natal, decorreu em dois módulos distintos – na consulta de enfermagem de saúde materna e obstétrica do hospital que frequentei, durante duas semanas, e na UCC que integra a ULS, durante aproximadamente um mês.

- **Consulta de enfermagem de saúde materna e obstétrica**

O período de estágio relativo à consulta decorreu num primeiro momento. Foram atribuídas duas EEESMO orientadoras. Pretendia-se o desenvolvimento específico de competências, no âmbito da prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. No período de estágio na consulta foi possível realizar consultas a 102 grávidas.

A consulta de enfermagem relativa à saúde materna e obstétrica, integra e acompanha grávidas de todas as idades gestacionais que são acompanhadas em consulta com obstetra no hospital ou referenciadas pelo centro de saúde. Segundo a DGS (2015), os principais objetivos da consulta pré-natal são: avaliar o bem-estar materno e fetal através da história clínica e dos dados dos exames complementares de diagnóstico; detetar precocemente situações desviantes do normal curso da gravidez que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar materno e fetal, estabelecendo a sua orientação; identificar fatores de risco que possam vir a interferir no curso normal da gravidez, na saúde da mulher e/ou do feto; promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez; preparar para o parto e parentalidade e informar sobre os deveres e direitos parentais.

Relativamente à consulta externa, devido ao curto tempo das consultas e ao número de grávidas agendado, as questões relativas à preparação para a parentalidade não eram tão abordadas, uma vez que a maior parte das mulheres se encontrava a frequentar a preparação para a parentalidade. Caso não estivessem, procurava-se orientá-las para a preparação que estivesse a ser realizada no hospital ou no centro de saúde de referência.

A DGS (2015) preconiza que a primeira consulta pré-natal seja realizada nas primeiras 12 semanas de gestação. Normalmente, quando as grávidas se deslocavam pela primeira vez à consulta externa, já tinha sido realizada a primeira consulta noutra local. Desta forma, o boletim de saúde da grávida (BSG) já estava preenchido e continha todos os dados clínicos e informações relevantes, tanto do casal grávido como do feto. Esta é a melhor forma de assegurar a articulação de informação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (DGS, 2015).

No primeiro contacto, a idade gestacional cronológica era calculada a partir da data da última menstruação. Quando a consulta ocorria após a realização da primeira ecografia, era possível apresentar a idade gestacional definitiva, sendo esta inalterável durante toda a gravidez e definida pelo comprimento crânio-caudal do feto (DGS, 2015; Sequeira et al., 2020). Verificavam-se também os dados demográficos, história clínica da grávida, assim como, o peso corporal anterior à gravidez, o grupo ABO e o fator Rh, antecedentes pessoais e familiares, medicação domiciliária que realizava para além da suplementação da gravidez, o consumo de substâncias nocivas e a história obstétrica e ginecológica (DGS, 2015; Sequeira et al., 2020).

O desenvolvimento da consulta era baseado no que a grávida/casal achasse relevante abordar, como por exemplo, a menção aos efeitos colaterais da gravidez que causassem desconforto e cuja gestão necessitasse de orientação por parte do EEESMO. Desta forma, permitia-se que o casal constituísse o centro dos seus próprios cuidados. A DGS (2015), assim como, Sequeira et al. (2020) preconizam que ao longo das consultas seja abordada a fisiologia, assim como os efeitos colaterais da gravidez relativos ao trimestre em que a grávida se encontra, salientando-se que o foco deve ser apenas naqueles que a grávida/casal vivencia.

Os efeitos colaterais mais frequentemente relatados foram a obstipação, as náuseas e vómitos, edema dos membros inferiores, insuficiência venosa, lombalgias, insónia, leucorreia e incontinência urinária. Primeiramente, procurava-se abordar sucintamente o motivo do desconforto, normalizando-o como um sinal de saúde da gravidez, sem nunca desvalorizar o significado que o mesmo tinha na vida da grávida. Seguidamente, ensinava-se e capacitava-se para a adoção de estratégias que permitissem lidar com estes efeitos. Paralelamente, procurava-se a adoção de comportamentos saudáveis relacionados com o padrão alimentar e de exercício, adequado ao estilo de vida de cada grávida/casal, uma vez que podiam influenciar diretamente a redução dos efeitos colaterais da gravidez, assim como, o risco de complicações na gravidez.

Durante a consulta procurava-se também avaliar o bem-estar materno-fetal, através da monitorização do peso, pressão arterial e altura uterina; avaliação da análise sumária à urina, através do teste de *Combur* e auscultação dos batimentos cardíacos fetais.

O aumento de peso durante a gravidez é um importante fator de risco modificável que pode afetar a saúde imediata e futura da mulher e do bebé. Por isso é um parâmetro com relevância na vigilância da gravidez (Ferrey et al., 2021). A avaliação do peso era realizada por rotina em todas as consultas, no entanto, a evidência recente demonstra que é recomendado que as mulheres sejam pesadas na primeira consulta e que apenas mulheres com fatores de risco para complicações na gravidez, como mulheres com IMC mais elevados, sejam pesadas em todas as consultas. No entanto, alguns estudos realçam que as mulheres expressam preferência por pesagens mais frequentes e acreditam que isso deve fazer parte do cuidado padrão da gravidez, pois fornece segurança e motivação para o controlo de peso na gravidez e após o parto. (Allen-Walker et al., 2017; Heslehurs et al., 2017; Holton, East & Fisher, 2017).

A avaliação da pressão sanguínea é fundamental para a prestação de cuidados obstétricos seguros. A identificação de situações hipertensivas durante a gravidez depende do rigor com que este dado é recolhido (Ashworth et al., 2020; Hurrell et al., 2020).

O exame químico de urina permite averiguar qualitativamente a presença das substâncias, nomeadamente de glicose, proteínas, leucócitos, sangue, corpos cetónicos e pH. A presença ou ausência destas substâncias pode constituir sinais úteis para dar suporte a diagnósticos como a pré-eclâmpsia, no caso da presença de albumina, ou de infeção urinária, no caso da presença de leucócitos (AGDH, 2018).

A avaliação da altura uterina deve ser realizada em todas as consultas a partir das 24 semanas de gestação (AGDH, 2018). Apesar da pouca sensibilidade para detetar restrição do crescimento intrauterino, a OMS (2016) recomenda a integração da recolha de dados clínicos nas consultas pré-natais, uma vez que a interpretação deste dado pode permitir detetar precocemente alterações ao crescimento fetal.

A auscultação da frequência cardíaca fetal confirma que o feto está vivo naquele momento, mas não tem qualquer valor preditivo sobre o bem-estar fetal a longo prazo, no entanto, recomenda-se a sua avaliação em todas as consultas, a partir das 12 semanas de gestação, com recurso ao doppler (Alfirevic et al., 2015; OMS, 2018). A frequência cardíaca fetal pode ser obtida com recurso a diferentes equipamentos, nomeadamente: doppler ou cardiotocógrafo (Alfirevic et al.,

2015; OMS, 2018). A identificação da posição e apresentação fetal, a partir das 36 semanas, através das manobras de Leopold constituía um dado útil para avaliar a FCF já que facilitava a identificação do foco. O foco é definido como o local do corpo da mãe onde se ausculta com maior facilidade e precisão a FCF, isto é, corresponde à área de máxima intensidade e clareza dos batimentos cardíacos fetais para obter o som mais nítido e mais alto, que normalmente é sobre o dorso do feto.

Relativamente à avaliação do bem-estar fetal, através da cardiocotografia na fase pré-natal, a OMS (2016) não recomenda esta medida. No entanto, constituía protocolo da consulta externa, a monitorização da CTG, em todas as consultas, a partir das 38 semanas de gestação.

Em todas as consultas importava avaliar a presença de sinais de TP pré-termo, assim como de outras complicações como a perda sanguínea, principalmente no segundo e terceiro trimestre e percepção materna da redução dos movimentos fetais. A avaliação dos movimentos fetais pode ser feita a partir das 20 semanas de gestação pela percepção da grávida do padrão de movimentos do feto, ou por observação direta do enfermeiro (OMS, 2016; Sequeira et al., 2020).

O movimento fetal é um dado que permite constatar a presença de vida, refletindo a integridade dos sistemas nervoso e músculo-esquelético fetais. A maioria das mulheres tem percepção dos movimentos fetais por volta de 20 semanas e não há redução na frequência dos movimentos fetais no final do terceiro trimestre, embora os movimentos fetais tendam a estabilizar em 32 semanas (Graça, 2017; Sequeira et al., 2020).

Todavia, não é recomendado a orientação para a contagem dos movimentos fetais por rotina. As recomendações da OMS (2016) defendem que a contagem diária de movimentos fetais só é recomendada no contexto de gravidezes com patologia que possa colocar em risco a oxigenação fetal.

Constituía um foco de atenção relevante o conhecimento do casal/grávida sobre complicações da gravidez, como a presença de cefaleia intensa e persistente, assim como, edema exacerbado, tradutores de possível pré-eclâmpsia; sinais de trabalho de parto pré-termo; perda de líquido amniótico antes das 37 semanas; presença de perda de sangue vaginal e importância dos movimentos fetais no terceiro trimestre, assim como, a percepção da redução dos movimentos fetais.

A avaliação dos valores analíticos constituía um importante fator para determinar a conceção de cuidados, uma vez que certos parâmetros analíticos indicam a necessidade da adequação de

cuidados, como por exemplo, o Rhesus D, valor de hemoglobina, hematócrito, glicemia em jejum e o resultado da prova de tolerância à glicose (PTGO). A imunidade à toxoplasmose e rubéola, assim como a infecção por sífilis, hepatite B, HIV e *Streptococcus* β constituem importantes achados para a implementação de intervenções que objetivam a prevenção de morbidade fetal e neonatal.

A promoção da auscultação dos batimentos cardíacos fetais, percepção dos movimentos fetais, assim como referência ao desenvolvimento fetal em cada fase da gravidez, constituíam também medidas promotoras da ligação mãe/pai e filho.

O processo de transição da gravidez deve ser avaliado em todas as consultas, encorajando a grávida ou o casal a verbalizar os receios e alterações relevantes naquela fase do ciclo de vida (DGS, 2015; Sequeira et al., 2020). Este processo é facilitado, criando um ambiente de empatia, confiança escuta ativa e criando um ambiente de confiança. Durante a consulta importava avaliar não apenas as mudanças físicas no corpo da grávida, como também a aceitação da gravidez e adaptação emocional face à mesma, ambiente onde a grávida se inseria e a sua capacidade emocional em compensar o stresse que a nova condição poderia gerar.

A observação da postura, expressões faciais, maneira de vestir, padrões de comunicação, assim como a expressão de pensamento, constituíam importantes dados sobre a adaptação emocional e saúde mental durante a gravidez. Constituíam um foco central da abordagem à grávida, durante a consulta, a oportunidade de as grávidas expressarem as suas emoções e discutirem as suas necessidades individuais.

A consulta de enfermagem de saúde materna e obstétrica também incluía a consulta de plano de parto. Constituiu uma mais-valia a oportunidade da parceria com o casal/grávida na elaboração e discussão do plano de parto, uma vez que constituía um momento de partilha e preparação para um momento tão importante no seu ciclo de vida. Permitiu também o treino da individualização dos cuidados e ajustamento de expectativas.

Adicionalmente, foi possível estar presente na consulta de enfermagem prévia às ecografias do 1º e 2º trimestre e foi proposta a realização de um poster sobre os benefícios da deambulação durante o TP (APÊNDICE 4).

- **Unidade de cuidados na comunidade**

O segundo momento do estágio curricular de assistência pré-natal decorreu numa UCC. Pretendia-se o desenvolvimento específico de competências específicas no âmbito da preparação para o parto e para a parentalidade.

O projeto de assistência pré-natal é desenvolvido no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de Saúde Materna e Obstétrica e Saúde Infantil e Pediátrica, sendo constituído por uma enfermeira especialista de cada uma destas áreas. A finalidade deste projeto é promover a vivência saudável da gravidez, do parto e da parentalidade, assim como a saúde do bebé nos primeiros 12 meses de vida.

As intervenções relativas à preparação para o parto eram da responsabilidade da EEESMO. Os cuidados relativos à preparação para a parentalidade e apoio à amamentação eram partilhados com a enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. O tipo de intervenções realizadas eram maioritariamente em grupo, no entanto também se realizavam intervenções individuais.

O desenvolvimento de competências no âmbito da unidade curricular ficou sob a supervisão da EEESMO da UCC. Durante o período de estágio foi possível prestar cuidados a 35 grávidas e cinco puérperas, assim como aos respetivos companheiros. Primeiramente, foi proposta a elaboração de dois planos de sessão relativas à preparação para o parto. Um relativo à bacia e ao períneo e outro relativo aos posicionamentos da grávida, durante o TP. Posteriormente, propôs-se a elaboração de um plano de consulta de lactação.

De acordo com a recomendação da DGS (2015), o profissional responsável pela atividade deve realizar uma entrevista de modo a conhecer a grávida/casal, identificar possíveis desvios da normalidade quanto ao processo da gravidez e tomar conhecimento de necessidades específicas em cada caso, de modo a adequar as atividades desenvolvidas ao grupo. A OE (2021) refere também que a identificação das necessidades de cuidados deve ser individual, em contexto de consulta, embora as intervenções possam ser implementadas no mesmo contexto e/ou em contexto de intervenção em grupo.

A dinâmica em grupo pode apresentar benefícios económicos, no entanto os conteúdos podem não ir de encontro às reais necessidades de cada mulher (Andersson et al., 2012; Swift et al., 2021). Por outro lado, o grupo permite a partilha de experiências e a normalização de emoções (Andersson et al., 2012).

Os planos de sessão foram elaborados com base nos princípios da intervenção em grupo, permitindo aos casais/grávida, a partilha, expressão e o esclarecimento de receios, dúvidas e angústias decorrentes desta fase, num ambiente de grupo e de suporte mútuo. Além da componente teórica na abordagem das diferentes temáticas, a intervenção em grupo, deve incluir também sessões práticas. A DGS (2015) especifica que a capacitação para os posicionamentos a ter durante o trabalho de parto, as técnicas de respiração, assim como o relaxamento devem ser focos de atenção durante as sessões práticas.

Estas sessões iniciavam-se por um ciclo de aquecimento corporal, de forma que o grupo interagisse entre si e, ao mesmo tempo, se preparasse fisicamente para a sessão. Realizavam-se também exercícios musculares pélvicos e exercícios de *Kegel*. Deste modo, pretendia-se orientar o casal sobre a função destes exercícios, assim como, incentivá-los e capacitá-los para a sua realização.

Teoricamente, de forma a perceber se a capacitação para a realização dos exercícios pélvicos foi eficaz, deveria ser realizada uma avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico através da palpação bidigital (Riesco et al., 2010). Através deste exame, seria possível avaliar a contração da musculatura, através da introdução dos dedos indicador e médio do EEESMO na vagina, solicitando-se à grávida que sustentasse a contração dos músculos pélvicos pelo tempo máximo que conseguisse (Riesco et al., 2010). No entanto, não foi possível realizar esta avaliação devido à falta de privacidade e de recursos disponibilizados.

Na sessão da *Bacia e Períneo*, abordou-se a dinâmica da bacia e a sua adaptação ao longo do trabalho de parto, assim como, a adaptação do períneo durante o parto. Com a sessão pretendia-se que o casal relacionasse o posicionamento com a alteração dos diâmetros da bacia, assim como explicar o mecanismo de trabalho de parto. Utilizou-se um modelo da bacia, para que fosse mais perceptível. Para além disso, explicou-se o comportamento do períneo ao longo do parto e a importância do seu fortalecimento através dos exercícios de *Kegel*.

Durante a sessão de *Posicionamento*, foram realizados diversos posicionamentos possíveis de serem feitos durante o TP. Paralelamente, as grávidas eram incentivadas a perceberem que influencia tinha cada posicionamento na mobilidade pélvica, assim como, os posicionamentos que eram mais confortáveis para si. Foi também utilizada a bola de parto para que as grávidas pudessem experienciar o uso do dispositivo facilitador do TP. Neste sessão, abordou-se também a importância dos esforços expulsivos, assim como o momento em que é suposto serem iniciados e, acima de tudo, reforçar a importância de serem realizados de acordo com a vontade

da grávida. Foi possível participar também na sessão prática sobre relaxamento durante o TP, assim como sobre a técnica de massagem.

A participação e dinamização das sessões possibilitou a aquisição de competências no domínio da comunicação terapêutica em grupo, assim como, no planeamento e adequação de intervenções que abrangessem todo o grupo. Foi também importante para perceber a receptividade das grávidas e do casal às intervenções propostas, fornecendo uma perspetiva das estratégias facilitadoras do TP e métodos não farmacológicos para alívio da dor que podem adotar.

Outra das competências desenvolvidas centrou-se no apoio à amamentação. Neste sentido, disponibilizavam-se consultas pré-natais sobre lactação e cantinhos da amamentação. A literatura refere que para que a amamentação ter sucesso e decorra sem intercorrências, devem conjugar-se três fatores: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação (DGS, 2015; Ramos et al., 2018).

A consulta de lactação centrava-se primeiramente em avaliar o bem-estar materno, assim como, a intenção de amamentar e o significado que a grávida atribuía à amamentação. Face à intenção de amamentar e à presença de um significado facilitador, avaliava-se a mama (quanto à forma e tamanho da mama e mamilo, assim como presença de lesões) e a presença de sinais de lactação (aumento do tamanho e peso da mama; escurecimento da aureola; desenvolvimento das glândulas de Montgomery (manchas em relevo nas aréolas) e as veias da mama tornam-se mais salientes e visíveis). Seguidamente explorava-se o conhecimento sobre a lactação e amamentação, através das dúvidas que a grávida/casal colocasse ou, por outro lado, questões diretas sobre: processo e sinais de lactação; medidas que estimulam a lactação; características do leite materno; sinais de subida de leite; critérios para decidir o intervalo e duração das mamadas; posicionamento da mãe e do bebé para amamentar; sinais de pega adequada; estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada; sinais de prontidão para mamar; sinais de saciedade e ingestão nutricional suficiente; padrão de sucção nutritiva e não nutritiva; prevenção das complicações decorrentes da amamentação e a amamentação no regresso trabalho (Cardoso, 2011; DGS, 2015; Bortoloci et al., 2023)

A DGS (2015) preconiza que todas as mulheres devem ser apoiadas na manutenção do amamentação por forma a aumentar a duração e a exclusividade da mesma. O apoio em consulta ou visita domiciliária é mais eficaz, mas pode igualmente ser útil quando realizado através de contacto telefónico. Face ao exposto, era frequente o apoio a mulheres que amamentavam,

através dos cantinhos de amamentação, ou através de chamada telefónica. Estas mulheres eram principalmente puérperas, uma vez que é um período de fragilidade, onde existe necessidade de apoio numa competência que exige inúmeros desafios, como a amamentação. As questões mais frequentes relacionavam-se com a capacidade para assegurar a pega do recém-nascido, assim como, a adequação do posicionamento materno. Assim, de forma a avaliar a amamentação, solicitava-se à puérpera que iniciasse uma mamada, caso o bebé demonstrasse sinais de prontidão. Ao longo deste processo, orientava-se a mulher sobre os ajustes que necessitava de realizar, sempre reforçando positivamente o esforço realizado.

A orientação de consultas de lactação e cantinhos da amamentação permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da amamentação que constitui um dos maiores desafios da parentalidade para a mulher/casal. O domínio da temática da amamentação constituiu um dos maiores desafios durante o desenvolvimento do estágio curricular, uma vez que é um tema abrangente com muitas competências inerentes e que por vezes ainda não apresenta evidência clara sobre alguns aspetos. A observação dos cuidados prestados pela EEESMO tutora, assim como, a procura de evidência mais recente sobre a temática constituíram uma mais-valia para a aquisição destas competências.

3.5. Desenvolvimento de competências no âmbito da Investigação

Como referido no capítulo da introdução, o desenvolvimento de competências no âmbito da investigação é essencial para a formação como EEESMO. Assim, foi proposto o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura com base num tema que fosse relevante para a prática clínica. Durante o estágio curricular no bloco de partos, verificou-se a aplicação de diferentes técnicas de proteção perineal, durante a segunda fase do trabalho de parto, por parte dos diferentes EEESMO. Utilizava-se frequentemente a aplicação de compressa quente no períneo, durante a coroação fetal. Assim, esta prática suscitou curiosidade sobre a sua fundamentação científica, assim como, a sua aplicabilidade na prática clínica.

3.5.1. Enquadramento teórico

O períneo é um dos órgãos do sistema reprodutor feminino que mais sofre alterações durante a gravidez, trabalho de parto e o parto. O tipo de parto, especificamente, o parto vaginal é um dos fatores que influencia a integridade pélvica e perineal, sobretudo durante o período expulsivo (ACOG, 2018; Graça, 2017; Silva et al., (2023). É nesta etapa que há uma condução do feto pelo canal vaginal de modo a ocorrer a sua expulsão, implicando que as forças que promovem essa condução exerçam uma grande pressão sobre o períneo. Face a isto, pode originar-se o trauma perineal (ACOG, 2018; Graça, 2017; Silva et al., 2023).

Segundo a ACOG (2018) entre 53% a 79% das mulheres têm alterações perineais durante o parto, sendo a maioria de primeiro ou segundo grau. Silva et al., (2023), baseando-se num estudo realizado no Irão, relata uma incidência de trauma perineal em 84,3% das mulheres, sendo que este tipo de trauma ocorreu principalmente em primíparas. Okeahialam et al., (2022) relata ainda que um estudo realizado em 215 maternidades dos Estados Unidos revelou que a incidência de OASI foi de aproximadamente 3%. A incidência de OASI também foi considerada semelhante em países nórdicos como a Dinamarca, Noruega, Suécia e Finlândia, variando entre 1% e 4%.

O trauma perineal tem consequências a curto e longo prazo que podem ter um impacto negativo na qualidade de vida não só das mulheres, como também do casal e da família. As consequências físicas deste tipo de trauma incluem dor, hemorragia, hematoma, incontinência urinária (esforço e urgência), incontinência fecal, disfunção sexual, aumento do tempo de recuperação pós-parto, dispareunia e infecção (Ferreira-Couto, C & Fernandes-Carneiro, M., 2017). Os mesmos autores referem que existe relação direta entre as consequências físicas da laceração e a alteração do processo de ligação mãe/filho, amamentação, alterações da autoimagem com diminuição da autoestima e a qualidade da relação conjugal a nível sexual e emocional.

Santos et al., (2019) afirmam que as experiências vividas por mulheres durante o trabalho de parto, mostram uma realidade preocupante, com cuidados desnecessários prestados durante o parto prejudiciais à sua fisiologia e ao nascimento. Os cuidados referidos (partos instrumentados, indução do trabalho de parto, episiotomias de rotina) são, muitas vezes, causadoras ou favorecedoras de lacerações perineais graves promovendo a associação entre o parto vaginal e o sofrimento, trauma e dor (Okeahialam et al., 2022). Assim, percebe-se que o trauma perineal seja um mote para a procura de evidência científica de elementos que minimizem o mesmo e que proporcionem uma melhor experiência às mulheres.

O efeito de compressas quentes no períneo durante a segunda fase do trabalho de parto para prevenir o trauma perineal tem sido objeto de estudo, uma vez que é um método económico, facilmente utilizado e incorporado na sala de parto e que pode ter impacto positivo na elasticidade e relaxamento do períneo pela propriedade vasodilatadora da água quente. Okeahialam et al., (2022) e OMS (2018) aconselham o uso de técnicas de proteção perineal como a compressa quente, para facilitar o trabalho de parto espontâneo e reduzir a incidência de trauma perineal. Goh (2019), afirma que numa revisão *Cochrane* de 2017, diversas técnicas perineais foram investigadas, incluindo a aplicação de compressas quentes. Entre as diversas técnicas que foram estudadas, apenas as compressas quentes aplicadas no períneo e a massagem perineal mostraram um efeito positivo na redução da laceração perineal de terceiro grau e quarto grau, comparativamente com a abordagem *sem intervenção*. Essa et al. (2016) refere que o calor provoca a dilatação do vasos sanguíneos e aumenta o fluxo sanguíneo, diminuindo a tensão muscular e a isquemia local.

Uma das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto. Desta forma *“deve atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher,*

garantindo intervenções de qualidade e risco controlado; garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto e conceber planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.” (OE, 2019). Face ao exposto, percebe-se que deve ser um foco central de atenção do EEESMO a prevenção e minimização de laceração perineal durante o parto, utilizando as técnicas que, segundo a literatura, serão mais eficazes para esse objetivo.

Nesse sentido, esta revisão integrativa da literatura tem como objetivo investigar a eficácia da compressa quente na prevenção da laceração perineal, durante a segunda fase do trabalho de parto.

3.5.2. Metodologia

Tendo em conta os objetivos e características do relatório de estágio, foi considerado que a elaboração de uma revisão integrativa da literatura seria o mais adequado.

Assim, apesar de ter sido realizada uma revisão integrativa da literatura, foi utilizada a estratégia PICO para efetuar a questão de investigação: *“A aplicação de calor húmido no períneo das parturientes, durante o segundo estadio do trabalho de parto, é eficaz na minimização do trauma perineal?”*.

Seguidamente, com base na pergunta de investigação, foi elaborada a pesquisa de evidência científica. Iniciou-se o processo pela definição das bases de dados onde iria ser realizada a pesquisa - CINAHL Complete; Medline Complete e Scopus. Depois, procedeu-se à definição dos termos de pesquisa, dependendo da base de pesquisa – termos livres, Mesh e Desh. Os termos livres definidos foram “packs” e “compresses”. Os termos Mesh foram “second labour stage”; “perineum”; “laceration” e “trauma” e “warm” e os termos Desh foram “second labor stage”; “perineum”; “laceration”; “trauma” e “warm”.

Com base nos termos acima mencionadas, a frase booleana utilizada foi ("perineum warm compresses") OR ("perineum warm packs") AND ("second labor stage") AND ("perineum laceration") OR ("perineum trauma").

Souza et al., 2010 referem que os critérios de inclusão e exclusão deve garantir a representatividade da amostra, sendo importantes indicadores da confiabilidade e da

fidedignidade dos resultados. A definição dos critérios deve ser realizada de acordo com a pergunta de investigação, considerando os participantes, a intervenção e os resultados.

Assim, definiram-se como critérios de inclusão: um espaço temporal de cinco anos (2018-2023) e que definam especificamente a técnica de aplicação de compressa quente nos resultados. Foram excluídas as revisões da literatura e os artigos cuja amostra incluísse patologia materno-fetal.

A seleção dos estudos foi realizada com base nos critérios acima mencionados, como demonstrado no fluxograma (APÊNDICE 2), elaborado com base nas diretrizes do PRISMA (Page et al., 2021). Tal como foi utilizada a estratégia PICO, também foram utilizadas as diretrizes do PRISMA com o objetivo de demonstrar como foram selecionados os estudos.

Da pesquisa realizada, surgiram no total 1595 artigos (CINHAL – 380; PUBMED – 1159; SCOPUS – 56). De modo a ser facilitado o processo de revisão dos artigos utilizou-se a plataforma “Rayan”. Excluíram-se os artigos duplicados e restaram 1256 artigos. Da exclusão com base no título e resumo, restaram onze artigos.

Assim, foram lidos e analisados onze estudos na íntegra. Concluiu-se que apenas seriam usados quatro artigos, uma vez que cinco não respondiam à questão de investigação e dois não definiam especificamente o uso de compressas quentes como intervenção.

Posto isto, os artigos selecionados e analisados nesta revisão integrativa da literatura foram inseridos em duas tabelas distintas. A primeira que contém a informação mais relevante, nomeadamente, o título, pergunta de investigação, referência bibliográfica do artigo, desenho do estudo, questões metodológicas, resultados e conclusões (APÊNDICE 3). A segunda, centra-se na apresentação de resultados de maneira à leitura ser mais clara e sucinta, esta irá ser apresentada no capítulo seguinte.

Os níveis de evidência científica foram definidos e baseados na avaliação da qualidade metodológica preconizada pelo *The Joanna Briggs Institute (JBI)* (2020) (APÊNDICE 1). Os cinco artigos escolhidos para integrar a revisão são estudos randomizados controlados. Assim, a partir daí e, e com recurso ao esquema orientador para revisão crítica dos artigos, avaliou-se a qualidade metodológica dos estudos selecionados, através do método de JBI.

Salvaguarda-se que a classificação dos níveis de evidência não exclui a necessidade de realizar uma leitura cuidadosa, uma avaliação e raciocínio críticos no estudo que se está a analisar para a criação de novo material baseado na melhor evidência (JBI, 2020).

3.5.3. Resultados

Como referido anteriormente, de modo a mapear e analisar de forma lógica os resultados encontrados, foram utilizadas tabelas de apresentação de resultados, devidamente categorizadas consoante o seu contributo para o estudo da temática escolhida.

Primeiramente, importa salientar que todos os estudos incluíram um grupo de controlo (submetido a cuidados de rotina) e a um grupo experimental.

A amostra do grupo experimental foi submetida à aplicação de compressas quentes, no períneo, durante o período expulsivo. As compressas foram previamente embebidas em água quente e escorridas e depois aplicadas no períneo, durante a segunda fase do trabalho de parto. A temperatura da água situou-se entre os 45 e os 59º. As compressas foram colocadas sobre o períneo, contemplando a fúrcula e zona perianal, durante o pequeno coroamento da cabeça fetal. Ao longo do tempo, embebiam-se as compressas em água quente para manter a temperatura referida.

O artigo de Goh et al., (2020) não integra como variável única do grupo experimental a utilização de compressa quente no períneo, sendo aplicada concomitantemente com massagem perineal. No entanto, importa ressaltar que os resultados do artigo foram integrados nesta investigação, com o objetivo de dar suporte à evidência do impacto que a aplicação de compressa quente pode ter.

A presente revisão integrativa da literatura integra quatro estudos controlados randomizados (ERC's) (Goh et al., 2020; Hong et al., 2022; Lofty et al., 2022; Modoor et al., 2022).

Abordando sucintamente as características principais dos artigos selecionados, estes foram desenvolvidos na Malásia (Hong et al., 2022); Dubai (Goh et al., 2020); Arábia Saudita (Modoor et al., 2022); Egito (Lofty et al., 2022) e o seu espaço temporal situa-se entre 2020 e 2022. As características da amostra foram praticamente transversais a todos os estudos, sendo as participantes grávidas de baixo risco com pelo menos 18 anos e sem anomalias perineais;

nulíparas com pelo menos 37 semanas de gestação e em trabalho de parto ativo e finalmente, feto com apresentação cefálica. O número da amostra variou entre 68 e 800 mulheres.

O resultado das intervenções em estudo, acima mencionadas, foram divididas em cinco categorias distintas, sendo estas: *períneo íntegro*, *laceração de primeiro grau*, *laceração de segundo grau*, *laceração de terceiro grau*, *laceração de quarto grau*.

Três artigos abordam o resultado *períneo íntegro* (Goh et al., 2020; Hong et al., 2022; Modoor et al., 2022), sendo que dois destes referem que o grupo experimental, ou seja, o que foi submetido à aplicação de compressa quente no períneo, teve maior percentagem de integridade perineal (Goh et al., 2020; Modoor et al., 2022). No entanto, Hong et al. (2022) refere que a percentagem de períneo íntegro foi maior no grupo de controlo, sendo que a intervenção do grupo experimental era a aplicação de compressa quente em conjunto com a massagem perineal.

Todos os artigos mencionam o resultado *laceração de primeiro grau*. Três dos artigos referem que a sua incidência foi maior aquando da utilização de compressa quente no períneo (Goh et al., 2020; Hong et al., 2022; Modoor et al., 2022). Um artigo refere que a percentagem de laceração de primeiro grau foi semelhante nos dois grupos em estudo (Lofty et al., 2022).

Contrariamente, o resultado *laceração de segundo grau* teve maior incidência em todos os grupos de controlo dos estudos, cuja amostra não teve nenhuma intervenção com compressa quente (Goh et al., 2020; Hong et al., 2022; Lofty et al., 2022; Modoor et al., 2022).

Relativamente ao resultado *lacerações de terceiro grau*, as taxas de incidência foram baixas. Três dos quatro artigos revelaram que o resultado *laceração de terceiro grau* (Goh et al., 2020; Lofty et al., 2022; Modoor et al., 2022) foi maior em todos os grupos de controlo.

Quanto ao resultado *lacerações de quarto grau*, apenas Lofty et al., (2022) documenta uma percentagem maior deste tipo de lacerações no grupo de controlo. Os restantes estudos não foram conclusivos quanto à incidência de laceração de quarto grau, uma vez que um deles não teve laceração de quarto grau em nenhum dos grupos e o outro apresentou este tipo de laceração numa pessoa de cada grupo – controlo e experimental.

3.5.4. Discussão/implicações para a prática clínica

A interpretação e síntese dos resultados obtidos realiza-se nesta etapa, com a comparação dos dados obtidos pela análise dos artigos com o referencial teórico (Souza et al., 2010).

Apesar de ser apenas uma revisão integrativa da literatura parece que os resultados apresentados vão no sentido de demonstrar que a utilização de compressas quentes no períneo durante o período expulsivo é eficaz na minimização do trauma perineal.

Os resultados obtidos vão ao encontro do que Magoga et al. (2019) conclui na revisão da literatura onde integra sete artigos ERC's. Este autor refere que as compressas quentes utilizadas na segunda etapa do trabalho de parto foi associada uma taxa mais alta de períneo intacto, assim como à menor incidência de traumas perineais graves. A ACOG (2018), assim como uma revisão da Cochrane (2017), corrobora também o supracitado salientado que a implementação das compressas quentes reduziu significativamente as lacerações de terceiro e quarto grau, no entanto, defendem que a sua aplicação não apresenta vantagens relativamente ao aumento das taxas de períneo íntegro.

Fadlalmola et al. (2023) salienta que os 13 ERC's que integram a revisão de literatura apresentada pelo autor demonstram que compressa quente apresentou melhores resultados em relação à presença de trauma perineal grave - terceiro e quarto grau - o que suporta os dados obtidos na presente revisão integrativa.

De acordo com estudos randomizados analisados por Ferreira Couto & Fernandes Carneiro, (2017), integrados numa revisão da literatura, a compressa quente apresenta vantagens, relativamente a outros métodos. A revisão apresentou como objetivo determinar os efeitos da aplicação de compressa quente na redução do trauma perineal na segunda fase do trabalho de parto e conclui que a intervenção não apresenta resultados estatisticamente significativos, na minimização das lacerações de primeiro e segundo, no entanto é vantajosa relativamente à redução de lacerações de terceiro e quarto grau. Finalmente, Maghalian et al. (2023) salienta que no seu estudo os resultados também são positivos relativamente à redução de laceração de segundo, terceiro e quatro grau.

Toda a evidência desta revisão integrativa da literatura corrobora outros estudos encontrados que descrevem que a aplicação de compressas quentes durante a segunda fase do trabalho de parto reduzem o trauma perineal grave (ACOG, 2018; Maghalian et al., 2023; Fadlalmola et al., 2023; Magoga et al., 2019).

As lacerações graves, muitas vezes, têm um impacto na vida da mulher para toda a vida, uma vez que as consequências deste trauma podem não ser reversíveis. A implicação destas lesões é determinante para a mulher, modificando não só sua autoimagem, como também a vivência da relação conjugal, pelo desconforto e dor vivenciados durante a relação sexual. A confiança para estabelecer relações sociais e o consequente isolamento pode ser também uma realidade pelo receio de perda do controlo dos esfíncteres que muitas vezes as lacerações graves originam. Face ao exposto, o EEESMO tem um papel determinante na minimização do trauma perineal, atuando como agente promotor do cuidado e conforto da mulher. As medidas protetoras do períneo, especificamente a aplicação de compressas quentes, durante a segunda fase do período expulsivo, devem ser incluídas na prática dos EEESMO, uma vez que a evidência científica demonstra os seus efeitos positivos. Além disso, as compressas quentes são um material barato, simples de usar e com raros efeitos adversos, proporcionando a redução do número de manipulações do períneo.

A presente revisão integrativa da literatura foi limitada pelo reduzido número de estudos randomizados incluídos. Foi também limitada pela inclusão da intervenção de massagem perineal concomitantemente com a aplicação de compressas quentes no períneo, durante o período expulsivo, o que pode de alguma maneira influenciar os resultados obtidos.

Importa salientar que este tema pode ser interessante para se proceder à realização de estudos randomizados controlados de modo que seja possível perceber qual o impacto real da implementação desta intervenção na minimização das lacerações perineais.

4. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

Ao longo do percurso realizado enquanto aluna do MESMO, foram adquiridas e desenvolvidas as competências preconizadas pela OE (2019) para o exercício profissional da EEESMO, nomeadamente as que se integram na assistência pré-natal à mulher/casal grávida com ou sem complicações, no trabalho de parto, parto e nascimento, assim como no puerpério e nos primeiros dias de vida do RN.

As atividades descritas nos capítulos anteriores, foram desenvolvidas de acordo com a evidência científica atual. Assim, e de acordo com o expectável, a maioria das intervenções implementadas durante o período de estágio foram baseadas nessa mesma evidência. Para tal foi necessário recorrer às competências adquiridas ao longo da formação académica e recontextualizar saberes com recurso às diferentes disciplinas como a Investigação em Enfermagem; Ginecologia e Obstetrícia; Trabalho de Parto, Pós-parto e Cuidados ao RN, Adaptação à Gravidez e à Parentalidade.

Contudo, salienta-se o facto do processo de aprendizagem se desenrolar sob um modelo de prática tutelada por EEESMOs o que significa que algumas práticas foram realizadas segundo as indicações dos profissionais ou de acordo com os protocolos da instituição que nem sempre são os mais atuais. Este facto constituiu um sentimento de ambivalência, uma vez que apesar do treino da capacidade de raciocínio crítico, também provocou a sensação de não estarem a ser implementadas intervenções baseadas na evidência que beneficiariam mais a mulher/casal e RN. No entanto, ao longo deste período existiu a possibilidade e abertura para a discussão de práticas com os profissionais e a implementação de intervenções relevantes.

A revisão integrativa da literatura permitiu desenvolver competências relativas à investigação, uma vez que existiu a necessidade de consolidar o conhecimento sobre quais os passos para realizar uma pesquisa científica adequada. Permitiu também identificar intervenções de enfermagem relevantes, no âmbito do trabalho de parto, através de dados concretos, privilegiando a sua aplicação com base na evidência.

Relativamente às competências desenvolvidas no âmbito do trabalho de parto, parto e nascimento estas foram as mais desafiantes. Ao longo do período de estágio existiu a necessidade da continua procura de suporte teórico, assim como, do treino da capacidade para assistir o trabalho de parto e o parto. Este momento constituía o culminar das intervenções até então realizadas, no âmbito da promoção de estratégias facilitadoras do trabalho de parto, estratégias não farmacológicas para alívio da dor, apoio emocional e desconstrução de significados dificultadores que dificultassem a vivência de um momento único na vida da mulher e casal, o nascimento do bebé esperado. Pela importância deste momento, a exigência dos cuidados era grande, assim ao longo do percurso também existiu a necessidade de ser realizado um ajuste emocional para aproveitar a experiência do momento e adquirir as competências da maneira mais eficaz.

Ao longo da realização dos partos eutócicos foi possível perceber como cada mulher/casal são seres individuais com significados e vivências próprias. Assim, o envolvimento da mulher na tomada de decisões e a valorização das suas escolhas tornou-se um elemento essencial para a progressão de um trabalho de parto e parto positivo. Salienta-se que uma vez que a maior parte das mulheres manteve o desejo de lhe ser administrada analgesia epidural, não foi possível implementar com frequência estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, como a aromaterapia ou hidroterapia, através do duche. A imersão em água também não foi possível, pelas condições estruturais do serviço. Salienta-se o facto de que o protocolo hospitalar relativo à posição materna durante o parto, limita a posição da parturiente a semi sentada ou litotomia. A maior parte dos EEESMO realizavam partos na posição de semi sentada ou em litotomia. Este aspeto culminou numa lacuna na aprendizagem e aquisição da competência relativa à assistência de partos em diferentes posições.

No contexto de estágio no serviço de puerpério destacou-se o papel do EEESMO no apoio à mulher e ao casal, não só na gestão física do puerpério, como também no exercício do papel parental, a nível da amamentação, por exemplo e na gestão das emoções vivenciadas. O facto de o hospital ser um *Hospital Amigo dos Bebés* promoveu a aquisição de competências relacionadas com a promoção do amamentação no ambiente hospitalar, despertando para a importância desta iniciativa.

Ao longo de todo o percurso formativo também existiu a oportunidade de momentos de reflexão que contribuíram para a aprendizagem e crescimento não só como profissional como também a nível pessoal. Este crescimento potenciou-se durante a presença na unidade materno-fetal, pela

fragilidade evidenciada pela grávida/casal. Neste contexto específico, as intervenções autônomas do EEESMO foram determinantes para uma transição positiva, proporcionando suporte emocional, disponibilidade para escutar, apoiar a grávida e família a desconstruir significados negativos, com o objetivo de minimizar sentimentos de ansiedade, angústia e stress. O facto de a unidade materno fetal incluir grávidas em indução de trabalho de parto e o rácio dos enfermeiros ser diminuído não permitiu que a implementação de intervenções fosse contínua o que constituiu uma desvantagem na eficácia dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de competências no âmbito da *Assistência Pré-Natal* permitiu desenvolver competências comunicacionais e de educação para a saúde, assim como, o desenvolvimento do raciocínio crítico durante a vigilância da gravidez, uma vez que constitui uma área de atenção do EEESMO determinante para a deteção precoce de complicações maternas e fetais, assim como, na promoção do autocuidado físico e emocional materno.

CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório de estágio pretendia demonstrar as competências apreendidas durante o segundo ano de estágio, assim como, a importância do processo formativo integrado no MESMO. No sentido de cumprir os objetivos traçados inicialmente, este relatório evidencia as atividades desenvolvidas ao longo dos quatro módulos – Bloco de Partos, Puerpério, Gravidez com Complicações e Assistência Pré-Natal – estabelecendo uma comparação entre a evidência científica mais atual e as intervenções realizadas na prática clínica e também a exemplificação, através dos planos de cuidados, o tipo de cuidados prestados. Porém, nem todas as experiências foram descritas, tendo sido privilegiadas as experiências que proporcionaram aquisição de competências e incitaram momentos de reflexão crítica.

A implementação dos cuidados planejados na concepção de cuidados junto das grávidas, parturientes, puérperas, recém-nascidos e família foram essenciais para a aquisição e o desenvolvimento de competências para o desempenho profissional como EEESMO. A reflexão acerca da prática clínica inerente ao processo de elaboração do presente relatório, bem como a busca pela melhor evidência científica nas intervenções desempenhadas, foram cruciais para prestar cuidados de qualidade. Dadas as particularidades da população-alvo dos cuidados do EEESMO, compreende-se a necessidade da formação exigente e alargada visando a aquisição e o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados especializados de excelência.

Salienta-se a importância da prática baseada na evidência no âmbito da SMO, resultando em intervenções uniformizadas e humanas, tendo sempre em conta como benefício último a grávida, parturiente, puérpera, recém-nascido e família. O término da elaboração do relatório de estágio traduz a proximidade à atribuição do título de EEESMO. Pretende-se que o desempenho profissional após a conclusão da especialidade influencie positivamente e proporcione ganhos em saúde durante a vivência da gravidez, do parto e do pós-parto.

Ao refletir sobre os dois anos de formação académica, no âmbito da especialidade, percebo que estes foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional, pela exigência e compromisso que implicou a sua realização. A motivação para a realização deste percurso nem sempre foi constante, pela dificuldade em conciliar a vida académica com a vida profissional e pessoal. No entanto, a perspetiva em ser uma profissional competente e trabalhar na área que desejo, contribuiu para a minha resiliência em terminar este desafio. Aliado a isto, destaco o contributo de todos elementos docentes, tutores, outros profissionais com quem me cruzei, assim como, os clientes dos meus cuidados, cujo contacto durante este percurso contribuiu para o meu enriquecimento profissional e pessoal. Este olhar retrospectivo para o meu percurso marca o final de uma transição com muitos desafios, no entanto, também é acompanhado por uma sensação de dever cumprido e de orgulho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG (2017). ACOG Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice Bulletin No. 183: postpartum hemorrhage. *Obstetrics and gynecology*, 130(4), 168-186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>
- ACOG (2018). Clinical Guidance for Integration of the Findings of The ARRIVE Trial: Labor Induction Versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. Disponível online: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2018/08/clinical-guidance-for-integration-of-the-findings-of-the-arrive-trial>
- ACOG Committee on Obstetric Practice. (2018). Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003041
- ACOG Committee on Obstetric Practice. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. *American College of Obstetricians and Gynecologists*. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003074
- Adamy, E. K., Lopes, P. L., Goulart, M. P., Frigo, J., & Zanotelli, S. D. S. (2017). Amamentação no puerpério imediato: relato de experiência da implementação do processo de enfermagem. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 11(1), 462-469. DOI: 10.5205/reuol.7995-69931-4-SM.1101sup201728
- Albrecht, C. C., Zanesco, C., Ribeiro, M. V. G., Fadel, C. B., & Resende, D. T. (2019). Características evidenciadas em recém-nascidos de gestantes hipertensas e diabéticas: revisão sistemática da literatura. *Journal of Nursing and Health*, 9(1). <https://doi.org/10.15210/jonah.v9i1.14395>
- Alfirevic, Z., Gyte, G. M., Cuthbert, A., & Devane, D. (2019). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane database of systematic reviews*, 2 (2). DOI: 10.1002/14651858.CD006066.pub3
- Alfirevic et al. (2015). Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Review *Cochrane Database System Review*, 4, CD001450. DOI: 10.1002/14651858.CD001450.pub4.
- Allen-Walker et al. (2017). How do women feel about being weighed during pregnancy? A qualitative exploration of the opinions and experiences of postnatal women. *Midwifery*. 49, 95-101. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.006>
- Alves, D., de Carvalho Santos, F., Almeida, L. A., & Mattos, M. P. (2017). Educação em saúde no processo de posicionamento da mãe com o bebê durante a amamentação. *Revista Em Extensão*, 16(2), 242-252. https://doi.org/10.14393/REE_v16n22017_rel08

- Amaral, A., Andrade, B., Dias, P., Fortuna, R., Almeida Junior, R., Tavares, R. & Capuruço, C. B. (2012). Complicações neonatais do diabetes mellitus gestacional DMG. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(5), 40-42. <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/680>
- Amaro, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J. D. O., Nelas, P. A., & Coutinho, E. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de psicologia*, 1(1) <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- American Society of Anesthesiologists (2021). Statement on Neuraxial Analgesia or Anesthesia in Obstetrics. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-neuraxial-anesthesia-in-obstetrics>
- Amorim, M. M., Coutinho, I. C., Melo, I., & Katz, L. (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive health*, 14(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0315-4>
- Andersson, E., Christensson, K. & Hildingsson, I. (2012). Parents' experiences and perceptions of group-based antenatal care in four clinics in Sweden. *Midwifery*, 28(4), 502-508. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.07.006>
- Aragão, F. F. D., Aragão, P. W. D., Martins, C. A., Leal, K. F. C. S., & Tobias, A. F. (2019). Analgesia de parto no neuroeixo: uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 69(3), 291-298. <https://www.scielo.br/j/rba/a/p49G8WMJp6jDbRXjZcybkwn/?lang=pt&format=pdf>
- Araújo, B., Paiva, S., Paiva, I. (2022). Diabetes Gestacional: Evolução dos Critérios de Diagnóstico e Terapêutica. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 17(2), 47-53.
- Ashworth et al. (2020). Setting and techniques for monitoring blood pressure during pregnancy. *Cochrane Database System Review*, 8(8), CD012739. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8409325/pdf/CD012739.pdf> http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2022/06/RPD_Junho_2022_Perspectiva_47_53.pdf
- Assis, I., Cadete, M. & Rios, R. (2009). Gravidez de alto risco: a percepção das gestantes. *Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido*. <http://abenfopi.com.br/vicobeaon/COMORAL/Madre%20Maria%20Domineuc/Gravidez%20de%20alto%20risco%20a%20percep%C3%A7%C3%A3o%20das%20gestantes.pdf>
- Ayres de Campos. (2023). Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. LIDEL
- Bakker, W., van Dorp, E., Kazembe, M., Nkotola, A., van Roosmalen, J., & van den Akker, T. (2021). Management of prolonged first stage of labour in a low-resource setting: lessons learnt from rural Malawi. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03856-9-021-03856-9>
- Balaskas, J. (2017). Parto ativo. Quatro Estações.
- Barbosa, M. S. (2018). Posições de parto vaginal e prevenção de traumas perineais. *Rev Eletrôn Atualiza Saúde [Internet]*, 8(8), 72-80. <https://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2022/05/posicoes-de-parto-vaginal-e-prevencao-de-traumas-perineais-v-8-n-8.pdf>

- Bączek, G., Rzońca, E., Sys, D., Rychlewicz, S., Durka, A., Rzońca, P., Bień, A. Spontaneous Perineal Trauma during Non-Operative Childbirth-Retrospective Analysis of Perineal Laceration Risk Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (13). <https://doi.org/10.3390/ijerph19137653>
- Begley, C., Gyte, G., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., Biesty, L. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database System Review*, 13(2). DOI 10.1002/14651858.CD007412.pub5
- Bertone, A. & Dekker, R. (2021). Aromatherapy in Obstetrics: A Critical Review of the Literature. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 64(3), 572-588. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000622>
- Bick, D., MacArthur, C., Winter, H. (2009). *Postnatal care: evidence and guidelines for management*. Churchill Livingstone.
- Bisson, D. L., Newell, S. D., Laxton, C., & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). Antenatal and postnatal analgesia: Scientific impact paper no. 59. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(4), 114-124. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15510>
- Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355- Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227-245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>
- Borovac-Pinheiro, A., Inversetti, A., Di Simone, N., Barnea, E.R. (2023). FIGO good practice recommendations for induced or spontaneous labor at term: Prep-for- Labor Triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. *Int J Gynecol Obstet.*, 163(2), 51-56. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15114>
- Borrelli, S. E., Lecis, A., Antolini, L., Miglietta, M., Zanini, A. A., Nespoli, A., & Fumagalli, S. (2023). Pain intensity, coping and maternal satisfaction in low-risk laboring women: A prospective descriptive correlational study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 36, 100848.
- Bortoloci, J. G., Michalczyzyn, K. C., Malagutti, L. D. O. P., Romanini, M. N. S., Marcon, S. S., & Ichisato, S. M. T. (2023). Conceito de livre demanda: olhar das puérperas em amamentação exclusivo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(5), 2716-2728. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1435006>
- Bowers, N., Gromada, K. & Wieczorek, R. (2006). *Care of the Multiple-birth Family: Pregnancy and Birth*. Natl Foundation Of The March.
- Bradfield, Z., Hauck, Y., Duggan, R., et al. (2019). Midwives' perceptions of being 'with woman': A phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 363. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2548-4>.
- Brandão, A. B., de Oliveira, D. P. R., da Silva, S. C. S., de Figueiredo Júnior, A. M., da Cunha, F. F., Spindola, P. R. N., ... & de Castro, S. R. (2020). Atuação do enfermeiro no puerpério imediato em um hospital maternidade no Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(3), 1-8. <https://doi.org/10.25248/reas.e2508.2020>

- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4). DOI: 10.1111/mcn.13042
- Calou, C., Oliveira, M., Carvalho, F., Soares, P., Bezerra, R., Lima, S., Antezana, F., Aquino, P., Castro, R. & Pinheiro, A. (2018). Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1-10.
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E. & Figueiredo, A. (2023). Guia orientador de boas práticas: preparação para o parto. ORDEM DOS ENFERMEIROS.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C. & Grilo, A. (2023). Guia orientador de boas práticas: gravidez e adaptação à gravidez (baixo risco). ORDEM DOS ENFERMEIROS.
- Cardoso, A. (2011) *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/10400.14/20745>
- Carraro, T., Knobel, R., Radunz, V., Meincke, S., Fiewski, C., Frello, A., Martins, M., Lopes, C. & Berton, A. (2008). Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. *Contexto de Enfermagem*, pp. 97-104. <https://www.scielo.br/j/tce/a/pV6KPCcRtvkhKKWVgLGdw5S/?format=pdf&lang=pt>
- Carvalho, A. & Zangão, M. (2014). Contributo do contacto pele-a-pele na temperatura do recém-nascido. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*, 14, 63-67. <http://hdl.handle.net/10174/13591>
- Case, R. J. L., Barber, C. C., & Starkey, N. J. (2015). Psychosocial needs of parents and children accessing hospital outpatient paediatric services in New Zealand. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 51(11), 1097-1102. <https://doi.org/10.1111/jpc.12949>
- Cheng, Y. W., & Caughey, A. B. (2017). Defining and managing normal and abnormal second stage of labor. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 44(4), 547-566. DOI: 10.1016/j.ogc.2017.08.009
- Chuang CH, Chen PC, Lee CS, Chen CH, Tu YK, Wu SC (2019). Music intervention for pain and anxiety management of the primiparous women during labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(4):723-733. doi: 10.1111/jan.13871.
- Clebak, K. T., Croad, J. R., & Lutzkanin, A. I. (2021). Active vs. expectant management in the third stage of labor. *American family physician*, 103(7), 404-404. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33788510/>
- Coates, T. (2013). Malpositions of the occiput and malpresentations. *Myles Textbook for Midwives*. Churchill Livingstone.
- Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2023). The second stage of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230 (3), 865-875. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.014>
- Colciago, E., Merazzi, B., Panzeri, M., Fumagalli, S. & Nespoli, A. (2020). Women's vulnerability within the childbearing continuum: A scoping review. *European Journal of Midwifery*, 4(18), 1-9.
- Colman, L. & Colman, A. (1991). Gravidez: experiência psicológica. EDIÇÕES COLIBRI.

- Cordero, M. (2005). *Lactancia materna*. Elsevier.
- Costa, A. C., Prata, J. A., Oliveira, K. R., Silva, C., Progianti, J. M., Mouta, R., & Pereira, A. (2023). Liberdade de movimentos e posicionamentos no parto com as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28, <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84830>
- Cunha, A., Gribel, G., Palmiro, A. (2020). Analgesia e anestesia farmacológica em Obstetrícia. *Feminina*, 48(9), 555-560. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1122582/femina-2020-489-555-560.pdf>
- Delgado, A. (2017). *Trabalho de parto: dos diagnósticos às intervenções. Contributos para a definição de um modelo clínico de dados labor: from diagnoses to interventions. Contributions for data clinical model definition*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18656/1/Relatorio_MCD_Trabalho%20e%20parto_Marco2017.pdf
- Despacho Normativo nº002/2015. (2015). Indução do Trabalho de Parto. Direção Geral de Saúde. https://omcentro.com/ficheiros/docs/induc_traba_parto.pdf
- Despacho Normativo 002/2023. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Direção Geral de Saúde.
- Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 8(6), 1421–1437. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0726-x>.
- Dias, A. S., Monteiro, T., Oliveira, D., Guedes, A., Godinho, C., & Alexandrino, A. M. (2013). Aleitamento materno no primeiro ano de vida: prevalência, fatores protetores e de abandono. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 44(6), 313-318. <https://doi.org/10.25754/pjp.2013.2719>
- Dias, C. (2012). Vigilância pré-natal e decisão do parto. *Nascer e Crescer*, 21(3), 159-166. <https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1401/1/v21n3a12.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Direção Geral da Saúde.
- Dourado., G. & Pelloso., M. (2007). Gravidez de alto risco: o desejo e a programação de uma Gestação. *Ata Paulista de Enfermagem*, 20(1), 69-74. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a12v20n1.pdf>
- Dourado, G., da Rocha Carvalho, B., Duarte, I. A., Rocha, T. R., Vieira, N. N., de Oliveira, M. M., & Pontes, A. M. (2021). Assistência de enfermagem ao pré-natal: Relato de experiência. *Research, Society and Development*, 10(9), 1-6. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18140>
- Dodou, H., Rodrigues, D., Guerreiro, E., Guedes, M., Lago, P. & Mesquita, N. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepção das púerperas. *Escola Anna Nery*. 18 (2), 262-269. DOI: 10.5935/1414- 8145.20140038
- Doyle, J. L., & Fluhler, D. M. (2021). Guidelines for Active Management of the Third Stage of Labor using Oxytocin: AWHONN Practice Brief Number 12. *JOGNN-JOURNAL OF*

- OBSTETRIC GYNECOLOGIC AND NEONATAL NURSING*, 50(4), 499-502. DOI: 10.1016/j.jogn.2021.04.006
- Downe, S., Gyte, G., Dahlen, H., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 15(7). DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub2
- Dutta, A. (2021). Presentation and Mechanism of Labor. *Global Library of Women's Medicine*, DOI: 10.3843/GLOWM.414323
- El-Sayed, M. L. M., Lashin, M. A. E. B., Mohammed, A. S. A. A., & Abo El-Fath, A. M. (2022). Perineal management techniques to reduce perineal trauma during the second stage of labor. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 89(1), 4640-4644. DOI: 10.21608/EJHM.2022.259128
- Ertmann, R.K., Bang, C.W., Kriegbaum, M. et al. (2021). What factors are most important for the development of the maternal–fetal relationship? A prospective study among pregnant women in Danish general practice. *BMC Psychol*, 9(2). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00499-x>.
- Essa, R. M., & Ismail, N. I. A. A. (2016). Effect of second stage perineal warm compresses on perineal pain and outcome among primiparae. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(4), 48-58. <https://doi.org/10.5430/jnep.v6n4p48>
- Fernandes, M. L., & Andrade, F. (2009). Analgesia de parto: bases anatômicas e fisiológicas. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 19(3), 3-6. <https://www.rmmg.org/artigo/detalhes/1229>
- Ferrão, A., & Zangão, O. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3 (1) [http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)
- Ferreira Couto, C. & Fernandes-Carneiro, M. (2017). Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura. *Enfermagem Global*, 47, 552-563. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n47/pt_1695-6141-eg-16-47-00539.pdf
- Ferreira Júnior, A., Brandão, L., Teixeira, A., & Cardoso, A. (2020). Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. *Escola Anna Nery*, 25(2). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0080>
- FIGO *International Federation of Gynaecology and Obstetrics* (2015). Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. DOI: 10.1016/j.ijgo.2015.06.020
- Fissahaye, B., Dheresa, M., Assefa, N., Tesfaye, D., Eyeberu, A., Balis, B., ... & Getachew, T. (2023). Active management of the third stage of labor and associated factors among maternity care providers in public health facilities in Eastern Ethiopia: a multi-center study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 701. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06009-2>
- Francisco, R., Bunduki, V., Fittipaldi, F. & Martinelli, S. (2012). Zugaib Obstetrícia. Manole.

- Francisco, A. A., Oliveira, S. M. J. V. D., Leventhal, L. C., & Bosco, C. D. S. (2013). Crioterapia no pós-parto: tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47 (3), 555-561. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000300005>
- Friedman, E. A., & Cohen, W. R. (2023). The active phase of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), 1037-1049. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.12.269
- Frolich, J & Kettle, C. (2015). Perineal Care. *Clinical Evidence*, 03(1401), 1-23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4356152/pdf/2015-1401.pdf>
- Fu, L., Huang, J., Li, D., Wang, H., Xing, L., Wei, T., ... & Lu, H. (2023, November). Effects of Using Sitting position versus Lithotomy position during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes and the Childbirth experience of Chinese women: A Prospective Cohort Study. *Healthcare*, 11(22), 3-11. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222996>
- Gallo, R., Santana, L., Marcolin, A., Duarte, G. & Quintana, S. M. (2018). Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 64(1), 33–40. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2017.11.014>
- Garbelli, L., Lira, V. (2021). Maternal positions during labour: midwives' knowledge and educational needs in Northern Italy. *European Journal of Midwifery*, 5, 1-9. <https://doi.org/10.18332/ejm/136423>.
- Garcia, J. S., Mileski, R. V. P., Jaime, D., Zoccoli, T. B. V., da Silva, C. P. P., Garcia, M. V., & Fagundes, T. D. S. C. (2023). Alterações de líquido amniótico e suas complicações na vitalidade fetal. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(4), 15471-15483. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n4-118>
- Ghiasi, A., Bagheri, L., & Haseli, A. (2019). A Systematic Review on the Anxiolytic Effect of Aromatherapy during the First Stage of Labor. *Journal of caring sciences*, 8(1), 51–60. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.008>.
- Goh, R., Goh, D & Ellepola, H. (2018). Perineal tears – A review. *Australian Journal of General Practice*, 47(1,2), 5-38. DOI: 10.31128/AFP-09-17-4333.
- Goh, Y. P., Tan, P. C., Hong, J. G. S., Sulaiman, S., & Omar, S. Z. (2021). Combined massage and warm compress to the perineum during active second stage of labor in nulliparas: A randomizes trial. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(3), 532-538. DOI: 10.1002/ijgo.13613
- Graça, L. (2017). Medicina Materno Fetal. LIDEL.
- Guardino, C. M., & Schetter, C. D. (2014). Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health psychology review*, 8(1), 70–94. <https://doi.org/10.1080/17437199.2012.752659>
- Guimarães., P. (2013). *Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da gravidez de alto risco. Sentimentos e expectativas das mulheres gestantes frente à gestação de alto risco.* (Tese de Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis). Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106903/317811.pdf?sequence=1>

- Güngördük, K., Olgaç, Y., Gülseren, V., & Kocaer, M. (2018). Active management of the third stage of labor: A brief overview of key issues. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 15(3), 188. DOI: 10.4274/tjod.39049
- Haseli, A., Ghiasi, A., & Hashemzadeh, M. (2019). Do Breathing Techniques Enhance the Effect of Massage Therapy in Reducing the Length of Labor or not? a Randomized Clinical Trial. *Journal of caring sciences*, 8(4), 257–263. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.036>.
- Holanda, J. B. D. L., Abuchaim, E. D. S. V., Coca, K. P., & Abrão, A. C. F. D. V. (2014). Disfunção sexual e fatores associados relatados no período pós-parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27, 573-578. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400093>
- Hong, J. G. S., Abdullah, N., Rajaratnam, R. K., Shukri, S. A., Tan, S. P., Hamdan, M., & Lim, B. K. (2022). Combined perineal massage and warm compress compared to massage alone during active second stage of labour in nulliparas: A randomised trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 270, 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.01.011>
- Hurrell et al. (2022). The assessment of blood pressure in pregnant women: pitfalls and novel approaches. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 226(2S), 804-S818. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.10.026.
- Ibrahim, H. A. F., Alshahrani, M. S., Al-Qinnah, A. J., & Elgzar, W. T. (2024). Nonpharmacological pain relief for labour pain: knowledge, attitude, and barriers among obstetric care providers. *PeerJ*, 12, 1-19. DOI 10.7717/peerj.16862 e16862.
- Imani, F., Lotfi, S., Aminisaman, J., Shahmohamadi, A. & Ahmadi, A. (2021). Comparison of Spinal Versus Epidural Analgesia for Vaginal Delivery: A Randomized Double Blinded Clinical Trial. *Anesth Pain Med.*, 11(1), 1-7. <https://doi.org/10.5812/aapm.108335>
- Infarmed (2019). Resumo das características do medicamento – Paracetamol. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/098807f-121759-paracetamol-ben-u-ron-comprimido-1g.pdf>
- Infarmed (2019). Resumo das características do medicamento – Sufentanil. https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2017/20170406137545/anx_137545_pt.pdf
- Infarmed (2022). Resumo das características do medicamento – Ropivacaína. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/62d8b6d-092052-ropivacaina.pdf>
- International Classification for Nursing Practice (2019). ICNP Browser
- JBI - Aromataris E & Munn Z (Editors). (2020) JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Lanza, P., Mendes, L. & Silva, T. (2021). Assistência de enfermagem às gestantes com diagnóstico de crescimento Intrauterino retardado (RCIU). Ciências da saúde: pluralidade dos aspetos que interferem na saúde humana. Editora ATENA. <https://www.atenaeditora.com.br/catalogo/post/assistencia-de-enfermagem-as-gestantes-com-diagnostico-de-crescimento-intrauterino-retardado-rciu>

- Lau, C. (2015). Development of suck and swallow mechanisms in infants. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(5), 7-14. <https://doi.org/10.1159/000381361>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J., Styles, C. (2013). Maternal position and mobility during first stage labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>
- Lawrence, R. & Lawrence, R. (2016). Breastfeeding: A guide for the medical profession. Elsevier.
- Lear, C. A., Westgate, J. A., Bennet, L., Ugwumadu, A., Stone, P. R., Tournier, A., & Gunn, A. J. (2023). Fetal defenses against intrapartum head compression—implications for intrapartum decelerations and hypoxic-ischemic injury. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1117-S1128. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1352>
- Lei nº26/2017 (2021). Diário da República: II Série, nº43, 237-256. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22035/aviso-n%C2%BA-39162021-di%C3%A1rio-da-rep%C3%ABlica-n%C2%BA-432021-s%C3%A9rie-ii-de-2021-03-03.pdf>
- Lei nº 9/2009 (2009). Diário da República: I Série, nº44, artigo 37º. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/9-2009-604779>
- Levine, T., Grunau, R., McAuliffe., Pinnamaneni, R., Foran, A., Alderdice, F. (2015). Early Childhood Neurodevelopment after Intrauterine Growth Restriction: A Systematic Review. *American Academy of Pediatrics*, 135(1), 126-141. DOI: 10.1542/peds.2014-1143
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). Manual de amamentação. Comité português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés.
- Lewi, L., Gucciardo, L., Mieghem, T., Konink, P., Beck, V., Medek, H., Schoubroeck, D., Devlieger, R., Catte, L., Deprest, J. (2010). Monochorionic diamniotic twin pregnancies: natural history and risk stratification. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 27, 121-133. DOI: 10.1159/000313300
- Lima, G., Teles, H., Alcântara, P., Moreira, M., Pinto, A., Marinho, M & Gurgel, E. (2017). Nursing assistance at the puerperium: Integrative Review. *International Archives of Medicine*, 10 (25), 1-10. DOI: 10.3823/2295
- Lima, R. O. D., Estevam, L. D., Leite, F. M. C., Almeida, M. V. S., Nascimento, L., Amorim, M. H. C., & Bringente, M. E. D. O. (2020). Intervenção de enfermagem-primeiro banho do recém-nascido: estudo randomizado sobre o comportamento neonatal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0031>
- Lopes, C., Lefèvre, F. (2006). Os significados da maternidade para mulheres cardiopatas e diabéticas com gravidez de risco. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16 (1),12-21.
- Lopes, G. A., Teixeira, T. T., Leister, N., & Riesco, M. L. (2024). Métodos de indução e condução do parto em um centro de parto normal peri-hospitalar: estudo transversal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0158pt>

- Lourenço, M. C. (2018). Promoção e apoio ao aleitamento materno em contexto de cuidados de saúde primários. (Tese de Mestrado, IPP Instituto Politécnico de Portalegre). <http://hdl.handle.net/10400.26/23526>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). Enfermagem na Maternidade. Lusodidata
- Machado, A. P., Castro, T., Tavares, S., Afonso, M., Ferreira, I., & Santo, S. (2022). Maturação cervical. *Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa* 16(4), 395-400. https://www.researchgate.net/publication/369948567_Cervical_ripening
- Madden K, Middleton P, Cyna AM, Matthewson M, Jones L (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 5. Art. No.: CD009356. DOI: 10.1002/14651858.CD009356.pub3.
- Maghalian, M., Alikamali, M., Nabighadim, M., & Mirghafourvand, M. (2023). The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain: a systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309 (3), 1-27. DOI: 10.1007/s00404-023-07195-2
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H., Thornton, C., Akbarzadeh, M., ... & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- Mahfouz, I. A., Asali, F., Ziara, F. M. I., Samara, B., Qudsieh, S., & Al-Rshoud, F. (2022). Enema Administration During Labor: Pregnant Women's Perspective and Knowledge. *SAGE open nursing*, 8, 1-7. <https://doi.org/10.1177/23779608221139148>
- Maia, R., & Costa, L. L. (2024). A importância da analgesia no parto vaginal. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(1), 1251-1261. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-095>
- Martini, J., Djalali, S., Stramrood, C. A. I., & Van den Akker, O. (2018). The meaning of pregnancy: A qualitative study of women's perceptions and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 458. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2141-1>
- Martins, L., Guedes, L., Saraiva, J., & Reynolds, A. (2014). Bloqueio do nervo pudendo e simulação obstétrica. *Revista Nascer e Crescer*, 23, 145-150. <http://hdl.handle.net/10400.16/1766>
- Maughan, B. C., Marin, M., Han, J., Gibbins, K. J., Brixey, A. G., Caughey, A. B., Kline, J. A. & Jarman, A. F. (2022). Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Postpartum Period: Risk Factors, Diagnostic Testing, and Treatment. *Obstet Gynecol Surv.*, 77(7), 433–444. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001043>
- McKinnee, E., James, S., Murray, S., Nelson, K & Ashwill, J. (2013). *Maternal Child Nursing*. Elsevier.
- McQuivey, R., Block, J. & Massaro, R. (2018). Complete Tamponade System: effective hemostasis for postpartum haemorrhage. *Med Devices*, 11, 57-63. <http://doi.org/10.2147/MDER.S158944>.
- Meleis, A. (2007) *Theoretical Nursing. Development and Progress*. 4th Edition, Lippincott Williams Wilkins, Philadelphia.

- Mendes, I. (2002). Ligação materno-fetal. Quarteto.
- Mendonça, R., & de Oliveira, A. C. (2016). Aleitamento materno e progressão para diabetes mellitus tipo 2 após diabetes gestacional. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 32(2), 152-154. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v32i2.11740>
- Mira, J., Quito, R., Campeão, A., Molero, T., Hipólito, R., & Frias, A. (2021). Métodos não farmacológicos de controlo da dor no trabalho de parto: revisão narrativa de literatura. *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*. Editora Científica Digital. 10.37885/211006513
- Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210-216. DOI: 10.33546/bnj.1452
- Monteiro, M. (2012). *Vivências das mulheres com gravidez de alto risco com necessidade de internamento*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9378/1/Tese%20MJo%C3%A3o%20definitiva.pdf>
- Montenegro, C. & Rezende Filho, J. (2014). Obstetrícia fundamental. Koogan.
- Moore, E., Bergman, N., Anderson, G & Medley, N. (2016). Early skin to skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database System Review*, 11. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
- Moraes, I., Sena, N., Oliveira, H., Albuquerque, F., Rolim, K., Fernandes, H., & Silva, N. (2020). Perceção sobre a importância do aleitamento materno pelas mães e dificuldades enfrentadas no processo de amamentação. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2). <https://doi.org/10.12707/RIV19065>
- Moreira de Sá, R., & Oliveira, C. (2015). *Hermógenes – Obstetrícia Básica*. Atheneu.
- Muniz, F. D. F. S., Rocha, F. D. C. G., Ramos, A. S. M. B., & Nunes, S. F. L. (2018). Assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na atenção primária. *JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care*, 9(3), 1-14. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.433>
- Nabhan, A., & Boulvain, M. (2020). Augmentation of labour. Best practice & research. *Clinical obstetrics & gynaecology*, 67, 80–89. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.011>
- Néné, M., Marques, R & Batista, M. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. LIDEL
- Neves, N. (2017). *Gravidez gemelar monocoriónica biamniótica: experiência do Hospital de Santa Maria nos últimos 5 anos*. (Trabalho final: Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/33187/1/NunoTMNeves.pdf>
- Nóbrega, M., da Mota, K., Felipe, A., Ribeiro, P. & da Silva Moreira, D. (2023). Enfermeiros na promoção do aleitamento materno no puerpério imediato: revisão integrativa. *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, 16(10), 19392-19410. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.10-042>

- Nora, D., Osório, J., & Saldanha, L. (2013). Efeitos fetais e repercussões neonatais da anestesia obstétrica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 22(2), 44-50. <https://doi.org/10.25751/rspa.3537>
- Novo, J. L. V. G., Piantino, D. G., Filogônio, O. S., & Novo, N. F. (2016). Análise de procedimentos assistenciais ao parto normal em primíparas. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 18(1), 30-35. <https://doi.org/10.5327/Z1984-484020162427>
- Nunes, R., Mapelli, A., Nazário, N., Traebert, E., Seemann, M. & Traebert, J. (2019). Avaliação dos Fatores Determinantes à Realização da episiotomia no Parto Vaginal. *Enfermagem em Foco*, 10 (1), 71-75. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1399/498>
- Okawa, H., Morokuma, S., Maehara, K., Arata, A., Ohmura, Y., Horinouchi, T., Konishi, Y., & Kato, K. (2017). Eye movement activity in normal human fetuses between 24 and 39 weeks of gestation. *PloS one*, 12(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178722>.
- Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2023). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230 (3), 991-1004. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>
- Oliveira Almeida, A., Silva Santos, J., Alves Reis, A., Costa Oliveira, A., Sepúlveda, Á., Lages Vieira, A & Irlania, R. (2020). Dispareunia em mulheres pós-parto normal. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 33(3).
- Oliveira de Araujo, C. M. M., dos Santos Silva, C. T., Lavínia de Carvalho Macedo, F., Costa da Silva, J., Teixeira Palombo, C. N., & Dias Felix Martins, R. (2023). Critérios relacionados à alta hospitalar segura do recém-nascido: Uma revisão integrativa. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 12(2). <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3198>
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Parecer nº10/2011 - Competência para monitorização da altura de fundo uterino e da frequência cardíaca fetal. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/Parecer10_MCEESM O.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República, Regulamento n.º 391/2019*, 13560-13565.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019. Diário da República: II série, nº26/2019, 4744 – 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO). Colégio

- da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial De Saúde. (2010). Clinical practice guideline on care in normal childbirth. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial De Saúde. (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial De Saúde. (2015). WHO Recommendations for prevention and treatment of peripartum infections. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial De Saúde. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- Organização Mundial De Saúde. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience: WHO recommendations. Genebra: World Health Organization.
- Organização Mundial De Saúde. (2020). WHO labour care guide: user's manual. Genebra: World Health Organization.
- Organização Mundial De Saúde. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Genebra: World Health Organization.
- Organização Mundial De Saúde. (2022). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. Genebra: World Health Organization.
- Orshan, S. (2011). Enfermagem na saúde das mulheres, das mães e recém-nascidos. Artmed Editora.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pares, N., & Calais-Germain, B. (2009). Parir en Movimiento: la movilidad de la pélvis en el parto. La Liebre de Marzo Vives.
- Peleckis, M. V., Francisco, A. A., & Oliveira, S. M. J. V. D. (2017). Terapias de alívio da dor perineal no pós-parto. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 26 (2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017005880015>
- Perinatal Services BC. (2011). Obstetrics guideline 20: Postpartum nursing care pathway. <http://www.perinataleservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/PostpartumNursingCarePathway.pdf>
- Petroni, L. M., Castanho da Silva, T., de Lima Santos, A., Silva Marcon, S., & de Freitas Mathias, T. A. (2012). Convivendo com a gestante de alto risco: A percepção do familiar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(3). DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude.v11i3.15369
- Pinto, J. (2012). *Gravidez múltipla com placentação monocoriónica*. (Trabalho final de mestrado integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto <https://hdl.handle.net/10316/81049>

- Pitilin et al. (2019). Fatores associados à autoeficácia da amamentação segundo os tipos de mamilos. *Revista Rene*, 20. DOI: 10.15253/2175-6783.20192041351
- Procianoy, R., & Silveira, R. (2020). The Challenges of Neonatal Sepsis Management. *Jornal de Pediatria*, 96(1), 80-86. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.08.007>
- Queiroz, M. N., Gomes, T. G. A. C. B., & Moreira, A. D. C. G. (2018). Idade gestacional, índice de Apgar e peso ao nascer no desfecho de recém-nascidos prematuros. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 29(04) 236-242. <https://doi.org/10.51723/ccs.v29i04.294Quevedo>,
- Rahmati, J., Shahriari, M., Shahriari, A., Nataj, M., Shabani, Z. & Moodi, V. (2021). Effectiveness of Spinal Analgesia for Labor Pain Compared with Epidural Analgesia. *Anesth Pain Med.*, 11(2). <https://doi.org/10.5812/aapm.113350>
- Rajaa, S., Carrb, D., Cohenc, M., Finnerupd, N., Florf, H., Gibsong, S., Keefeh, F., Mogili, J., Ringkampj, M., Slukak, K., Songl, X., Stevensm, B., Sullivann, M., Tutelmano, P., Ushidap, T., Vaderq, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *International Association for the Study of Pain*, 0, 1-7. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939
- Ramos, A., Almeida, H., de Souza, I., Araújo, M., Pereira, P., & Fontenele, R. (2018). A assistência pré-natal prestada pelo enfermeiro sob a ótica das gestantes. *Revista interdisciplinar*, 11(2), 87-96. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6763719>
- Ramos, A. (2014). Esperança no contexto da gravidez de risco. (Dissertação de mestrado, Instituto Superior Miguel Torga).
- RCOG (2021). Immersion in water during labor and delivery. Committee Opinion No. 679. *American College of Obstetricians and Gynecologists*, 2016(128), 231–236.
- Reis, R. S., & Abi Rached, C. D. (2017). O papel do enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco utilizando a abordagem centrada na pessoa-gestante. *International Journal Of Health Management Review*, 3(2), 1-32. <https://doi.org/10.37497/ijhmreview.v3i2.125>
- Rezer, F., da Silva, F. C., & Faustino, W. R. (2022). Primeiros cuidados com recém-nascidos sem complicações na sala de parto/Firsts cares with uncomplicated newborns in the delivery room. *Journal of Nursing and Health*, 12(1). <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i1.2252>
- Ricci, S. (2008). Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Guanabara Koogan.
- Riesco, M. L. G., Caroci, A., Oliveira, S., & Lopes, M. (2010). Evaluación de la fuerza muscular perineal durante la gestación y posparto: correlación entre perineometría y palpación digital vaginal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1138-1144 DOI: 10.1590/s0104-11692010000600014.
- Rocha, B. D. D., Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., & Antunes, B. S. (2020). Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: revisão sistemática e metanálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610>

- Rodrigues, A., Rodrigues, D., Silveira, M., Paiva, A., Fialho, A. & Queirós, A. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de enfermagem referência*, 5(3), 1-7. DOI:10.12707/RV20040
- Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J. N., de Sousa, N. Q., & Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses—Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery*, 124, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>
- Roose, M., Beeckman, D., Eggermont, K., Vanhouche, E., Van Hecke, A. & Verhaeghe, S. (2018). Level of parenting stress in mothers of singletons and mothers of twins until one year postpartum: A cross-sectional study. *Australian College of Midwives*, 31, 197-203. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.003>;
- Roque, S. S. G. (2014). *Preparação dos pais para o cuidar do recém-nascido após a alta: Avaliação dos registos de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu. Instituto Politécnico de Viseu). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/10400.19/2542>
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Kristjansdottir, H., Steingrimsdottir, T., & Schei, B. (2016). Pregnant women's preference for cesarean section and subsequent mode of birth—a six-country cohort study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 37(3), 75–83. DOI: 10.1080/0167482X.2016.1181055
- Santo, S. (2016). Guidelines para monitorização fetal intraparto: resumo do novo consenso da FIGO de 2015. *Ata Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 10(1), 8-11. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v10n1/v10n1a02.pdf>
- Santo, S. (2022). Episiotomia – que lugar na prática obstétrica. *Ata Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 16(1), 1-8. http://www.fspog.com/fotos/editor2/03_editorial-aogp-01-22_artigo_original.pdf
- Santos, C., Pimenta, C., Nobre, M. (2007). A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 15(3). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>
- Santos, K., Farias, C., Cavalcante, J., Santos, E., Silva, J., & da Silva Duarte, A. (2020). Ocitocina sintética no trabalho de parto induzido e suas repercussões materno-fetais. *Diversitas Journal*, 5(3), 1787-1804. <https://doi.org/10.17648/diversitas-journal-v5i3-946>
- Santos, O. M., Torres, F. B. G., Gomes, D. C., Primo, C. C., & Cubas, M. R. (2022). Aplicabilidade clínica das intervenções de enfermagem de uma terminologia para assistência no processo de amamentação. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 12(31), 1-19. <https://doi.org/10.5902/2179769268259>
- Santos, T., Santos, J., Rodrigues, A., Araújo, A., Freitas, A., Silva, C., Carvalho, G., Pereira Filho, J., Sousa, L., Silva, L., Franco, M., Lima, N., Martins, P., Oliveira, P., Silva, T. & Cavalcanti, P. (2019). Estratégias utilizadas para prevenção de lacerações perineais após parto vaginal: um enfoque no período expulsivo. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 26 (1), 76-90. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>
- Salamon M (2018). Massage and pregnancy: A powerful combination. *American Massage Therapy Association*.

- Schardosim, J., de Araújo Rodrigues, N. L., & Rattner, D. (2018). Parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar do bebê no nascimento. *Avances en Enfermería*, 36(2), 197-208. DOI 10.15446/av.enferm.v36n2.67809
- Sequeira, A., Pousa, O & Amaral, C. (2020). Procedimentos de enfermagem de saúde materna e obstétrica. LIDEL
- Shatil, B. & Smiley, R. (2020). Neuraxial analgesia for labour. *BJA Education*, 20(3), 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2019.11.006>
- Sharma, D., Shastri, S., & Sharma, P. (2016). Intrauterine Growth Restriction: Antenatal and Postnatal Aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, 10, 67-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27441006/>
- Silva Bomfim, V., Treptow, L., Martins, F., Pereira, D., de Jesus Rodrigues, R., de Souza Ferreira, A., & de Souza, L (2022). Estratégias para minimizar o traumatismo perineal durante o parto natural. *Research, Society and Development*, 11(11), 1-9. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33559>
- Silva Cabral, R., Reis, A. L. D. M. S., de Moura, C. A., de Santana, J. C., & Barros, R. B. (2022). Restrição do crescimento intrauterino: etiologia associada a causas maternas e placentárias. *Research, Society and Development*, 11(4), 1-9. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27716>
- Silva, G. (2021). Experiência subjetiva do parto: Associações com o bem-estar emocional da mulher e com os cuidados prestados no parto (Tese de Mestrado – Instituto Universitário de Lisboa)
- Silva, J., Judeikis, G., de Araújo, R., Oliveira, B., Costa, E., de Carvalho, L., & Costa, S. (2022). A importância da amamentação na primeira hora de vida: análise da literatura atual The importance of breastfeeding in the first hour of life: analysis of. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 36001-36015. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-215>
- Silva, L., Silveira, L., Mendes, T., & Stabile, A. M. (2020). Assistência puerperal e a construção de um fluxograma para consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(1), 101-113. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100007>
- Silva, M., Santos, T., Leite, L., Silva, C., Nascimento, A., Alves, A., Driusso, P., Cunha, K. (2023). The effectiveness of interventions in the prevention of perineal trauma in parturients: A systematic review with meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*, 283, 100-111. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.02.008>
- Silva Maia, R., & Costa, L. L. (2024). A importância da analgesia no parto vaginal. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(1), 1251-1261. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-095>
- Silva Vaz, V. B., Rodrigues, M. T., Martins, N. Q. B., de Moura Rigonato, G. O., de Carvalho, M. H. J., do Nascimento, G. F., & do Nascimento, N. F. (2021). Benefícios da posição verticalizada no parto normal Benefits of the upright position in normal childbirth. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 18533-18539. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-004>
- Simkin, P., & Ancheta, R. (2017). *The labor progress handbook*. Wiley-Blackwell.

- Sinclair, M., Downe, S., Choucri, L., Stewart-Moore, M. J., McCutcheon, R. & Preez, A. (2012). Evidence Based Midwifery. *Royal College Of Midwives* 10(1), 1-36.
<https://www.rcm.org.uk/media/2768/evidence-based-midwifery-march-2012.pdf>
- Siqueira, F. P. C., & Santos, B. A. (2017). Livre demanda e sinais de fome do neonato: percepção de nutrízes e profissionais da saúde. *Saúde e Pesquisa*, 10(2), 233-241.
<https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n2p233-241>
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Sukanuma, M. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(3), 1-77. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.pub2
- SPOMMF. (2018). Norma de orientação clínica - Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal. *Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal*.
<https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Matura%C3%A7%C3%A3o-Fetal-Pulmonar.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Hipoglicemia neonatal.
https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2022). Cuida dos Gerais ao Recém-Nascido Saudável.
<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Souto, S. (2013). *O trabalho de parto: um evento crítico na transição para a maternidade*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto <http://hdl.handle.net/10400.26/9423>
- Souza, A. S. R., Costa, A. A. R., Coutinho, I., Noronha Neto, C., & Amorim, M. M. R. (2010). Análise crítica dos métodos não farmacológicos de indução do trabalho de parto. *Femina*, 38(4), 195-201.
https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340106041Femina_v38n4p195-201.pdf
- Souza, A. R., & Amorim, M. R. (2008). Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Ata Médica Portuguesa*, 21(3), 229-240.
<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/786/463>
- Souza, M., Silva, M., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. DOI: 10.1590/s1679-45082010rw1134
- Souza, T. O. D., Morais, T. E. D. V., Martins, C. D. C., Bessa Júnior, J. D., & Vieira, G. O. (2020). Efeito de uma intervenção educativa sobre a técnica de amamentação na prevalência do aleitamento materno exclusivo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20, 297-304. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100016>
- Stables, D. & Rankin, J. (2011). *Physiology in childbearing with anatomy and related biosciences*. Elsevier
- Steen, M. & Wray, J. (2014). *Myles textbook for midwives*. Elsevier.
- Swift, E. M., Zoega, H., Stoll, K., Avery, M. & Gottfreðsdóttir, H. (2021). Enhanced Antenatal Care: Combining one-to-one and group Antenatal Care models to increase childbirth education and address childbirth fear. *Women Birth*, 34(4), 381-388.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.06.008>

- Taffazoli, M., Aminyazdi, SA & Shakeri, MT. (2015). The relationship between maternal-fetal attachment and mother-infant attachment behaviors in primiparous women referring to Mashhad health care centers. *J Midwifery Reprod Health*, 3(2), 318–327.
- Thammaiah, S., Sreenath, R., Swamy, A., Kumararadhya, G., & Priya, S. (2023). Comparison between intermittent epidural bolus of levobupivacaine 0.125% and ropivacaine 0.2% with fentanyl as adjuvant for combined spinal epidural technique in labor analgesia: A double blinded prospective study. *Annals of African Medicine*, 22(1), 88-93. DOI 10.4103/aam.aam_249_21
- Teixeira, S. G. (2016). Analgesia de parto: abordagem do neuroeixo e satisfação materna (Tese de mestrado - Universidade do Porto). <https://doi.org/10.25751/rspa.8337>
- Toassi, R., Petry, P. (2021). Metodologia Científica aplicada à área da Saúde. Editora UFRGS. <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/218553/001123326.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Tomaz, R. G. D. O., Brito, A. P. A., & Riesco, M. L. G. (2021). Implementação de práticas baseadas em evidências no manejo da dor perineal no período pós-parto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0084>
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., & Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UIIP Santarém*, 8(1), 17-30. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>
- Vargas, P. B., Vieira, B. D. G., Queiroz, A. B. A., Alves, V. H., de Aguiar, R. C. B., & Rodrigues, D. P. (2016). Experiências de puérperas na identificação de sinais de fome do recém-nascido. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(1), 335-343. <https://doi.org/10.18471/rbe.v1i1.12011>
- Vaz, V. B., Rodrigues, M. T., Martins, N. Q. B., de Moura Rigonato, G. O., de Carvalho, M. H. J., do Nascimento, G. F., & do Nascimento, N. F. (2021). Benefícios da posição verticalizada no parto normal Benefits of the upright position in normal childbirth. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 18533-18539. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-004>
- Veiga, A. V. M., Dinato, A. O., Attem, M. S., de Araujo, R. M. S., da Silva, L. N. P., de Carvalho Techi, L., ... & dos Santos Cavalcante, I. (2021). Relação entre analgesia do parto e seus desfechos obstétricos. *Research, Society and Development*, 10(3), e25410313307-e25410313307. <https://doi.org/10.56083/RCV3N12-292>
- Vieira, F., Guimaraes, J. V., Souza, M. C., Sousa, P. M., Santos, R. F., & Cavalcante, A. M. (2018). Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 223, 18-25.
- Vu, D. H., Ta, B. T. T., Aasen, I. L., Le, D. Q. T., Mathisen, R., Becker, G. E., Phan, H. T., Bui, C. M., Nguyen, T. T. K., Hoang, S. T. T., & Cashin, J. (2023). Promoting Respectful Maternity Care by Reducing Unnecessary Episiotomies: Experiences from Centers of Excellence for Breastfeeding in Vietnam. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(18), 1-12. <https://doi.org/10.3390/healthcare11182520>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204. DOI:10.1111/apa.14754

Wright, A., Nassar, A. H., Visser, G., Ramasauskaite, D., Theron, G., & FIGO Safe Motherhood and Newborn Health Committee. (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(2), 172-181. DOI: 10.1002/ijgo.1355

Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17-18), 3154-3169. DOI:10.1111/jocn.15376.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: AVALIAÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO O MODELO JBI (2020)

- **Hong et al., 2022**

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

- **Modoor et al. 2021**

	Yes	No	Unclear	NA
14. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Was allocation to treatment groups concealed?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Were treatment groups similar at the baseline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Were participants blind to treatment assignment?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
19. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
20. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
22. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Were outcomes measured in a reliable way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Was appropriate statistical analysis used?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

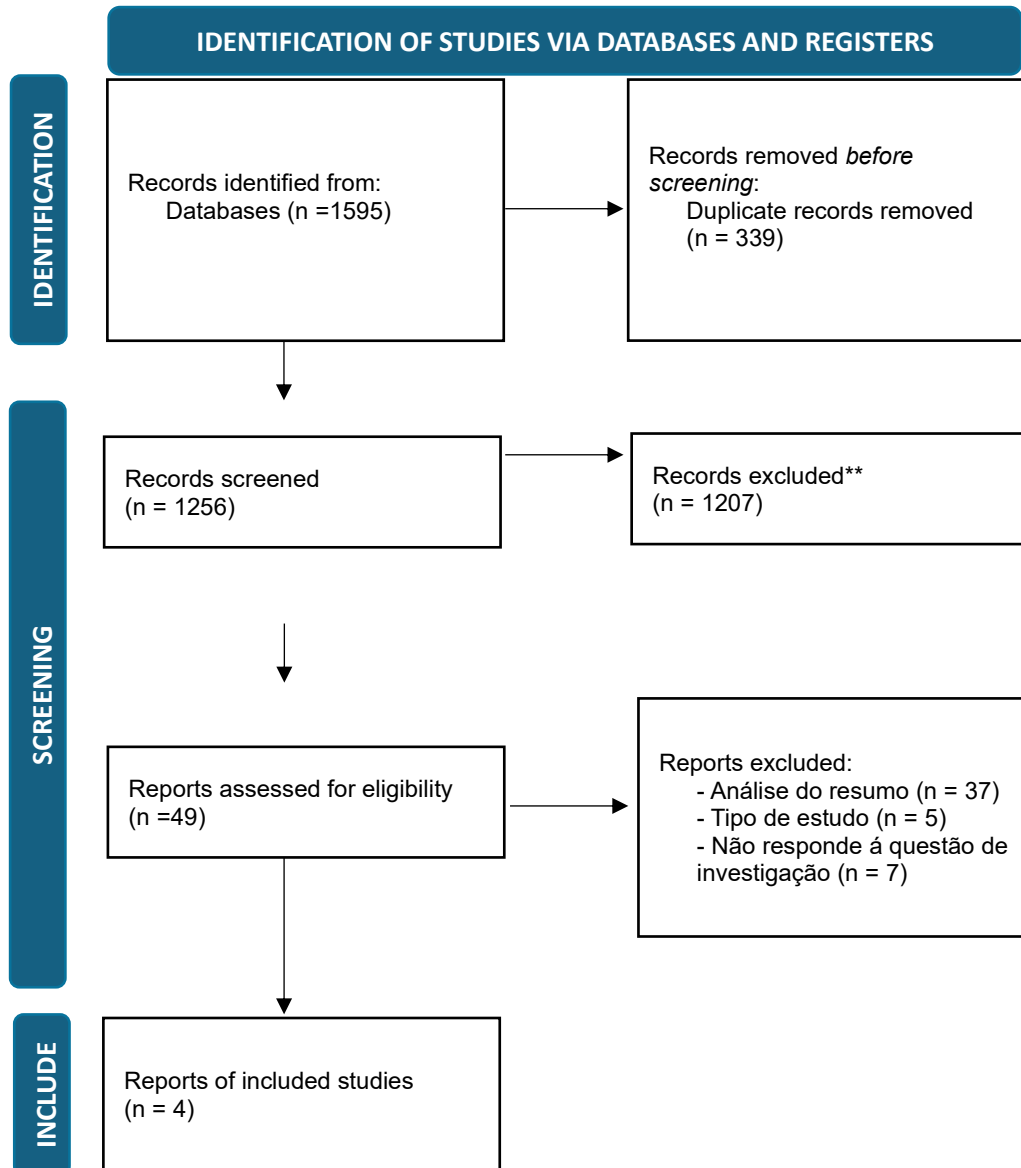
- **Lofty et al., 2022**

	Yes	No	Unclear	NA
27. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Was allocation to treatment groups concealed?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Were treatment groups similar at the baseline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Were participants blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
31. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
32. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
33. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
35. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Were outcomes measured in a reliable way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Was appropriate statistical analysis used?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Goh et al., 2020**

	Yes	No	Unclear	NA
40. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Was allocation to treatment groups concealed?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Were treatment groups similar at the baseline?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Were participants blind to treatment assignment?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
46. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
48. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Were outcomes measured in a reliable way?Z	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Was appropriate statistical analysis used?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE 2: PRISMA



APÊNDICE 3: TABELAS DE ANÁLISE DOS ARTIGOS

ESTUDO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO	RESULTADOS	QUALIDADE METODOLÓGICA
<p>Hong, J. et al., (2022)</p> <p>Estudo randomizado controlado</p>	<p>Avaliar o efeito da massagem perineal e aplicação de compressa quente no períneo comparativamente com a massagem perineal isolada na redução do trauma perineal, durante o segundo estadio do trabalho de parto.</p>	<p>281 mulheres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade superior a 18 anos; - Nulíparas; - Em trabalho de parto (contrações regulares e dilatação cervical de 3 cm); - 37 semanas de gestação; - Apresentação cefálica; <p>Crítérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Massagem perineal pré-natal; - Anomalia fetal; - Cicatrizes perineais graves (por exemplo, mutilação genital feminina); 	<p>Grupo de experimental 1: 140 mulheres receberam unicamente massagem perineal</p> <p>Grupo experimental 2: 141 mulheres receberam massagem perineal e calor húmido com compressa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 2,9% do grupo experimental 2 teve o períneo intacto, enquanto 5,8% do grupo experimental 1 teve o mesmo resultado. - 20% do grupo experimental 2 teve uma laceração de primeiro grau, enquanto 10% do grupo experimental 1 teve o mesmo resultado. - 82,1% do grupo experimental 2 teve uma laceração de segundo grau, enquanto 86,1% do grupo experimental 1 teve o mesmo resultado. - Uma pessoa do grupo experimental 2 teve uma laceração de terceiro/quarto grau e uma pessoa do grupo experimental 1 teve o mesmo resultado. 	<p>10/13</p>

ESTUDO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO	RESULTADOS	QUALIDADE METODOLÓGICA
<p>Modoor. et al., (2022)</p> <p>Estudo randomizado controlado</p>	<p>Determinar o efeito das compressas quentes na incidência do trauma perineal e na intensidade da dor durante a segunda fase do trabalho de parto.</p>	<p>100 mulheres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade entre 18 e 35 anos; - Primigesta e gestação única; - Gravidez saudável; - Gestação única; - Apresentação cefálica; - Parto de termo e vaginal; <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes múltiplas; - Trabalho de parto complicado; - Coexistência de quaisquer fatores de risco médicos ou obstétricos; 	<p>Grupo de controlo: 50 mulheres receberam cuidados hospitalares de rotina sem aplicação de compressas quentes</p> <p>Grupo experimental: 50 mulheres receberam cuidados hospitalares de rotina e aplicação das compressas quentes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A percentagem de períneo íntegro foi maior no grupo experimental (22%) do que no grupo de controlo (10%). - O grupo de controlo teve um número maior de episiotomia (24%) do que o grupo experimental (18%). - 61,3% do grupo experimental apresentou laceração de primeiro grau, comparativamente aos 31,7% do grupo de controlo. - 32,3% do grupo experimental apresentou laceração de segundo grau, comparativamente aos 58,5% do grupo de controlo. - 6,5% do grupo experimental apresentou laceração de terceiro grau, comparativamente aos 9,8% do grupo de controlo. - Não existiram lacerações de quarto grau documentadas. 	<p>10/13</p>

ESTUDO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO	RESULTADOS	QUALIDADE METODOLÓGICA
<p>Lotfy et al., (2022)</p> <p>Estudo randomizado controlado</p>	<p>Avaliar o efeito das técnicas de cuidado perineal (compressa quente e massagem perineal) na redução da incidência de trauma perineal durante a segunda fase do trabalho de parto.</p>	<p>69 mulheres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Idade entre 18-45 anos; - Gravidez única com 37 semanas ou mais; - Apresentação cefálica; - Gravidez saudável; <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Distúrbios médicos pré-existente ou que surgem durante a gravidez; - Malformações congénitas fetais conhecidas; - Infecção materna ativa; - História de qualquer cirurgia perineal ou anorretal; 	<p>Grupo 1: 23 mulheres designadas para massagem perineal lubrificada;</p> <p>Grupo 2: 23 mulheres designadas para aplicação de compressa perineal quente;</p> <p>Grupo de controlo: 23 mulheres com cuidados hospitalares de rotina – sem aplicação de medida de proteção perineal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Relativamente ao grupo de controlo, 21,7% apresentou incidência de laceração de primeiro grau e 21,7% do grupo 2 apresentou o mesmo tipo de laceração. - Relativamente ao grupo de controlo, 26% apresentou incidência de laceração de segundo grau e 13,4% do grupo 2 apresentou o mesmo tipo de laceração. - Relativamente ao grupo de controlo, 13,4% apresentou incidência de laceração de terceiro grau e nenhuma mulher do grupo 2 apresentou o mesmo tipo de laceração. - Relativamente ao grupo de controlo, 4,3% apresentou incidência de laceração de quarto grau e nenhuma mulher do grupo 2 apresentou o mesmo tipo de laceração. 	<p>9/13</p>

ESTUDO	OBJETIVO	PARTICIPANTES	INTERVENÇÃO	RESULTADOS	QUALIDADE METODOLÓGICA
<p>Goh et al., (2020)</p> <p>Estudo randomizado</p>	<p>Avaliar o efeito combinado da massagem perineal e compressa quente no períneo na segunda fase do trabalho de parto.</p>	<p>156 mulheres</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nulíparas (sem gravidez anterior além de 20 semanas) com pelo menos 37 semanas de gestação; - Trabalho de parto espontâneo; - 18 anos ou mais; - Feto único; - Apresentação cefálica; - Parto vaginal antecipado; - Eletrocardiograma fetal tranquilizador; <p><u>Critérios de exclusão:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Massagem perineal pré-natal; - Feto com anomalia grave; - Mulheres com cicatrizes perineais graves; 	<p>Grupo de controlo: 77 mulheres submetidas a cuidados padrão sem massagem perineal ou aplicação de compressa quente no períneo.</p> <p>Grupo experimental: 79 mulheres submetidas a técnica combinada de massagem perineal e aplicação de compressas quentes no períneo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - A incidência de períneo intacto foi de 16% no grupo experimental relativamente aos 7% do grupo de controlo. - Relativamente ao grupo de controlo, 27% apresentou incidência de laceração de primeiro grau e 41% do grupo experimental apresentou o mesmo tipo de laceração. - Relativamente ao grupo de controlo, 66% apresentou incidência de laceração de segundo grau e 42% do grupo experimental apresentou o mesmo tipo de laceração. - Relativamente à laceração de terceiro e quarto grau, uma mulher do grupo controlo sofre este tipo de lesão. Não existiram lacerações deste tipo no grupo experimental. 	<p>11/13</p>

APÊNDICE 4: Panfleto realizado no âmbito da unidade curricular *Assistência Pré-Natal – Consulta de saúde materna e obstétrica*



INCONTINÊNCIA URINÁRIA

- Perda involuntária de urina.

NA GRAVIDEZ

- Os rins produzem mais urina por isso há uma aumento da frequência urinária.
- As hormonas que preparam o corpo para o parto enfraquecem os músculos que controlam o fluxo urinário.
- A pressão sobre a bexiga, quando existe esforço, como o riso, tosse ou espirro, origina perdas de urina.
- À medida que o útero expande com o crescimento do bebé, este aplica pressão sobre a bexiga.

APÓS O PARTO

- Devido ao esforço e a alguns danos da musculatura pélvica, durante o parto, pode ocorrer distensão destes músculos, enfraquecendo-os.

O QUE FAZER?

Realizar exercícios musculo articulares pélvicos

- Os exercícios fortalecem os músculos do pavimento pélvico.
- Os músculos que deve ter em conta no momento do exercício são os que rodeiam o ânus, a vagina e a uretra.
- Deve contrair os músculos como se evitasse a passagem de gases e urina a meio do jato durante 4 a 10 segundos.
- Praticar os exercícios três vezes por dia, fazendo 5 ciclos de contração/relaxamento.
- Fazer o exercício sem contrair as nádegas, coxas ou abdômen.
- Existem profissionais de saúde que ajudam a identificar os músculos a exercitar, assim como, os exercícios que deve fazer.

Two illustrations are shown at the bottom. The first shows a woman lying on her back with her knees bent and feet flat on the floor, performing a bridge pose. The second shows a woman sitting on a large red exercise ball with her feet flat on the floor, performing a pelvic floor exercise.