

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Dor no mamilo em mulheres que amamentam: Relatório de Estágio de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na Área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**Autor**

**Catarina Gil Vieira de Sousa**

**Porto, 2024**



# **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

## **Estágio de natureza profissional com relatório**

### **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Dor no mamilo em mulheres que amamentam:  
Relatório de Estágio de Desenvolvimento de  
Competências Clínicas Especializadas na Área  
da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

#### **Orientador(es)**

Sónia Maria Pereira de Azevedo Brandão

*Professor Adjunto, Doutor*

#### **Autor**

Catarina Gil Vieira de Sousa

**Porto, 2024**



## RESUMO

O presente documento contempla o trabalho desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional, que decorreu num hospital do norte do país, entre setembro de 2023 e junho de 2024, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

A prática desenvolvida ao longo do estágio permitiu vivenciar experiências junto de mulheres e famílias, no âmbito do trabalho de parto, parto e pós-parto, da gravidez com complicações, e da promoção da adaptação à gravidez e parentalidade. Este relatório integra a descrição e reflexão sobre o processo de conceção de cuidados no âmbito do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nos vários contextos clínicos, como a assistência à grávida com complicações, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, tendo em conta a prática baseada em evidência, no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências, conforme determinado pelo Regulamento nº391/2019 do Diário da República, publicado a 3 de maio de 2019.

Sendo o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica um profissional de saúde que acompanha a mulher/o casal/a família ao longo de todo o processo de gravidez, trabalho de parto/parto e pós-parto, a sua intervenção deve ser baseada na evidência científica mais atual, de forma a ir ao encontro das necessidades específicas de cada um.

Visto que amamentação é uma área de grande preocupação para as mulheres, e sendo um dos objetivos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica potenciar a saúde da puérpera/mãe e a promoção da adaptação à parentalidade, é fundamental a identificação correta das causas de dor no mamilo, para que sejam implementadas intervenções eficazes na prevenção e tratamento destas mesmas causas.

Pretende-se, através da revisão integrativa da literatura, aprofundar conhecimentos sobre a temática e constituir um contributo para a prática de uma enfermagem sensível e significativa às necessidades específicas da mulher, nomeadamente relativamente à amamentação.

Palavras-chave: dor no mamilo; amamentação; causas.



## **ABSTRACT**

This document covers the work developed throughout the professional internship during a Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, which took place in a hospital in the north of the country, between September 2023 and June 2024.

The practice developed throughout the internship allowed experiences with women and families, in the context of labor, birth and postpartum, pregnancy with complications, and the promotion of adaptation to pregnancy and parenthood. This report integrates the description and reflection on the process of care framework within the scope of the professional practice of the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing, in different clinical contexts, such as assistance to pregnant women with complications, to women in labor, to postpartum women and to newborn, taking into account evidence-based practice, towards the acquisition and development of skills, as determined by Regulation No. 391/2019 of the Official Gazette, published on May 3, 2019.

As the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing is a health professional who follows the woman/couple/family throughout the pregnancy, labor/delivery and postpartum process, their intervention must be based on most current scientific evidence, in order to meet the specific needs of each person.

Since breastfeeding is an area of great concern for women, and as one of the objectives of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing is to enhance the health of the postpartum woman/mother and promote adaptation to parenthood, it is essential to correctly identify the causes of nipple pain, so that effective interventions can be implemented to prevent and treat these same causes.

The aim, through an integrative literature review, is to deepen knowledge on the topic and constitute a contribution to the practice of nursing that is sensitive and meaningful to women's specific needs, especially regarding breastfeeding.

Keywords: nipple pain; breastfeeding; causes.



## AGRADECIMENTOS

Quando me propus a este desafio, sabia que não seria um percurso fácil e que, como tudo na vida, seria um caminho caracterizado por altos e baixos. Por isso, só foi possível percorrê-lo com a ajuda e o apoio de algumas pessoas a quem devo um agradecimento especial, por tornarem esta caminhada possível, e mais leve. Foi, sem dúvida, uma jornada de crescimento profissional, mas, acima de tudo, pessoal.

À minha princesa mãe, a quem dedico este trabalho, a minha melhor amiga, o meu porto seguro. O apoio e amor incondicional de sempre. A impulsionadora de todas as minhas conquistas e que, infelizmente, a vida não permitiu que me visse chegar aqui. Chegamos aqui, onde tanto desejamos. Esta conquista não é só minha, é nossa.

Ao meu pai, por ser a base sólida, por acreditar sempre em mim e nunca me deixar desistir. Pela força, compreensão e amor incondicional. Tudo isto é, também, fruto do teu esforço e da tua dedicação.

Ao Estefano, pelo apoio e amor de todas as horas. Por acreditar em mim quando eu própria duvidava, por ser uma fonte constante de inspiração e coragem. Obrigada pela paciência, pela compreensão e pela motivação, que foram fundamentais para tornar este percurso mais leve e mais feliz. Sem ti nada disto seria possível.

Aos meus avós, que são exemplo de amor e dedicação, e sempre me deram força para continuar, mesmo nos momentos mais desafiantes.

À Rita, por estar sempre aqui, seja nos momentos de alegria ou nas horas de tristeza e desespero. Obrigada por cuidares de mim, por me ajudares a manter o foco e por celebrares cada vitória como se fosse tua. Obrigada por tanto.

Ao meu irmão, por estar ao meu lado e nos mantermos unidos, mesmo quando a vida nos pregou a maior das partidas.

Aos meus afilhados e aos meus tios, que tornaram este caminho mais leve e as conquistas ainda mais especiais. A toda a minha família, pela compreensão das ausências forçadas.

Às minhas orientadoras, Graça, Zé e Marta, pela paciência e dedicação, e por todas as oportunidades de aprendizagem e crescimento.

Às colegas com quem dividi este percurso, por tantas horas de partilha.

A todos os colegas especialistas com quem me cruzei, pelas experiências proporcionadas.

Aos meus colegas da Cirurgia, pela compreensão e pelo suporte.

A todas as professoras que contribuíram para a minha aprendizagem, especialmente à professora Doutora Sónia Brandão, pelo acompanhamento e disponibilidade para me apoiar e orientar ao longo deste percurso.

A todas as mulheres, recém-nascidos e famílias que, nesta longa e bonita caminhada, tive oportunidade de conhecer e cuidar, obrigada.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento.



## **ABREVIATURAS**

**AAP** - American Academy of Pediatrics

**ACOG** - American College of Obstetricians and Gynecologists

**CTG** - Cardiotocografia

**DG** - Diabetes Gestacional

**DGS** - Direção-Geral da Saúde

**EEESMO** - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**ESEP** - Escola Superior de Enfermagem do Porto

**ESMO** - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**FCF** - Frequência Cardíaca Fetal

**FIGO** - International Federation of Gynecology and Obstetrics

**FIL** - Fator Inibidor da Lactação

**HPP** - Hemorragia Pós-Parto

**ICN** - International Council of Nursing

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

**MESMO** - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**NICE** - National Institute for Health and Care Excellence

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**PTGO** - Prova de Tolerância à Glicose Oral

**RN** - Recém-nascido

**SPN** - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

**TP** - Trabalho de Parto

**UI** - Unidades Internacionais

**UNICEF** - United Nation Children's Fund

**WHO** - World Health Organization



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	23
3. DIABETES GESTACIONAL: PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES ... 27	
3.1. Enquadramento teórico .....	27
3.2. Clientes .....	27
3.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	28
3.3.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	28
3.4. Domínios .....	29
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	29
3.5. Conceção de Cuidados .....	31
3.6. Especificação das intervenções .....	33
3.7. Síntese relativa ao caso .....	36
4. AS INTERVENÇÕES DO EEESMO NA PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS .....	39
4.1. Enquadramento teórico .....	39
4.2. Clientes .....	39
4.3. Medicação .....	40
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	40
4.4. Domínios .....	40
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	41
4.5. Conceção de Cuidados .....	49
4.6. Especificação das intervenções .....	52
4.7. Síntese relativa ao caso .....	58
5. AS INTERVENÇÕES DO EEESMO NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO .....	61
5.1. Enquadramento teórico .....	61
5.2. Clientes .....	61
5.3. Domínios .....	61
5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	62
5.4. Conceção de Cuidados .....	65
5.5. Especificação das intervenções .....	65
5.6. Síntese relativa ao caso .....	66
6. A INTERVENÇÃO DO EEESMO NA FASE LATENTE E ATIVA DO TRABALHO DE PARTO .....	67
6.1. Enquadramento teórico .....	67
6.2. Clientes .....	68
6.3. Medicação .....	68
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	68
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	70

6.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	70
6.5. Domínios .....	71
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	71
6.6. Conceção de Cuidados .....	74
6.7. Especificação das intervenções .....	76
6.8. Síntese relativa ao caso .....	80
7. A INTERVENÇÃO DO EEESMO NO PARTO NÃO MEDICALIZADO .....	85
7.1. Enquadramento teórico .....	85
7.2. Clientes .....	86
7.3. Medicação .....	86
7.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	86
7.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	86
7.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	87
7.5. Domínios .....	87
7.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	87
7.6. Conceção de Cuidados .....	91
7.7. Especificação das intervenções .....	95
7.8. Síntese relativa ao caso .....	101
8. A INTERVENÇÃO DO EEESMO NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO .....	109
8.1. Enquadramento teórico .....	109
8.2. Clientes .....	110
8.3. Medicação .....	110
8.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	110
8.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	110
8.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	111
8.5. Domínios .....	111
8.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	111
8.6. Conceção de Cuidados .....	112
8.7. Especificação das intervenções .....	115
8.8. Síntese relativa ao caso .....	120
9. A INTERVENÇÃO DO EEESMO NO PARTO DISTÓCICO POR VENTOSA .....	125
9.1. Enquadramento teórico .....	125
9.2. Clientes .....	126
9.3. Medicação .....	126
9.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	126
9.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	126
9.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	127
9.5. Domínios .....	127
9.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	127
9.6. Conceção de Cuidados .....	129

9.7. Especificação das intervenções .....	133
9.8. Síntese relativa ao caso .....	137
10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	143
11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	155
12. BIBLIOGRAFIA .....	159
ANEXOS .....	175



## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Experiências obtidas ao longo dos estágios.....	140
<b>Tabela 1:</b> Causas da dor no mamilo, e respetivos sinais/sintomas e tratamentos.....	147
<b>Tabela 2:</b> Artigos encontrados nas bases de dados.....	ANEXO I



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da segunda edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi elaborado o presente documento, que tem como objetivo comprovar a aquisição das competências necessárias para obter o título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) e do título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE), é necessária a realização de um relatório de estágio que comprove a aquisição das competências específicas do EEESMO e que visa duas componentes: uma análise e reflexão que deverá descrever o processo de desenvolvimento de competências do EEESMO, com base no Regulamento das Competências e Padrões de Qualidade dos Cuidados especializados da OE e outra componente que remete para aquisição de competências na área de investigação, competência comum dos Enfermeiros Especialistas, com a realização e descrição de uma Revisão Integrativa da Literatura, em que é selecionada uma temática para estudo relacionada com o desenvolvimento de competências específicas na área da prática clínica ao longo da experiência em contexto de estágio.

Para a elaboração do relatório recorri à plataforma E4Nursing. Este encontra-se estruturado por capítulos. No primeiro capítulo caracterizam-se brevemente os contextos clínicos onde decorreram os diferentes estágios. O segundo capítulo aborda o processo de conceção de cuidados através da apresentação de casos clínicos relevantes dos diferentes contextos, que estão descritos pela ordem em que foram realizados os estágios. São apresentados seis casos: um caso clínico que descreve a assistência prestada à mulher com complicações da gravidez, um caso clínico que descreve a assistência prestada no período pós-parto à puérpera/casal e ao recém-nascido (RN), e quatro casos clínicos que se focam na assistência à mulher durante o trabalho de parto (TP) e parto. O terceiro capítulo consiste numa revisão integrativa da literatura anteriormente referida. O relatório culmina com uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso, onde reflito sobre as minhas características e as dos contextos onde estive inserida e que facilitaram ou dificultaram a aquisição de competências.

O ciclo de estudos do curso de Mestrado visa o desenvolvimento de competências no âmbito das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEESMO. De acordo com o Programa Formativo publicado em Diário da República de 3 de março de 2021, em Aviso nº 3916/2021, pela OE, a formação do EEESMO "deve adequar-se aos novos desafios no domínio da saúde global e da saúde sexual e reprodutiva em particular, aos quais

não são alheios a pluralidade das vivências das mulheres, as novas configurações familiares e sociais e as diferentes conjunturas políticas e económicas, que se refletem direta ou indiretamente nos cuidados de enfermagem". Este programa de formação está regulamentado por diretivas europeias, designadamente, pela Diretiva 2005/36/CE, do Conselho e do Parlamento de 7 de setembro.

Ainda segundo a Lei nº 9/2009 de 4 de março, ponto 5.1-B do Anexo II, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio, existe um conjunto de conhecimentos e experiências mínimas capazes de garantir o reconhecimento automático das qualificações profissionais, sendo estas:

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

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO, a definição dos padrões de qualidade visa, por um lado, promover a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros e, por outro, contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos. Assim, e tal como descrito nos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em ESMO, cada profissional necessita desenvolver o seu conhecimento e competências. O "EEESMO distingue-se pela formação (conhecimento aprofundado sobre os seus focos de atenção e intervenções de enfermagem) e pela experiência (desenvolvimento dos padrões de conhecimento pessoal, ético, estético e empírico) que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e abster-se de juízos de valor".

A visão dos cuidados especializados em ESMO assenta em três pilares:

1. A competência profissional, que engloba o domínio da prestação e gestão dos cuidados especializados, da responsabilidade profissional, ética e legal, e do desenvolvimento profissional contínuo, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e do prestígio social da profissão;
2. A prática baseada na evidência, que tem subjacente a tomada de decisão clínica que considera: a viabilidade, a adequação, a efetividade dos cuidados suportados nas melhores evidências disponíveis; o contexto onde os cuidados são prestados; a individualidade da(o) cliente; e o julgamento e expertise do profissional de saúde. A

incorporação das melhores evidências nos cuidados de enfermagem especializados em ESMO contribui para melhorar os resultados de saúde das(os) clientes, reduzir custos e melhorar a satisfação das(os) clientes e das(os) profissionais;

3. O respeito pela(o) cliente dos cuidados, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projeto(s) de saúde. Deverá constituir o princípio orientador de boas práticas, uma vez que o entendimento da(o) cliente como principal responsável pela sua saúde, com direito a autodeterminação, é o ponto de partida para a interação terapêutica. Acreditar que a(o) cliente possui em si os “poderes/talentos” para lidar com os desafios de saúde e que a(o) EEESMO é o profissional de saúde que ajuda na descoberta e desenvolvimento desses “poderes”, enquanto recursos internos e externos, deverá estar presente em qualquer interação.

Esta visão dos cuidados especializados contribui para a preferência e reconhecimento de cada EEESMO, enquanto profissional especializado, capaz de dar resposta às necessidades no âmbito da saúde reprodutiva, ginecológica e sexual e capaz de promover transições saudáveis. Vai, ainda, ao encontro da missão dos cuidados especializados em ESMO, que se centra na promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva.

O Regulamento nº140/2019 do Diário da República, publicado a 6 de fevereiro de 2019, que define as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, considera “competências comuns” as que são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria, sendo estas:

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

Por outro lado, as “competências específicas” são definidas como as que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas, tal como descrito no mesmo Regulamento.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, Regulamento nº391/2019 do Diário da República, publicado a 3 de maio de 2019, o enfermeiro especialista possui competências científicas, humanas e técnicas para prestar cuidados individualizados na área da sua especialidade, para além de cuidados gerais de enfermagem, tais como:

- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;

- 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;
- Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Considerando a mulher, no âmbito do ciclo reprodutivo, como o principal alvo de cuidados do EEESMO, esta deverá ser vista pelos profissionais numa perspectiva holística. Contudo, apesar de ser o principal foco dos cuidados do EEESMO, a atenção dos mesmos não se dedica exclusivamente a ela, mas, também, ao todo como casal e família, abrangendo, nomeadamente, o pai/convivente significativo, feto/recém-nascido (OE, 2021).

O nascimento de um filho implica alterações no ciclo vital da família, e exige a redefinição de significados e da consciencialização, a modificação de expectativas e a reestruturação de rotinas diárias (Cardoso et al., 2015).

A Teoria das Transições de Meleis foi utilizada como referência para a construção deste relatório de estágio. A transição é definida como um período de mudança, ou seja, um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade, e comporta o desenvolvimento de novos conhecimentos e capacidades, e a modificação de comportamentos, alterando, consequentemente, a definição de si mesmo no contexto social em que a pessoa se insere. Uma transição saudável caracteriza-se pela existência de mestria (perceção individual do controlo pessoal ou interno sobre os eventos da vida), nos comportamentos e sentimentos associados ao novo papel e à nova identidade. Desta forma, podemos afirmar que o fim de uma transição é determinado a partir do momento em que a pessoa evidencia domínio dos conhecimentos, das habilidades e das competências necessários para lidar com as novas circunstâncias em que se encontra (Meleis, 2010). Assim sendo, o EEESMO deverá ser um elemento facilitador da transição para a parentalidade, melhorando os conhecimentos e capacidades, para a integração do papel parental.

Tendo a Revisão Integrativa da Literatura por base uma problemática identificada em contexto clínico, e sendo a amamentação uma área de grande preocupação para as mulheres, o objetivo foi a identificação correta das causas de dor no mamilo, para que sejam implementadas intervenções eficazes na prevenção e tratamento destas mesmas causas.

Apesar de todas as vantagens conhecidas, o abandono precoce da amamentação é muito frequente, devendo-se a diversos fatores, associados tanto à mãe como ao bebé, sendo um deles a dor no mamilo (Penha et al., 2021).

Sabe-se que a dor no mamilo surge, muitas vezes, devido a fissuras mamárias, mastites, mamilos rasos ou invertidos, e mau posicionamento e/ou má pega do bebé. No entanto, existem

outros fatores que são subdiagnosticados, tais como, fatores anatómicos, fatores infecciosos, etc (Alvarenga et al., 2017).

A identificação correta das causas de dor no mamilo é importante para que as intervenções dos EEESMO sejam adequadas à situação e, sobretudo, à prevenção, contribuindo para evitar o abandono precoce da amamentação (Bergmann et al., 2014).

Sendo o EEESMO um profissional de saúde que acompanha a mulher/o casal/a família ao longo de todo o processo de gravidez, trabalho de parto/parto e pós-parto, é responsável por potencializar a saúde da puérpera/mãe e a promoção da adaptação à parentalidade. Assim, a sua intervenção deve ser baseada na evidência científica mais atual e constituir um contributo para a prática de uma enfermagem sensível e significativa às necessidades específicas da mulher, nomeadamente relativamente à amamentação.

Saliento que os dados dos cenários descritos ao longo de todo o relatório se tratam de datas e horas fictícias, garantido a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos.



## 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O estágio de natureza profissional contou com um total de 800 horas, 500 horas no Bloco de Partos, 100 horas no Serviço de Puerpério e 200 horas no Serviço de Medicina Materno-Fetal.

Os estágios foram realizados num hospital central da zona norte, considerado um hospital de apoio perinatal diferenciado.

### **Bloco de Partos**

O serviço de urgência de obstetrícia onde decorreu o módulo de assistência à mulher em trabalho de parto (TP) e parto, está dividido em várias áreas.

Existem dois gabinetes médicos, um gabinete de triagem e uma sala onde podem permanecer três grávidas em simultâneo a realizar cardiocotografia (CTG). No caso de ser necessária uma observação mais prolongada, mas sem necessidade de internamento, existe um quarto com capacidade para duas grávidas. Na situação de internamento em TP, após observação médica, as grávidas transitam para um quarto individual, onde permanecem durante todo o TP até transferência para o Serviço de Puerpério.

O serviço dispõe de cinco quartos individuais (sala de parto), cada um deles equipado com casa de banho com chuveiro, cama adequada, um cadeirão reclinável e um reanimador para os cuidados ao recém-nascido (RN). Cada sala tem à disposição bolas de parto, bola em amendoim, disco para mobilidade da bacia e existe, ainda, um banco de parto disponível no serviço.

O bloco operatório, constituído por duas salas, também está localizado no serviço de urgência, permitindo realizar os partos distócicos por cesariana, urgentes ou emergentes e, também, os programados.

A presença de um acompanhante é permitida de forma permanente.

Para vigilância da monitorização cardiocotográfica, o registo cardiocotográfico de todas as parturientes é visível num monitor no gabinete de enfermagem e no gabinete médico. A CTG pode ser realizada por telemetria, sem fios, em todos os quartos, o que facilita a mobilidade da parturiente.

O EEESMO, com as suas competências técnico-científicas e relacionais, desempenha um papel crucial durante o TP e parto, prestando cuidados contínuos e individualizados, proporcionando estratégias para lidar com a dor e aliviá-la, e promovendo a liberdade de movimentos e

posições de acordo com as preferências de cada mulher. Além disso, a comunicação clara e eficaz, e o estabelecimento de uma relação terapêutica entre a mulher e o EEESMO é essencial para garantir que suas preferências e necessidades sejam atendidas e respeitadas (Antonacci et al., 2018).

Durante a prática clínica, a admissão de grávidas e/ou parturientes no bloco de partos pode ocorrer a partir do Serviço de Urgência ou do Serviço de Medicina Materno-Fetal (onde se encontram as grávidas com internamentos programados, como é o caso de induções do TP).

As parturientes, de acordo com as suas preferências, tendem a solicitar a analgesia epidural para lidarem com a dor durante o TP. Este tipo de analgesia, enquanto método farmacológico é uma forma eficaz na redução da dor sem afetar adversamente o bem-estar materno e fetal (ACOG, 2017). Na prática clínica, foram diversos os momentos de oportunidade para colaborar nesta técnica asséptica juntamente com o anestesista, ensinando e instruindo as parturientes na adoção da postura correta para a realização do procedimento, assim como sobre exercícios respiratórios, de forma a ajudar a lidar com a dor durante as contrações na colocação do cateter epidural.

A Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) define que, na assistência intra-parto, o rácio EEESMO/utente deve ser de um EEESMO para duas parturientes no primeiro estadio do TP e de um EEESMO por parturiente no estadio período do TP (OE, 2019). No bloco de partos estão presentes cinco EEESMO por turno, pelo que é cumprido o rácio preconizado.

### **Serviço de Puerpério**

O serviço de Puerpério, onde decorreu a assistência à puérpera e RN, é composto por 18 camas, distribuídas por sete quartos de duas camas, um quarto de três camas e um quarto individual. Todos os quartos estão equipados com berços, cadeirões, casa de banho, armários individuais para os pertences de cada puérpera e bancadas com banheira para prestar os cuidados de higiene e conforto ao RN. Existe, ainda, o berçário, onde são realizados não só os exames físicos dos RN diários, mas também os procedimentos mais invasivos.

É permitida a presença de uma pessoa significativa de forma contínua, inclusive no período noturno, até ao momento da alta.

A MCEESMO preconiza a distinção entre puerpério normal e patológico, no entanto, esta distinção não se verificava (OE, 2019). A equipa de enfermagem que assegura a prestação de cuidados é constituída por enfermeiros generalistas e especialistas, e estão presentes três enfermeiros por turno, sendo a distribuição de seis puérperas e seis RN por cada um.

Como na maioria dos serviços, o serviço de puerpério tem rotinas estabelecidas nos diferentes

turnos. No turno da manhã realizam-se os rastreios das cardiopatias e ocorrem as visitas médicas, quer por parte do médico obstetra quer do pediatra, sendo preconizadas as altas clínicas. No turno da tarde realiza-se a vacinação dos RN, os cuidados de higiene e limpeza do coto umbilical.

Algumas intervenções e atividades de vigilância são transversais a todos os turnos, incluindo o turno da noite, nomeadamente o exame físico da puérpera, o apoio na amamentação e intervenções no âmbito do conhecimento e capacidades na adaptação à parentalidade, a monitorização de sinais vitais, e a preparação e administração de medicação.

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

No momento da alta, é entregue à puérpera o Boletim de Saúde Infantil e o Boletim Individual de Saúde do RN. Estes boletins são devidamente acompanhados pela respetiva nota de alta de enfermagem. Neste momento, as puérperas são informadas da existência da linha telefónica de apoio à amamentação, disponível 24 horas por dia, à qual podem recorrer, após a alta hospitalar, para qualquer esclarecimento ou dúvida relativamente aos desafios que possam surgir neste período.

### **Serviço de Medicina Materno-Fetal**

O serviço de Medicina Materno-Fetal onde decorreu a assistência à mulher com complicações da gravidez é composto por três quartos com três camas cada um, um quarto com duas camas, um quarto individual (habitualmente destinado a situações de isolamento ou a mulheres em situações de abortamento ou interrupção médica da gravidez), uma sala com quatro camas (habitualmente destinada a receber grávidas para indução do TP) e uma sala onde são realizados os exames médicos necessários e intervenções de enfermagem. Todos os quartos estão equipados com cadeirões, casa de banho e armários individuais para os pertences de cada puérpera.

Durante a prática clínica foram prestados cuidados, decorrentes da prescrição do médico obstetra, a grávidas com diferentes patologias, nomeadamente, ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, colestase gravídica, placenta prévia, restrição de crescimento intrauterina, rotura prematura de membranas, insuficiência cervical, etc, que potenciam um parto pré-termo.

As grávidas com internamentos programados para indução do TP são, também, admitidas neste serviço. A indução pode ser realizada através de métodos farmacológicos, como a administração de ocitocina ou prostaglandinas, ou métodos mecânicos, como é o caso da inserção de um balão cervical (Nené et al., 2016).

A escolha do método de indução tem em conta a avaliação do índice de Bishop, que correlaciona dados da condição cervical, como dilatação, extinção, descida, consistência e posição do colo uterino, sendo que um score igual ou inferior a cinco, o colo é considerado desfavorável e recomenda-se, previamente a maturação do colo (Nené et al., 2016).

De forma a monitorizar o bem-estar materno-fetal foram implementadas atividades de vigilância, entre elas, monitorização de sinais vitais (realizado uma vez por turno ou conforme necessário) e a realização de CTG, de acordo com os protocolos da instituição.

A MCEESMO preconiza a distinção entre gravidez de alto risco (rácio três grávidas por EEESMO) e gravidez de médio risco (rácio seis grávidas por EEESMO), no entanto, esta distinção não se verificava (OE, 2019). A equipa de enfermagem que assegura a prestação de cuidados é constituída apenas por EEESMO, sendo o rácio de seis grávidas por cada um.

### **3. DIABETES GESTACIONAL: PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES**

Gravidez com complicações

#### **3.1. Enquadramento teórico**

Grávida, internada no serviço de Medicina Materno Fetal, desde as 23 semanas de gestação, com o diagnóstico de Insuficiência Cervical.

Sem antecedentes clínicos de relevo nem alergias conhecidas.

Trata-se de uma terceira gestação, tendo dois abortamentos anteriores. No momento, encontra-se com 24 semanas e três dias de gestação. Cumpre repouso absoluto no leito em Trendelenburg, conforme indicação médica. Foi realizada, no dia anterior, a Prova de Tolerância à Glicose Oral (PTGO), tendo sido diagnosticada com Diabetes Gestacional (DG), que está a ser controlada com dieta.

Tem-se alimentado da dieta hospitalar, mas refere que nem sempre a comida lhe agrada e, por esse motivo, não se tem alimentado da totalidade da dieta. O marido e a família visitam-na diariamente e, habitualmente, trazem comida caseira, pelo que foi fundamental perceber o que traziam e realizar ensinamentos neste sentido.

Durante o período de estágio, e devido ao longo internamento da cliente, foi possível estabelecer múltiplos contactos. No entanto, este plano de cuidados reflete apenas um turno, em que foi abordado o novo diagnóstico.

A escolha deste caso deveu-se pela possibilidade da aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados à mulher grávida com patologia associada e adaptação à parentalidade, no contexto de internamento, nomeadamente na conceção, planeamento, implementação e avaliação das intervenções, centradas nas necessidades da cliente.

#### **3.2. Clientes**

## Cliente

Adulto | Idade: 33 anos | Feminino

### 3.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

12-10-2023 08:30

##### **12-10-2023 08:30 - Repouso no leito**

##### **12-10-2023 08:30 - Assegurar atividades para satisfazer as necessidades humanas fundamentais**

*12-10-2023 08:30 - Assistir no tomar banho [turno da manhã]*

*12-10-2023 08:30 - Assistir no uso do sanitário [sempre que necessário]*

*12-10-2023 08:30 - Assistir no arranjar-se [turno da manhã; SOS]*

*12-10-2023 08:30 - Assistir no vestir-se ou despir-se [turno da manhã; SOS]*

#### **3.3.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

O repouso no leito é definido como confinamento à cama e restrição de atividades. Entre os tipos de repouso, existem repouso absoluto no leito, repouso absoluto na posição de Trendelenburg (permanecer deitada de forma contínua, com os membros inferiores elevados) e repouso relativo (pode realizar levante para utilizar a casa de banho e tomar banho). É utilizado na prevenção do parto pré-termo e outras complicações da gravidez (De Los Reyes, 2015).

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

Portanto, a decisão de prescrever repouso no leito deve ser cuidadosamente individualizada, considerando os benefícios e possíveis complicações, sempre acompanhada por uma

monitorização clínica rigorosa (Simhan & Caritis, 2007).

Nesta situação, as intervenções do EEESMO passam por auxiliar a grávida na gestão do repouso, encorajando a mesma a manter-se, maioritariamente, em decúbito lateral, de forma a reduzir a pressão no colo do útero e maximizar a oxigenação fetal (Silveira & Júnior, 2020).

Relativamente aos cuidados de higiene, os mesmos eram prestados no leito, com auxílio do EEESMO.

### 3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-10-2023 08:30	Sistema cardiovascular	
12-10-2023 08:30	Metabolismo	
12-10-2023 08:30	Gestação	
12-10-2023 08:30	Emoção	
12-10-2023 08:30	Adaptação à gravidez e preparação para o parto	
12-10-2023 08:30	Adaptação à parentalidade	
12-10-2023 08:30	Atitudes terapêuticas	

#### 3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

##### Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular foi definido, uma vez que é parte integrante dos cuidados a avaliação da pressão sanguínea, no contexto de internamento.

De realçar, também, que as grávidas diagnosticadas com DG têm um maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia, uma vez que a resistência insulínica pode causar disfunção endotelial vascular e a ativação inflamatória crónica, resultando num aumento do risco cardiovascular, pelo que é fundamental manter a vigilância (ACOG, 2018).

##### Metabolismo

A DG define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono, diagnosticada no decurso da gravidez. Durante a gravidez, as mulheres desenvolvem gradualmente resistência à insulina para garantir que o feto recebe a quantidade de nutrientes adequada. No caso da DG, essa resistência à insulina resulta em hiperglicemia (ACOG, 2018).

Na primeira consulta de vigilância pré-natal, deve ser realizada uma glicemia plasmática em jejum a todas as grávidas. Obtendo um valor de glicemia em jejum igual ou superior a 92mg/dl mas inferior a 126mg/dl faz-se o diagnóstico de DG, não sendo necessária a realização da PTGO. Se o valor da glicemia obtido for inferior a 92mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre as 24 e as 28 semanas de gestação, através da PTGO, que consiste na ingestão de um soluto que contém 75g de glicose diluída em 300ml de água (ACOG, 2018).

Tendo em conta que a glicose atravessa a barreira placentária, vai estimular a produção de insulina no feto, promovendo o seu crescimento, o que pode levar à macrossomia fetal. Isto pode traduzir em algumas complicações, tais como, a hipoglicemia no recém-nascido (RN) derivada do estímulo hiperinsulínico a que esteve sujeito ao longo do seu desenvolvimento, ou ainda complicações no parto decorrentes da macrossomia fetal, nomeadamente, distocia de ombros e fratura da clavícula. A longo prazo, existe, também, um maior risco de obesidade infantil e diabetes tipo II, tanto na mãe como na criança (ACOG, 2018).

A nível de tratamento, a abordagem inicial passa pela terapêutica não farmacológica, ou seja, pelo controlo do peso e cumprimento de um plano alimentar, adequado ao estado nutricional de cada grávida, mas tendo por base que os hidratos de carbono devem ser responsáveis por 50-55% da ingestão calórica diária total, repartidos ao longo do dia por três refeições principais e duas a três refeições intermédias. É também aconselhado, de forma a evitar o desenvolvimento de hipoglicemia noturna e a cetose matinal, que ingira uma porção de hidratos de carbono complexos à ceia. Os restantes nutrientes devem advir de gorduras (cerca de 30%) e de proteínas (15-20%), não esquecendo os micronutrientes necessários ao bom desenvolvimento da gravidez, tais como os minerais (cálcio, ferro e iodo), as vitaminas (lipossolúveis, ácido fólico e vitamina C) e as fibras (solúveis ou insolúveis) (Ferreira, 2019; Nené, Marques & Batista, 2016).

A vigilância da glicemia permite aferir o cumprimento do plano alimentar e determinar se existe, ou não, a necessidade de iniciar administração de insulina, pelo que deve ser realizada a sua monitorização de quatro pesquisas diárias: em jejum, em que o valor deve ser inferior a 95mg/dl; uma hora pós-prandial, em que o valor deve ser inferior a 140mg/dl; e duas horas pós-prandial, em que o valor deve ser inferior a 120mg/dl (ACOG, 2018).

## **Gestação**

A gravidez é um fenómeno dinâmico e multidimensional, repleto de transformações, expectativas, desejos, mas, também, inseguranças, face ao futuro e à aquisição de novos papéis, tanto para a mulher como para a família (Rodrigues et al., 2020).

Apesar de ser um período imaginado como saudável, pode ser acompanhado de condições

clínicas em que os desfechos desfavoráveis têm maior probabilidade de surgir. Nestas situações, em que as grávidas são confrontadas com um diagnóstico que pode comprometer a evolução da gravidez, são sujeitas a mudanças na sua rotina que têm impacto na sua qualidade de vida e experienciam, frequentemente, sentimentos de culpa, medo, preocupação, insegurança e ansiedade (Rodrigues et al., 2020).

As mulheres que vivenciam este tipo de experiências tornam-se mais vulneráveis e existe uma maior instabilidade e fragilidade emocional, pelos sentimentos negativos que experimentam, nomeadamente, as expectativas frustradas sobre a gravidez (Rodrigues et al., 2020).

Sabendo que, frequentemente, a gravidez de alto risco está associada a longos períodos de internamento hospitalar, isto traduz-se num grande impacto na mulher e família, não só devido às dificuldades que muitas vezes surgem em compreender a situação e as circunstâncias que levaram ao internamento mas, também, a adaptação a um novo ambiente, com outras grávidas e rotinas diferentes das suas (Rodrigues et al., 2020).

## **Emoção**

Sabe-se que o diagnóstico de complicações na gravidez gera na grávida o desenvolvimento de sentimentos de stress, ansiedade e depressão, sobretudo quando associados a internamentos hospitalares (Smorti et al., 2020).

Geralmente, as mulheres grávidas internadas relatam sentimentos de solidão e dificuldade por estarem longe de casa (Smorti et al., 2020).

Neste sentido, tornou-se relevante determinar a evolução da ansiedade, por se tratar de uma grávida com dois abortamentos anteriores e que está a vivenciar uma nova gravidez com complicações associadas, que lhe causam medo e insegurança pela possibilidade de viver novamente um desfecho não favorável.

## **Adaptação à gravidez e preparação para o parto**

No que diz respeito ao diagnóstico de DG, foi fundamental intervir a nível da adaptação à nova condição clínica, nomeadamente, na educação para a saúde e, em vista futura numa possível alta, na autogestão de complicações.

## **Adaptação à parentalidade**

No âmbito da adaptação à parentalidade, foram sempre tidas em conta as necessidades da grávida, com o objetivo de contribuir para uma transição saudável para a parentalidade.

### 3.5. Concessão de Cuidados

#### Sistema cardiovascular

12-10-2023 08:30

12-10-2023 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-10-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)

12-10-2023 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 106 mmHg.

12-10-2023 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 55 mmHg.

#### **12-10-2023 08:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*12-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/turno]*

#### Metabolismo

12-10-2023 08:30

12-10-2023 08:30 - Glicemia capilar: 96 mg/dl.

#### **12-10-2023 08:30 - Determinar evolução da glicemia**

*12-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da glicemia [jejum; 1 hora após o pequeno-almoço; 1 hora após o almoço; 1 hora após o jantar]*

#### Gestação

12-10-2023 08:30

12-10-2023 08:30 - Data da última menstruação: 25-04-2023.

12-10-2023 08:30 - Teste de gravidez: positivo.

#### **12-10-2023 08:30 - Gravidez**

12-10-2023 08:30 - Idade gestacional: 24.30 Semanas.

12-10-2023 08:30 - Data provável de parto: 30-01-2024.

12-10-2023 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-10-2023 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)

12-10-2023 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 106 mmHg.

12-10-2023 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 55 mmHg.

12-10-2023 08:30 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

12-10-2023 08:30 - Glicemia capilar: 96 mg/dl.

#### **12-10-2023 08:30 - Determinar sinais de complicação da gravidez e/ou desenvolvimento fetal**

*12-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da gravidez [1x/dia]*

#### **12-10-2023 08:30 - Promover autogestão de complicações da gravidez**

12-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre complicações durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **12-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez**

*12-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez*

*12-10-2023 08:30 - Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez*

**12-10-2023 08:30 - Promover autogestão do regime terapêutico durante a gravidez**

12-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**12-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez**

*12-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez*

*12-10-2023 08:30 - Ensinar sobre regime dietético*

*12-10-2023 08:30 - Ensinar sobre a relação entre a dieta e os resultados perinatais*

**Emoção**

12-10-2023 08:30

12-10-2023 08:30 - Sem indícios de humor depressivo.

12-10-2023 08:30 - Não verbaliza ansiedade.

**12-10-2023 08:30 - Ansiedade**

**12-10-2023 08:30 - Determinar evolução da ansiedade**

*12-10-2023 08:30 - Avaliar evolução da ansiedade*

**Adaptação à gravidez e preparação para o parto**

12-10-2023 08:30

**12-10-2023 08:30 - Adaptação à gravidez e preparação para o parto**

**12-10-2023 08:30 - Promover ajustamento à gravidez**

12-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-10-2023 08:30 - Significado atribuído à gravidez: não dificultador.

**12-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal**

*12-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal*

*12-10-2023 08:30 - Ensinar sobre desenvolvimento fetal*

**Adaptação à parentalidade**

12-10-2023 08:30

**12-10-2023 08:30 - Adaptação à parentalidade**

**12-10-2023 08:30 - Promover adesão a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho**

12-10-2023 08:30 - Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**12-10-2023 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho**

*12-10-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho*

*12-10-2023 08:30 - Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho*

### 3.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da gravidez

- A avaliação do bem-estar fetal consiste na auscultação dos ruídos cardíacos fetais (1x/dia, conforme prescrição médica).
- A monitorização da FCF com doppler permite avaliar a existência de atividade cardíaca, podendo ser considerada também uma forma de comunicação entre o feto e a mãe (Sequeira et al, 2020).
- Permite detetar precocemente situações desviantes da normalidade, avaliando o bem-estar fetal (Sequeira et al., 2020).

Ensinar sobre regime dietético

- O plano alimentar deve ser equilibrado e os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos ao longo do dia por três refeições principais, duas a três refeições intermédias (meio da manhã e um ou dois lanches), e uma refeição antes de deitar (Almeida et al., 2017).
- Na DG o importante é ajustar o consumo de hidratos de carbono, de forma a manter os níveis de glicemia estáveis. Desta forma, para um melhor controlo da doença, deve optar por alimentos mais saudáveis, com baixo teor de hidratos de carbono, pobres em gorduras e açúcar. Quanto maior a quantidade de hidratos de carbono do alimento, maior o efeito que este vai ter nos valores de glicemia (Almeida et al., 2017).
- O valor calórico total deve obedecer à seguinte distribuição de macronutrientes: 50-55% de hidratos de carbono (aporte mínimo de 175gr/dia), 30% de gorduras e 15-20% de proteínas. É importante ter em consideração, também, os micronutrientes fundamentais, como os minerais (ferro, iodo e cálcio), vitaminas (ácido fólico, vitamina C e vitaminas lipossolúveis) e as fibras solúveis e insolúveis (Almeida et al., 2017).
- Explicar que os alimentos integrais, por possuírem hidratos de carbono complexos, mantêm mais estáveis os níveis de açúcar no sangue, contrariamente aos alimentos com hidratos de carbono simples, pelo que devem ser preferidos. A ceia deve ser conter esse tipo de alimentos com hidratos de carbono complexos, de forma a evitar a hipoglicemia noturna e a cetose matinal (Almeida et al., 2017).
- A ingestão hídrica é fundamental e deve sempre optar por água, uma vez que não contém calorias, logo não interfere nos níveis de glicose no sangue (Almeida et al., 2017).

Ensinar sobre a relação entre a dieta e os resultados perinatais

- A DG aumenta o risco de complicações maternas e fetais, tais como o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, parto pré-termo, hidrâmnio, necessidade de cesariana, macrosomia fetal, distocia de ombros, hipoglicemia fetal e icterícia neonatal (Almeida et al., 2017).
- O risco está relacionado com o controlo da glicemia durante a gravidez, ou seja, um controlo inadequado da glicemia está associado a piores resultados perinatais. Manter os níveis de glicose adequados é a melhor forma de prevenir ou reduzir os problemas associados aos elevados níveis de glicose durante a gravidez. Assim sendo, manter o

regime dietético prescrito contribui para reduzir o risco de complicações associadas à DG (Almeida et al., 2017).

#### Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez

- DG define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono, diagnosticada ou detetada pela primeira vez no decurso da gravidez (Almeida et al., 2017).
- Explicar que, durante a gravidez, as mulheres desenvolvem, gradualmente, resistência à insulina, de forma a garantir que o feto recebe a quantidade de nutrientes adequada. No caso específico da DG, essa resistência resulta em hiperglicemia (Almeida et al., 2017).
- Explicar que a glicose atravessa a placenta, estimulando a produção de insulina no feto e promovendo o crescimento do mesmo, o que pode levar a macrossomia fetal. A curto prazo, a DG aumenta o risco de resultados adversos na gravidez, sendo que a longo prazo, há um aumento do risco de obesidade infantil e diabetes mellitus tipo II, tanto na mãe, como futuramente na criança (Almeida et al., 2017).

#### Ensinar sobre desenvolvimento fetal

- Explicar que o feto às 24 semanas de gestação, é capaz de ouvir e reagir ao som (Louisiana Department of Health, 2024). Nesta fase é capaz de reagir a estímulos auditivos e, por isso, é importante interagir com o mesmo, para promover o desenvolvimento cognitivo e motor, assim como a criação de vínculos afetivos (Cardoso et al., 2023a).
- O feto pesa cerca de 630gr (Cunningham et al., 2016). Os órgãos continuam a desenvolver-se e o feto começa a aumentar de peso devido à acumulação do vernix caseoso sobre a pele, que se vai tornando mais rosada (Cardoso et al., 2023a).
- Nesta fase, o sistema nervoso do feto está mais desenvolvido, permitindo que coordene pequenos movimentos com as mãos, rolar e virar-se dentro do útero. Os movimentos fetais são percebidos pela grávida, pelo que pode estar atenta e ir notando qualquer alteração no comportamento. A frequência dos movimentos vai aumentando ao longo do dia, estando mais ativo durante a noite/madrugada (Cardoso et al., 2023a).

#### Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho

- É durante a gravidez que se começa a estruturar uma relação de vinculação entre a mãe/pai e o bebé, construindo uma relação íntima, segura e emocional com o seu filho, de forma a poder dar resposta às suas necessidades físicas, emocionais e relacionais (Delfino, 2012).
- A ligação precoce entre mãe/pai e o bebé, influencia o seu desenvolvimento cerebral, emocional, relacional, cognitivo e comportamental ao longo de toda a sua vida (Delfino, 2012).
- Explicar que, nesta fase da gravidez em que se encontra é quando se inicia a vinculação precoce, ou seja, aquando do início dos movimentos fetais que marcam a existência do feto, o qual começa a interferir na possibilidade de uma relação (Delfino, 2012).
- O feto é um ser ativo que processa, filtra e integra informação proveniente do meio que o envolve, dando-lhe um significado. Sabe-se que o bebé é capaz de sentir algumas alterações emocionais, ritmos de sono e de atividade, bem como níveis intensos de ansiedade por parte da mãe. As interpretações dos pais em relação aos movimentos

fetais, assim como o comportamento de acarinhar a região abdominal materna e de falar com o bebé constituem já uma forma de relação e de comunicação. A vida comportamental e mental do feto vai-se desenvolvendo progressivamente com a construção de modelos de representação da mãe, através dos quais ela percebe o seu universo, ainda antes do nascimento. Assim o feto, necessita de sentir acolhido, desejado e compreendido, para se sentir seguro, ainda no útero da mãe (Delfino, 2012).

### 3.7. Síntese relativa ao caso

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, foram definidos os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

No início do turno, a prioridade passou por determinar os sinais de complicação da gravidez, nomeadamente, através da avaliação da pressão sanguínea e da glicemia capilar. Aquando da realização da pesquisa de glicemia capilar uma hora após o pequeno-almoço, foi questionada a grávida se tinha alguma preocupação relativa a este novo diagnóstico de DG. A grávida verbaliza algumas dúvidas, nomeadamente, em relação ao regime dietético (número de refeições diárias, o que deve comer e cuidados a ter) e, também, relativamente quando devem ser realizadas as pesquisas de glicemia e quais os valores esperados. Neste contexto, foram definidos os diagnósticos “Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez” e “Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez” e, tendo em conta a disponibilidade demonstrada pela grávida, interveio-se no âmbito da promoção da adaptação à gravidez com complicações.

#### **Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez”, é esperado:**

- Que a grávida compreenda a sua condição de saúde;
- Que a grávida compreenda o impacto da complicação na gravidez e no desenvolvimento fetal/recém-nascido;
- Que a grávida reconheça a relação entre o controlo da glicemia e os resultados perinatais;
- Que a grávida saiba a relação entre a quantidade de alimentos e o controlo da glicemia.

#### **Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez”, é esperado:**

- Que a grávida saiba o número de refeições que deve realizar durante o dia;
- Que a grávida saiba como devem ser distribuídos os alimentos e as quantidades ao longo do dia.

Posteriormente, assistiu-se a cliente nos cuidados de higiene no leito e foi possível perceber que

sente algum receio e ansiedade por estar internada e fora do seu ambiente seguro. Colocou, também, algumas questões referentes ao desenvolvimento do bebé, pelo que, de seguida, foi realizada a auscultação dos ruídos cardíacos fetais, sendo o momento oportuno para ensinar sobre o desenvolvimento fetal e promover a ligação mãe/pai-filho. Neste contexto, foram definidos os diagnósticos “Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal” e “Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho”.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal”, é esperado:**

- Que a grávida integre o conhecimento necessário para ser capaz de reconhecer os marcos de desenvolvimento fetal;
- Que a grávida integre o conhecimento necessário para ser capaz de relacionar os comportamentos de procura de saúde durante a gravidez com a saúde fetal.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho”, é esperado:**

- Que a grávida integre o conhecimento necessário para gerir o processo de adaptação física, assim como, a redefinição de papéis e de identidade.



## **4. AS INTERVENÇÕES DO EEESMO NA PROMOÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARENTAIS**

Puérpera

### **4.1. Enquadramento teórico**

Puérpera nas 24-36 horas pós-parto eutócico com correção de laceração perineal de segundo grau.

Recém-nascido do sexo masculino, índice de Apgar 9/10/10, nasceu com 2910 gramas, 48 centímetros de comprimento e 33 centímetros de perímetro cefálico.

A puérpera encontra-se a amamentar o recém-nascido, no entanto refere dificuldades em estimulá-lo e em mantê-lo acordado ao longo da mamada, e sente que "as mamadas não estão a ser eficazes" (sic).

A identificação precoce de condições que podem impactar negativamente na saúde e bem-estar das mulheres no pós-parto, nomeadamente, a capacidade de cuidar de si próprias e do recém-nascido, é fundamental para uma prestação de cuidados de qualidade, baseada nas necessidades individuais de cada mulher. No entanto, algumas intervenções são transcendentais a todas as puérperas. Neste sentido, a WHO (2022) afirma que a avaliação do bem-estar geral deve estar relacionada com micção e incontinência urinária, em que a primeira micção pós-parto deve ser registada até seis horas após o parto; ferida perineal, no caso de existir; dor; restabelecimento da função intestinal; perda sanguínea vaginal, contração e involução uterina.

Relativamente aos cuidados ao recém-nascido, o EEESMO deve atuar na promoção de uma transição saudável para a parentalidade, identificando precocemente as necessidades dos pais, sejam elas no âmbito da amamentação, cuidados de higiene, promoção da saúde, etc.

Ao longo do estágio foi possível perceber que as dificuldades mais verbalizadas pelos pais passavam, sobretudo, pela amamentação, mas, também, pelos cuidados de higiene ao recém-nascido, principalmente os casais pais pela primeira vez. Neste sentido, a escolha deste caso deveu-se pela possibilidade de aprofundar competências na promoção da adaptação ao puerpério e competências parentais, nomeadamente, sobretudo no âmbito da amamentação e cuidados de higiene ao recém-nascido.

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

## 4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-31 15:00:00	Paracetamol 1gr (8/8h)	

### 4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O paracetamol é um analgésico e antipirético utilizado para controlo da dor ligeira a moderada. No pós-parto pode ser eficaz na redução da incidência da dor perineal (Abalos et al., 2021).

A administração pode ser repetida em intervalos de seis a oito horas. Se necessário, o intervalo pode ser encurtado, devendo ser, no mínimo, de quatro horas, e não devendo ultrapassar os quatro comprimidos diários (Infarmed, 2020).

Os efeitos secundários frequentes, que afetam menos de uma pessoa em cada 10 são sonolência ligeira, náuseas e vômitos. Os efeitos pouco frequentes, que afetam menos de uma pessoa em cada 100 são vertigens, sonolência, nervosismo, sensação de ardor na garganta, diarreia, dor abdominal, obstipação e cefaleias (Infarmed, 2020).

Nas mães, os dados sobre os efeitos adversos são escassos e não existem evidências relatadas sobre os efeitos adversos nos recém-nascidos. As evidências sugerem, ainda, que a quantidade de medicamento que passa para o leite materno em recém-nascidos de termo saudáveis é baixa (Abalos et al., 2021).

#### 4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
31-01-2024 15:00	Sistema cardiovascular	
31-01-2024 15:00	Pele e mucosas	
31-01-2024 15:00	Pós-parto	
31-01-2024 15:00	Secreção e excreção de leite	
31-01-2024 15:00	Comportamentos para amamentar	
31-01-2024 15:00	Adaptação à parentalidade	
31-01-2024 15:00	Sensações somáticas	

##### 4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

###### Sistema Cardiovascular

A World Health Organization (WHO) (2022) preconiza que todas as mulheres no pós-parto sejam regularmente avaliadas quanto à perda sanguínea vaginal, contração e involução uterina, temperatura corporal e frequência cardíaca, logo após a primeira hora pós-parto, e durante as primeiras 24 horas.

Normalmente, as mulheres podem perder até 500ml de sangue durante um parto vaginal (Sequeira et al., 2020). Relativamente à pressão arterial, a WHO (2022) afirma que a primeira avaliação deve ser realizada imediatamente após o parto e, obtendo valores dentro da normalidade, a segunda avaliação deve ocorrer até seis horas após. Posteriormente, deve ser avaliada a cada quatro a seis horas, até às 24 horas pós-parto (Sequeira et al., 2020).

Os valores da pressão arterial podem encontrar-se ligeiramente mais elevados comparativamente aos valores pré-gravídicos, e a frequência cardíaca também ligeiramente mais baixa até duas semanas após o parto, devido ao aumento do retorno venoso (Sequeira et al., 2020).

Os protocolos de monitorização dos sinais vitais variam conforme as instituições. Nesta instituição o protocolo do serviço preconiza a avaliação da pressão arterial uma vez por dia nas puérperas com partos vaginais e sem complicações associadas.

###### Pele e mucosas

As lacerações perineais de primeiro e segundo grau ocorrem em, aproximadamente, 50% das mulheres após um parto vaginal (Arnold et al., 2021).

A puérpera apresenta uma laceração perineal de segundo grau, que se caracteriza por envolver, não só a pele e mucosa vaginal, mas estender-se aos músculos perineais, sem afetar o esfíncter anal (Arnold et al., 2021).

A maioria das lacerações não provoca resultados funcionais adversos, mas é fundamental avaliar a sua evolução para despiste de complicações, nomeadamente, a presença de edema, hematomas ou sinais de infeção (WHO, 2015).

## **Pós-parto**

O puerpério é definido como o período que decorre desde imediatamente após o nascimento até às seis semanas (42 dias) pós-parto, onde ocorre a regressão das alterações anatómicas e fisiológicas decorrentes da gravidez (WHO, 2022; Barradas et al., 2015). Divide-se em três momentos: o puerpério imediato (que decorre nas primeiras duas horas após o parto), o puerpério precoce (que decorre até ao final da primeira semana) e o puerpério tardio (que decorre entre a segunda e a sexta semanas) (Barradas et al., 2015).

Deve ser realizado o exame físico da puérpera, em todos os turnos, fazendo uma avaliação do seu estado geral, vigiando a cor da pele e mucosas e monitorização de sinais vitais, para despiste de sinais de infeção e de alarme, como é o caso da pele descorada, fria e viscosa, sugestivos de anemia, hemorragia ou desidratação. De seguida, observavam-se as mamas relativamente à temperatura, à consistência e integridade do mamilo.

Após o parto, o útero involui rapidamente até deixar de ser palpável após o décimo dia pós-parto, retornando ao seu estado não gravídico. A palpação do útero permite avaliar o tónus uterino, um procedimento crucial no pós-parto para monitorizar a involução uterina (Nené et al., 2016). A palpação deve ser realizada após esvaziamento vesical e através de uma massagem suave no fundo do útero, avaliando a consistência do útero, que deve ser firme e contraído. Se o útero estiver flácido ou se houver sangramento excessivo, pode ser um sinal de atonia uterina ou outras complicações, requerendo intervenção imediata.

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

Em seguida, na zona do períneo eram avaliadas as lesões perineais (em puérperas de parto vaginal), no sentido de despistar possíveis sinais de infeção e, também, a perda de sangue por via vaginal.

Os lóquios, perda de sangue por via vaginal, fazem parte constituinte do exame físico. Assim sendo, eram avaliadas as características dos lóquios quanto à cor, cheiro e quantidade. No primeiro dia, têm cor vermelho vivo e o fluxo é intenso, podendo surgir alguns pequenos coágulos; entre o segundo e o sexto dia, o sangue torna-se mais escuro ou vermelho rosado, e o

fluxo moderado; entre o sétimo e o décimo dia, o sangue pode ser vermelho escuro ou rosado, mas vai-se tornando mais claro, e o fluxo vai diminuindo; entre a terceira e a quarta semana, passam a ser amarelo cremoso; e entre a quinta e a sexta semana, pode surgir uma pequena e ocasional perda de sangue, habitualmente de cor vermelho rosado ou amarelo cremoso (University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, 2024). Durante todo esse período, é crucial monitorizar qualquer sinal de infeção, como odor fétido, aumento repentino do fluxo ou retorno do sangramento vermelho vivo.

Durante a prática clínica, as puérperas eram aconselhadas a trocarem o penso higiénico com regularidade e a executarem os cuidados perineais após cada ida à casa de banho, limpando com água tépida, no sentido antero-posterior e a secarem por pressão em vez de fricção, mantendo a região perineal seca.

Por fim, observavam-se os membros inferiores relativamente à presença de sinais de tromboembolismo ou edema. No puerpério devido ao aumento de fatores de coagulação e do fibrinogénio e também da imobilidade, em especial nas mulheres submetidas a cesariana, o risco de tromboembolismo está aumentado (Nené et al., 2016).

Na prática clínica o primeiro levante da puérpera após o parto dependia do tipo de parto, podendo ocorrer seis horas após um parto vaginal e 12 horas após uma cesariana (Lowdermilk & Perry, 2008). Este levante, na prática clínica, decorria duas a três horas após um parto vaginal e seis horas no caso de uma cesariana, na ausência de intercorrências, sendo sempre realizado sobre vigilância e acompanhamento de uma EEESMO, monitorizando sempre primeiramente os sinais vitais.

Relativamente às alterações hormonais, durante a prática clínica foi evidente que a maioria das puérperas apresentavam períodos de choro fácil e labilidade emocional. Estes sentimentos deviam-se, essencialmente, aos cuidados ao recém-nascido e ao cansaço acumulado. Neste sentido, e fazendo parte de uma das competências do EEESMO este deve estar alerta ao estado emocional da puérpera, dando suporte e apoio não só à mulher, mas também ao casal durante o processo de adaptação e transição para a parentalidade.

Durante o puerpério, a mulher sofre não só alterações hormonais e emocionais mas, também, mudanças no âmbito psicológico, familiar e social. Esta passa a assumir um novo papel de grande responsabilidade, o que demanda uma reorganização das dinâmicas familiares. Também é um período de reflexão e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade. Todos estes aspetos decorrem num período de grande vulnerabilidade da mulher e que podem favorecer o aparecimento de transtornos psicológicos, como por exemplo a depressão pós-parto (Pereira et al., 2023).

A depressão pós-parto e o blues puerperal são condições que afetam muitas mulheres após o parto, apresentando características distintas. O blues puerperal é uma condição transitória que

ocorrem em cerca de 50-80% das novas mães e se manifesta nos primeiros dias após o parto, com sintomas como irritabilidade, ansiedade, choro fácil e labilidade emocional, geralmente resolvendo-se espontaneamente dentro de duas semanas (American Psychological Association, 2022). Em contraste, a depressão pós-parto é mais grave e persistente, afetando aproximadamente 10-20% das mulheres, com sintomas que incluem tristeza profunda, perda de interesse nas atividades diárias, distúrbios do sono e apetite, e, em casos severos, pensamentos suicidas ou de prejudicar o recém-nascido (WHO, 2022). Esta condição pode surgir durante a gravidez ou até um ano após o parto e requer intervenção médica, incluindo terapia e, por vezes, medicação (Stewart & Vigod, 2019). A deteção precoce e o tratamento adequado são essenciais para evitar impactos negativos na mulher e no desenvolvimento do RN (Yonkers et al., 2012).

O EEESMO deve fornecer apoio à puérpera e sua família, informar a fisiologia do processo de recuperação pós-parto, os cuidados a ter e quais os sinais de alerta. Neste período de transição, é fundamental identificar as necessidades individuais de cada puérpera, promovendo a comunicação e capacitando cada mulher a cuidar da sua saúde e bem-estar a nível físico, emocional e mental (WHO, 2022).

Sendo um período vulnerável, por estar repleto de alterações e adaptações, físicas (alteração da imagem corporal) e emocionais (integração de um novo papel, ser mãe), dar resposta às necessidades das mulheres é de extrema importância.

### **Secreção e excreção de leite**

A lactação é o processo que culmina com a produção de leite, sendo a fase inicial (lactogénese) o processo em que a glândula mamária desenvolve a capacidade de secretar leite, ou seja, na fisiologia normal, é um processo que se inicia ainda antes da pega inicial do recém-nascido (Pillay & Davis, 2023).

Durante a gravidez, mais precisamente a partir das 16 semanas de gestação, ocorre a lactogénese I (iniciação secretora), onde pequenas quantidades de leite começam a ser secretadas, podendo algumas mulheres já expressar colostro. Após o parto, com a dequitação, dá-se um declínio rápido da progesterona (que é responsável pelo desenvolvimento dos alvéolos e diferenciação da células secretoras), e há um aumento substancial dos níveis de prolactina, cortisol e insulina, iniciando-se a lactogénese II (ativação secretora), geralmente, no segundo ou terceiro dia pós-parto, em que a produção de leite se torna mais abundante (Pillay & Davis, 2023). No entanto, quando ocorre 72 horas após o parto, pode considerar-se que existe um atraso que está, normalmente, associado a partos por cesariana, retenção de restos placentares ou patologias maternas, como obesidade, diabetes materna ou hipertensão arterial (Hoyt-Austin et al., 2022; Miao et al., 2023; Pillay & Davis, 2023). Desta forma, 10 dias após o parto, deverá

estar a ser produzido o leite maduro, através da lactogénese III, em que ocorre a manutenção da produção de leite (Kim, 2020).

O primeiro leite é o colostro e está disponível logo após o parto podendo, algumas mulheres, observar a sua aparição mesmo antes do parto. O colostro é rico em proteínas, sódio e imunoglobulinas e tem baixo teor de lactose. Nas 30 a 40 horas após o parto, a sua composição é caracterizada por um aumento do teor de lactose e ocorre a diluição de outros constituintes, devido ao aumento do volume de leite. É composto, maioritariamente, por água (87-88%), anticorpos e, também, por macronutrientes como, hidratos de carbono, proteínas e gorduras. Tem inúmeros benefícios descritos, tais como imunidade e proteção da barreira intestinal, reduzindo o risco de infeções do trato respiratório superior e diarreia; e, ainda, menor risco de desenvolver asma, diabetes tipo 1, alergias alimentares e obesidade (Kalarikkal & Pfleghaar, 2023).

Entre os cinco dias e as duas semanas após o parto, o leite designa-se como leite de transição, período após o qual é considerado amplamente maduro. Tem algumas características semelhantes às do colostro, no entanto é adequado às necessidades nutricionais e de desenvolvimento do bebé. Por volta das quatro a seis semanas pós-parto, o leite é considerado leite maduro (Ballard & Morrow, 2013).

A sucção é considerada o principal estímulo da secreção de prolactina após o parto. Desta forma, a sucção precoce do recém-nascido é responsável pelo estabelecimento e manutenção do processo de lactação, sendo que a produção de leite vai diminuir se não houver estimulação e extração (Miao et al., 2023).

A lactação é mantida pelo esvaziamento eficaz da mama e pela estimulação do mamilo, que desencadeia a libertação de prolactina da glândula pituitária anterior e ocitocina da glândula pituitária posterior. A prolactina é responsável pela produção de leite a nível dos alvéolos mamários, promovendo a secreção de leite. No entanto, o leite não vai ser ejetado sem a ação da ocitocina, que atua na contração das células mioepiteliais, levando o leite para dentro dos ductos a partir dos lúmenes alveolares e para fora através do mamilo. Assim, a ação combinada da prolactina e da ocitocina é essencial para a produção e secreção contínuas de leite, ou seja, para o sucesso da lactação (Pillay & Davis, 2023).

Para haver libertação de ocitocina é essencial que exista um estímulo, seja ele desencadeado espontaneamente por sentimentos agradáveis relacionados com o bebé (por exemplo, por ouvir o bebé a chorar, olhar para ele ou tocá-lo), ou por estimulação da aréola através da sucção do recém-nascido (pelos impulsos que são conduzidos ao hipotálamo e induzem a rápida produção de ocitocina, que promove a ejeção do leite que já se encontra na mama para essa mamada). Sentimentos desagradáveis como dor, preocupação, insegurança e stress podem inibir a produção de ocitocina, através de dois mecanismos: a inibição direta do reflexo de ejeção e a libertação da adrenalina, que é o seu antagonista (Levy & Bértolo, 2012; Órfão & Gouveia, 2009;

Pillay & Davis, 2023).

Relativamente à prolactina, os seus níveis plasmáticos atingem o pico, aproximadamente, 10 dias após o parto (Kim, 2020). Durante a amamentação, o nível basal de prolactina manter-se-á sempre elevado e aumenta cada vez que o bebé mama. Cerca de três horas após a mamada, o nível de prolactina atinge o seu pico, e depois baixa gradualmente. Se o bebé voltar a mamar antes de a hormona alcançar o seu nível basal, o novo pico de prolactina irá alcançar valores ainda mais elevados. Por esta razão, amamentar com mais frequência, ainda que por um período breve, estimula mais a produção de leite do que mamadas prolongadas (Órfão & Gouveia, 2009). Dado que a sua secreção aumenta à noite, o aleitamento materno noturno é fundamental para a manutenção da amamentação (Kim, 2020; Órfão & Gouveia, 2009).

A lactação é estabelecida e mantida pela remoção eficaz e regular do leite. Por este motivo, se o leite não for removido, o Fator Inibidor da Lactação (FIL) (responsável pelo controlo autócrino da glândula mamária e que tem como função modular a produção de leite) também não é extraído, permanecendo na mama e diminuindo ou inibindo a produção de leite. Por outro lado, se o leite materno for removido, o FIL também é dissolvido, desencadeando a produção de mais leite e a secreção será retomada (Levy & Bértolo, 2012; Órfão & Gouveia, 2009; Pillay & Davis, 2023).

### **Comportamentos para amamentar**

A WHO (2022) preconiza que a todas as mães que têm intenção de amamentar seja prestado apoio e aconselhamento no âmbito da amamentação, sendo parte integrante da relação nutritiva entre a mãe e o bebé. Assim sendo, neste domínio procurou-se dar resposta às necessidades da puérpera a nível da amamentação, uma vez que referiu ser a maior dificuldade até ao momento.

Recomenda, também, que todos os bebés sejam alimentados exclusivamente com leite materno desde o nascimento até aos seis meses de vida (WHO, 2022).

A amamentação em livre demanda ou amamentação responsiva, é liderada pelo bebé, ou seja, não impõe restrições na frequência ou duração das mamadas, sendo as mães aconselhadas a amamentar sempre que o bebé demonstrar sinais de fome, ou assim o desejar. Pelo contrário, na alimentação programada, é estabelecido um horário e frequência das mamadas, não estando desta forma recomendado (WHO & United Nation Children's Fund (UNICEF), 2018).

Nas primeiras 24 horas após o parto, geralmente as mamas apresentam-se moles e com colostro e, gradualmente, nas seguintes horas a mama vai ficando progressivamente mais cheia e o colostro passa a leite de transição, ocorrendo a descida do leite, entre as 48 e as 72 horas após o parto. Nesta altura é frequente que surjam alguns desconfortos ou dificuldades na amamentação, nomeadamente a presença de calor, dor, mamilos macerados e/ou fissurados e

tensão mamária, devendo incentivar-se as puérperas a colocar o recém-nascido à mama para esvaziamento e diminuir a tensão (Nené et al., 2016).

A mãe deve saber identificar os sinais de fome e prontidão do bebé para mamar. O recém-nascido manifesta sinais de fome, quando começa a abrir e a procurar abocanhar qualquer coisa que se aproxime da boca, virando a cabeça como se procurasse a mama, suga vigorosamente nos dedos ou na chupeta, fica alerta e inquieto. Sendo o choro um sinal de fome tardio, é recomendado alimentar o bebé mais cedo, isto porque facilita o correto posicionamento e a pega adequada, que se tornam mais difíceis se o bebé estiver a chorar (WHO & UNICEF, 2018).

Uma pega adequada associada ao correto posicionamento do bebé são os pontos fundamentais para o sucesso da amamentação (Levy & Bértolo, 2012; Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019). Estes dois fatores não só permitem a eficaz drenagem da mama e consequente aumento da produção de leite como, também, previnem o aparecimento de complicações (WHO, 2022).

Os sinais de boa pega identificam-se quando o bebé tem a boca bem aberta, lábio inferior virado para fora, estando mais aréola visível acima da boca do que abaixo, bochechas arredondadas, queixo encostado à mama e nariz afastado (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019). Quando o bebé está a fazer uma mamada eficaz, é possível constatar que a sucção é mais lenta do que com uma chupeta, ouvir o bebé a engolir e verificar que enche as bochechas de leite (Levy & Bértolo, 2012).

Relativamente ao posicionamento do recém-nascido, este deve estar bem apoiado, independentemente da posição. O corpo deve estar alinhado, formando uma linha reta, e a face anterior do corpo virada e junto ao corpo da mãe, para que não seja necessária a rotação do pescoço do bebé e para que este seja levado à mama e não o contrário. A mãe pode adotar várias posições no entanto, deve ser uma posição confortável, e a mão que segura a mama deve ser colocada em “C” e não em pinça (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019).

É importante assegurar que a técnica de amamentação está correta, pois uma pega inadequada é a principal causa de fissuras nos mamilos. Uma pega inadequada durante a amamentação ocorre quando o recém-nascido não consegue abocanhar a aréola adequadamente, limitando-se apenas ao mamilo, o que pode resultar em dor para a mãe e dificuldades no amamentar. Moore et al. (2016) indicam que uma pega incorreta pode levar a problemas como mamilos fissurados e dor persistente durante a amamentação. De acordo com o estudo de Shing et al. (2022), destacam que práticas de cuidado que asseguram uma boa técnica de amamentação são essenciais para prevenir maceração ou fissuras. A correção da posição e da pega do RN é fundamental para reduzir o trauma nos mamilos. O mesmo estudo enfatiza a importância da aplicação de colostro nos mamilos após cada mamada devido às suas propriedades cicatrizantes e antibacterianas, além do uso de pomadas de lanolina pura para manter a pele

hidratada e protegida. Manter os mamilos limpos e secos, evitando sabonetes irritantes e fricções excessivas, bem como promover a exposição ao ar, são estratégias recomendadas para aliviar o desconforto e facilitar a recuperação (Shing et al., 2022).

### **Adaptação à parentalidade**

A ICN (2019) define adaptação à parentalidade como "comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados." (p.2).

Tornar-se mãe e tornar-se pai são processos desafiantes, que consistem em transições, dado que o nascimento de um filho requer, não só tempo de mudança na vida de uma família, mas, também, reorganização individual, conjugal e social (Cardoso et al., 2015).

O processo de transição pode ser facilitado ou dificultado pelas expectativas e necessidades de aprendizagem das mães e dos pais. A preparação, os conhecimentos e as habilidades são fatores que podem facilitar ou inibir a transição. A mestria nas competências parentais influencia o modo como os pais interpretam, tanto o seu próprio comportamento, como o comportamento da criança. É possível afirmar que, quanto maior o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável da criança e de estarem mais sensíveis às suas necessidades (Cardoso et al., 2015).

O papel dos EEESMO que lidam com as mães e os pais passa por facilitar a transição para a parentalidade, sendo o diagnóstico das necessidades de cada um a sua prioridade, dotando-os de conhecimentos e capacidades, para promover o ajustamento às novas circunstâncias e aos novos desafios. Assim, importa perceber os conhecimentos e as capacidades que os pais possuem para que, de acordo com as necessidades que vão evidenciando ao longo do contacto com o EEESMO, este seja o potenciador da melhoria da confiança, da satisfação e da mestria no desempenho do papel destes pais (Cardoso et al., 2015).

Neste caso clínico em concreto, foi possível desenvolver as competências parentais que estavam de acordo com as necessidades evidenciadas pelos pais no momento, tendo em conta os conhecimentos e as habilidades demonstradas pelos mesmos.

### **Sensações somáticas**

A dor é um dos sintomas mais comprometedores do bem-estar, e é uma resposta subjetiva e complexa aos estímulos sensoriais gerados (Brito et al., 2021).

Muitas mulheres relatam dor no períneo após o parto vaginal, sobretudo devido ao trauma perineal causado por lacerações e/ou episiotomia (Yamada et al., 2024).

A dor tende a diminuir ao longo do tempo, no entanto tem um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres e na capacidade de cuidar do recém-nascido (Yamada et al., 2024).

Desta forma, a monitorização da dor é essencial neste período.

## 4.5. Conceção de Cuidados

### Sensações somáticas

31-01-2024 15:00

31-01-2024 15:00 - Sem manifestação de dor.

#### **31-01-2024 15:00 - Dor**

##### **31-01-2024 15:00 - Determinar evolução da dor**

*31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da dor [1x/turno ou SOS]*

##### **31-01-2024 15:00 - Diminuir dor**

*31-01-2024 15:00 - Gerir analgesia*

*31-01-2024 15:00 - Aplicar frio*

### Pele e mucosas

31-01-2024 15:00

31-01-2024 15:00 - Alterações da integridade dos tecidos.

#### **31-01-2024 15:00 - Laceração**

31-01-2024 15:00 - Localização da laceração

31-01-2024 15:00 - Períneo

31-01-2024 15:00 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

31-01-2024 15:00 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

##### **31-01-2024 15:00 - Determinar evolução da laceração**

*31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da laceração [1x/turno ou SOS]*

### Pós-parto

31-01-2024 15:00

#### **31-01-2024 15:00 - Puerpério**

31-01-2024 15:00 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

31-01-2024 15:00 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

##### **31-01-2024 15:00 - Determinar evolução da recuperação pós-parto**

*31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto*

##### **31-01-2024 15:00 - Promover autogestão da recuperação pós-parto**

31-01-2024 15:00 - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

31-01-2024 15:00 - Conhecimento sobre complicações pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

##### **31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**

**autocuidado pós-parto**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto

31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre higiene perineal

**31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**

**complicações pós-parto**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações no pós-parto

31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre evolução dos lóquios

**Secreção e excreção de leite**

31-01-2024 15:00

31-01-2024 15:00 - Tem a intenção de aleitar com leite materno.

**31-01-2024 15:00 - Determinar evolução da lactação**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da lactação

**31-01-2024 15:00 - Lactação**

31-01-2024 15:00 - Presença de leite na mama.

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da lactação

**31-01-2024 15:00 - Promover autogestão da lactação**

31-01-2024 15:00 - Conhecimento sobre lactação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre lactação

31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre lactação

**Comportamentos para amamentar**

31-01-2024 15:00

31-01-2024 15:00 - Não oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

31-01-2024 15:00 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

31-01-2024 15:00 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

31-01-2024 15:00 - Não utiliza estratégias para estimular o mamar.

31-01-2024 15:00 - Com manifestações de pega adequada.

**31-01-2024 15:00 - Amamentação**

**31-01-2024 15:00 - Determinar evolução da amamentação**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

**31-01-2024 15:00 - Promover autogestão: amamentação**

31-01-2024 15:00 - Conhecimento sobre amamentação

31-01-2024 15:00 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

31-01-2024 15:00 - Capacidade para amamentar

31-01-2024 15:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

31-01-2024 15:00 - Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

**31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação

31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre amamentação  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre sinais de fome  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre sinais de saciedade  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre pega adequada  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre padrão de sucção  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre cuidados à mama

**31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para amamentar**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para amamentar  
31-01-2024 15:00 - Assistir na amamentação

**Adaptação à parentalidade**

31-01-2024 15:00

**31-01-2024 15:00 - Adaptação à parentalidade**

**31-01-2024 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: segurança**

31-01-2024 15:00 - Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre medidas de segurança: quedas  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre medidas de segurança: queimaduras

**31-01-2024 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto**

31-01-2024 15:00 - Conhecimento sobre higiene do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.  
31-01-2024 15:00 - Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.  
31-01-2024 15:00 - Significado atribuído ao dar banho: não dificultador.  
31-01-2024 15:00 - Significado atribuído ao tratamento do coto umbilical: não dificultador.

**31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre higiene do recém-nascido  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre higiene do recém-nascido  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido  
31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

**31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução da capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido  
31-01-2024 15:00 - Instruir a dar banho

31-01-2024 15:00 - Instruir a tratar do coto do cordão umbilical

31-01-2024 15:00 - Treinar a dar banho

31-01-2024 15:00 - Treinar a tratar do coto do cordão umbilical

### **31-01-2024 15:00 - Promover papel parental desenvolvimental: vigilância e promoção da saúde**

31-01-2024 15:00 - Conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **31-01-2024 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido**

31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido

31-01-2024 15:00 - Ensinar sobre regime de vacinação

## **4.6. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução da laceração

- Avaliar a evolução da laceração, para despiste de complicações, nomeadamente, a presença de edema, hematomas ou sinais de infeção (WHO, 2015).

Ensinar sobre lactação

- O leite materno passa por três etapas: colostro, leite de transição e leite maduro. O colostro é o primeiro leite e favorece a adaptação fisiológica do RN à vida extrauterina; em seguida, surge o leite de transição e, por fim, o leite maduro (Mariano da Silva & Tonon, 2020).
- Explicar que o colostro é o leite, de coloração amarelada e espesso que existe nos primeiros dias após o parto. O colostro é de fácil digestão e a presença de oligossacarídeos na sua composição confere propriedades laxantes, que estimulam a libertação do mecónio (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017; Kellams et al., 2017).
- Apesar de existir em pequenas quantidades, o colostro é suficiente para o tamanho do estômago do RN, que tem a capacidade de cerca de cinco a sete ml. O baixo volume de colostro permite ao bebé aprender a coordenar a sucção, deglutição e respiração, diminuindo o risco de asfixia. Por ser de fácil digestão (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017; Kellams et al., 2017).
- Explicar que a lactação é mantida pela remoção regular do leite e pela estimulação do mamilo. A produção é adequada à necessidade e regulada pelo estímulo do RN, pelo que, quanto maior a frequência das mamadas, maior será a produção de leite (Levy & Bértolo, 2012; Órfão & Gouveia, 2009; Pillay & Davis, 2023).
- Por este motivo, é recomendado amamentar frequentemente, e as duas mamas devem ser igualmente oferecida, de forma a equilibrar a produção de leite (Levy & Bértolo, 2012; Órfão & Gouveia, 2009; Pillay & Davis, 2023).

#### Ensinar sobre amamentação

- Explicar que o RN deve mamar quando e sempre que manifesta os sinais precoces de fome (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).
- No entanto, deve mamar, pelo menos, oito vezes por dia, e não deve estar sem mamar mais de seis horas seguidas (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).
- Explicar que o RN, após um período inicial de alerta após o nascimento (cerca de duas horas), fica sonolento. Em seguida, tem ciclos variáveis de sono-vigília, com um ou dois períodos adicionais de vigília nas 10 horas seguintes, sejam alimentados ou não (Kellams et al., 2017).
- Explicar estratégias para manter o RN acordado durante a mamada, como mudar a fralda, falar, massajar as costas e o tronco, esfregar as mãos e os pés (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).

#### Ensinar sobre medidas de segurança: quedas

- Explicar que um dos grandes motivos de quedas dos RN se devem ao transporte indevido, por exemplo, quando é transportado ao colo e a pessoa que o carrega tropeça (Bezerra, 2020).
- Desta forma, quando transportados fora do quarto (por exemplo, para ser observados pelo pediatra no berçário), os RN devem ser transportados no berço (Bezerra, 2020).

#### Ensinar sobre medidas de segurança: queimaduras

- Explicar que a temperatura da água deve ser verificada com um termómetro digital e, não havendo um termómetro disponível, pode ser utilizado o cotovelo ou a face interna do punho (a água deve estar confortável e morna). A temperatura recomendada da água é de, aproximadamente, 37-38 graus (Raeside, 2022).

#### Avaliar evolução da dor

- A dor é um dos sintomas mais comprometedores do bem-estar, e é uma resposta subjetiva e complexa aos estímulos sensoriais gerados (Brito et al., 2021).
- A dor perineal, decorrente das lacerações ou episiotomia, pode afetar uma grande parte das mulheres após o parto vaginal. O desconforto perineal pode manter-se até duas semanas após o parto, por isso, os cuidados com o períneo e o alívio da dor no período pós-parto são fundamentais (Brito et al., 2021).
- Tende a diminuir ao longo do tempo, no entanto tem um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres e na capacidade de cuidar do recém-nascido (Yamada et al., 2024).
- Desta forma, a monitorização da dor, através da escala numérica, é essencial neste período e perceber se evolui favoravelmente.

#### Aplicar frio

- A dor no períneo surge como resultado da rutura do tecido perineal. Essa dor é transmitida por vias aferentes nos nervos pudendos, e pode permanecer até quatro semanas, após o parto, dependendo do trauma perineal (Senol & Aslan, 2017).
- Existem evidências de que a aplicação de frio no períneo (através de pensos de gelo, almofadas de gel frio ou banhos frios) alivia a dor (Senol & Aslan, 2017).

- A aplicação de frio alivia a dor por dois motivos: reduz o edema e os espasmos musculares associados à inflamação ou trauma; induz a parestesia de curto prazo das fibras nervosas periféricas, diminuindo a resposta inflamatória. Como diminui a temperatura da pele e do tecido subjacente, faz com que os recetores no sangue sejam estimulados pelo sistema nervoso simpático, reduz a circulação sanguínea na região devido à vasoconstrição proporcionando, desta forma, alívio da dor (Senol & Aslan, 2017).
- A crioterapia é uma intervenção de enfermagem não farmacológica eficaz para reduzir a dor perineal no pós-parto (Kim et al. 2020).

#### Ensinar sobre regime de vacinação

- Explicar que a vacinação tem o objetivo de proteger contra várias doenças. O esquema de vacinação recomendado tem como objetivo adquirir a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2020).
- A primeira vacina do Plano Nacional de Vacinação é vacina contra a hepatite B, e deve ser administrada ainda na maternidade (DGS, 2020).
- Após esta vacina, o bebé deverá dar continuidade ao esquema de vacinação, sendo a vacina seguinte aos dois meses de idade (DGS, 2020).
- Sabe-se que a administração de vacinas provoca dor ao RN e pode trazer repercussões negativas, nomeadamente, o pânico, medo e angústia. Neste contexto, para minimizar a duração e intensidade da dor, podem ser adotadas medidas não farmacológicas para alívio da dor durante a vacinação, por exemplo, a amamentação (Cota de Moura et al., 2021).

#### Ensinar sobre higiene perineal

- Explicar como deve ser realizada a higiene perineal: higiene diária do períneo, com água corrente e produtos neutros e, ainda, a troca frequente do penso higiénico (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2021a).

#### Ensinar sobre evolução dos lóquios

- Explicar que os lóquios são a perda vaginal que ocorre após o parto.
- Explicar que os lóquios têm um cheiro idêntico ao fluxo menstrual, no entanto vão alterando as suas características. No primeiro dia, têm cor vermelho vivo e o fluxo é intenso, podendo surgir alguns pequenos coágulos; entre o segundo e o sexto dia, o sangue torna-se mais escuro ou vermelho rosado, e o fluxo moderado (University Hospital Southampton NHS Foundation Trust, 2024).
- Explicar que o fluxo dos lóquios pode aumentar com a deambulação (pela posição verticalizada) e com a amamentação (devido à contração uterina, pela libertação de ocitocina) (Sequeira et al., 2020).

#### Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

- Explicar que o método recomendado pela WHO (2017) para o tratamento do coto do cordão umbilical é o método dry care, em locais sem risco acrescido de infeção e baixa taxa de mortalidade.
- A limpeza do coto do cordão umbilical deve ser realizada uma vez por dia, aquando dos cuidados de higiene, ou sempre que estiver em contacto com urina ou fezes (Sequeira et

al., 2020).

- Explicar que, após o procedimento, a fralda deve ser apertada abaixo do umbigo, para evitar a humidade e contaminação com urina ou fezes que podem estar presentes na fralda do RN (Sequeira et al., 2020).
- O coto do cordão umbilical deve manter-se seco, pelo que deve estar exposto ao ar promovendo, assim, a sua queda (Correia & Pires, 2017; Sequeira et al., 2020).
- Explicar os sinais de infeção do coto do cordão umbilical: pele circundante com rubor (vermelhidão), calor, edema periumbilical e dor; odor fétido; exsudado purulento (Sequeira et al., 2020).

#### Instruir a tratar do coto do cordão umbilical

- Executar a lavagem das mãos, antes e após o procedimento (Sequeira et al., 2020).
- Explicar que a limpeza deve ser realizada sempre em movimentos únicos de 360 graus a unidirecionais. Utilizar compressas limpas, com água tépida e sabão de pH neutro (Sequeira et al., 2020).
- Limpar a base e pele circundante. Se apresentar serosidade, repetir o processo até a compressa ficar limpa (Sequeira et al., 2020).
- Limpar a parte intermédia, num movimento ascendente, do corpo do coto para a base do clamp (Sequeira et al., 2020).
- Limpar a parte de cima do clamp num movimento único (Sequeira et al., 2020).
- O processo deve ser repetido, em seguida, com compressas apenas com água tépida e, no final, com compressas secas (Sequeira et al., 2020).

#### Treinar a tratar do coto do cordão umbilical

- Supervisionar a mãe a tratar do coto do cordão umbilical do RN.

#### Instruir a dar banho

- Executar a lavagem das mãos, antes e após o procedimento (Sequeira et al., 2020).
- Demonstrar a preparação do material e da roupa.
- Preparar a água para o banho: em primeiro lugar a água fria e só depois a água quente; temperatura da água deve ser, aproximadamente, 37-38 graus, verificada com um termómetro digital ou com cotovelo ou a face interna do punho; cerca de dois a três dedos de profundidade (Raeside, 2022; Sequeira et al. 2020).
- Colocar o RN na toalha em decúbito dorsal e cobri-lo depois de o despir (Sequeira et al., 2020).
- Verificar se a fralda se encontra limpa ou suja e, se necessário, realizar a higiene perineal (Sequeira et al., 2020).
- Colocar o RN na banheira, segurando-o passando o braço não dominante por trás da sua cabeça e prendendo-o, junto à axila, com os dedos em forma de pinça (Sequeira et al., 2020).
- Começar o banho, na lógica cefalocaudal: em primeiro lugar a cara, com movimentos suaves e circulares, com pouca água, de forma a não entrar nos olhos e nos ouvidos; de seguida, lavar a cabeça, com as pontas dos dedos fazendo movimentos circulares; depois, lavar os membros superiores, das extremidades para a raiz (sentido mão-axila), com movimentos rotativos; lavar o tronco e a região anterior do corpo, no sentido pescoço-

abdômen; lavar os membros inferiores, no sentido pés-coxa; rodar o RN, segurá-lo pela axila (em forma de pinça), mantendo-o apoiado no braço; lavar a região posterior do corpo; por último, lavar a região perineal, com movimentos únicos, no sentido da vagina ou do pênis para o ânus (Sequeira et al., 2020).

- Retirar o RN da banheira e deitá-lo sobre a toalha, envolvendo-o na mesma (Sequeira et al., 2020).
- Secar o RN, com movimentos firmes mas suaves, por pressão e sem fricção: em primeiro lugar a cabeça, com movimentos circulares e suaves; em seguida, secar as pregas cutâneas; por fim, secar as restantes partes do corpo (Sequeira et al., 2020).
- Colocar o RN numa superfície seca, colocar a fralda e vestir o tronco. De seguida, executar a limpeza do coto do cordão umbilical e, depois, vestir a restante roupa (Sequeira et al., 2020).
- Realizar a limpeza dos olhos, com compressas esterilizadas e soro fisiológico: abrir as compressas, mantendo-as no invólucro, sem tocar; colocar algumas gotas de soro fisiológico nas compressas; pegar nos quatro cantos da compressa, utilizando uma compressa para cada olho; limpar as secreções oculares, no sentido do fluxo natural da lágrima (do canto interno do olho para o canto externo), fazendo uma pequena massagem no canto interno (para evitar que as secreções se acumulem no ducto nasolacrimal), num movimento único e descendente (Sequeira et al., 2020).
- Limpar as secreções nasais, pegando numa compressa limpa e algumas gotas de soro fisiológico, através de movimentos delicados e rotativos (Sequeira et al., 2020).
- Limpar os pavilhões auriculares externamente, pegando numa compressa limpa e fazendo um torcido, através de movimentos delicados e rotativos (Sequeira et al., 2020).
- Pentear o RN com um pente fino, no sentido contrário ao couro cabeludo, para prevenir a descamação (crosta láctea).

#### Treinar a dar banho

- Supervisionar a mãe a dar banho ao RN.

#### Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido

- Explicar que nas primeiras quatro semanas de vida, o banho de água é suficiente para manter a higiene do RN. Os produtos de banho podem ser introduzidos gradualmente após esse tempo no entanto, devem estar isentos de corantes e perfumes e ter pH neutro (Raeside, 2022; Sequeira et al., 2020).
- As toalhetas também devem ser evitadas nas primeiras quatro semanas de vida e, quando introduzidas, não devem conter álcool ou perfumes (Raeside, 2022).
- Não é recomendada utilização de cremes ou loções por rotina, de forma a reduzir a irritação e prevenindo a alteração da composição lipídica da pele normal, fortalecendo a sua função de barreira (Sequeira et al., 2020).
- O vérnix caseoso não deve ser removido, para ser absorvido naturalmente. No entanto, pode ser necessário remover quantidades em excesso para evitar irritação (Raeside, 2022).

#### Ensinar sobre higiene do recém-nascido

- Explicar que o banho de imersão é o recomendado, cerca de dois a três dedos de

- profundidade, para permitir que o bebé fique se sinta acomodado (Raeside, 2022).
- O ambiente no local do banho deve ser normotérmico (24 graus) e sem correntes de ar, evitando grandes perdas de calor (Raeside, 2022; Sequeira et al., 2020).
  - O primeiro banho deve ser adiado, no mínimo, até 12 horas após o parto mas, se possível, a WHO recomenda aguardar pelo menos até às 24 horas de vida (Raeside, 2022; Sequeira et al., 2020).
  - É recomendado que o RN tome banho duas a três vezes por semana, e o tempo de duração não deve exceder os 10 minutos, devido ao risco de hipotermia. Nos dias em que não toma banho, deve ser realizada a higiene genital (Sequeira et al., 2020).
  - O banho pode ser dado a qualquer hora do dia no entanto, preferencialmente, antes das mamadas, para evitar regurgitação. Se após o banho o bebé ficar mais relaxado, deve optar-se por dar banho ao final do dia ou no início da noite. No entanto, se for estimulante, deve optar-se por dar banho de manhã ou ao início da tarde (Sequeira et al., 2020).

#### Assistir na amamentação

- Assistir a utilizar estratégias facilitadoras para uma pega adequada: pega em "C" (polegar na parte superior da aréola e o indicador na parte inferior), sem exercer pressão nesta zona; estimular o reflexo de procura do bebé, apontando o mamilo na direção do seu nariz e tocando no lábio superior, para o incentivar a abrir a boca (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019; Sequeira et al., 2020).
- Assistir a identificar no RN os sinais de boa pega: boca bem aberta, lábio inferior virado para fora, estando mais aréola visível acima da boca do que abaixo, bochechas arredondadas, queixo encostado à mama e nariz afastado (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019).
- Assistir a utilizar estratégias para estimular o RN durante a mamada: mudar a fralda, falar, massajar as costas e o tronco, esfregar as mãos e os pés (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).

#### Ensinar sobre sinais de fome

- Explicar quais os sinais precoces de fome: começa a abrir a boca e a procurar abocanhar qualquer coisa que se aproxime da boca, virando a cabeça como se procurasse a mama, suga vigorosamente nos dedos ou na chupeta, fica alerta e inquieto (WHO & UNICEF, 2018).
- Saber reconhecer o choro como um sinal tardio de fome (WHO & UNICEF, 2018).

#### Ensinar sobre sinais de saciedade

- Explicar quais os sinais de saciedade: sucção mais lenta, maior espaçamento entre a sucção/deglutição/respiração, o bebé larga espontaneamente a mama, fica relaxado e adormece (Sequeira et al., 2020).

#### Ensinar sobre pega adequada

- Explicar estratégias facilitadoras para uma pega adequada: pega em "C" (polegar na parte superior da aréola e o indicador na parte inferior), sem exercer pressão nesta zona; estimular o reflexo de procura do bebé, apontando o mamilo na direção do seu nariz e tocando no lábio superior, para o incentivar a abrir a boca (Associação Portuguesa de

Medicina Geral e Familiar, 2019; Sequeira et al., 2020).

- Explicar os sinais de boa pega observados no RN: boca bem aberta, lábio inferior virado para fora, estando mais aréola visível acima da boca do que abaixo, bochechas arredondadas, queixo encostado à mama e nariz afastado (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019).

Ensinar sobre padrão de sucção

- Explicar que o RN vai alterando o padrão de sucção ao longo da mamada.
- Inicialmente, até sentir o colostro/leite na boca, suga com maior frequência mas menos pressão. Depois, diminui a frequência e suga com grande pressão, o que nos indica que está a deglutir e, efetivamente, a mamar (Sequeira et al. 2020).

Ensinar sobre cuidados à mama

- Explicar que a higiene dos mamilos deve ser realizada uma vez por dia, durante o banho, sem utilizar produtos que retirem a proteção natural do mamilo (Sequeira et al., 2020).
- Explicar a importância de proteger e arejar os mamilos e a aréola, de forma a favorecer o processo de cicatrização dos tecidos danificados (Sequeira et al., 2020).
- Explicar que, no final da mamada, deve colocar duas a três gotas de colostro/leite à volta do mamilo e da aréola e, também, pomada à base de lanolina, e deixar secar ao ar, de forma a prevenir fissuras mamilares (Niazi et al., 2021; Sequeira et al., 2020).

#### 4.7. Síntese relativa ao caso

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, foram definidos os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

No início do turno, a prioridade passou por determinar a evolução da recuperação pós-parto, através do exame físico puerperal (estado do períneo, perda sanguínea vaginal, contração e involução uterina).

No mesmo momento, a puérpera demonstrou as dificuldades sentidas a nível da amamentação, pelo que foi dada resposta, indo de encontro às suas necessidades.

Neste contexto, foram definidos os diagnósticos "Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto", "Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto", "Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação", "Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação" e "Potencial para melhorar capacidade para amamentar".

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado no pós-parto”, é esperado:**

- Que a puérpera saiba como deve ser realizada a higiene perineal;
- Que a puérpera saiba quais os cuidados a ter com a ferida.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto”, é esperado:**

- Que a puérpera conheça os desvios da normalidade, nomeadamente, a evolução dos lóquios.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação”, é esperado:**

- Que a puérpera saiba o mecanismo de produção e manutenção da produção de leite materno, as suas características e benefícios.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação”, é esperado:**

- Que a mãe saiba identificar os sinais de fome;
- Que a mãe saiba identificar os sinais de boa pega, e assegurar uma pega eficaz;
- Que a mãe saiba os cuidados que deve ter com as mamas;
- Que a mãe identifique e aplique estratégias para manter o recém-nascido acordado durante a mamada.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar capacidade para amamentar”, é esperado:**

- Que a mãe seja capaz de identificar e aplicar estratégias para uma pega adequada;
- Que a mãe seja capaz de aplicar estratégias para estimular o recém-nascido durante a mamada.

Por último, foi questionado sobre a vontade de prestar os primeiros cuidados de higiene ao recém-nascido, tendo os pais demonstrado interesse e disponibilidade. Desta forma, foi acordado o melhor horário, podendo dar resposta às necessidades do casal neste âmbito.

Neste contexto, foram definidos os diagnósticos "Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido", "Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido", "Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido" e "Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido".

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido”, é esperado:**

- Que a mãe saiba como garantir a segurança do recém-nascido durante o banho, relativamente à prevenção de queimaduras, nomeadamente, temperatura da água;
- Que a mãe saiba como garantir a segurança do recém-nascido durante o banho, relativamente à prevenção de quedas.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido”, é esperado:**

- Que a mãe saiba como prestar os cuidados de higiene ao recém-nascido;
- Que a mãe saiba como tratar o coto do cordão umbilical.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido”, é esperado:**

- Que a mãe seja capaz de prestar os cuidados de higiene ao recém-nascido;
- Que a mãe seja capaz de tratar o coto do cordão umbilical.

**Relativamente ao diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido”, é esperado:**

- Que a mãe saiba que a vacinação é uma estratégia precoce de proteção contra várias doenças.
- Que a mãe saiba adotar estratégias de conforto para alívio da dor.

## 5. AS INTERVENÇÕES DO EEESMO NOS CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Recém-nascido

### 5.1. Enquadramento teórico

Recém-nascido do sexo masculino, nascido de parto eutócico, índice de Apgar 9/10/10 (ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida, respetivamente), nasceu com 2910 gramas, 48 centímetros de comprimento e 33 centímetros de perímetro cefálico.

Encontra-se entre as 24 e as 36 horas de vida. Apresenta boa atividade motora e reflexa, tónus muscular adequado, pele rosada e hidratada e choro vigoroso. Coto do cordão umbilical de aspeto gelatinoso, sem presença de sinais inflamatórios. Tem apresentado micções e dejeções regulares.

Desde a primeira hora de vida tem sido alimentado exclusivamente ao seio materno.

No serviço de puerpério, o papel do EEESMO é assegurar a vigilância do recém-nascido no que diz respeito à adaptação à vida extrauterina. É fundamental vigiar o estado da pele e das mucosas, o tónus muscular, os reflexos de sucção e deglutição, a alimentação, o padrão de eliminação e a evolução do coto do cordão umbilical.

Neste sentido, a escolha deste caso clínica deveu-se pela possibilidade de aprofundar competências na promoção das competências parentais, tal como referido no caso clínico anterior.

### 5.2. Clientes

#### Cliente

Recém-nascido | Idade: 1 dia | Masculino

### 5.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
31-01-2024 15:00	Reflexo de sucção	
31-01-2024 15:00	Eliminação intestinal	
31-01-2024 15:00	Eliminação urinária	
31-01-2024 15:00	Recém-nascido	

#### 5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

##### Recém-nascido

A avaliação inicial do RN deve ocorrer nas primeiras 24 horas de vida e assenta, não só numa avaliação global, sistematizada e pormenorizada do RN para identificar qualquer alteração que possa interferir com a sua normal adaptação à vida extrauterina, como, também, na colheita da história obstétrica e perinatal. Este exame físico pode ser realizado no berçário ou no quarto da mãe, e deve ser assegurado um ambiente tranquilo e com boa iluminação, e uma temperatura adequada (Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN), 2023).

A abordagem deve ser sistemática, de forma a garantir a avaliação de todos os aspetos. Por causarem desconforto ao RN, a avaliação da mobilidade das ancas e da coluna, bem como a avaliação do comprimento e perímetro cefálico são, por norma, realizadas no final do exame. Embora a ordem não seja importante, este pode ser otimizado começando pela observação da aparência geral do RN: cor, respiração, comportamento, atividade e postura. Em seguida, prossegue-se com a avaliação física, baseada na lógica cefalo-caudal: avaliação da cabeça (incluindo as fontanelas e simetria geral), face, nariz, boca (incluindo o palato), ouvidos e características faciais; olhos, nomeadamente, opacidades, reflexo do olho vermelho e cor da esclerótica; avaliar proporções e simetria do pescoço, clavículas, membros, mãos, pés e dedos; auscultação cardiopulmonar, nomeadamente, frequência cardíaca, sopros e pulso femoral, frequência e sons pulmonares; abdómen: avaliar e palpar para identificar qualquer organomegalia; verificar características do coto do cordão umbilical; genitália e ânus (nos meninos perceber se os testículos estão já dentro da bolsa escrotal); coluna vertebral: inspecionar e palpar estruturas ósseas; verificar a integridade da pele: cor e textura, bem como quaisquer marcas de nascença ou erupções cutâneas; avaliar tónus muscular, comportamento, movimentos, postura e o choro (NICE, 2021a; SPN, 2023).

Nos primeiros dias de vida, é comum alguns RN apresentarem a pele e escleróticas amareladas. A icterícia neonatal consiste na coloração amarela da pele e dos olhos, quando os níveis de

bilirrubina no sangue ultrapassam 5mg/dl. Essa coloração geralmente surge no sentido cefolocal, começando no rosto, incluindo os olhos e mucosas, e prosseguindo para as extremidades, desaparecendo na ordem inversa. A hiperbilirrubinemia, na maioria dos casos, não indica uma doença subjacente e é classificada como icterícia fisiológica, ocorrendo após as 24 horas de vida, tipicamente entre o terceiro e o quinto dia de vida, devido ao alto volume de glóbulos vermelhos, à curta vida desses glóbulos e à imaturidade do fígado dos recém-nascidos. O tratamento mais comum para reduzir os níveis de bilirrubina é a fototerapia, uma intervenção amplamente usada e considerada como segura e eficaz na redução da bilirrubina total, prevenindo a neurotoxicidade da bilirrubina (SPN, 2018).

Segundo Kemper et al. (2022), a amamentação é essencial durante a fototerapia para o tratamento da icterícia neonatal. O EEESMO deve assegurar que a amamentação seja frequente, recomendando pelo menos oito a 12 vezes em 24 horas, de forma a promover a eliminação da bilirrubina através das fezes e da urina, contribuindo para a redução dos níveis de bilirrubina no sangue. Além disso, a manutenção da amamentação é crucial para garantir uma hidratação adequada do RN, prevenindo a desidratação, que pode ser exacerbada pela fototerapia. A observação da pele e das mucosas é necessária para detectar sinais de irritação ou queimadura devido à exposição da luz e a importância de alterar a posição a cada duas horas. Além disso, os níveis de bilirrubina devem ser verificados regularmente para avaliar a eficácia da fototerapia e ajustar o tratamento conforme necessário, garantindo a segurança e o bem-estar do RN durante o tratamento (Kemper et al., 2022).

Segundo Farias et al. (2024), o EEESMO deve monitorizar atentamente a temperatura do RN, uma vez que a fototerapia pode provocar alterações na regulação térmica, e assegurar que o ambiente esteja ajustado para manter a temperatura corporal adequada. Para além disso, o EEESMO deve proporcionar orientação e o suporte às mães e pais, fornecendo informações sobre como manter reconhecer sinais de alerta relacionados ao estado do seu bebé.

### **Reflexo de sucção**

O reflexo de sucção é, talvez, um dos mais importantes no RN. Para se alimentar de forma eficaz, o bebé tem que coordenar os reflexos de sucção e deglutição com a respiração (Kaur & Sharma, 2016).

Ainda durante a gravidez os bebés desenvolvem este reflexo, bocejando, sugando nos dedos e engolindo o líquido amniótico. No entanto, só se encontra completamente desenvolvido por volta das 36 semanas. É instintivo até aos dois a três meses de vida, se for estimulado através do palato, seja com o dedo, o biberão, a chupeta ou a mama. Após este tempo, passa a ser um esforço consciente (Kaur & Sharma, 2016).

Apesar de ser, maioritariamente, associada à alimentação, a sucção tem, também, como

função, acalmar o bebê (Kaur & Sharma, 2016). Nomeadamente, como afirmam Shah et al. (2012) e ACOG & APA (2017), a amamentação e a sucção não nutritiva (através, por exemplo, da utilização da chupeta e da sacarose/glicose) são recomendadas quando os bebês são submetidos a procedimentos dolorosos, pois proporcionam o alívio da dor.

### **Eliminação urinária**

A urina é, geralmente, eliminada nas primeiras 12 horas de vida. A vigilância do número de micções e características da urina é fundamental, uma vez que demonstra a eficácia da alimentação e do aporte hídrico do RN (ACOG & APA, 2017).

À medida que o tempo de vida do RN aumenta, o número de micções aumenta também. No primeiro dia de vida, o RN deve apresentar, pelo menos, uma a duas micções; entre o segundo e o sexto dia de vida, deve apresentar cinco a oito micções diárias; a partir do sexto dia de vida, deve apresentar cinco/seis micções diárias (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).

Relativamente à cor da urina, esta deve ser amarelo-claro. Pode, por vezes, surgir na fralda uma coloração alaranjada, devido à eliminação de cristais de urato na urina, que resultam da concentração de ácido úrico, e que pode ser confundida com sangue. O aparecimento destes cristais é comum nos primeiros dias de vida, sobretudo em RN que são amamentados exclusivamente, uma vez que o colostro existe em pouco volume, o que pode reduzir a produção de urina e aumentar a concentração dos cristais. No entanto, se continuarem a aparecer após esse período, pode ser sinal de desidratação ou dificuldades na alimentação (Lowdermilk & Perry, 2008).

Esses cristais são mais comuns em recém-nascidos amamentados, pois durante os primeiros dias o bebê consome o colostro, um líquido rico em nutrientes, mas em menor volume, o que pode reduzir a produção de urina e aumentar a concentração dos cristais. Em condições normais, eles desaparecem sozinhos dentro de alguns dias. No entanto, se continuarem a aparecer após esse período, pode ser sinal de desidratação ou dificuldades na alimentação, exigindo acompanhamento médico.

É fundamental a vigilância, tanto das características da urina, como a frequência das micções, sobretudo da primeira micção de vida uma vez que, se o RN não tiver apresentado nenhuma micção nas primeiras 24 horas após o nascimento, pode existir uma obstrução no trato genitourinário (ACOG & APA, 2017).

### **Eliminação intestinal**

Durante os primeiros dias de vida as fezes vão modificando quanto à sua consistência e cor.

O mecônio é, habitualmente, eliminado nas primeiras 24 horas após o nascimento (ACOG & APA, 2017). São as primeiras fezes do RN, de cor preta ou esverdeado escuro, e consistência espessa e pegajosa (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).

Em seguida, as fezes tornam-se mais claras, nomeadamente, amarelo mostarda (fezes de transição), e o bebé deve apresentar, no mínimo, três dejeções diárias (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, 2017).

É fundamental a vigilância, principalmente nas primeiras 48 horas de vida uma vez que, se o RN não tiver apresentado nenhuma dejeção após o nascimento, pode existir uma obstrução no trato gastrointestinal inferior (ACOG & APA, 2017).

## 5.4. Conceção de Cuidados

### Reflexo de sucção

31-01-2024 15:00

31-01-2024 15:00 - Sem acanolamento da língua.

31-01-2024 15:00 - Sem peristaltismo da língua.

31-01-2024 15:00 - Com força de sucção.

### Recém-nascido

31-01-2024 15:00

#### **31-01-2024 15:00 - Recém-nascido**

##### **31-01-2024 15:00 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical**

*31-01-2024 15:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical*

## 5.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

- Explicar que a vigilância do coto do cordão umbilical deve sempre realizada em todas as mudas da fralda.
- Avaliar coto do cordão umbilical quanto às suas características: aspeto (gelatinoso, humedecido, mumificado), cheiro (suigeneris, odor fétido) e tipo de exsudado (cor, consistência, seroso, serohemático, hemático, purulento) (Sequeira et al., 2020).
- Avaliar estado da pele peri umbilical quanto à presença de sinais inflamatórios (rubor, calor, dor e edema periumbilical) (Sequeira et al., 2020).
- Explicar que se deve realizar o tratamento do coto do cordão umbilical todos os dias e em SOS, ou seja, quando o coto é sujo com fezes ou urina, podendo optar-se por realizar a limpeza no banho (Sequeira et al., 2020).
- É esperado que caia entre o quinto e o 20.º dia de vida e, conforme, os dias vão passando

o seu aspeto torna-se progressivamente mais seco e escuro. Após a queda do coto do cordão umbilical, deve continuar a realizar-se a limpeza até à completa cicatrização da pele (Sequeira et al., 2020).

## **5.6. Síntese relativa ao caso**

Face aos domínios enunciados, foi possível desenvolver competências no âmbito da vigilância da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

## 6. A INTERVENÇÃO DO EEESMO NA FASE LATENTE E ATIVA DO TRABALHO DE PARTO

Trabalho de parto e parto: caso clínico 1

### 6.1. Enquadramento teórico

Grávida com 40 semanas de gestação. II Gesta, I Para (um parto eutócico anterior há quatro anos). É portadora do grupo sanguíneo O Rh positivo e tem resultado analítico de *Streptococcus* do grupo B negativo.

Deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia em TP, pelas 05:00h, tendo solicitado a colocação de cateter epidural, que foi colocado pelas 07:00h.

A última avaliação tocológica foi realizada pelas 07:30h, pela equipa médica, e apresentava quatro centímetros de dilatação, colo amolecido, intermédio, 50% extinto; membranas amnióticas íntegras; apresentação cefálica acima do primeiro plano de Hodge. Iniciou perfusão de ocitocina pelas 07:30h, por indicação médica, que se encontra a 30ml/hora, conforme protocolo do serviço.

Não tem plano de parto escrito, mas foram questionadas todas as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, tendo sido consideradas durante a conceção de cuidados. A não existência de um plano escrito não significa que a mulher não tenha expectativas face ao parto, sendo que essas expectativas estão, habitualmente, relacionadas com o parto em si, com a pessoa significativa, o filho, os profissionais ou o ambiente, pelo que as suas preferências devem ser sempre questionadas (Cardoso et al., 2023b). Referiu, apenas, que tem a expectativa de um parto vaginal sem episiotomia, e quer realizar contacto pele com pele ao nascimento.

A escolha deste caso clínico decorreu da oportunidade de adquirir competências na promoção da saúde da mulher e do feto durante o TP, garantindo intervenções de qualidade e com risco controlado para manter um ambiente seguro, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2019) no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, onde foram realizadas as seguintes atividades:

- Identificação e monitorização do trabalho de parto;
- Atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;

- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções adequadas à evolução do TP, para otimizar as condições de saúde da mãe e do feto;
- Cooperação com outros profissionais de saúde na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

No caso clínico apresentado foi realizado o acompanhamento durante a fase latente e ativa do primeiro período do TP, onde foram utilizadas estratégias facilitadoras do mesmo, nomeadamente, deambulação, alternância de posições e o uso de dispositivos. A parturiente manifestou, também, que era sua vontade recorrer o menor número de vezes possível à terapêutica analgésica, preferindo adotar estratégias não farmacológicas para alívio da dor, pelo que foram implementadas intervenções neste sentido.

## 6.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 37 anos | Feminino

## 6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-05-17 08:00:00	Ocitocina 10UI em 1000ml NaCL + Glicose 5% a 30ml/h (conforme protocolo)	
2024-05-17 08:00:00	Ropivacaína 2mg/ml (pelo cateter epidural) - 10mg	

### 6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Ocitocina

A ocitocina pertence ao grupo de medicamentos denominados ocitócicos (medicamentos que favorecem o início do TP, estimulando as contrações) (Infarmed, 2021).

No entanto, a ocitocina pode ter alguns efeitos indesejáveis, tais como, a hipertonicidade, a bradicardia fetal e a hemorragia pós-parto, entre outros (Infarmed, 2021; Nunes et al., 2021).

Quando utilizada em doses elevadas, está associada a um maior risco de HPP, sendo recomendado o seu uso de forma cautelosa (Bernitz et al., 2023).

O principal risco associado à perfusão de ocitocina é a taquissistolia (atividade uterina contrátil excessiva), que se caracteriza por ocorrerem mais de cinco contrações em dois períodos sucessivos de 10 minutos, ou mais de 15 contrações em 30 minutos. A taquissistolia pode causar hipóxia fetal, uma vez que o intervalo de tempo entre contrações não é o fisiologicamente necessário para o adequado restabelecimento da oxigenação do feto. Segundo os dados existentes, o tempo necessário para que a oxigenação fetal se restabeleça após cada contração é de, aproximadamente, 90 segundos no TP espontâneo, enquanto que no TP em que é utilizada ocitocina é, em média, 138 segundos (Nunes et al., 2021).

É fundamental realizar um registo cardiotocográfico antes de se iniciar a administração da ocitocina, durante pelo menos 30 minutos, sem taquissistolia, e manter a monitorização contínua até ao nascimento, com vigilância rigorosa da atividade contrátil e do bem-estar fetal (Nunes et al., 2021).

A taquissistolia deve ser evitada, pelo que a taxa de perfusão deve ser reduzida se a frequência das contrações uterinas exceder as cinco contrações em 10 minutos, mesmo na presença de uma CTG normal e sem sinais de hipóxia fetal (Nunes et al., 2021).

## **Ropivacaína**

A ropivacaína é um anestésico local de longa ação do tipo amida, que exerce efeitos tanto anestésicos como analgésicos, e a sua principal característica é a sua longa duração e ação (Infarmed, 2022).

As reações adversas mais frequentemente associadas à administração de ropivacaína são as náuseas e vômitos, parestesias, cefaleias, tonturas, retenção urinária, entre outros. No entanto, as náuseas e a hipotensão, estão também associadas à anestesia, pelo que não é possível distinguir se são causadas pelo medicamento ou pelo bloqueio epidural (Infarmed, 2022).

A DGS (2023) recomenda a avaliação do nível sensitivo e motor do bloqueio 20 minutos após a administração de cada bólus e de hora a hora na perfusão contínua, através da escala de Bromage, em que zero significa ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés), um significa bloqueio parcial (capaz de elevar os joelhos), dois significa bloqueio quase completo (apenas capaz de mexer os pés), e três significa bloqueio completo (incapaz de mover os joelhos ou os pés). Caso se obtenha uma pontuação superior a dois, deverá ser contactado o Anestesiologista.

O EEESMO deve aplicar a escala a todas as grávidas submetidas a analgesia epidural, de forma a melhorarem/aumentarem a mobilidade ou permitirem a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor (Sequeira et al., 2020). A mobilização deve ser incentivada se a pontuação for zero, devendo o primeiro levante após a administração de cada bólus ser supervisionado por um EEESMO (DGS, 2023).

## 6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

### Sondas, Drenos e Cateteres

17-05-2024 08:00

#### **17-05-2024 08:00 - Cateter epidural**

##### **17-05-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural**

*17-05-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural [SOS]*

#### **17-05-2024 08:00 - Cateter venoso periférico**

17-05-2024 08:00 - Localização do cateter venoso periférico

17-05-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o)

##### **17-05-2024 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

*17-05-2024 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]*

##### **17-05-2024 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

*17-05-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

##### **17-05-2024 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

*17-05-2024 08:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]*

### 6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

#### **Cateter venoso periférico**

O cateterismo venoso em mulheres admitidas na sala de partos é comum pela necessidade de ser utilizado para hidratação endovenosa, administração de antibióticos ou ocitocina durante o TP (Tan et al., 2016).

É fundamental, ainda, assegurar todos cuidados de enfermagem para manter a permeabilidade do cateter, para que seja possível a sua utilização em casos urgentes ou emergentes. Estes

cuidados baseiam-se na vigilância contínua para a deteção precoce de sinais inflamatórios, tais como, dor, edema, rubor e calor (Tendeiro et al., 2023).

### **Cateter epidural**

A analgesia epidural é a forma mais eficaz para o alívio da dor do TP e é recomendada pela WHO (Halliday et al., 2022).

O espaço epidural é um espaço virtual, localizado entre o ligamento amarelo e a dura-máter, formado por tecido adiposo, vasos sanguíneos e raízes nervosas espinhais. A medula espinal termina, aproximadamente, em L1-L2, e o cateter epidural é introduzido abaixo desse nível, para minimizar o risco de lesão nervosa (Halliday et al., 2022).

Durante o TP, a contração uterina e a dilatação cervical estimulam as fibras aferentes nociceptivas que conduzem o estímulo para os nervos espinhais T10-L1, provocando uma dor visceral mal localizada. À medida que a cabeça fetal desce, dá-se o estiramento do períneo e da vagina, e as fibras de dor são ativadas através do nervo pudendo e das raízes espinhais S2-S4. Para modificar essas vias aferentes e obter analgesia, os anestésicos locais e opiáceos são administrados no espaço epidural (Halliday et al., 2022).

Existem vários efeitos adversos associados à colocação do cateter epidural, tais como, hipotensão, cefaleia intensa (por picada acidental da dura-máter), bloqueio incompleto ou bloqueio excessivo, abscesso ou hematoma no local da punção. Associados a fármacos, podem ocorrer náuseas ou vômitos, retenção urinária e prurido (Halliday et al., 2022).

É fundamental assegurar todos os cuidados de enfermagem, entre eles, a vigilância de sinais inflamatórios e efeitos adversos que podem surgir, tanto na colocação do cateter epidural, como na administração da medicação (Pasin & Schnath, 2007).

## **6.5. Domínios**

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
17-05-2024 08:00	Sistema cardiovascular	
17-05-2024 08:00	Eliminação urinária	
17-05-2024 08:00	Parto	
17-05-2024 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

### **6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico**

#### **Sistema cardiovascular**

A administração de ocitocina endovenosa, assim como analgesia através do cateter epidural, pode provocar hipotensão, devido aos efeitos vasodilatadores destes fármacos. Como a ocitocina diminui o tónus vascular, pode levar à diminuição da pressão arterial e ao aumento da frequência cardíaca. Consequentemente, a utilização combinada da ocitocina e da analgesia epidural pode potenciar estes efeitos, havendo um risco aumento de hipotensão (Rabow et al., 2018).

A DGS (2023) recomenda a avaliação da pressão arterial e do pulso radial a cada cinco minutos, após a administração de bólus epidural, até 20 minutos após o bloqueio e, posteriormente, a cada 15 minutos. Recomenda, também, a administração de soro antes da colocação do cateter epidural, nomeadamente, uma solução polieletrolítica com glucose a 5%, ao ritmo de 125ml/hora.

É preconizado, também, a avaliação da pressão sanguínea e do pulso radial no momento do internamento hospitalar e, após isso, a cada quatro horas, quer na fase latente, quer na fase ativa do TP (DGS, 2023).

Por este motivo, é fundamental a avaliação da pressão arterial, para prevenção de complicações.

#### **Eliminação Urinária**

A bexiga distendida durante o TP pode impedir a descida da apresentação fetal, inibir as contrações e provocar uma diminuição do tónus da bexiga ou atonia uterina no pós-parto (Graça, 2017).

Assim sendo, é fundamental incentivar a micção espontânea. Quando esta não ocorre há mais de seis horas, deve ser avaliada a presença de globo vesical e, caso seja volumoso, propor o esvaziamento vesical através de cateter (DGS, 2023).

#### **Parto**

O TP refere-se ao processo fisiológico através do qual o feto, o líquido amniótico, a placenta e as membranas amnióticas são expulsos, do útero até ao canal vaginal. É definido pela presença de contrações uterinas regulares, associadas ao apagamento e dilatação do colo do útero e descida

fetal (Hutchison et al., 2023).

Divide-se em três períodos: o primeiro período, que compreende as fases latente e ativa, começa com o verdadeiro TP e estende-se até à dilatação completa do colo do útero; o segundo período, que se inicia quando o colo do útero atinge a dilatação completa e termina com o nascimento; o terceiro período, que corresponde à dequitação (separação da placenta da parede uterina, a sua descida e expulsão através do canal de parto) (Hutchison et al., 2023).

Segundo a WHO (2018a), o primeiro período do TP divide-se em duas fases: a fase latente, que se caracteriza por contrações uterinas dolorosas e alterações do colo do útero, nomeadamente, algum grau de apagamento e progressão relativamente lenta da dilatação, até aos cinco centímetros; a fase ativa, que se caracteriza por contrações uterinas dolorosas regulares, apagamento substancial do colo do útero e progressão mais rápida da dilatação cervical, dos cinco centímetros até à dilatação completa. A duração média da fase latente é de seis horas a sete horas e meia em nulíparas e de quatro horas e meia a cinco horas e meia em múltiparas, enquanto que a fase ativa do primeiro período do TP dura, em média, quatro horas em nulíparas e três horas em múltiparas.

O caso clínico escolhido trata-se de uma indução de TP com ocitocina. A indução consiste no processo de estimulação artificial do útero para dar início ao TP. É realizada, habitualmente, através administração de prostaglandinas, ocitocina ou através da rotura artificial das membranas amnióticas (NICE, 2021b; WHO, 2018b).

O TP induzido pode ser mais doloroso em comparação com o espontâneo (NICE, 2021b).

O tipo de dor e a sua intensidade alteram-se ao longo do TP. Durante o primeiro período predomina a dor visceral, onde estímulos do colo do útero, útero e ligamentos pélvicos são transmitidos por fibras simpáticas aos gânglios da raiz nervosa posterior em T10-L1. Esta dor é projetada para partes do corpo como o abdómen e a zona lombar (Zuarez-Easton et al., 2023).

A perceção da dor pode ser influenciada por fatores emocionais, motivacionais, culturais e sociais. O senso de controlo que a mulher tem do seu corpo e da progressão do seu TP é um fator importante na perceção da sua dor (Zuarez-Easton et al., 2023).

Para além disto, o TP induzido implica um maior número de exames vaginais para avaliação do colo do útero, antes e durante a indução. Esta avaliação auxilia na determinação do método de indução mais apropriado e permite monitorizar a evolução durante o processo (NICE, 2021b; WHO, 2018b).

No entanto, o TP induzido pode estar associado a um aumento dos riscos de complicações, principalmente, hemorragias, hiperestimulação uterina, rotura uterina, cesarianas, entre outro (NICE, 2021b; WHO, 2018b).

Por este motivo, as mulheres com gravidezes não complicadas, devem ser incentivadas a

aguardar pelo início espontâneo do TP que começa, geralmente, antes das 42 semanas de gestação. Apesar de a indução do TP não estar recomendada em gravidezes não complicadas, com idade gestacional inferior a 41 semanas, poderá ser uma opção, devendo ser discutidos os riscos, benefícios e todas as implicações associadas (NICE, 2021b; WHO, 2018b).

No caso apresentado foi realizado o acompanhamento durante o primeiro período do TP, tendo sido implementadas intervenções com o objetivo de facilitar o TP e promover o parto eutócico.

## 6.6. Conceção de Cuidados

### Sistema cardiovascular

17-05-2024 08:00

17-05-2024 08:00 - Localização do Pulso

17-05-2024 08:00 - Antebraço Esquerda(o)

17-05-2024 08:00 - Frequência do pulso: 87 pulsações por minuto.

17-05-2024 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-05-2024 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

17-05-2024 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 111 mmHg.

17-05-2024 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 63 mmHg.

**17-05-2024 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*17-05-2024 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [4/4h]*

17-05-2024 11:30

17-05-2024 11:30 - Localização do Pulso

17-05-2024 11:30 - Antebraço Esquerda(o)

17-05-2024 11:30 - Frequência do pulso: 93 pulsações por minuto.

17-05-2024 11:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-05-2024 11:30 - Membro superior Esquerda(o)

17-05-2024 11:30 - Pressão sanguínea sistólica: 114 mmHg.

17-05-2024 11:30 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

### Eliminação urinária

17-05-2024 08:00

17-05-2024 08:00 - Reconhece a vontade de urinar.

17-05-2024 08:00 - Sem globo vesical.

**17-05-2024 08:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária**

*17-05-2024 08:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária*

17-05-2024 11:30

17-05-2024 11:30 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

17-05-2024 11:30 - Sem globo vesical [MANTEVE].

17-05-2024 14:05

17-05-2024 14:05 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

17-05-2024 14:05 - Sem globo vesical [MANTEVE].

**Parto**

17-05-2024 08:00

17-05-2024 08:00 - Posição do colo do útero: intermédia.

17-05-2024 08:00 - Consistência do colo do útero: mole.

17-05-2024 08:00 - Extinção do colo do útero: 50%.

17-05-2024 08:00 - Dilatação do colo do útero: 4 cm.

17-05-2024 08:00 - Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .

17-05-2024 08:00 - Duração da contração uterina: 20 Segundos.

17-05-2024 08:00 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

17-05-2024 08:00 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

17-05-2024 08:00 - Apresentação fetal: cefálica.

17-05-2024 08:00 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.

17-05-2024 08:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

17-05-2024 08:00 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

17-05-2024 08:00 - Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado.

**17-05-2024 08:00 - Trabalho de parto****17-05-2024 08:00 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto***17-05-2024 08:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto [4/4h ou SOS]***17-05-2024 08:00 - Facilitar trabalho de parto/nascimento***17-05-2024 08:00 - Assistir no posicionar**17-05-2024 08:00 - Gerir ingestão de líquidos**17-05-2024 08:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto***17-05-2024 08:00 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto***17-05-2024 08:00 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.***17-05-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto***17-05-2024 08:00 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto**17-05-2024 08:00 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia***17-05-2024 08:00 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto***17-05-2024 08:00 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.**17-05-2024 08:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto**17-05-2024 08:00 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto**17-05-2024 08:00 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto**17-05-2024 08:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento*

**17-05-2024 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto**

*17-05-2024 08:00 - Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto*

**17-05-2024 08:00 - Controlar dor de trabalho de parto**

*17-05-2024 08:00 - Gerir analgesia*

17-05-2024 11:30

- 17-05-2024 11:30 - Posição do colo do útero: anterior.
- 17-05-2024 11:30 - Consistência do colo do útero: mole.
- 17-05-2024 11:30 - Extinção do colo do útero: 80%.
- 17-05-2024 11:30 - Dilatação do colo do útero: 6 cm.
- 17-05-2024 11:30 - Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
- 17-05-2024 11:30 - Duração da contração uterina: 25 Segundos.
- 17-05-2024 11:30 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
- 17-05-2024 11:30 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
- 17-05-2024 11:30 - Apresentação fetal: cefálica.
- 17-05-2024 11:30 - Descida do feto: 1.º plano de Hodge.
- 17-05-2024 11:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
- 17-05-2024 11:30 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

17-05-2024 14:05

- 17-05-2024 14:05 - Posição do colo do útero: anterior.
- 17-05-2024 14:05 - Consistência do colo do útero: mole.
- 17-05-2024 14:05 - Extinção do colo do útero: 100%.
- 17-05-2024 14:05 - Dilatação do colo do útero: 8 cm.
- 17-05-2024 14:05 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
- 17-05-2024 14:05 - Duração da contração uterina: 35 Segundos.
- 17-05-2024 14:05 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
- 17-05-2024 14:05 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
- 17-05-2024 14:05 - Apresentação fetal: cefálica.
- 17-05-2024 14:05 - Descida do feto: 1.º plano de Hodge.
- 17-05-2024 14:05 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
- 17-05-2024 14:05 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

## **6.7. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame tocológico: lavar as mãos antes e após o procedimento; assegurar a privacidade; explicar a necessidade da realização do exame, explicar o procedimento e pedir consentimento; pedir à mulher que se posicione em decúbito dorsal, com os

membros inferiores em abdução e calcanhares juntos; realizar o toque vaginal.

- No toque vaginal avalia-se a dilatação e extinção do colo do útero, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal (atitude, situação, variedade, apresentação e ponto de referência), e a progressão da apresentação fetal através dos planos de Hodge.
- Avaliar bem-estar fetal, através do traçado cardiotocográfico, tendo em conta os seguintes parâmetros: linha de base da FCF (o normal é entre 110-160bpm), variabilidade (em que a amplitude média da FCF deve variar entre cinco e 25bpm), presença de acelerações e desacelerações, e contratilidade uterina (Sequeira et al., 2020).

Assistir no posicionar

- Assistir na mudança de posição, conforme preferências da mulher: decúbito lateral com a bola de amendoim, sentada na bola de parto, em pé.

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Incentivar a micção espontânea.
- Questionar sobre a hora da última micção. Se necessário, avaliar a presença de globo vesical.

Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

- A massagem e a aplicação de calor durante o TP, mesmo na fase ativa, são eficazes na redução da percepção da dor (Türkmen & Oran, 2021).
- A massagem na região lombar é eficaz não só porque provoca o aumento da libertação de endorfinas, mas, também, porque a pressão aplicada permite o alívio da tensão sentida nessa região (Pawale & Salunkhe, 2020).
- Durante o TP, a massagem pode ser utilizada com dois objetivos diferentes: a massagem suave, que é realizada entre as contrações, de forma a promover a libertação de endorfinas, diminuir a tensão muscular e promover o relaxamento; massagem com pressão, que é utilizada durante a contração, para modular a percepção que a mulher tem da dor, e realiza-se pressionando as nádegas, em particular o músculo piriforme, proporcionando o alívio da dor (Cardoso et al., 2023b).
- A aplicação de calor é utilizada para promover um estímulo agradável na área dolorosa. O calor aumenta a temperatura da pele e ativa a circulação, reduzindo os espasmos e aumentando o limiar da dor. Pode ser aplicado através de uma toalha quente húmida, botija de água quente, embalagem de gel aquecida ou almofada térmica de sementes (Cardoso et al., 2023b).

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

- A dor é uma experiência subjetiva. As estratégias para lidar com a dor do TP têm como objetivo ajudar a mulher a lidar melhor com a dor e manter a sensação de autocontrolo sobre o seu parto (Cardoso et al., 2023b).
- Questionar sobre que estratégias utiliza habitualmente, por exemplo, massagem, aplicação de calor, posicionamento, etc.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Encorajar a deambulação e os movimentos da bacia.
- Disponibilizar dispositivos facilitadores do TP.

Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

- A grávida referiu utilizar a massagem e a aplicação de calor, pelo que foi auxiliada e incentivada a pôr em prática estas estratégias.

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- A utilização de dispositivos poderá facilitar a adoção de posições promotoras da mobilidade da pelve. Para além de facilitar a descida e rotação da apresentação fetal, ajudam a mulher a sentir-se mais confortável (Cardoso et al., 2023b).
- Existem vários dispositivos, tendo disponíveis no serviço a bola de parto e a bola de amendoim.
- O uso da bola de parto permite a verticalidade e a mobilidade durante o TP. Sentada ou apoiada na bola, usando o movimento, a gravidade e a postura ereta, facilita a mobilidade da pelve e a descida fetal. Demonstrar exercícios que podem ser realizados: na posição: sentada (atendendo à posição anca Joelho-tornozelo em ângulo 90°), realizar movimentos de "saltitar" em cima da bola, movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito (Cardoso et al., 2023b).
- Demonstrar exercícios que podem ser realizados com a bola de amendoim. Na posição deitada de lado, colocar a bola entre as coxas, com uma das pernas pousada na cama ligeiramente fletida, e com a outra perna sobre a zona mais estreita da bola em ângulo reto entre a anca e joelho e o pé fica apoiado na cama; colocar a bola sobre o colchão, paralela ao corpo, e apoiar o joelho na parte mais larga da bola e o pé na outra parte mais alta. Na posição semi-sentada, colocar a bola sobre a cama, apoiando uma das pernas na parte mais estreita da bola, a outra perna em abdução a rodear a parte mais larga da bola pousada na cama (Cardoso et al., 2023b).

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- Demonstrar como realizar os exercícios, associando a respiração.
- Na posição de quatro apoios, com os ombros apoiados nos pulsos e os joelhos diretamente abaixo dos quadris: começar a inspirar e expirar pelo nariz. À medida que se prolonga cada respiração o máximo possível, começar a aumentar a frequência respiratória, mudando o movimento para o diafragma. Em seguida, começar a "abrir" e a "fechar" a pelve, expirando e baixando a zona lombar e caixa torácica, inspirando e erguendo o cóccix para o "céu". Por fim, começar a balançar a pelve para a frente e para trás, em que ao inspirar se move a pelve em direção aos calcanhares e ao expirar se volta à posição inicial (Cardoso et al., 2023b).
- Em pé, com os pés ligeiramente afastados e joelhos ligeiramente fletidos, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas, desenhar movimentos circulares para a esquerda e para a direita ou para a frente e para trás, e movimentos de desenhar o sinal de infinito (Cardoso et al., 2023b).
- Na posição deitada: em decúbito lateral, trazer o joelho ao abdómen, usando uma almofada para produzir assimetria); em decúbito dorsal, fazendo movimentos dos ísquios para a esquerda e para a direita (Cardoso et al., 2023b).

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Assegurar a privacidade. A privacidade é crucial para reduzir a atividade do neocórtex e

promover a libertação de ocitocina. A sensação de estar a ser observado está associada a um aumento da atividade neocortical e conseqüente libertação de adrenalina (Cardoso et al., 2023b).

- Promover ambiente calmo, conforme preferência do casal.
- Sugerir reduzir a intensidade das luzes, se assim o desejarem. O controlo da intensidade da luz é uma das maneiras mais simples de fornecer às mulheres controlo sobre o seu ambiente de parto (Cardoso et al., 2023b).
- Sugerir a colocação de música ambiente, uma vez que ouvir música durante o TP pode promover o alívio da dor, ajudando a relaxar, reduzindo a ansiedade e proporcionando uma fonte positiva de distração durante o TP (Cardoso et al., 2023b).

#### Gerir analgesia

- Monitorizar dor do TP.
- Administrar terapêutica analgésica conforme prescrição.

#### Gerir ingestão de líquidos

- Explicar a importância de se manter hidratada durante o TP (DGS, 2023; WHO, 2018a).
- Uma vez que se preconiza a ingestão de líquidos claros, como água, chá, sumos de fruta sem polpa ou gelatinas, foi oferecida gelatina e chá várias vezes, ao longo de todo o turno, de acordo com a preferência da mulher e a disponibilidade do serviço (DGS, 2023; WHO, 2018a).

#### Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- A experiência de parto é entendida de forma mais positiva quando há suporte contínuo de uma pessoa significativa. Assim sendo, o EEESMO deve incentivar a pessoa significativa que está presente a estar envolvida em todo o TP (Cardoso et al., 2023b).
- A pessoa significativa pode dar suporte através de apoio na deambulação e massagem mas, também, dando apoio emocional e encorajando a manutenção da confiança (Cardoso et al., 2023b).
- Demonstrar como se posicionar aquando da realização dos exercícios na bola de parto: atrás da grávida, colocando as suas mãos de forma a dar suporte nos movimentos com a bola.
- Demonstrar como realizar a massagem.

#### Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Manter a vigilância contínua para a deteção precoce de sinais inflamatórios, tais como, dor, edema, rubor e calor (Tendeiro et al., 2023).

#### Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

- É fundamental assegurar todos os cuidados de enfermagem, entre eles, a vigilância de sinais inflamatórios e efeitos adversos (Pasin & Schnath, 2007).

#### Avaliar evolução da pressão sanguínea

- A administração de ocitocina endovenosa, assim como analgesia através do cateter epidural, pode provocar hipotensão (DGS, 2023).
- A DGS (2023) recomenda a avaliação da pressão sanguínea e do pulso radial a cada cinco

minutos, após a administração de bólus epidural, até 20 minutos após o bloqueio e, posteriormente, a cada 15 minutos.

## 6.8. Síntese relativa ao caso

No início do turno, pelas 08:00h, a parturiente encontra-se com perfusão de ocitocina e monitorização contínua por telemetria.

Tendo em conta a informação recebida na passagem de turno, a última avaliação tocológica foi realizada pelas 07:30h, pela equipa médica. Apesar de a WHO (2018b) recomendar a frequência do toque vaginal de quatro em quatro horas, a partir da fase ativa do TP, em mulheres de baixo risco, e de a parturiente se encontrar ainda na fase latente, o protocolo do serviço preconiza a avaliação tocológica, pelo menos, de quatro em quatro horas a todas as mulheres admitidas em TP. Foi, por isso, realizada uma nova avaliação tocológica pelas 11:30h (apresentava seis centímetros de dilatação, colo amolecido, anterior, 80% extinto; membranas amnióticas íntegras; apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge).

A avaliação tocológica possibilita obter dados importantes para a avaliação da evolução do TP. Através do toque por via vaginal, avalia-se a dilatação, a extinção, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal e a progressão da apresentação fetal pelos planos de Hodge.

A avaliação da estática fetal, que se define como a relação entre o feto, o útero e a bacia materna, compreende a atitude, a situação, a apresentação e o ponto de referência (Nené et al., 2016):

- Atitude: relação entre as partes moles entre si. Pode ser extensão ou flexão.
- Situação: relação entre o maior eixo materno e fetal. Pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua.
- Apresentação: parte fetal que se situa no estreito superior da pelve. Pode ser cefálica, pélvica ou espádua.
- Ponto de referência: parte fetal identificável pelo toque vaginal, e que é utilizado para identificar a posição e a variedade. Pode ser a escama do occipital na apresentação cefálica, o mento na apresentação de face, ou o sacro na apresentação pélvica.

A identificação dos planos de Hodge visa determinar a descida da apresentação fetal. Divide os planos anatómicos em quatro, relacionando-os com o vértice da apresentação: primeiro plano de Hodge, entre o bordo superior da sínfise púbica e o promontório; segundo plano de Hodge, entre o bordo inferior da sínfise púbica e a primeira/segunda articulação do sacro; terceiro plano de Hodge, ao nível das espinhas isquiáticas; quarto plano de Hodge, entre o vértice do cóccix e as partes moles (Nené et al., 2016).

A avaliação da evolução do TP inclui, para além da avaliação tocológica, a avaliação do bem-estar fetal através da CTG. A CTG é um método que contribui para a avaliação do bem-estar fetal, uma vez que permite o registo contínuo, em simultâneo, da FCF, das contrações uterinas e dos movimentos fetais ativos. A monitorização do bem-estar fetal através do cardiotocógrafo pode ser realizada de forma contínua (vigilância contínua da FCF em que há uma maior restrição de movimentos) ou intermitente (permite liberdade de movimentos no intervalo entre as avaliações). Segundo a WHO (2018a) e a NICE (2023), não existem vantagens na monitorização fetal contínua comparativamente com a monitorização intermitente, em relação aos resultados neonatais, mesmo nas induções do TP. O protocolo do serviço preconiza a monitorização contínua em todas as grávidas em TP, se possível, por telemetria, exceto por curtos períodos de tempo para utilizar o chuveiro.

Logo após a passagem de turno, no primeiro contacto com a parturiente, esta foi incentivada a utilizar algumas estratégias facilitadoras do TP, assim como os dispositivos disponíveis.

A posição supina, durante o primeiro período do TP, pode ter efeitos adversos para a mãe, para o feto e para a progressão do TP. No entanto, a posição vertical, reduz em cerca de uma hora o primeiro período do TP, em comparação com a posição semi-sentada, sendo que nesta última as mulheres necessitam de mais analgesia (ACOG, 2019; Lawrence et al., 2013; WHO, 2018a).

Foram sugeridas posições e exercícios de mobilidade facilitadores da progressão fetal, uma vez que na fase inicial do TP é importante a utilização de posições que facilitem o encravamento da apresentação fetal na bacia materna. Estes exercícios devem promover o afastamento dos ossos da bacia na pelve de entrada, nomeadamente exercícios basculantes, com as pernas afastadas e movimentos de bacia livre (Calais-Germain & Parés, 2009; Cardoso et al., 2023b).

A bacia apresenta diferentes diâmetros ao longo do canal de parto: a pelve de entrada, que constitui o maior diâmetro entre os ilíacos; o estreito médio; e a pelve de saída, que constitui o menor diâmetro, formado entre a parte inferior da sínfise púbica, os ísquios e o cóccix (Calais-German & Parés, 2009).

Até a apresentação fetal descer para o segundo plano de Hodge, as posições facilitadoras serão aquelas em que é possível aumentar o diâmetro do estreito superior da bacia realizando, por exemplo, a abdução ilíaca. Deste modo, se a parturiente for capaz de realizar os seus movimentos da bacia com os joelhos afastados, estará também a afastar as cristas ilíacas em direções opostas, facilitando assim a progressão da apresentação fetal para o primeiro ou para o segundo plano de Hodge (Calais-German & Parés, 2009).

A bola de parto pode ser utilizada para promover a movimentação e a mobilidade pélvica, contribuindo para a descida e rotação fetal, com conseqüente redução da duração do primeiro período do TP. A liberdade de movimentos proporcionada pela bola também explica o efeito na redução da dor, uma vez que permite que a mulher se torne mais ativa no TP, aumentando a

sensação de controlo e promovendo o desvio do foco da dor pela distração, ao mesmo tempo que contribui para o alívio das tensões musculares. No que diz respeito à redução da duração do TP, esta ocorre porque a posição vertical ou sentada na bola, permite que a gravidade atue na descida fetal, contribuindo para o melhor posicionamento do feto (Jha et al., 2023; Mendes et al., 2022).

Foi incentivado o envolvimento da pessoa significativa ao longo do TP, uma vez que a evidência demonstra que a presença da mesma proporciona maior segurança e uma experiência mais satisfatória, fortalece o vínculo familiar e promove o empoderamento da mulher, contribuindo para um ambiente mais harmonioso e menos traumático. Reflete, também, uma maior probabilidade de um parto vaginal, mais curto e com menor recurso a terapêutica analgésica (Castro et al., 2022; Paiva et al., 2023).

Apesar de ter solicitado a colocação de cateter epidural, era preferência da parturiente o menor recurso possível a medicação analgésica. Assim, foi questionado o casal sobre quais as estratégias que conheciam e utilizavam em casa para lidar com a dor, tendo referido a massagem e a aplicação de calor.

Existem várias estratégias para alívio da dor e que podem ser utilizadas durante o TP, nomeadamente, deambulação, alternância de posições, duche quente e massagem (ACOG, 2019; WHO, 2018a). Desta forma, com o objetivo de promover o autocontrolo para lidar com a dor do TP, assistiu-se a identificar estas estratégias, para que pudessem ser aplicadas pelo casal.

Ao longo de todo o turno, foi também sendo oferecido chá e gelatina, conforme preferência da parturiente, uma vez que está preconizada a ingestão de líquidos claros ou outros alimentos, como sumos de fruta sem polpa, gelatinas, chá ou refeições ligeiras (DGS, 2023; WHO, 2018a).

Pelas 14:05h, verificou-se a rotura espontânea das membranas amnióticas, tendo-se observado as características do líquido amniótico quanto à cor e ao cheiro, que se apresentavam normais. Foi realizada nova avaliação tocológica neste momento, apresentava oito centímetros de dilatação, colo amolecido, anterior, extinto; apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge.

Face aos domínios enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

### **DOMÍNIO: Sistema Cardiovascular**

- Determinar evolução da pressão sanguínea

## **DOMÍNIO: Eliminação Urinária**

- Determinar evolução de sinais de retenção urinária

## **DOMÍNIO: Parto**

### Trabalho de Parto

- Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto
- Facilitar trabalho de parto/nascimento
- Promover autocontrolo: lidar com o TP
- Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP
- Controlar dor de TP

## **DOMÍNIO: Sondas, Drenos e Cateteres**

### Cateter venoso periférico

- Assegurar funcionamento do cateter venoso periférico
- Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico
- Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

### Cateter epidural

- Assegurar funcionamento do cateter epidural
- Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, foram definidos os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

Neste contexto, foram definidos os diagnósticos "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto" e "Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto".

### **Relativamente ao diagnóstico "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto" é esperado:**

- Melhorar a capacidade da parturiente na utilização da bola de parto e da bola de amendoim;
- Melhorar a capacidade da parturiente para realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia, de acordo com a fase do trabalho de parto;
- Melhorar a capacidade da parturiente para adotar as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede.

**Relativamente ao diagnóstico "Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto" é esperado:**

- Melhorar a capacidade da parturiente em adotar posições e movimentos que a ajudem a lidar com a dor;
- Melhorar a capacidade da parturiente na aplicação de calor, como estratégia não farmacológica para lidar com a dor;
- Melhorar a capacidade da pessoa significativa na realização da massagem, como estratégia não farmacológica para lidar com a dor;
- Promover o senso de controlo.

Tendo em conta os resultados obtidos, foi possível considerar que as intervenções implementadas foram de encontro aos objetivos propostos.

## 7. A INTERVENÇÃO DO EEESMO NO PARTO NÃO MEDICALIZADO

Trabalho de parto e parto: caso clínico 2

### 7.1. Enquadramento teórico

Grávida com 38 semanas e 2 dias de gestação. I Gesta. É portadora do grupo sanguíneo B Rh positivo e tem resultado analítico de *Streptococcus* do grupo B negativo.

Deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia em TP, pelas 01:15h, tendo sido realizada avaliação tocológica nessa altura, e apresentava sete centímetros de dilatação, colo amolecido, anterior, extinto; membranas amnióticas íntegras; apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge.

Não tem plano de parto escrito, mas foram questionadas todas as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, tendo sido consideradas durante a conceção de cuidados. Referiu que ao longo da gravidez realizou fisioterapia pélvica e massagem perineal, tendo muita expectativa de poder adotar todos os recursos que adquiriu. Pretende um "*parto vaginal, sem recurso a analgesia, o mais natural possível, e episiotomia apenas se for necessário*" (sic), com a presença do pai do bebé e, ainda, realizar contacto pele com pele, assim como o pai, e amamentar na primeira hora de vida.

A escolha deste caso clínico decorreu da oportunidade de adquirir competências na promoção da saúde da mulher e do feto durante o TP, garantindo intervenções de qualidade e com risco controlado para manter um ambiente seguro, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2019) no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, onde foram realizadas as seguintes atividades:

- Identificação e monitorização do trabalho de parto;
- Atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;
- Avaliação e adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP;
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções apropriadas para otimizar as condições de saúde da mãe e do feto durante o TP;
- Aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica;
- Realização da avaliação imediata do recém-nascido, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina;

- Avaliação da integridade do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação.

A escolha deste caso clínico deveu-se ao facto de este me ter permitido adquirir competências na assistência à mulher e pessoa significativa, durante a fase ativa do TP, em particular, na implementação de intervenções que visam a promoção do parto eutócico, sem recurso a nenhum tipo de analgesia.

## 7.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 27 anos | Feminino

## 7.3. Medicação

### 7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Ocitocina

Após o nascimento, iniciou-se a administração de ocitocina. A ocitocina é o fármaco uterotónico de eleição na profilaxia e no tratamento da hemorragia pós-parto (HPP), através da administração de 10 unidades internacionais (UI) por via intramuscular ou endovenosa (Ferreira & Reynolds, 2021; WHO, 2018a).

Para além de estar indicada para na indução do TP, no final da gravidez, está, também, indicada no controlo da HPP (que é definida pela WHO como a perda de sangue igual ou superior a 500ml nas 24 horas após o parto e, se a perda for igual ou superior a 1000ml classifica-se como HPP grave) (Ferreira & Reynolds, 2021; Infarmed, 2021).

## 7.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

### Sondas, Drenos e Cateteres

09-04-2024 01:15

#### **09-04-2024 01:15 - Cateter venoso periférico**

09-04-2024 01:15 - Localização do cateter venoso periférico

09-04-2024 01:15 - Antebraço Esquerda(o)

#### **09-04-2024 01:15 - Assegurar funcionamento do cateter**

09-04-2024 01:15 - Otimizar cateter venoso periférico

#### **09-04-2024 01:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

09-04-2024 01:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

#### **09-04-2024 01:15 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

09-04-2024 01:15 - Trocar cateter venoso periférico

### 7.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Os aspetos a considerar relativamente ao cateter venoso periférico foram descritos no caso um.

## 7.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
09-04-2024 01:15	Sistema cardiovascular	
09-04-2024 01:15	Eliminação urinária	
09-04-2024 01:15	Parto	
09-04-2024 01:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
09-04-2024 03:17	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
09-04-2024 03:30	Pós-parto	
09-04-2024 03:30	Comportamentos para amamentar	

### 7.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

#### Parto

A fase ativa do primeiro período do TP, caracteriza-se por contrações uterinas dolorosas

regulares, apagamento substancial do colo do útero e progressão mais rápida da dilatação cervical, dos cinco centímetros até à dilatação completa. A duração média da fase ativa é de quatro horas em nulíparas e três horas em múltíparas (WHO, 2018a).

O segundo período do TP começa com a dilatação completa e termina com o nascimento do RN. Após a dilatação cervical estar completa, o feto desce para o canal vaginal, com ou sem esforços expulsivos maternos, e passa pelo canal de parto através de sete movimentos: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão (Hutchison et al., 2023; WHO, 2018a). Pode ser dividido em duas fases: fase latente ou de descida, que se caracteriza pela dilatação total do colo do útero, com ausência de contrações expulsivas involuntárias, em que a cabeça fetal desce passivamente através da pelve materna; fase ativa, que se caracteriza por contrações expulsivas e há um esforço materno ativo (ACOG, 2019). Este período pode durar até três horas em nulíparas e duas horas em múltíparas (WHO, 2018a). No entanto, em mulheres sob efeito de analgesia epidural, este período pode prolongar-se, uma vez que o bloqueio motor que é induzido pelos anestésicos pode interferir nos esforços expulsivos maternos (Shmueli et al., 2018).

A WHO (2018a) recomenda incentivar a escolha da posição de parto pela própria mulher, incluindo posições verticais. As evidências sugerem que pode haver pouca ou nenhuma diferença na maioria dos resultados do parto, de acordo com a posição do adotada, no entanto, adotar posições verticais durante o segundo período do TP pode reduzir a necessidade de episiotomia e partos vaginais instrumentados. Todavia, a opção de escolher a posição pode impactar positivamente a experiência do parto. Em mulheres com analgesia epidural, esta escolha deve ser, também, permitida, assim como a mobilidade ao longo do TP, pelo que, atualmente, a maioria da analgesia epidural é administrada em doses reduzidas.

A dequitação, que corresponde ao terceiro período do TP, decorre desde a exteriorização do feto até à expulsão da placenta. Neste processo, deverá ter-se uma atitude expectante, respeitando o tempo fisiológico e os sinais de separação da placenta. Habitualmente, a expulsão da placenta demora entre cinco a 30 minutos, estando um período superior a 30 minutos associado a um maior risco de HPP. A separação da placenta é marcada por três sinais visíveis: hemorragia de separação (perda repentina de sangue escuro pelo introito vaginal), prolongamento evidente do cordão umbilical (quando o cordão umbilical se aproxima do introito vaginal), e útero passa de uma forma discoide para ovoide (Hutchison et al., 2023; Sequeira et al., 2020).

No caso apresentado foi realizado o acompanhamento durante a fase ativa do primeiro período do TP, bem como do segundo e terceiros períodos do TP.

## Nascimento

A ICN (2019) define nascimento como “evento ou episódio: parir uma criança, trazendo ao mundo um novo ser humano.” (p.89).

A adaptação à vida extrauterina engloba um conjunto de alterações anatomofisiológicas (metabólicas/bioquímicas, imunológicas, hormonais, etc.) na transição da vida fetal (que decorre em meio líquido/líquido amniótico), para a vida extrauterina (em meio envolvente aéreo) (Videira Amaral, 2022).

O índice de Apgar é o método utilizado para avaliar a adaptação do RN à vida extrauterina, imediatamente após o nascimento, através de cinco parâmetros – cor, frequência cardíaca, irritabilidade reflexa, tônus muscular e respiração – em que cada um deles é pontuado de zero a dois (Simon et al., 2023). Deve ser avaliado ao primeiro, quinto e décimo minutos de vida (DGS, 2023).

O objetivo é avaliar sinais de comprometimento hemodinâmico, tais como, cianose, hipoperfusão, bradicardia, hipotonia, depressão respiratória ou apneia. É esperado que, nos primeiros minutos de vida, o RN respire espontaneamente, mantenha a frequência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto, apresente irritabilidade reflexa em resposta a estímulos, tônus muscular adequado (flexão dos membros e resistência à extensão) e pele rosada (neste parâmetro, a maioria dos RN obtém pontuação 1 por apresentarem cianose periférica, considerada normal e que é transitória) (Simon et al., 2023).

É fundamental ter em conta, também, as alterações nos mecanismos de regulação da temperatura e dos níveis de glicose (Morton & Brodsky, 2016). A WHO (2018a) recomenda o contacto pele com pele com a mãe, durante a primeira hora após o nascimento, uma vez que promove a manutenção da temperatura corporal e o início da amamentação. Segundo Widström et al. (2019), as vantagens para o bebé incluem a diminuição do choro e das consequências negativas do stress causado pelo nascimento, e a melhoria da termorregulação. O contacto pele com pele influencia positivamente o início precoce da amamentação, facilita o sucesso da primeira mamada, promove o aleitamento materno exclusivo e uma sucção mais eficaz, reduzindo a necessidade de suplementação com fórmula (Widström et al., 2019).

O papel dos profissionais de saúde, inclusive do EEESMO, centra-se em compreender a fisiologia das alterações na transição para a vida extrauterina, de forma a promover uma transição saudável e conseguir reconhecer quaisquer desvios da normalidade (Morton & Brodsky, 2016).

### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

A ICN (2019) define ligação mãe/pai-filho como “ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança.” (p.81).

A gravidez representa para o casal um momento de transição com expectativas, medos e

receios, pois a mulher começa a encarar-se como mãe e o homem como pai. Apesar de adaptação para a parentalidade ser um processo vivenciado pelo casal, é vivido de forma distinta entre o homem e a mulher. Enquanto a mãe inicia o processo de adaptação ainda durante a gravidez, com a percepção do feto dentro de si, o pai apenas inicia a sua adaptação após o nascimento (Vilariça, 2019).

É, geralmente, um período repleto de emoções e marcado por sentimentos de alegria e entusiasmo, mas, também, por ansiedade e conflitos interiores (Vilariça, 2019). A inclusão do pai no período pré-natal é fundamental para fortalecer o vínculo e contribuir para uma experiência positiva (Lempke et al., 2023).

Para alguns pais, esta transformação ocorre ainda na gravidez, quando recebem a notícia de que vão ser pais, ou com os primeiros movimentos fetais. Para outros, ocorre com o nascimento do bebê ou a partir desse momento. De qualquer forma, o primeiro encontro do pai com o filho desperta sentimentos fortes e inexplicáveis (Franco et al., 2021).

No contexto do nascimento é possível promover o envolvimento do pai, através do corte do cordão umbilical, proporcionando, assim, o seu envolvimento emocional com o RN. O papel do EEESMO é fundamental como facilitador desse mesmo envolvimento, ao integrar o pai nos primeiros cuidados ao RN, e na transição para a parentalidade, uma vez que fazem com que o casal se sinta mais capacitado e seguro neste novo papel que acaba de assumir (Brandão & Figueiredo, 2012).

## **Pós-parto**

O puerpério compreende o período que decorre desde imediatamente após o nascimento até às seis semanas (42 dias) pós-parto, onde ocorre a regressão das alterações anatómicas e fisiológicas decorrentes da gravidez (WHO, 2022; Barradas et al., 2015). Divide-se em três momentos: o puerpério imediato (que decorre nas primeiras duas horas após o parto), o puerpério precoce (que decorre até ao final da primeira semana) e o puerpério tardio (que decorre entre a segunda e a sexta semanas) (Barradas et al., 2015).

O puerpério imediato inicia-se com a dequitação (Begley et al., 2019). É considerado um período crítico, onde são essenciais os cuidados de enfermagem qualificados na prevenção de complicações, como a HPP (Brandão et al., 2020). Neste sentido, a vigilância pós-parto (monitorização dos sinais vitais, perda sanguínea vaginal e outra sintomatologia sugestiva de hemorragia ativa, como sudorese, palidez cutânea, agitação motora, taquicardia e sensação de lipotímia), sobretudo das primeiras duas horas, é de extrema importância, e da competência do EEESMO, podendo ser prevenido o agravamento da situação se o quadro for identificado precocemente (Ali & Ghafel, 2022; Brandão et al., 2020; Clarke-Deelder et al., 2023).

Assim, a WHO (2022) preconiza que todas as mulheres no pós-parto sejam regularmente avaliadas quanto à perda sanguínea vaginal, contração e involução uterina, temperatura corporal e frequência cardíaca, logo após a primeira hora pós-parto, e durante as primeiras 24 horas. É recomendada a monitorização quatro vezes na primeira hora após o parto, a cada hora entre a primeira e a quarta hora, e a cada quatro horas entre as quatro e as 24 horas pós-parto.

### **Comportamentos para amamentar**

A amamentação precoce tem inúmeros benefícios para a mãe e para o bebé. Segundo a International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) (2023), é uma intervenção que salva vidas, uma vez que promove a involução uterina e previne a HPP.

A FIGO (2023) e a WHO (2018a) recomendam que a amamentação seja iniciada o mais precocemente possível, preferencialmente, na primeira hora de vida, se todas as condições estiverem reunidas.

A amamentação na primeira hora de vida ajuda a fornecer colostro ao RN e a prevenir infeções neonatais, tais como pneumonia e diarreia, reduzindo assim o risco de mortalidade neonatal. O início precoce também pode contribuir para períodos mais longos de amamentação e, a longo prazo, possibilita na mãe o controlo de peso pós-parto e reduz o risco de doenças como diabetes tipo II, cancro e doenças cardiovasculares (FIGO, 2023).

Neste sentido, se a mulher pretender amamentar, o EEESMO deve promover, incentivar e apoiar (WHO & UNICEF, 2018).

O domínio sistema cardiovascular e o domínio eliminação urinária, relacionados com a assistência durante o TP e parto, foram descritos no caso um.

## **7.6. Conceção de Cuidados**

### **Sistema cardiovascular**

09-04-2024 01:15

09-04-2024 01:15 - Localização do Pulso

09-04-2024 01:15 - Antebraço Esquerda(o)

09-04-2024 01:15 - Frequência do pulso: 90 pulsações por minuto.

09-04-2024 01:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-04-2024 01:15 - Membro superior Esquerda(o)

09-04-2024 01:15 - Pressão sanguínea sistólica: 115 mmHg.

09-04-2024 01:15 - Pressão sanguínea diastólica: 62 mmHg.

**09-04-2024 01:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*09-04-2024 01:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [4/4h; nas duas horas após o parto de 15/15 minutos]*

**Eliminação urinária**

09-04-2024 01:15

09-04-2024 01:15 - Reconhece a vontade de urinar.

09-04-2024 01:15 - Sem globo vesical.

**09-04-2024 01:15 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária**

*09-04-2024 01:15 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária*

09-04-2024 02:45

09-04-2024 02:45 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

09-04-2024 02:45 - Sem globo vesical [MANTEVE].

09-04-2024 03:17

09-04-2024 03:17 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

09-04-2024 03:17 - Sem globo vesical [MANTEVE].

**Parto**

09-04-2024 01:15

09-04-2024 01:15 - Posição do colo do útero: anterior.

09-04-2024 01:15 - Consistência do colo do útero: mole.

09-04-2024 01:15 - Extinção do colo do útero: 100%.

09-04-2024 01:15 - Dilatação do colo do útero: 7 cm.

09-04-2024 01:15 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

09-04-2024 01:15 - Duração da contração uterina: 30 Segundos.

09-04-2024 01:15 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

09-04-2024 01:15 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

09-04-2024 01:15 - Apresentação fetal: cefálica.

09-04-2024 01:15 - Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

09-04-2024 01:15 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

09-04-2024 01:15 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

09-04-2024 01:15 - Expectativa face ao parto: eutócico não medicalizado.

**09-04-2024 01:15 - Trabalho de parto**

**09-04-2024 01:15 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto**

*09-04-2024 01:15 - Avaliar evolução do trabalho de parto [4/4h no primeiro período do TP; 2/2h no segundo período do TP; SOS]*

**09-04-2024 01:15 - Facilitar trabalho de parto/nascimento**

*09-04-2024 01:15 - Assistir no posicionar [FIM] 09-04-2024 03:30*

*09-04-2024 01:15 - Gerir ingestão de líquidos [FIM] 09-04-2024 03:30*

*09-04-2024 01:15 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 09-04-2024 03:30*

*09-04-2024 03:30 - Assistir na expulsão da placenta*

**09-04-2024 01:15 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto [FIM]**

09-04-2024 03:30

09-04-2024 01:15 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**09-04-2024 01:15 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto** [RESOLVIDO] 09-04-2024 03:30

*09-04-2024 01:15 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto*

*09-04-2024 01:15 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia*

**09-04-2024 01:15 - Promover autocontrole: lidar com a dor de trabalho de parto** [FIM] 09-04-2024 03:30

09-04-2024 01:15 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

*09-04-2024 01:15 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto* [FIM]

09-04-2024 03:30

*09-04-2024 01:15 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto* [FIM] 09-04-2024 03:30

*09-04-2024 01:15 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto* [FIM] 09-04-2024 03:30

*09-04-2024 01:15 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento* [FIM]

09-04-2024 03:30

**09-04-2024 01:15 - Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto** [RESOLVIDO] 09-04-2024 03:30

*09-04-2024 01:15 - Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto*

**09-04-2024 03:17 - Prevenir laceração do períneo** [FIM] 09-04-2024 03:30

*09-04-2024 03:17 - Implementar medidas de proteção do períneo* [FIM]

09-04-2024 03:30

**09-04-2024 03:17 - Promover parto eutócico** [FIM] 09-04-2024 03:30

*09-04-2024 03:17 - Assistir no parto* [FIM] 09-04-2024 03:30

**09-04-2024 03:17 - Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento** [FIM] 09-04-2024 03:30

09-04-2024 02:45

09-04-2024 02:45 - Posição do colo do útero: anterior.

09-04-2024 02:45 - Consistência do colo do útero: mole.

09-04-2024 02:45 - Extinção do colo do útero: 100%.

09-04-2024 02:45 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

09-04-2024 02:45 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

09-04-2024 02:45 - Duração da contração uterina: 35 Segundos.

09-04-2024 02:45 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

09-04-2024 02:45 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

09-04-2024 02:45 - Posição fetal: esquerda.

09-04-2024 02:45 - Apresentação fetal: cefálica.

09-04-2024 02:45 - Variedade fetal: OEA.

09-04-2024 02:45 - Descida do feto: 2.º plano de Hodge.

09-04-2024 02:45 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

09-04-2024 02:45 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

09-04-2024 03:17

09-04-2024 03:17 - Posição do colo do útero: anterior.

09-04-2024 03:17 - Consistência do colo do útero: mole.

09-04-2024 03:17 - Extinção do colo do útero: 100%.

09-04-2024 03:17 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

09-04-2024 03:17 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

09-04-2024 03:17 - Duração da contração uterina: 35 Segundos.

09-04-2024 03:17 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

09-04-2024 03:17 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

09-04-2024 03:17 - Posição fetal: esquerda.

09-04-2024 03:17 - Apresentação fetal: cefálica.

09-04-2024 03:17 - Variedade fetal: OEA.

09-04-2024 03:17 - Descida do feto: 4.º plano de Hodge.

09-04-2024 03:17 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

09-04-2024 03:17 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

09-04-2024 03:17 - Hora do nascimento: 03:17:00.

#### **09-04-2024 03:17 - Nascimento**

09-04-2024 03:17 - Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.

09-04-2024 03:17 - Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

09-04-2024 03:17 - Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

#### **09-04-2024 03:17 - Promover adaptação à vida extrauterina**

09-04-2024 03:17 - Executar clampeamento do cordão umbilical [FIM] 09-04-2024 03:30

09-04-2024 03:17 - Executar técnica de pele com pele

09-04-2024 03:30 - Executar técnica de pele com pele com o pai

#### **Pós-parto**

09-04-2024 03:30

09-04-2024 03:30 - Hora da dequitação: 03:30:00.

#### **09-04-2024 03:30 - Puerpério**

09-04-2024 03:30 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

09-04-2024 03:30 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

#### **09-04-2024 03:30 - Determinar evolução da recuperação pós-parto**

09-04-2024 03:30 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

#### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

09-04-2024 03:17

#### **09-04-2024 03:17 - Ligação mãe/pai-filho**

**09-04-2024 03:17 - Promover ligação mãe/pai-filho**

## **Comportamentos para amamentar**

09-04-2024 03:30

### **09-04-2024 03:30 - Amamentação**

#### **09-04-2024 03:30 - Promover o amamentar/mamar**

*09-04-2024 03:30 - Assistir na amamentação*

## **7.7. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame tocológico: lavar as mãos antes e após o procedimento; assegurar a privacidade; explicar a necessidade da realização do exame, explicar o procedimento e pedir consentimento; pedir à mulher que se posicione em decúbito dorsal, com os membros inferiores em abdução e calcanhares juntos; realizar o toque vaginal.
- No toque vaginal avalia-se a dilatação e extinção do colo do útero, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal (atitude, situação, variedade, apresentação e ponto de referência), e a progressão da apresentação fetal através dos planos de Hodge.
- Avaliar bem-estar fetal, através do traçado cardiotocográfico, tendo em conta os seguintes parâmetros: linha de base da FCF (o normal é entre 110-160bpm), variabilidade (em que a amplitude média da FCF deve variar entre cinco e 25bpm), presença de acelerações e desacelerações, e contratilidade uterina (Sequeira et al., 2020).

Assistir no posicionar

- As posições verticais são benéficas na redução da incidência do parto vaginal instrumentado e episiotomia, e na duração do segundo período do TP (Gupta et al., 2017).
- As posições que permitem a flexibilidade do sacro, como a posição de pé, de cócoras e de agachar, promovem o parto natural e permitem alcançar melhores resultados (Zang et al., 2020).
- Assistir na mudança de posição, conforme preferências da mulher: sentada na bola de parto, em pé, de cócoras, em posição de quatro apoios.

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Incentivar a micção espontânea.
- Questionar sobre a hora da última micção. Se necessário, avaliar a presença de globo vesical.

Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

- O senso de controlo que a mulher tem do seu corpo e da progressão do seu TP é um fator importante na perceção da sua dor (Zuarez-Easton et al., 2023).
- A massagem na região lombar é eficaz não só porque provoca o aumento da libertação de endorfinas, mas, também, porque a pressão aplicada permite o alívio da tensão sentida nessa região (Pawale & Salunkhe, 2020).
- Durante o TP, a massagem pode ser utilizada com dois objetivos diferentes: a massagem suave, que é realizada entre as contrações, de forma a promover a libertação de

endorfinas, diminuir a tensão muscular e promover o relaxamento; massagem com pressão, que é utilizada durante a contração, para modular a percepção que a mulher tem da dor, e realiza-se pressionando as nádegas, em particular o músculo piriforme, proporcionando o alívio da dor (Cardoso et al., 2023b).

- A hidroterapia é, também, um dos métodos mais eficazes no alívio da dor durante o TP, uma vez que atua a nível neuroendócrino, circulatório, musculoesquelético e psicológico (Oliveira et al., 2021).

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

- As estratégias para lidar com a dor do TP têm como objetivo ajudar a mulher a lidar melhor com a dor e manter a sensação de autocontrolo sobre o seu parto (Cardoso et al., 2023b).
- Questionar sobre que estratégias utiliza habitualmente, por exemplo, massagem, aplicação de calor/duches quentes, posicionamento, etc.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Encorajar a deambulação e os movimentos da bacia.
- Disponibilizar dispositivos facilitadores do TP.

Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

- A grávida referiu utilizar a massagem e duches quentes, pelo que foi auxiliada e incentivada a pôr em prática estas estratégias.

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- A utilização de dispositivos poderá facilitar a adoção de posições promotoras da mobilidade da pelve. Para além de facilitar a descida e rotação da apresentação fetal, ajudam a mulher a sentir-se mais confortável (Cardoso et al., 2023b).
- Existem vários dispositivos, tendo disponíveis no serviço a bola de parto e a bola de amendoim. A grávida referiu que em casa já utilizava a bola de parto e que lhe proporcionava bastante conforto, pelo que foi incentivada a utilizá-la.
- O uso da bola de parto permite a verticalidade e a mobilidade durante o TP. Sentada ou apoiada na bola, usando o movimento, a gravidade e a postura ereta, facilita a mobilidade da pelve e a descida fetal. Demonstrar exercícios que podem ser realizados: na posição: sentada (atendendo à posição anca Joelho-tornozelo em ângulo 90°), realizar movimentos de "saltitar" em cima da bola, movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito (Cardoso et al., 2023b).

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- Demonstrar como realizar os exercícios, associando a respiração.
- A grávida referiu que não se sentia confortável mantendo-se deitada, pelo que foi incentivada a realizar os exercícios em pé e na posição de quatro apoios.
- Na posição de quatro apoios, com os ombros apoiados nos pulsos e os joelhos diretamente abaixo dos quadris: começar a inspirar e expirar pelo nariz. À medida que se prolonga cada respiração o máximo possível, começar a aumentar a frequência respiratória, mudando o movimento para o diafragma. Em seguida, começar a "abrir" e a "fechar" a pelve, expirando e baixando a zona lombar e caixa torácica, inspirando e erguendo o

cóccix para o "céu". Por fim, começar a balançar a pelve para a frente e para trás, em que ao inspirar se move a pelve em direção aos calcanhares e ao expirar se volta à posição inicial (Cardoso et al., 2023b).

- Em pé, com os pés ligeiramente afastados e joelhos ligeiramente fletidos, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas, desenhar movimentos circulares para a esquerda e para a direita ou para a frente e para trás, e movimentos de desenhar o sinal de infinito (Cardoso et al., 2023b).

#### Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Assegurar a privacidade. A privacidade é crucial para reduzir a atividade do neocórtex e promover a libertação de ocitocina. A sensação de estar a ser observado está associada a um aumento da atividade neocortical e consequente libertação de adrenalina (Cardoso et al., 2023b).
- Promover ambiente calmo, conforme preferência do casal.
- Sugerir reduzir a intensidade das luzes, se assim o desejarem. O controlo da intensidade da luz é uma das maneiras mais simples de fornecer às mulheres controlo sobre o seu ambiente de parto (Cardoso et al., 2023b).
- Sugerir a colocação de música ambiente, uma vez que ouvir música durante o TP pode promover o alívio da dor, ajudando a relaxar, reduzindo a ansiedade e proporcionando uma fonte positiva de distração durante o TP (Cardoso et al., 2023b).

#### Gerir ingestão de líquidos

- Questionada quando tinha sido a última refeição, tendo referido que tinha ingerido quatro bolachas e um iogurte à meia-noite.
- Explicar a importância de se manter hidratada durante o TP (DGS, 2023; WHO, 2018a).
- Uma vez que se preconiza a ingestão de líquidos claros, como água, chá, sumos de fruta sem polpa ou gelatinas, foi oferecida gelatina e chá várias vezes, ao longo de todo o turno, de acordo com a preferência da mulher e a disponibilidade do serviço (DGS, 2023; WHO, 2018a).

#### Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- A experiência de parto é entendida de forma mais positiva quando há suporte contínuo de uma pessoa significativa. Assim sendo, o EEESMO deve incentivar a pessoa significativa que está presente a estar envolvida em todo o TP (Cardoso et al., 2023b).
- A pessoa significativa pode dar suporte através de apoio na deambulação e massagem mas, também, dando apoio emocional e encorajando a manutenção da confiança (Cardoso et al., 2023b).
- Demonstrar como se posicionar aquando da realização dos exercícios na bola de parto: atrás da grávida, colocando as suas mãos de forma a dar suporte nos movimentos com a bola.
- Demonstrar como realizar a massagem.

#### Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Manter a vigilância contínua para a deteção precoce de sinais inflamatórios, tais como, dor, edema, rubor e calor (Tendeiro et al., 2023).

#### Avaliar evolução da pressão sanguínea

- A DGS (2023) recomenda a avaliação da pressão sanguínea e do pulso radial a cada quatro horas.
- Nas duas horas após o parto, é preconizado a avaliação da pressão sanguínea e do pulso radial a cada 15 minutos (DGS, 2023).

#### Executar técnica de pele com pele

- A "golden hour" representa a primeira hora de vida do RN, em que este se encontra mais ativo, desperto e comunicativo. Representa o período de mudanças críticas em que este tem que se adaptar de forma rápida às várias alterações fisiológicas (cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e metabólicas) (Araújo et al., 2021).
- O contacto pele com pele e a amamentação na primeira hora de vida são práticas simples que desempenham papel importante durante esse período de adaptação neonatal, uma vez que fortalecem o vínculo entre mãe e bebé, e evitam complicações neonatais precoces, como a hipotermia e hipoglicemia (Araújo et al., 2021).
- Colocar o RN em decúbito ventral, em contacto direto com o peito da mãe, com a cabeça lateralizada para evitar a compressão do tórax (DGS, 2023).
- O tronco ligeiramente elevado, os membros inferiores em flexão e a cabeça rodada para a face da mãe ou do acompanhante. O RN deve ser coberto por um lençol aquecido e ter um gorro colocado (para evitar a perda de calor), sempre com a face, nariz e boca destapados, bem visíveis e não ocluídos, para melhor vigilância (DGS, 2023).
- Assegurar que o RN mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus, vitalidade e resposta aos estímulos adequados (DGS, 2023).

#### Assistir no parto

- Assegurar a privacidade. Gerir ambiente: promover ambiente calmo, relaxante, respeitando a vontade da parturiente (Sequeira et al., 2020).
- Encorajar a parturiente a pronunciar-se sobre as suas preferências (Sequeira et al., 2020).
- Promover o bem-estar materno (Sequeira et al., 2020).
- Executar a lavagem das mãos, antes e após o procedimento (Sequeira et al., 2020).
- Preparar o material: dispor o material de parto e equipamento (Sequeira et al., 2020).
- Encorajar a parturiente a adotar a posição que se sentir mais confortável (Sequeira et al., 2020).
- Manter monitorização da FCF até exteriorização da cabeça e das contrações uterinas (Sequeira et al., 2020).
- Orientar para a respiração e relaxamento no intervalo das contrações (Sequeira et al., 2020).
- Incentivar a participação da pessoa significativa e dar reforços positivos à parturiente (Sequeira et al., 2020).
- Executar cuidados perineais (Sequeira et al., 2020).
- Vestir equipamento de proteção individual, abrir o campo do material de parto e calçar luvas esterilizadas; colocar perneiras e campos esterilizados (Sequeira et al., 2020).
- Avaliar a elasticidade dos tecidos perineais e alterações da coloração (Sequeira et al., 2020).

- Deixar a apresentação progredir, protegendo o períneo; avaliar critérios de necessidade de realizar episiotomia: tipo de tecido, paridade, bem-estar fetal, apresentação e variedade, peso estimado (Sequeira et al., 2020).
- Realizar manobra de Ritgen: com a mão dominante continuar a proteger o períneo, e com a mão não dominante, auxiliar no desencravamento das bossas parietais e sustentar o occipito do feto (Sequeira et al., 2020).
- Controlar a saída da cabeça. Pedir à parturiente para deixar de puxar (Sequeira et al., 2020).
- Com a mão não dominante, pesquisar a existência de circular cervical do cordão, introduzindo o dedo médio e o indicador na região cervical do feto (Sequeira et al., 2020).
- Apoiar a rotação externa e restituição (Sequeira et al., 2020).
- Segurar a apresentação e fazer uma ligeira tração no sentido descendente e para fora, na direção do reto, até se exteriorizar o ombro anterior; efetuar o mesmo movimento para cima, de forma a libertar o ombro posterior, usando a mão não dominante, e a mão dominante apoia o períneo (Sequeira et al., 2020).
- Segurar o RN, e colocar no peito materno se a mãe pretender (Sequeira et al., 2020).
- Registrar hora de nascimento e felicitar os pais (Sequeira et al., 2020).
- Baixar a cabeceira da cama (Sequeira et al., 2020).
- Secar e estimular o RN, proporcionar o contacto pele com pele, mantendo-o tapado com um lençol aquecido de forma a evitar perdas de calor, ficando sempre o rosto visível (Sequeira et al., 2020).
- Avaliar o índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minutos (Sequeira et al., 2020).
- Proceder à laqueação do cordão umbilical (Sequeira et al., 2020).
- Monitorizar pressão sanguínea e pulso radial da mulher, após o nascimento (Sequeira et al., 2020).
- Executar dequitação (Sequeira et al., 2020).
- Avaliar a perda hemática vaginal; verificar a formação do globo de segurança de Pinard (Sequeira et al., 2020).
- Realizar a revisão do canal de parto, verificando se existem estruturas afetadas (Sequeira et al., 2020).
- Prestar os cuidados perineais (Sequeira et al., 2020).

#### Executar clampeamento do cordão umbilical

- Proceder à laqueação tardia do cordão umbilical: após terem passado um a dois minutos do nascimento (ou quando este parar de pulsar, se for vontade da puérpera) (DGS, 2023).
- Clampar o cordão cerca de três centímetros acima do abdómen fetal, com um clamp descartável, e com uma pinça de Kelly cerca de um a dois centímetros acima do clamp; seccionar entre os dois (DGS, 2023; Sequeira et al., 2020).
- Questionar quem pretende cortar o cordão umbilical e, assistir a cortar.

#### Implementar medidas de proteção do períneo

- A proteção do períneo é uma intervenção obstétrica que tem como objetivo reduzir o risco de trauma perineal (Kleprlikova et al., 2019).
- A técnica consiste em posicionar a mão dominante no períneo, com o polegar e o

indicador em ambos os lados da fúrcula; em seguida, realizar um movimento de aproximação entre os dedos e, ao mesmo tempo, exercer pressão no períneo com a outra mão para auxiliar na saída da cabeça fetal; a mão não dominante é utilizada para controlar a velocidade de saída da cabeça e facilitar a sua extensão (Kleprlikova et al., 2019).

#### Assistir na expulsão da placenta

- Palpar o fundo uterino e observar se o útero se encontra bem contraído (Sequeira et al., 2020).
- Observar sinais objetivos de descolamento da placenta: perda repentina de sangue escuro pelo introito vaginal; observar um alongamento do cordão umbilical. Realizar manobra de Kustner: colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, exercer pressão vertical e fazer correção da anteversão do útero (se o cordão retrair, ainda não se deu o descolamento; se o cordão se mantém estático, já se deu o descolamento (Sequeira et al., 2020).
- Após confirmar o descolamento da placenta, realizar manobra de Brandt-Andrews (tração cuidadosa e controlada do cordão): com uma mão efetuar pressão suprapúbica moderada sobre o útero, empurrando a placenta para baixo; com a outra mão, fazer a tração controlada do cordão (Sequeira et al., 2020).
- Simultaneamente com a manobra de Brandt-Andrews, pedir à mulher para realizar esforços expulsivos (Sequeira et al., 2020).
- Apoiar a placenta durante a exteriorização, para diminuir a pressão sobre as membranas frágeis. Executar a manobra de Dublin: fazer movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, para facilitar a exteriorização completa das membranas e mantê-las intactas (Sequeira et al., 2020).
- Palpar o fundo uterino e observar se o útero se encontra bem contraído; observar perdas hemáticas vaginais (Sequeira et al., 2020).
- Observar minuciosamente a placenta, com o objetivo de identificar a sua integridade e possíveis anomalias (Sequeira et al., 2020).
- Observar a forma, o tamanho e os bordos da placenta, para detetar vasos ou cotilédones aberrantes, e observar a inserção da placenta através do ponto de rotura das membranas (cerca de 10 centímetros do bordo) (Sequeira et al., 2020).
- Observar a face materna: limpar com compressas esterilizadas, removendo sangue e coágulos; assegurar que não ficou retido nenhum fragmento da placenta ou secção de cotilédone (Sequeira et al., 2020).
- Observar a face fetal: observar as membranas fetais, reconstituindo a câmara amniótica, de forma a verificar se nenhum fragmento de membranas ficou retido na cavidade uterina; observar a inserção e características do cordão umbilical (número de vasos sanguíneos - duas artérias e uma veia, presença de anomalias, local de inserção) (Sequeira et al., 2020).
- Massajar delicadamente o útero, e observar se se encontra bem contraído. Se necessário, realizar expressão uterina, para promover a saída de qualquer coágulo do útero (Sequeira et al., 2020).
- Inspeccionar o períneo e o canal de parto. Prestar cuidados perineais (Sequeira et al.,

2020).

- Registrar hora do dequite, peso da placenta, se o dequite foi espontâneo e completo, integridade da placenta e membranas, e características do cordão umbilical (Sequeira et al., 2020).

Executar técnica de pele com pele com o pai

- Após o contacto pele com pele inicial com a mãe, a pedido do casal, foi colocado o RN em contacto pele com pele com o pai.
- O contacto pele com pele com o pai proporciona fortes sentimentos no pai, reduz o desconforto e a ansiedade, e incentiva a que este se envolva ativamente nos cuidados ao bebé (Chen et al., 2017).
- Promove uma relação próxima entre o pai e o RN, mas, também, proporciona o desenvolvimento do vínculo paterno (Chen et al., 2017).

Avaliar evolução da recuperação pós-parto

- No puerpério imediato (até duas horas após o parto) é fundamental avaliar a contração uterina e perda hemática vaginal, pressão sanguínea e pulso radial, a cada 15 minutos (DGS, 2023).

Assistir na amamentação

- Quando colocado em contacto pele com pele no peito da mãe, na primeira hora de vida, o RN saudável apresenta um padrão comportamental sequencial inato, sendo esse contacto bastante relevante para ambos. Durante este tempo, o RN coordena os cinco sentidos - visão, audição, olfato, paladar e tato. Estes comportamentos inatos surgem quando há contacto entre mãe e filho, de forma contínua e ininterrupta, gradualmente e com tempo, tendo como consequência obter, ao fim de meia hora de vida, reflexos de sucção, como fechar a mão e levar a mão à boca. Cerca de uma hora após o nascimento o RN consegue alcançar a mama da mãe sozinho e iniciar a sucção (Widström et al., 2020).
- Durante a "golden hour", o RN passa por nove estádios diferentes de comportamento instintivo: choro de nascimento (choro intenso logo após o nascimento), relaxamento (período de repouso/recuperação), despertar (começa a mostrar sinais de atividade, mexendo a cabeça), atividade (mexe os membros e a cabeça, fazendo movimentos de empurrar sem deslocar o corpo), descansar (período de descanso, em que começa a sugar na mão), rastejar (em que faz movimentos de empurrar e "gatinha" até ao centro das mamas, para um dos mamilos), familiarização (atinge o mamilo/aréola e começa a lambe), amamentação (leva o mamilo à boca e começa a mamar), dormir (ao fim de cerca de 90 minutos, cai num sono profundo) (Widström et al., 2020).
- Verificando que o RN manifesta vontade de mamar, assistir na adaptação ao seio materno.

## 7.8. Síntese relativa ao caso

A grávida deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia em TP, pelas 01:15h, tendo sido realizada avaliação tocológica nessa altura, e apresentava sete centímetros de dilatação, colo amolecido, anterior, extinto; membranas amnióticas íntegras; apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge. Foi monitorizada através de CTG por telemetria. Foi questionada sobre a última refeição, tendo sido explicada a importância de se manter hidratada durante o TP (DGS, 2023; WHO, 2018a).

Referiu que ao longo da gravidez realizou fisioterapia pélvica e massagem perineal, tendo muita expectativa de poder adotar todos os recursos que adquiriu mas, *"acima de tudo, quero ter liberdade de movimentos e seguir o que o meu corpo me pede"* (sic).

Dadas as necessidades verbalizadas pela parturiente, foram sugeridas estratégias facilitadoras do TP e disponibilizados os recursos disponíveis, tendo sido incentivada a adotar as estratégias que lhe proporcionassem o maior conforto, conforme a sua preferência. Questionou, também, se poderia utilizar o chuveiro, uma vez que em casa já era habitual utilizar e surtia bastante efeito a nível de controlo da dor.

A WHO recomenda a alternância de posições durante todo o TP, a possibilidade de movimento da parturiente e o incentivo a seguir o que o seu corpo lhe pede, permitindo que se sinta mais confiante e detenha um maior senso de controlo do seu corpo (Hacivelioglu et al., 2023; Ondeck, 2019). A mobilidade é uma estratégia segura e saudável que apoia o parto fisiológico (Ondeck, 2019). Andar, dançar, baloiçar, e outros movimentos, são estratégias que ajudam a lidar com as contrações uterinas (Lawrence et al., 2013; WHO, 2018a).

A evidência científica demonstra que o movimento e a mudança de posição durante o TP são benéficos, pois contribuem para a mobilidade, aumentam o diâmetro da pelve e potenciam os efeitos da gravidade (Ondeck, 2019; WHO, 2018a). As posições mais verticalizadas, como de pé, sentada, de cócoras ou de quatro apoios, apresentam diversas vantagens, uma vez que a ação da gravidade permite a intensificação da contração uterina, ajuda na dilatação cervical e na descida da apresentação fetal (Al Aryani et al., 2022; Hacivelioglu et al., 2023). Para além de estarem associadas a uma diminuição do tempo do TP, promovem um aumento dos níveis de satisfação das mulheres com a sua experiência de parto (Al Aryani et al., 2022; Chauhan et al., 2023; Hacivelioglu et al., 2023).

Relativamente ao uso da bola de parto, sabe-se que a sua utilização reduz significativamente a dor e a duração do primeiro período do TP, através da biomecânica pélvica, da liberdade de movimentos e do estímulo proprioceptivo que permite (Mendes et al., 2022).

A deambulação e a verticalidade são, por isso, recomendadas, e não estão associadas a um aumento de intervenções obstétricas ou efeitos negativos para as mulheres e RN (ACOG, 2019;

WHO, 2018a).

Para promover o autocontrole para lidar com a dor de TP, assistiu-se a identificar estratégias de alívio da dor, questionando sobre quais as que utiliza habitualmente, para além dos duches quentes que já tinha referido anteriormente. Existem várias técnicas de alívio da dor que podem ser utilizadas durante o TP e que não requerem treino especializado (ACOG, 2019; WHO, 2018a). O casal mencionou que utilizava a massagem, tendo sido sugerido ao marido que realizasse.

A massagem permite o aumento do fluxo sanguíneo e melhora a oxigenação. É uma técnica de estimulação sensorial, em que o toque e a manipulação dos tecidos ativam os sistemas simpático e parassimpático, diminuindo a libertação de adrenalina e noradrenalina, e aumentando a libertação de endorfinas e ocitocina. Promove, também, o envolvimento da pessoa significativa (Dantas et al., 2022).

Os duches quentes induzem a vasodilatação periférica e a redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo o relaxamento muscular e melhorando a perfusão uterina. Diminui, ainda, os níveis de adrenalina, reduzindo a ansiedade, e contribui para o aumento da produção de ocitocina, regulando a contratilidade uterina e diminuindo o tempo do TP (Dantas et al., 2022; Santos et al., 2021).

Pelas 02:45h, verificou-se a rotura espontânea das membranas amnióticas, tendo-se observado as características do líquido amniótico quanto à cor e ao cheiro, que se apresentavam normais. A parturiente referiu "vontade de puxar" (sic), foi realizada nova avaliação tocológica e apresentava dilatação completa e apresentação cefálica no segundo plano de Hodge.

Nesta altura, foi encorajada a adotar a posição que se sentisse mais confortável, tal como preconizado pela WHO (2018a), tendo solicitado ajuda para se colocar na posição de quatro apoios na cama. Esta posição, coordenada com os esforços expulsivos facilitou a descida da apresentação fetal. No entanto, após alguns minutos, a parturiente pretendeu sentar-se na cama, tendo sido a posição adotada para o nascimento.

Existem várias intervenções de proteção perineal que têm como objetivo reduzir o trauma perineal, nomeadamente, a aplicação de calor, a manobra de Ritgen (aplicação de pressão no períneo durante a saída da cabeça fetal, com o objetivo de diminuir a tensão) e a massagem perineal (Marcos-Rodríguez et al., 2023; Rodrigues et al., 2023).

A massagem perineal promove a vasodilatação e o relaxamento dos tecidos, contribuindo para prevenir lacerações e diminuir a dor no pós-parto, proporcionando a melhor experiência de parto para mãe (Teixeira et al., 2022). O efeito da massagem perineal foi notório neste caso, assim como o controlo dos esforços expulsivos, uma vez que Zohre et al. (2017) comprovaram que os puxos expiratórios estão associados a um menor dano nos tecidos, pois reduzem a pressão exercida no períneo e a vontade de fazer força, permitindo, assim, a extensão lenta e controlada dos tecidos.

Imediatamente após o nascimento, o RN foi colocado em contacto pele com pele com a mãe, conforme preconizado pela WHO (2018a). O contacto pele com pele consiste em colocar o RN em decúbito ventral, em contacto direto com o peito da mãe, com a cabeça lateralizada para evitar a compressão do tórax; o tronco ligeiramente elevado, os membros inferiores em flexão e a cabeça rodada para a face da mãe ou do acompanhante; o RN deve ser coberto por um lençol aquecido e ter um gorro colocado (para evitar a perda de calor), sempre com a face, nariz e boca destapados, bem visíveis e não ocluídos, para melhor vigilância (DGS, 2023).

Esta intervenção apresenta inúmeros benefícios: promove a ligação mãe-bebé; regula a frequência cardíaca, a respiração e a temperatura corporal do RN, promovendo uma melhor adaptação à vida extrauterina; favorece o início da amamentação; permite a colonização da pele do RN com o microbioma materno, proporcionando proteção contra infeções (WHO, 2018a).

A laqueação do cordão umbilical foi realizada tardiamente, conforme preconizado pela WHO (2018a), que afirma que este não deve ser clampado antes do primeiro minuto após o nascimento. Em RN de termo, a laqueação tardia do cordão umbilical aumenta os níveis de hemoglobina ao nascimento e melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida (ACOG, 2020b). No entanto, parece haver um pequeno aumento na incidência da icterícia, requerendo a necessidade de fototerapia nos RN submetidos à laqueação tardia do cordão umbilical (ACOG, 2020b).

Sempre que possível, e se os pais demonstrarem disponibilidade e interesse, devem ser incentivados a cortar o cordão umbilical, de forma a promover o seu envolvimento emocional com o bebé (Brandão & Figueiredo, 2012).

A avaliação do índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minutos de vida (respiração, frequência cardíaca, tónus muscular, irritabilidade reflexa, choro e coloração), assim como quaisquer outras avaliações necessárias, devem ser realizada, sempre que possível, com o RN no abdómen materno, permitindo o contacto pele com pele sem interrupções. Isto porque tem menor probabilidade de chorar, permanece aquecido e não desperdiça energia (Widström et al., 2020).

Neste período pode ser, também, observados no RN os nove estadios do comportamento instintivo: choro, relaxamento, despertar, atividade, descansar, rastejar, familiarização, amamentação e dormir (Widström et al., 2020). É recomendado que todos os RN sejam colocados à mama o mais precocemente possível, após o nascimento, no sentido de promover a amamentação na primeira hora de vida (WHO, 2018a). Assim que este manifestou vontade de mamar, assisti na amamentação.

Os primeiros minutos de vida de um RN são considerados um período sensível, curto e crucial (Widström et al., 2020). Por este motivo, os procedimentos ao RN, como pesar, medir, medir o perímetro cefálico, aplicação de colírio ocular, administração de vitamina K e identificação com

a pulseira, devem ser realizados posteriormente, de forma a não interferir nem interromper este momento (DGS, 2023; NICE, 2023).

Relativamente à puérpera, no terceiro período do TP, foi realizada a gestão ativa, conforme protocolo do serviço, e como preconizado pela WHO (2018a) e pela NICE (2023), pelo que foi iniciada a perfusão de ocitocina 10UI por via endovenosa.

Como recomendado, após a dequitação, no período do puerpério imediato (até duas horas após o parto), foi avaliada a contração uterina e perda hemática vaginal, pressão sanguínea e pulso radial, a cada 15 minutos (DGS, 2023).

Conforme preconizado pela DGS (2023), duas horas após o parto, foi avaliada, novamente, a contração uterina e perda hemática vaginal, e foi oferecida alimentação sólida. Após terminar a alimentação, como a puérpera se encontrava estável para a transferência para o puerpério, foi removido o cateter epidural, assistido o primeiro levante e incentivada a primeira micção pós-parto.

Face aos domínios enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com base intervenções propostas.

#### **DOMÍNIO: Sistema Cardiovascular**

- Determinar evolução da pressão sanguínea

#### **DOMÍNIO: Eliminação Urinária**

- Determinar evolução de sinais de retenção urinária

#### **DOMÍNIO: Parto**

##### Trabalho de Parto

- Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto
- Facilitar trabalho de parto/nascimento
- Promover autocontrolo: lidar com o TP
- Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP
- Promover parto eutócico

##### Nascimento

- Promover adaptação à vida extrauterina

## **DOMÍNIO: Sondas, Drenos e Cateteres**

### Cateter venoso periférico

- Assegurar funcionamento do cateter venoso periférico
- Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico
- Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

## **DOMÍNIO: Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

### Ligação mãe/pai-filho

- Promover ligação mãe/pai-filho

## **DOMÍNIO: Pós-parto**

### Puerpério

- Determinar evolução da recuperação pós-parto
- Detetar precocemente sinais de complicações no pós-parto

## **DOMÍNIO: Comportamentos para amamentar**

### Amamentação

- Promover o amamentar/mamar

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, foram definidos os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

Neste contexto, foram definidos os diagnósticos "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto" e "Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto".

### **Relativamente ao diagnóstico "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto" é esperado:**

- Melhorar a capacidade da parturiente na utilização da bola de parto;
- Melhorar a capacidade da parturiente para realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia, de acordo com a fase do trabalho de parto;
- Melhorar a capacidade da parturiente para adotar as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede.

**Relativamente ao diagnóstico "Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto" é esperado:**

- Melhorar a capacidade da parturiente em adotar posições e movimentos que a ajudem a lidar com a dor;
- Melhorar a capacidade da pessoa significativa na realização da massagem, como estratégia não farmacológica para lidar com a dor;
- Promover o senso de controlo.



## 8. A INTERVENÇÃO DO EEESMO NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

Trabalho de parto e parto: caso clínico 3

### 8.1. Enquadramento teórico

Grávida com 38 semanas e 5 dias de gestação. I Gesta. É portadora do grupo sanguíneo A Rh positivo e tem resultado analítico de *Streptococcus* do grupo B negativo.

Deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia em TP, pelas 06:30h. Apresentou rotura espontânea de membranas pelas 18:00h, líquido amniótico de características normais.

A última avaliação tocológica foi realizada pelas 21:00h, e apresentava dilatação completa e apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge.

Não tem plano de parto escrito, mas foram questionadas todas as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, tendo sido consideradas durante a conceção de cuidados. Verbalizou, apenas, que tem a expectativa de um parto vaginal, e quer realizar contacto pele com pele ao nascimento e amamentar na primeira hora de vida.

A escolha deste caso clínico decorreu da oportunidade de adquirir competências na promoção da saúde da mulher e do feto durante o TP, garantindo intervenções de qualidade e com risco controlado para manter um ambiente seguro, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2019) no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, onde foram realizadas as seguintes atividades:

- Identificação e monitorização do trabalho de parto;
- Atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;
- Avaliação e adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP;
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções apropriadas para otimizar as condições de saúde da mãe e do feto durante o TP;
- Aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica;
- Realização da avaliação imediata do recém-nascido, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina;
- Avaliação da integridade do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação.

A escolha deste caso clínico deveu-se ao facto de este me ter permitido adquirir competências na assistência à mulher e pessoa significativa, durante o segundo período do TP, em particular, na implementação de intervenções que visam a promoção do parto eutócico.

## 8.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 30 anos | Feminino

## 8.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-06-20 21:30:00	Ropivacaína 2mg/ml (pelo cateter epidural) - 10mg	
2024-06-20 23:19:00	Ocitocina 10UI em 1000ml NaCL 0,9% a 250ml/h (conforme protocolo)	

### 8.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Relativamente aos aspetos a considerar relativamente à ropivacaína e à ocitocina como uterotónico, foram descritos no caso um e no caso dois, respetivamente.

## 8.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

### Sondas, Drenos e Cateteres

20-06-2024 21:30

#### **20-06-2024 21:30 - Cateter epidural**

#### **20-06-2024 21:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural**

*20-06-2024 21:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural [SOS]*

#### **20-06-2024 21:30 - Cateter venoso periférico**

20-06-2024 21:30 - Localização do cateter venoso periférico

20-06-2024 21:30 - Antebraço Esquerda(o)

**20-06-2024 21:30 - Assegurar funcionamento do cateter**

*20-06-2024 21:30 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]*

**20-06-2024 21:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

*20-06-2024 21:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

**20-06-2024 21:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

*20-06-2024 21:30 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]*

**8.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

Os aspetos a considerar relativamente ao cateter venoso periférico e cateter epidural foram descritos no caso um.

**8.5. Domínios**

<b>Início</b>	<b>Domínios</b>	<b>Fim</b>
20-06-2024 21:30	Sistema cardiovascular	
20-06-2024 21:30	Eliminação urinária	
20-06-2024 21:30	Parto	
20-06-2024 21:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
20-06-2024 23:19	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
20-06-2024 23:40	Pele e mucosas	
20-06-2024 23:40	Pós-parto	
20-06-2024 23:40	Comportamentos para amamentar	

**8.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico**

**Parto**

Em mulheres com analgesia epidural, a escolha da posição de parto deve ser permitida, assim como a mobilidade ao longo do TP, pelo que, atualmente, a maioria da analgesia epidural é administrada em doses reduzidas (WHO, 2018a).

No caso apresentado foi realizado o acompanhamento durante o segundo e terceiros períodos

do TP.

## **Pele e mucosas**

As lacerações perineais de primeiro e segundo grau ocorrem em, aproximadamente, 50% das mulheres após um parto vaginal (Arnold et al., 2021).

A puérpera apresenta uma laceração perineal de primeiro grau, que se caracteriza por envolver apenas a pele e mucosa vaginal, sem se estender aos músculos perineais (Arnold et al., 2021).

O domínio sistema cardiovascular e o domínio eliminação urinária, relacionados com a assistência durante o TP e parto, foram descritos no caso um.

O domínio comportamentos de ligação mãe/pai-filho, pós-parto e comportamentos para amamentar foram descritos no caso dois.

## **8.6. Conceção de Cuidados**

### **Sistema cardiovascular**

20-06-2024 21:30

20-06-2024 21:30 - Localização do Pulso

20-06-2024 21:30 - Antebraço Esquerda(o)

20-06-2024 21:30 - Frequência do pulso: 90 pulsações por minuto.

20-06-2024 21:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

20-06-2024 21:30 - Membro superior Esquerda(o)

20-06-2024 21:30 - Pressão sanguínea sistólica: 108 mmHg.

20-06-2024 21:30 - Pressão sanguínea diastólica: 66 mmHg.

#### **20-06-2024 21:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

20-06-2024 21:30 - *Avaliar evolução da pressão sanguínea [4/4h; nas duas horas após o parto de 15/15 minutos]*

### **Eliminação urinária**

20-06-2024 21:30

20-06-2024 21:30 - Reconhece a vontade de urinar.

20-06-2024 21:30 - Sem globo vesical.

#### **20-06-2024 21:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária**

20-06-2024 21:30 - *Avaliar evolução de sinais de retenção urinária*

20-06-2024 23:00

20-06-2024 23:00 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

20-06-2024 23:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].

## **Pele e mucosas**

20-06-2024 23:40

### **20-06-2024 23:40 - Laceração**

20-06-2024 23:40 - Localização da laceração

20-06-2024 23:40 - Períneo

20-06-2024 23:40 - Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

20-06-2024 23:40 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

### **20-06-2024 23:40 - Determinar evolução da laceração**

20-06-2024 23:40 - Avaliar evolução da laceração

### **20-06-2024 23:40 - Promover cicatrização da laceração**

20-06-2024 23:40 - Aplicar frio

## **Parto**

20-06-2024 21:30

20-06-2024 21:30 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

20-06-2024 21:30 - Duração da contração uterina: 35 Segundos.

20-06-2024 21:30 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

20-06-2024 21:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

20-06-2024 21:30 - Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado.

### **20-06-2024 21:30 - Trabalho de parto**

#### **20-06-2024 21:30 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto**

20-06-2024 21:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto [2/2h no segundo período do TP; SOS]

#### **20-06-2024 21:30 - Facilitar trabalho de parto/nascimento**

20-06-2024 21:30 - Assistir no posicionar [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 21:30 - Gerir ingestão de líquidos [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 21:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 23:40 - Assistir na expulsão da placenta

#### **20-06-2024 21:30 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto** [FIM]

20-06-2024 23:40

**20-06-2024 21:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto** [RESOLVIDO] 20-06-2024 23:40

#### **20-06-2024 21:30 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto** [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 21:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [FIM]

20-06-2024 23:40

20-06-2024 21:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [FIM]

20-06-2024 23:40

#### **20-06-2024 21:30 - Controlar dor de trabalho de parto** [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 21:30 - Gerir analgesia [FIM] 20-06-2024 23:40

#### **20-06-2024 23:19 - Prevenir laceração do períneo** [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 23:19 - Implementar medidas de proteção do períneo [FIM]

20-06-2024 23:40

**20-06-2024 23:19 - Promover parto eutócico** [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 23:19 - Assistir no parto [FIM] 20-06-2024 23:40

**20-06-2024 23:19 - Prevenir complicação durante o período**

**expulsivo/nascimento** [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 23:00

20-06-2024 23:00 - Posição do colo do útero: anterior.

20-06-2024 23:00 - Consistência do colo do útero: mole.

20-06-2024 23:00 - Extinção do colo do útero: 100%.

20-06-2024 23:00 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

20-06-2024 23:00 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

20-06-2024 23:00 - Duração da contração uterina: 40 Segundos.

20-06-2024 23:00 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

20-06-2024 23:00 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

20-06-2024 23:00 - Posição fetal: esquerda.

20-06-2024 23:00 - Apresentação fetal: cefálica.

20-06-2024 23:00 - Variedade fetal: OEA.

20-06-2024 23:00 - Descida do feto: 2.º plano de Hodge.

20-06-2024 23:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

20-06-2024 23:00 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

20-06-2024 23:19

20-06-2024 23:19 - Posição do colo do útero: anterior.

20-06-2024 23:19 - Consistência do colo do útero: mole.

20-06-2024 23:19 - Extinção do colo do útero: 100%.

20-06-2024 23:19 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

20-06-2024 23:19 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

20-06-2024 23:19 - Duração da contração uterina: 40 Segundos.

20-06-2024 23:19 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

20-06-2024 23:19 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

20-06-2024 23:19 - Posição fetal: esquerda.

20-06-2024 23:19 - Apresentação fetal: cefálica.

20-06-2024 23:19 - Variedade fetal: OEA.

20-06-2024 23:19 - Descida do feto: 4.º plano de Hodge.

20-06-2024 23:19 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

20-06-2024 23:19 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

20-06-2024 23:19 - Hora do nascimento: 23:19:00.

**20-06-2024 23:19 - Nascimento**

20-06-2024 23:19 - Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.

20-06-2024 23:19 - Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

20-06-2024 23:19 - Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

**20-06-2024 23:19 - Promover adaptação à vida extrauterina**

20-06-2024 23:19 - Executar clampeamento do cordão umbilical [FIM] 20-06-2024 23:40

20-06-2024 23:19 - Executar técnica de pele com pele

### **Pós-parto**

20-06-2024 23:40

20-06-2024 23:40 - Hora da dequitação: 23:40:00.

#### **20-06-2024 23:40 - Puerpério**

20-06-2024 23:40 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

20-06-2024 23:40 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

#### **20-06-2024 23:40 - Determinar evolução da recuperação pós-parto**

20-06-2024 23:40 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

20-06-2024 23:19

#### **20-06-2024 23:19 - Ligação mãe/pai-filho**

20-06-2024 23:19 - Promover ligação mãe/pai-filho

### **Comportamentos para amamentar**

20-06-2024 23:40

#### **20-06-2024 23:40 - Amamentação**

20-06-2024 23:40 - Promover o amamentar/mamar

20-06-2024 23:40 - Assistir na amamentação

## **8.7. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame tocológico: lavar as mãos antes e após o procedimento; assegurar a privacidade; explicar a necessidade da realização do exame, explicar o procedimento e pedir consentimento; pedir à mulher que se posicione em decúbito dorsal, com os membros inferiores em abdução e calcanhares juntos; realizar o toque vaginal.
- No toque vaginal avalia-se a dilatação e extinção do colo do útero, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal (atitude, situação, variedade, apresentação e ponto de referência), e a progressão da apresentação fetal através dos planos de Hodge.
- Avaliar bem-estar fetal, através do traçado cardiotocográfico, tendo em conta os seguintes parâmetros: linha de base da FCF (o normal é entre 110-160bpm), variabilidade (em que a amplitude média da FCF deve variar entre cinco e 25bpm), presença de acelerações e desacelerações, e contratilidade uterina (Sequeira et al., 2020).

Assistir no posicionar

- Assistir na mudança de posição, conforme preferências da mulher.
- 21:30h: Assistir a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo, com a bola de amendoim entre as coxas, com a perna esquerda ligeiramente fletida e apoiada na cama, e a perna direita apoiada na bola formando um ângulo reto entre a anca e o joelho.
- 23:00h: Questionar qual a posição que pretende adotar, conforme o que o seu corpo lhe

pede. Refere que pretende sentar-se na cama, com a cabeceira elevada.

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Incentivar a micção espontânea.
- Questionar sobre a hora da última micção. Se necessário, avaliar a presença de globo vesical.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- 21:30h: Sugerir utilizar a bola de amendoim, enquanto permanece deitada na cama. Demonstrar posição e questionar se fica confortável.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Assegurar a privacidade. Promover ambiente calmo, conforme preferência do casal.
- Sugerir reduzir a intensidade das luzes, se assim o desejarem. O controlo da intensidade da luz é uma das maneiras mais simples de fornecer às mulheres controlo sobre o seu ambiente de parto (Cardoso et al., 2023b).

Gerir analgesia

- Monitorizar dor do TP.
- Administrar terapêutica analgésica conforme prescrição.

Gerir ingestão de líquidos

- Questionada quando tinha sido a última refeição, tendo referido que ingeriu um chá pelas 20:30h.
- Explicar a importância de se manter hidratada durante o TP (DGS, 2023; WHO, 2018a).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- A pessoa significativa pode dar suporte dando apoio emocional e encorajando a manutenção da confiança (Cardoso et al., 2023b).
- Incentivar o pai a colocar-se ao lado da parturiente.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Manter a vigilância contínua para a deteção precoce de sinais inflamatórios, tais como, dor, edema, rubor e calor (Tendeiro et al., 2023).

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

- É fundamental assegurar todos os cuidados de enfermagem, entre eles, a vigilância de sinais inflamatórios e efeitos adversos (Pasin & Schnath, 2007).

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- A DGS (2023) recomenda a avaliação da pressão sanguínea e do pulso radial a cada quatro horas.
- Nas duas horas após o parto, é preconizado a avaliação da pressão sanguínea e do pulso radial a cada 15 minutos (DGS, 2023).

Executar técnica de pele com pele

- A "golden hour" representa a primeira hora de vida do RN, em que este se encontra mais ativo, desperto e comunicativo. Representa o período de mudanças críticas em que este

- tem que se adaptar de forma rápida às várias alterações fisiológicas (cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e metabólicas) (Araújo et al., 2021).
- O contacto pele com pele e a amamentação na primeira hora de vida são práticas simples que desempenham papel importante durante esse período de adaptação neonatal, uma vez que fortalecem o vínculo entre mãe e bebé, e evitam complicações neonatais precoces, como a hipotermia e hipoglicemia (Araújo et al., 2021).
  - Colocar o RN em decúbito ventral, em contacto direto com o peito da mãe, com a cabeça lateralizada para evitar a compressão do tórax (DGS, 2023).
  - O tronco ligeiramente elevado, os membros inferiores em flexão e a cabeça rodada para a face da mãe ou do acompanhante. O RN deve ser coberto por um lençol aquecido e ter um gorro colocado (para evitar a perda de calor), sempre com a face, nariz e boca destapados, bem visíveis e não ocluídos, para melhor vigilância (DGS, 2023).
  - Assegurar que o RN mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus, vitalidade e resposta aos estímulos adequados (DGS, 2023).

#### Assistir no parto

- Assegurar a privacidade. Gerir ambiente: promover ambiente calmo, relaxante, respeitando a vontade da parturiente (Sequeira et al., 2020).
- Encorajar a parturiente a pronunciar-se sobre as suas preferências (Sequeira et al., 2020).
- Promover o bem-estar materno (Sequeira et al., 2020).
- Executar a lavagem das mãos, antes e após o procedimento (Sequeira et al., 2020).
- Preparar o material: dispor o material de parto e equipamento (Sequeira et al., 2020).
- Encorajar a parturiente a adotar a posição que se sentir mais confortável (Sequeira et al., 2020).
- Manter monitorização da FCF até exteriorização da cabeça e das contrações uterinas (Sequeira et al., 2020).
- Orientar para a respiração e relaxamento no intervalo das contrações (Sequeira et al., 2020).
- Incentivar a participação da pessoa significativa e dar reforços positivos à parturiente (Sequeira et al., 2020).
- Executar cuidados perineais (Sequeira et al., 2020).
- Vestir equipamento de proteção individual, abrir o campo do material de parto e calçar luvas esterilizadas; colocar perneiras e campos esterilizados (Sequeira et al., 2020).
- Avaliar a elasticidade dos tecidos perineais e alterações da coloração (Sequeira et al., 2020).
- Deixar a apresentação progredir, protegendo o períneo; avaliar critérios de necessidade de realizar episiotomia: tipo de tecido, paridade, bem-estar fetal, apresentação e variedade, peso estimado (Sequeira et al., 2020).
- Realizar manobra de Ritgen: com a mão dominante continuar a proteger o períneo, e com a mão não dominante, auxiliar no desencravamento das bossas parietais e sustentar o occipito do feto (Sequeira et al., 2020).
- Controlar a saída da cabeça. Pedir à parturiente para deixar de puxar (Sequeira et al., 2020).
- Com a mão não dominante, pesquisar a existência de circular cervical do cordão,

- introduzindo o dedo médio e o indicador na região cervical do feto (Sequeira et al., 2020).
- Apoiar a rotação externa e restituição (Sequeira et al., 2020).
  - Segurar a apresentação e fazer uma ligeira tração no sentido descendente e para fora, na direção do reto, até se exteriorizar o ombro anterior; efetuar o mesmo movimento para cima, de forma a libertar o ombro posterior, usando a mão não dominante, e a mão dominante apoia o períneo (Sequeira et al., 2020).
  - Segurar o RN, e colocar no peito materno se a mãe pretender (Sequeira et al., 2020).
  - Registrar hora de nascimento e felicitar os pais (Sequeira et al., 2020).
  - Baixar a cabeceira da cama (Sequeira et al., 2020).
  - Secar e estimular o RN, proporcionar o contacto pele com pele, mantendo-o tapado com um lençol aquecido de forma a evitar perdas de calor, ficando sempre o rosto visível (Sequeira et al., 2020).
  - Avaliar o índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minutos (Sequeira et al., 2020).
  - Proceder à laqueação do cordão umbilical (Sequeira et al., 2020).
  - Monitorizar pressão sanguínea e pulso radial da mulher, após o nascimento (Sequeira et al., 2020).
  - Executar dequitação (Sequeira et al., 2020).
  - Avaliar a perda hemática vaginal; verificar a formação do globo de segurança de Pinard (Sequeira et al., 2020).
  - Realizar a revisão do canal de parto, verificando se existem estruturas afetadas (Sequeira et al., 2020).
  - Prestar os cuidados perineais (Sequeira et al., 2020).

#### Executar clameamento do cordão umbilical

- Proceder à laqueação tardia do cordão umbilical: após terem passado um a dois minutos do nascimento (ou quando este parar de pulsar, se for vontade da puérpera) (DGS, 2023).
- Clampar o cordão cerca de três centímetros acima do abdómen fetal, com um clamp descartável, e com uma pinça de Kelly cerca de um a dois centímetros acima do clamp; seccionar entre os dois (DGS, 2023; Sequeira et al., 2020).
- Questionar quem pretende cortar o cordão umbilical e, assistir a cortar.

#### Implementar medidas de proteção do períneo

- A proteção do períneo é uma intervenção obstétrica que tem como objetivo reduzir o risco de trauma perineal (Kleprlikova et al., 2019).
- A técnica consiste em posicionar a mão dominante no períneo, com o polegar e o indicador em ambos os lados da fúrcula; em seguida, realizar um movimento de aproximação entre os dedos e, ao mesmo tempo, exercer pressão no períneo com a outra mão para auxiliar na saída da cabeça fetal; a mão não dominante é utilizada para controlar a velocidade de saída da cabeça e facilitar a sua extensão (Kleprlikova et al., 2019).

#### Avaliar evolução da laceração

- Avaliar a evolução da laceração, para despiste de complicações, nomeadamente, a presença de edema, hematomas ou sinais de infeção (WHO, 2015).

## Assistir na expulsão da placenta

- Palpar o fundo uterino e observar se o útero se encontra bem contraído (Sequeira et al., 2020).
- Observar sinais objetivos de descolamento da placenta: perda repentina de sangue escuro pelo introito vaginal; observar um alongamento do cordão umbilical. Realizar manobra de Kustner: colocar o bordo externo da mão acima da sínfise púbica, exercer pressão vertical e fazer correção da anteversão do útero (se o cordão retrair, ainda não se deu o descolamento; se o cordão se mantém estático, já se deu o descolamento (Sequeira et al., 2020).
- Após confirmar o descolamento da placenta, realizar manobra de Brandt-Andrews (tração cuidadosa e controlada do cordão): com uma mão efetuar pressão suprapúbica moderada sobre o útero, empurrando a placenta para baixo; com a outra mão, fazer a tração controlada do cordão (Sequeira et al., 2020).
- Simultaneamente com a manobra de Brandt-Andrews, pedir à mulher para realizar esforços expulsivos (Sequeira et al., 2020).
- Apoiar a placenta durante a exteriorização, para diminuir a pressão sobre as membranas friáveis. Executar a manobra de Dublin: fazer movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, para facilitar a exteriorização completa das membranas e mantê-las intactas (Sequeira et al., 2020).
- Novamente, palpar o fundo uterino e observar se o útero se encontra bem contraído; observar perdas hemáticas vaginais (Sequeira et al., 2020).
- Observar minuciosamente a placenta, com o objetivo de identificar a sua integridade e possíveis anomalias (Sequeira et al., 2020).
- Observar a forma, o tamanho e os bordos da placenta, para detetar vasos ou cotilédones aberrantes, e observar a inserção da placenta através do ponto de rotura das membranas (cerca de 10 centímetros do bordo) (Sequeira et al., 2020).
- Observar a face materna: limpar com compressas esterilizadas, removendo sangue e coágulos; assegurar que não ficou retido nenhum fragmento da placenta ou secção de cotilédone (Sequeira et al., 2020).
- Observar a face fetal: observar as membranas fetais, reconstituindo a câmara amniótica, de forma a verificar se nenhum fragmento de membranas ficou retido na cavidade uterina; observar a inserção e características do cordão umbilical (número de vasos sanguíneos - duas artérias e uma veia, presença de anomalias, local de inserção) (Sequeira et al., 2020).
- Massajar delicadamente o útero, e observar se se encontra bem contraído. Se necessário, realizar expressão uterina, para promover a saída de qualquer coágulo do útero (Sequeira et al., 2020).
- Inspeccionar o períneo e o canal de parto. Prestar cuidados perineais (Sequeira et al., 2020).
- Registrar hora do dequite, peso da placenta, se o dequite foi espontâneo e completo, integridade da placenta e membranas, e características do cordão umbilical (Sequeira et al., 2020).

## Aplicar frio

- A aplicação de frio alivia a dor por dois motivos: reduz o edema e os espasmos musculares associados à inflamação ou trauma; induz a parestesia de curto prazo das fibras nervosas periféricas, diminuindo a resposta inflamatória. Como diminui a temperatura da pele e do tecido subjacente, faz com que os recetores no sangue sejam estimulados pelo sistema nervoso simpático, reduz a circulação sanguínea na região devido à vasoconstrição proporcionando, desta forma, alívio da dor (Senol & Aslan, 2017).
- A crioterapia é uma intervenção de enfermagem não farmacológica eficaz para reduzir a dor perineal no pós-parto (Kim et al. 2020).

#### Avaliar evolução da recuperação pós-parto

- No puerpério imediato (até duas horas após o parto) é fundamental avaliar a contração uterina e perda hemática vaginal, pressão sanguínea e pulso radial, a cada 15 minutos (DGS, 2023).

#### Assistir na amamentação

- Quando colocado em contacto pele com pele no peito da mãe, na primeira hora de vida, o RN saudável apresenta um padrão comportamental sequencial inato, sendo esse contacto bastante relevante para ambos. Durante este tempo, o RN coordena os cinco sentidos - visão, audição, olfato, paladar e tato. Estes comportamentos inatos surgem quando há contacto entre mãe e filho, de forma contínua e ininterrupta, gradualmente e com tempo, tendo como consequência obter, ao fim de meia hora de vida, reflexos de sucção, como fechar a mão e levar a mão à boca. Cerca de uma hora após o nascimento o RN consegue alcançar a mama da mãe sozinho e iniciar a sucção (Widström et al., 2020).
- Durante a "golden hour", o RN passa por nove estádios diferentes de comportamento instintivo: choro de nascimento (choro intenso logo após o nascimento), relaxamento (período de repouso/recuperação), despertar (começa a mostrar sinais de atividade, mexendo a cabeça), atividade (mexe os membros e a cabeça, fazendo movimentos de empurrar sem deslocar o corpo), descansar (período de descanso, em que começa a sugar na mão), rastejar (em que faz movimentos de empurrar e "gatinha" até ao centro das mamas, para um dos mamilos), familiarização (atinge o mamilo/aréola e começa a lamber), amamentação (leva o mamilo à boca e começa a mamar), dormir (ao fim de cerca de 90 minutos, cai num sono profundo) (Widström et al., 2020).
- Verificando que o RN manifesta vontade de mamar, assistir na adaptação ao seio materno.

## 8.8. Síntese relativa ao caso

A grávida deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia em TP, pelas 06:30h. Apresentou rotura espontânea de membranas pelas 18:00h, líquido amniótico de características normais.

A última avaliação tocológica foi realizada pelas 21:00h, e apresentava dilatação completa e apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge.

No início do turno, pelas 21:30h, a parturiente encontra-se no leito, monitorizada de forma contínua por telemetria. Refere que esteve a deambular e a realizar alguns exercícios na bola de parto, pelo que gostaria de tentar descansar durante um período. Foi, então, sugerida a posicionar-se no leito em decúbito lateral, para o lado que se sentisse mais confortável, e utilizar a bola de amendoim.

A bola de amendoim é uma alternativa à bola de parto habitualmente utilizada (Cardoso et al., 2023b). Para utilizar a bola de amendoim durante o TP, algumas das posições recomendadas incluem colocá-la entre as coxas, com uma perna ligeiramente fletida e apoiada na cama, enquanto a outra perna se apoia na parte mais estreita da bola, formando um ângulo reto entre a anca e o joelho. Outra opção é colocar a bola sobre o colchão, paralela ao corpo, e apoiar o joelho na parte mais larga da bola, enquanto o pé se apoia na outra parte mais alta. Estas posições podem facilitar movimentos que promovem a abertura da pelve, e proporcionam mais conforto durante o TP, sendo úteis quando a mulher permanece na cama (Cardoso et al., 2023b).

A DGS (2023) preconiza a realização de exame vaginal de duas em duas horas, na fase latente do segundo período do TP, se não ocorrer nada que justifique exame imediato. No entanto, pelas 23:00h, a parturiente referiu "*uma pressão muito grande e vontade de puxar*" (sic), pelo que foi examinada, e a apresentação fetal encontrava-se no segundo plano de Hodge.

Nesta altura, foi encorajada a adotar a posição que se sentisse mais confortável, tal como preconizado pela WHO (2018a), tendo solicitado ajuda para se colocar sentada na cama, com a cabeceira elevada.

Segundo Huang et al. (2019), a posição sentada com o tronco inclinado, no mínimo, 45 graus, apesar de ser considerada uma posição vertical, não beneficia totalmente do efeito da gravidade, no entanto, pode proporcionar menos dor do que a posição de litotomia. Em comparação com a posição de litotomia, a posição semi sentada resulta em contrações uterinas mais eficazes, menor duração do segundo período do TP, menor incidência de episiotomia e trauma perineal, menor risco de perda hemática acima do esperado, menor dor e maior satisfação (Ezzat et al., 2018).

Imediatamente após o nascimento, o RN foi colocado em contacto pele com pele com a mãe, conforme preconizado pela WHO (2018a). O contacto pele com pele consiste em colocar o RN em decúbito ventral, em contacto direto com o peito da mãe, com a cabeça lateralizada para evitar a compressão do tórax; o tronco ligeiramente elevado, os membros inferiores em flexão e a cabeça rodada para a face da mãe ou do acompanhante; o RN deve ser coberto por um lençol aquecido e ter um gorro colocado (para evitar a perda de calor), sempre com a face, nariz e boca destapados, bem visíveis e não ocluídos, para melhor vigilância (DGS, 2023).

A laqueação do cordão umbilical foi realizada tardiamente, conforme preconizado pela

WHO (2018a), tendo sido o pai a cortar o cordão umbilical.

A avaliação do índice de Apgar ao primeiro, quinto e décimo minutos de vida, foi realizada com o RN no abdómen materno, permitindo o contacto pele com pele sem interrupções. Todos os outros procedimentos, como pesar, medir, medir o perímetro cefálico, aplicação de colírio ocular, administração de vitamina K e identificação com a pulseira, foram realizados posteriormente, de forma a não interferir nem interromper este momento (DGS, 2023; NICE, 2023).

Relativamente à puérpera, no terceiro período do TP, foi realizada a gestão ativa, conforme protocolo do serviço, e como preconizado pela WHO (2018a) e pela NICE (2023), pelo que foi iniciada a perfusão de ocitocina 10UI por via endovenosa.

Posteriormente, uma vez que apresentou uma laceração perineal de primeiro grau, e após ser suturada, foram prestados os cuidados de conforto e realizada crioterapia, através da aplicação de um penso de gelo, para alívio do desconforto, conforme descrito na evidência (Kim et al. 2020; Senol & Aslan, 2017).

Como recomendado, após a dequitação, no período do puerpério imediato (até duas horas após o parto), foi avaliada a contração uterina e perda hemática vaginal, pressão sanguínea e pulso radial, a cada 15 minutos (DGS, 2023).

Conforme preconizado pela DGS (2023), duas horas após o parto, foi avaliada, novamente, a contração uterina e perda hemática vaginal, e foi oferecida alimentação sólida. Após terminar a alimentação, como a puérpera se encontrava estável para a transferência para o puerpério, foi removido o cateter epidural, assistido o primeiro levante e incentivada a primeira micção pós-parto.

Face aos domínios enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

#### **DOMÍNIO: Sistema Cardiovascular**

- Determinar evolução da pressão sanguínea

#### **DOMÍNIO: Eliminação Urinária**

- Determinar evolução de sinais de retenção urinária

#### **DOMÍNIO: Parto**

##### Trabalho de Parto

- Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto
- Facilitar trabalho de parto/nascimento
- Promover autocontrolo: lidar com o TP
- Controlar dor de TP
- Promover parto eutócico

#### Nascimento

- Promover adaptação à vida extrauterina

### **DOMÍNIO: Sondas, Drenos e Cateteres**

#### Cateter venoso periférico

- Assegurar funcionamento do cateter venoso periférico
- Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico
- Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

#### Cateter epidural

- Assegurar funcionamento do cateter epidural
- Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural

### **DOMÍNIO: Pele e mucosas**

#### Laceração

- Determinar a evolução da laceração
- Promover cicatrização da laceração

### **DOMÍNIO: Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

#### Ligação mãe/pai-filho

- Promover ligação mãe/pai-filho

### **DOMÍNIO: Pós-parto**

#### Puerpério

- Determinar evolução da recuperação pós-parto
- Detetar precocemente sinais de complicações no pós-parto

## **DOMÍNIO: Comportamentos para amamentar**

### Amamentação

- Promover o amamentar/mamar

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, foram definidos os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

Neste contexto, foi definido o diagnóstico "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto".

### **Relativamente ao diagnóstico "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto" é esperado:**

- Melhorar a capacidade da parturiente na utilização da bola de amendoim;
- Melhorar a capacidade da parturiente para adotar as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede.

## 9. A INTERVENÇÃO DO EEESMO NO PARTO DISTÓCICO POR VENTOSA

Trabalho de parto e parto: caso clínico 4

### 9.1. Enquadramento teórico

Grávida com 40 semanas e 1 dia de gestação. I Gesta. É portadora do grupo sanguíneo A Rh positivo e tem resultado analítico de *Streptococcus* do grupo B negativo.

Deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia em TP, pelas 19:00, tendo sido colocado cateter epidural pelas 20:00, sem necessidade de nenhum reforço de medicação até ao momento.

A última avaliação tocológica foi realizada pelas 19:00, pela equipa médica, no momento da entrada no serviço de urgência, e apresentava cinco centímetros de dilatação, colo amolecido, anterior, 80% extinto; membranas amnióticas rotas; apresentação acima do primeiro plano de Hodge.

Não tem plano de parto escrito, mas foram questionadas todas as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, tendo sido consideradas durante a conceção de cuidados. Referiu, apenas, que tem a expectativa de um parto vaginal e quer realizar contacto pele com pele ao nascimento.

A escolha deste caso clínico decorreu da oportunidade de adquirir competências na promoção da saúde da mulher e do feto durante o TP, garantindo intervenções de qualidade e com risco controlado para manter um ambiente seguro, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (2019) no Regulamento das Competências Específicas do EEESMO, onde foram realizadas as seguintes atividades:

- Identificação e monitorização do trabalho de parto;
- Atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;
- Avaliação e adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP;
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções apropriadas para otimizar as condições de saúde da mãe e do feto durante o TP;
- Identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EEESMO.

No caso clínico apresentado foi realizado o acompanhamento no primeiro e segundo períodos do TP, tendo culminado num parto distócico por ventosa por estado fetal não tranquilizador. A escolha deste caso deveu-se ao facto de me permitir adquirir competências relativamente à deteção precoce de complicações e atuação em partos distócicos.

## 9.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 25 anos | Feminino

## 9.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-06-14 21:00:00	Ropivacaína 2mg/ml (pelo cateter epidural) - 10mg	

### 9.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Solução polieletrólítica com glicose 5%

A hidratação endovenosa iniciada pelas 23:30h teve como objetivo a correção de eventual hipovolemia materna, visto que o traçado cardiotocográfico se apresentava suspeito, por variabilidade reduzida. Segundo Silveira & Júnior (2020), a hidratação endovenosa pode contribuir para a melhoria da perfusão uteroplacentária, sendo uma das intervenções preconizadas para reverter a situação descrita.

Relativamente aos aspetos a considerar relativamente à ropivacaína e à ocitocina como uterotónico, foram descritos no caso um e no caso dois, respetivamente.

## 9.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

### Sondas, Drenos e Cateteres

14-06-2024 21:00

#### **14-06-2024 21:00 - Cateter epidural**

##### **14-06-2024 21:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural**

*14-06-2024 21:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural [SOS]*

#### **14-06-2024 21:00 - Cateter venoso periférico**

14-06-2024 21:00 - Localização do cateter venoso periférico

14-06-2024 21:00 - Antebraço Esquerda(o)

##### **14-06-2024 21:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

*14-06-2024 21:00 - Otimizar cateter venoso periférico*

##### **14-06-2024 21:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico**

*14-06-2024 21:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

##### **14-06-2024 21:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico**

*14-06-2024 21:00 - Trocar cateter venoso periférico*

### 9.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Os aspetos a considerar relativamente ao cateter venoso periférico e cateter epidural foram descritos no caso um.

## 9.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-06-2024 21:00	Sistema cardiovascular	
14-06-2024 21:00	Eliminação urinária	
14-06-2024 21:00	Parto	
14-06-2024 21:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
15-06-2024 01:22	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
15-06-2024 01:40	Pele e mucosas	
15-06-2024 01:40	Pós-parto	
15-06-2024 01:40	Comportamentos para amamentar	

### 9.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

#### Parto

No decorrer do TP, indicações maternas ou fetais, podem conduzir a um parto vaginal instrumentado. O parto vaginal instrumentado pode evitar a cesariana e as complicações associadas a esta. Podem ser utilizados fórceps ou ventosas, tendo ambos baixo risco de complicações (ACOG, 2020a). No caso clínico descrito foi utilizada ventosa.

Entre as indicações para um parto vaginal instrumentado, a exaustão materna e incapacidade de realizar esforços expulsivos eficazes, indicações médicas (como doença cardíaca materna e necessidade de evitar os esforços expulsivos no segundo período do TP), segundo período do TP prolongado, atraso na descida ou rotação da cabeça fetal, e padrões não tranquilizadores da FCF no segundo período do TP (ACOG, 2020a).

Quando o feto apresenta sinais de comprometimento, o uso de instrumentos para abreviar o TP pode reduzir o tempo de exposição do feto ao ambiente intrauterino, reduzindo os fatores que levam à encefalopatia neonatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica (ACOG, 2020a).

Existem critérios definidos para a aplicação de instrumentos, sendo eles, dilatação completa, rotura de membranas, encravamento da apresentação, determinação da posição da cabeça fetal, estimativa de peso fetal, pelve considerada adequada para o parto vaginal, analgesia adequada, bexiga materna vazia e o consentimento da parturiente (após ser informada dos riscos e benefícios do procedimento) (ACOG, 2020a).

No entanto, o uso de ventosa está associado a algumas complicações: maternas, em que o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto grau é duas vezes maior do que no parto vaginal não instrumentado, no entanto, não se recomenda a realização de episiotomia por rotina; neonatais, nomeadamente, laceração do escalpe fetal (pela tração aplicada), formação de cefalohematoma, fratura do crânio, icterícia e, em casos mais graves, lesão da medula espinhal e hemorragia intracraniana (ACOG, 2020a; Royal College of Obstetricians Gynaecologists, 2020).

Habitualmente, a experiência de um parto instrumentado é menos positiva do que a experiência de um parto não instrumentado. No entanto, a atitude dos profissionais, como o fornecimento adequado de informação, a interação, o respeito e a boa comunicação, são fatores facilitadores para uma melhor qualidade da experiência (Crossland et al., 2020).

É fundamental oferecer suporte emocional à mulher e pessoa significativa antes, durante e após o parto, uma vez que o desalinhamento entre a expectativa de parto e a experiência obtida, está associado à redução da satisfação e pode ter um impacto negativo na saúde mental da mulher (Webb et al., 2021). Os EESMO desempenham um papel essencial para que as

mulheres se sintam mais seguras, apoiadas e tranquilizadas, e tenham uma experiência mais agradável, mesmo que esta não seja de acordo com as suas expectativas iniciais (Kyrou, 2020).

### **Pele e mucosas**

As lacerações perineais de primeiro e segundo grau ocorrem em, aproximadamente, 50% das mulheres após um parto vaginal (Arnold et al., 2021).

A puérpera apresenta uma laceração perineal de segundo grau, que se caracteriza por envolver, não só a pele e mucosa vaginal, mas estender-se aos músculos perineais, sem afetar o esfíncter anal (Arnold et al., 2021).

O domínio sistema cardiovascular e o domínio eliminação urinária, relacionados com a assistência durante o TP e parto, foram descritos no caso um.

O domínio pós-parto e comportamentos para amamentar foram descritos no caso dois.

## **9.6. Conceção de Cuidados**

### **Sistema cardiovascular**

14-06-2024 21:00

14-06-2024 21:00 - Localização do Pulso

14-06-2024 21:00 - Antebraço Esquerda(o)

14-06-2024 21:00 - Frequência do pulso: 93 pulsações por minuto.

14-06-2024 21:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-06-2024 21:00 - Membro superior Esquerda(o)

14-06-2024 21:00 - Pressão sanguínea sistólica: 126 mmHg.

14-06-2024 21:00 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.

#### **14-06-2024 21:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*14-06-2024 21:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [4/4h; nas duas horas após o parto de 15/15 minutos]*

14-06-2024 23:30

14-06-2024 23:30 - Localização do Pulso

14-06-2024 23:30 - Antebraço Esquerda(o)

14-06-2024 23:30 - Frequência do pulso: 97 pulsações por minuto.

14-06-2024 23:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-06-2024 23:30 - Membro superior Esquerda(o)

14-06-2024 23:30 - Pressão sanguínea sistólica: 119 mmHg.

14-06-2024 23:30 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

## **Eliminação urinária**

14-06-2024 21:00

14-06-2024 21:00 - Reconhece a vontade de urinar.

14-06-2024 21:00 - Sem globo vesical.

### **14-06-2024 21:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária**

*14-06-2024 21:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária*

14-06-2024 23:30

14-06-2024 23:30 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

14-06-2024 23:30 - Sem globo vesical [MANTEVE].

15-06-2024 01:15

15-06-2024 01:15 - Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

15-06-2024 01:15 - Sem globo vesical [MANTEVE].

## **Pele e mucosas**

15-06-2024 01:40

### **15-06-2024 01:40 - Laceração**

15-06-2024 01:40 - Localização da laceração

15-06-2024 01:40 - Períneo

### **15-06-2024 01:40 - Determinar evolução da laceração**

*15-06-2024 01:40 - Avaliar evolução da laceração*

### **15-06-2024 01:40 - Promover cicatrização da laceração**

*15-06-2024 01:40 - Aplicar frio*

## **Parto**

14-06-2024 21:00

14-06-2024 21:00 - Posição do colo do útero: anterior.

14-06-2024 21:00 - Consistência do colo do útero: mole.

14-06-2024 21:00 - Extinção do colo do útero: 100%.

14-06-2024 21:00 - Dilatação do colo do útero: 7 cm.

14-06-2024 21:00 - Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .

14-06-2024 21:00 - Duração da contração uterina: 25 Segundos.

14-06-2024 21:00 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

14-06-2024 21:00 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

14-06-2024 21:00 - Apresentação fetal: cefálica.

14-06-2024 21:00 - Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

14-06-2024 21:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

14-06-2024 21:00 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

14-06-2024 21:00 - Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado.

### **14-06-2024 21:00 - Trabalho de parto**

#### **14-06-2024 21:00 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto**

*14-06-2024 21:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto [4/4h no primeiro período do TP; 2/2h no segundo período do TP; SOS]*

*15-06-2024 01:15 - Referenciar compromisso do estado do feto ao médico [FIM]*

15-06-2024 01:40

**14-06-2024 21:00 - Facilitar trabalho de parto/nascimento** [FIM] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 23:30 - Assistir no posicionar* [FIM] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 21:00 - Gerir ingestão de líquidos* [FIM] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 21:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto* [FIM] 15-06-2024 01:40

**14-06-2024 21:00 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto** [FIM] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 21:00 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

**14-06-2024 21:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto** [RESOLVIDO] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 21:00 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto*

*14-06-2024 21:00 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia*

**14-06-2024 21:00 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto** [FIM] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 21:00 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.*

*14-06-2024 21:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto* [FIM] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 21:00 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto* [FIM] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 21:00 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto* [FIM] 15-06-2024 01:40

**14-06-2024 21:00 - Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto** [RESOLVIDO] 15-06-2024 01:40

*14-06-2024 21:00 - Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto*

**14-06-2024 21:00 - Controlar dor de trabalho de parto**

*14-06-2024 21:00 - Gerir analgesia*

14-06-2024 23:30

14-06-2024 23:30 - Posição do colo do útero: anterior.

14-06-2024 23:30 - Consistência do colo do útero: mole.

14-06-2024 23:30 - Extinção do colo do útero: 100%.

14-06-2024 23:30 - Dilatação do colo do útero: 9 cm.

14-06-2024 23:30 - Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .

14-06-2024 23:30 - Duração da contração uterina: 30 Segundos.

14-06-2024 23:30 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

14-06-2024 23:30 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

14-06-2024 23:30 - Apresentação fetal: cefálica.

14-06-2024 23:30 - Descida do feto: 2.º plano de Hodge.

14-06-2024 23:30 - Bem-estar fetal: suspeito (ausência de pelo menos 1 critério de normalidade mas sem características do patológico).

14-06-2024 23:30 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

15-06-2024 01:15

15-06-2024 01:15 - Posição do colo do útero: anterior.

15-06-2024 01:15 - Consistência do colo do útero: mole.

15-06-2024 01:15 - Extinção do colo do útero: 100%.

15-06-2024 01:15 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

15-06-2024 01:15 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

15-06-2024 01:15 - Duração da contração uterina: 35 Segundos.

15-06-2024 01:15 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

15-06-2024 01:15 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

15-06-2024 01:15 - Posição fetal: direita.

15-06-2024 01:15 - Apresentação fetal: cefálica.

15-06-2024 01:15 - Variedade fetal: ODA.

15-06-2024 01:15 - Descida do feto: 3.º plano de Hodge.

15-06-2024 01:15 - Bem-estar fetal: suspeito (ausência de pelo menos 1 critério de normalidade mas sem características do patológico).

15-06-2024 01:15 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

15-06-2024 01:22

15-06-2024 01:22 - Hora do nascimento: 01:22:00.

#### **15-06-2024 01:22 - Nascimento**

15-06-2024 01:22 - Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.

15-06-2024 01:22 - Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

15-06-2024 01:22 - Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

#### **15-06-2024 01:22 - Promover adaptação à vida extrauterina**

*15-06-2024 01:22 - Executar técnica de pele com pele*

#### **Pós-parto**

15-06-2024 01:40

15-06-2024 01:40 - Hora da dequitação: 01:40:00.

#### **15-06-2024 01:40 - Puerpério**

15-06-2024 01:40 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

15-06-2024 01:40 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

#### **15-06-2024 01:40 - Determinar evolução da recuperação pós-parto**

*15-06-2024 01:40 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto*

#### **Comportamentos de ligação mãe/pai-filho**

15-06-2024 01:22

#### **15-06-2024 01:22 - Ligação mãe/pai-filho**

**15-06-2024 01:22 - Promover ligação mãe/pai-filho**

#### **Comportamentos para amamentar**

15-06-2024 01:40

#### **15-06-2024 01:40 - Amamentação**

**15-06-2024 01:40 - Promover o amamentar/mamar**

15-06-2024 01:40 - Assistir na amamentação

## 9.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame tocológico: lavar as mãos antes e após o procedimento; assegurar a privacidade; explicar a necessidade da realização do exame, explicar o procedimento e pedir consentimento; pedir à mulher que se posicione em decúbito dorsal, com os membros inferiores em abdução e calcanhares juntos; realizar o toque vaginal.
- No toque vaginal avalia-se a dilatação e extinção do colo do útero, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal (atitude, situação, variedade, apresentação e ponto de referência), e a progressão da apresentação fetal através dos planos de Hodge.
- Avaliar bem-estar fetal, através do traçado cardiotocográfico, tendo em conta os seguintes parâmetros: linha de base da FCF (o normal é entre 110-160bpm), variabilidade (em que a amplitude média da FCF deve variar entre cinco e 25bpm), presença de acelerações e desacelerações, e contratilidade uterina (Sequeira et al., 2020).

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Incentivar a micção espontânea.
- Questionar sobre a hora da última micção. Se necessário, avaliar a presença de globo vesical.

Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

- A massagem durante o TP, mesmo na fase ativa, são eficazes na redução da percepção da dor (Türkmen & Oran, 2021).
- A massagem na região lombar é eficaz não só porque provoca o aumento da libertação de endorfinas, mas, também, porque a pressão aplicada permite o alívio da tensão sentida nessa região (Pawale & Salunkhe, 2020).
- Durante o TP, a massagem pode ser utilizada com dois objetivos diferentes: a massagem suave, que é realizada entre as contrações, de forma a promover a libertação de endorfinas, diminuir a tensão muscular e promover o relaxamento; massagem com pressão, que é utilizada durante a contração, para modular a percepção que a mulher tem da dor, e realiza-se pressionando as nádegas, em particular o músculo piriforme, proporcionando o alívio da dor (Cardoso et al., 2023b).

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

- A dor é uma experiência subjetiva. As estratégias para lidar com a dor do TP têm como objetivo ajudar a mulher a lidar melhor com a dor e manter a sensação de autocontrolo sobre o seu parto (Cardoso et al., 2023b).
- Questionar sobre que estratégias utiliza habitualmente, por exemplo, massagem, aplicação de calor, posicionamento, etc.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Encorajar a deambulação e os movimentos da bacia.
- Disponibilizar dispositivos facilitadores do TP.

Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

- A grávida referiu não utilizar nenhuma estratégia em casa, pelo que foi demonstrada a massagem, tendo surtido efeito. Incentivada a pessoa significativa a pôr em prática esta estratégia.

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- A utilização de dispositivos poderá facilitar a adoção de posições promotoras da mobilidade da pelve. Para além de facilitar a descida e rotação da apresentação fetal, ajudam a mulher a sentir-se mais confortável (Cardoso et al., 2023b).
- Existem vários dispositivos, tendo disponíveis no serviço a bola de parto e a bola de amendoim. A grávida referiu desconforto ao utilizar a bola de amendoim, pelo que foi incentivada a utilizar a bola de parto.
- O uso da bola de parto permite a verticalidade e a mobilidade durante o TP. Sentada ou apoiada na bola, usando o movimento, a gravidade e a postura ereta, facilita a mobilidade da pelve e a descida fetal. Demonstrar exercícios que podem ser realizados: na posição: sentada (atendendo à posição anca Joelho-tornozelo em ângulo 90°), realizar movimentos de “saltitar” em cima da bola, movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito (Cardoso et al., 2023b).

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- Demonstrar como realizar os exercícios, associando a respiração.
- A grávida referiu não se sentir confortável na posição de quatro apoios, pelo que foi incentivada a realizar os exercícios em pé e deitada.
- Em pé, com os pés ligeiramente afastados e joelhos ligeiramente fletidos, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas, desenhar movimentos circulares para a esquerda e para a direita ou para a frente e para trás, e movimentos de desenhar o sinal de infinito (Cardoso et al., 2023b).
- Na posição deitada: em decúbito lateral, trazer o joelho ao abdómen, usando uma almofada para produzir assimetria); em decúbito dorsal, fazendo movimentos dos ísquios para a esquerda e para a direita (Cardoso et al., 2023b).

Gerir analgesia

- Monitorizar dor do TP.
- Administrar terapêutica analgésica conforme prescrição.

Gerir ingestão de líquidos

- Explicar a importância de se manter hidratada durante o TP (DGS, 2023; WHO, 2018a).
- Uma vez que se preconiza a ingestão de líquidos claros, como água, chá, sumos de fruta sem polpa ou gelatinas, foi oferecida gelatina e chá várias vezes, ao longo de todo o turno, de acordo com a preferência da mulher e a disponibilidade do serviço (DGS, 2023; WHO, 2018a).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- A experiência de parto é entendida de forma mais positiva quando há suporte contínuo de uma pessoa significativa. Assim sendo, o EEESMO deve incentivar a pessoa significativa que está presente a estar envolvida em todo o TP (Cardoso et al., 2023b).
- A pessoa significativa pode dar suporte através de apoio na deambulação e massagem mas, também, dando apoio emocional e encorajando a manutenção da confiança (Cardoso et al., 2023b).
- Demonstrar como se posicionar aquando da realização dos exercícios na bola de parto: atrás da grávida, colocando as suas mãos de forma a dar suporte nos movimentos com a bola.
- Demonstrar como realizar a massagem.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Manter a vigilância contínua para a deteção precoce de sinais inflamatórios, tais como, dor, edema, rubor e calor (Tendeiro et al., 2023).

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

- É fundamental assegurar todos os cuidados de enfermagem, entre eles, a vigilância de sinais inflamatórios e efeitos adversos (Pasin & Schnath, 2007).

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- A administração de analgesia através do cateter epidural, pode provocar hipotensão (DGS, 2023).
- A DGS (2023) recomenda a avaliação da pressão sanguínea e do pulso radial a cada cinco minutos, após a administração de bólus epidural, até 20 minutos após o bloqueio e, posteriormente, a cada 15 minutos.
- Nas duas horas após o parto, é preconizado a avaliação da pressão sanguínea e do pulso radial a cada 15 minutos (DGS, 2023).

Assistir no posicionar

- Assistir a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo, na cama, de forma a evitar a compressão aorta-cava e melhorar a perfusão uteroplacentária. Este posicionamento permite aliviar, também, a compressão do cordão umbilical, contribuindo para a reversão de desacelerações tardias, variáveis e prolongadas (Silveira & Júnior, 2020).

Referenciar compromisso do estado do feto ao médico

- Por se manter suspeito o traçado cardiotocográfico, foi informada a equipa médica.

Executar técnica de pele com pele

- A "golden hour" representa a primeira hora de vida do RN, em que este se encontra mais ativo, desperto e comunicativo. Representa o período de mudanças críticas em que este tem que se adaptar de forma rápida às várias alterações fisiológicas (cardiovasculares, respiratórias, imunológicas e metabólicas) (Araújo et al., 2021).
- O contacto pele com pele e a amamentação na primeira hora de vida são práticas simples que desempenham papel importante durante esse período de adaptação neonatal, uma vez que fortalecem o vínculo entre mãe e bebé, e evitam complicações neonatais precoces, como a hipotermia e hipoglicemia (Araújo et al., 2021).

- Colocar o RN em decúbito ventral, em contacto direto com o peito da mãe, com a cabeça lateralizada para evitar a compressão do tórax (DGS, 2023).
- O tronco ligeiramente elevado, os membros inferiores em flexão e a cabeça rodada para a face da mãe ou do acompanhante. O RN deve ser coberto por um lençol aquecido e ter um gorro colocado (para evitar a perda de calor), sempre com a face, nariz e boca destapados, bem visíveis e não ocluídos, para melhor vigilância (DGS, 2023).
- Assegurar que o RN mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus, vitalidade e resposta aos estímulos adequados (DGS, 2023).

#### Avaliar evolução da laceração

- Avaliar a evolução da laceração, para despiste de complicações, nomeadamente, a presença de edema, hematomas ou sinais de infeção (WHO, 2015).

#### Aplicar frio

- A aplicação de frio alivia a dor por dois motivos: reduz o edema e os espasmos musculares associados à inflamação ou trauma; induz a parestesia de curto prazo das fibras nervosas periféricas, diminuindo a resposta inflamatória. Como diminui a temperatura da pele e do tecido subjacente, faz com que os recetores no sangue sejam estimulados pelo sistema nervoso simpático, reduz a circulação sanguínea na região devido à vasoconstrição proporcionando, desta forma, alívio da dor (Senol & Aslan, 2017).
- A crioterapia é uma intervenção de enfermagem não farmacológica eficaz para reduzir a dor perineal no pós-parto (Kim et al. 2020).

#### Avaliar evolução da recuperação pós-parto

- No puerpério imediato (até duas horas após o parto) é fundamental avaliar a contração uterina e perda hemática vaginal, pressão sanguínea e pulso radial, a cada 15 minutos (DGS, 2023).

#### Assistir na amamentação

- Quando colocado em contacto pele com pele no peito da mãe, na primeira hora de vida, o RN saudável apresenta um padrão comportamental sequencial inato, sendo esse contacto bastante relevante para ambos. Durante este tempo, o RN coordena os cinco sentidos - visão, audição, olfato, paladar e tato. Estes comportamentos inatos surgem quando há contacto entre mãe e filho, de forma contínua e ininterrupta, gradualmente e com tempo, tendo como consequência obter, ao fim de meia hora de vida, reflexos de sucção, como fechar a mão e levar a mão à boca. Cerca de uma hora após o nascimento o RN consegue alcançar a mama da mãe sozinho e iniciar a sucção (Widström et al., 2020).
- Durante a "golden hour", o RN passa por nove estádios diferentes de comportamento instintivo: choro de nascimento (choro intenso logo após o nascimento), relaxamento (período de repouso/recuperação), despertar (começa a mostrar sinais de atividade, mexendo a cabeça), atividade (mexe os membros e a cabeça, fazendo movimentos de empurrar sem deslocar o corpo), descansar (período de descanso, em que começa a sugar na mão), rastejar (em que faz movimentos de empurrar e "gatinha" até ao centro das mamas, para um dos mamilos), familiarização (atinge o mamilo/aréola e começa a lambe), amamentação (leva o mamilo à boca e começa a mamar), dormir (ao fim de

cerca de 90 minutos, cai num sono profundo) (Widström et al., 2020).

- Verificando que o RN manifesta vontade de mamar, assistir na adaptação ao seio materno.

## 9.8. Síntese relativa ao caso

No início do turno, pelas 21:00h, a parturiente encontrava-se no leito, com monitorização contínua por telemetria e referiu sentir uma "*pressão diferente no fundo das costas*" (sic). Foi, por isso, realizada uma nova avaliação tocológica, e apresentava sete centímetros de dilatação, colo amolecido, anterior, extinto; membranas amnióticas rotas; apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge.

Procurou-se promover o parto eutócico através da utilização de estratégias facilitadoras do TP, como a deambulação e o uso da bola de parto. Foram sugeridas posições e exercícios de mobilidade facilitadores da progressão fetal, assim como a utilização dos dispositivos disponíveis, tendo-se optado apenas pela bola de parto, uma vez que a parturiente referiu não se sentir confortável com a bola de amendoim.

Foram, também, sugeridas estratégias não farmacológicas para alívio da dor, para que pudessem ser aplicadas pelo casal.

Ao longo de todo o turno, foi também sendo oferecido chá e gelatina, conforme está preconizado, e segundo a preferência da parturiente.

No entanto, pelas 23:30h, por traçado cardiotocográfico suspeito, por variabilidade reduzida, foi realizada nova avaliação tocológica (apresentava nove centímetros de dilatação, colo amolecido, anterior, extinto; membranas amnióticas rotas; apresentação cefálica no segundo plano de Hodge), tendo sido prioritário implementar medidas promotoras do bem-estar fetal, como o posicionamento lateral no leito e a hidratação endovenosa, que condicionaram a mobilidade. A parturiente ficou no leito, tendo sido sugerido que permanecesse em decúbito lateral, para o lado esquerdo, e foi iniciada a hidratação endovenosa, com o objetivo de otimizar a oxigenação fetal e melhorar a perfusão uteroplacentária (Silveira & Júnior, 2020).

Segundo Ayres-de-Campos et al. (2015), um traçado cardiotocográfico normal, preditivo de ausência de hipóxia ou acidose no momento em que é realizado, deve incluir todas as variáveis: linha de base entre 110-160 bpm, variabilidade moderada entre cinco a 25 bpm e sem desacelerações recorrentes. O traçado é considerado suspeito quando uma das características da normalidade está ausente, mas sem características patológicas (que traduzem alta probabilidade de hipóxia ou acidose, e são elas: linha de base abaixo de 100 bpm; variabilidade reduzida ou aumentada; desacelerações repetitivas tardias ou prolongadas durante 30 minutos,

ou 20 minutos se a variabilidade for reduzida, ou uma desaceleração prolongada com mais de cinco minutos) (ACOG, 2010; Ayres-de-Campos et al., 2015).

O traçado cardiotocográfico suspeito indica baixa probabilidade de hipóxia e acidose, no entanto, são necessárias medidas de acompanhamento, sendo indicado corrigir as causas reversíveis, a monitorização contínua e a reavaliação após instituição de medidas de reanimação uterina (Ayres-de-Campos et al., 2015).

A variabilidade reduzida pode estar associada a hipóxia ou acidose, especialmente na ausência de acelerações transitórias e presença de desacelerações tardias e variáveis. Pode, ainda, estar associada ao período do sono fetal, que dura, habitualmente entre 20 e 60 minutos, revertendo espontaneamente ou com estímulo do polo cefálico através do toque vaginal (Silveira & Júnior, 2020).

Pelas 01:15h, por traçado cardiotocográfico mantido, foi referenciado à equipa médica o compromisso do estado do feto, que realizou nova avaliação tocológica, em que a parturiente se apresentava com 10 centímetros de dilatação e apresentação cefálica no terceiro plano de Hodge, pelo que decidiram, por estado fetal não tranquilizador, a aplicação de ventosa.

Foi explicada a situação ao casal, fornecido suporte emocional e disponibilidade para esclarecer qualquer dúvida. O parto vaginal instrumentado é visto, frequentemente, como um desvio do parto considerado normal pelas mulheres, e é um fator de risco para depressão pós-parto. O EEESMO tem o privilégio de influenciar esta experiência e as consideradas habilidades não técnicas, como o desenvolver uma relação profissional com a parturiente e a pessoa significativa, a comunicação, lidar com o stress e manter um comportamento calmo e confiante, e manter a equipa unida, são fundamentais para alcançar a satisfação materna (Cass et al., 2020). Desempenham, assim, um papel essencial para que as mulheres se sintam mais seguras, apoiadas e tranquilizadas, e tenham uma experiência mais agradável, mesmo que esta não seja de acordo com as suas expectativas iniciais (Kyrou, 2020).

Conforme preconizado pela DGS (2023), é solicitada a presença de um neonatologista/pediatra em partos instrumentados. Uma vez que o RN iniciou a respiração espontaneamente e não havia nenhuma contra-indicação, foi promovido o contacto pele com pele, tendo sido avaliado o índice de Apgar ao primeiro minuto com o RN no abdómen materno, e a laqueação do cordão umbilical foi realizada após o primeiro minuto de vida. Posteriormente, foi realizado o exame físico ao RN pelo neonatologista e avaliado o índice de Apgar ao quinto e décimo minutos de vida, apresentando Apgar 9/10/10.

Após a realização destes procedimentos, e estando assegurada a estabilidade do RN, foi promovido o contacto pele com pele novamente, incentivando a amamentação na primeira hora de vida, conforme expectativa verbalizada pela mãe.

Posteriormente, uma vez que apresentou uma laceração perineal de segundo grau, e após ser

suturada pelo médico obstetra, foram prestados os cuidados de conforto e realizada crioterapia, através da aplicação de um penso de gelo, para alívio do desconforto, conforme descrito na evidência (Kim et al. 2020; Senol & Aslan, 2017).

Conforme preconizado pela DGS (2023), duas horas após o parto, foi avaliada, novamente, a contração uterina e perda hemática vaginal, e foi oferecida alimentação sólida. Após terminar a alimentação, como a puérpera se encontrava estável para a transferência para o puerpério, foi removido o cateter epidural, assistido o primeiro levante e incentivada a primeira micção pós-parto.

Face aos domínios enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

### **DOMÍNIO: Sistema Cardiovascular**

- Determinar evolução da pressão sanguínea

### **DOMÍNIO: Eliminação Urinária**

- Determinar evolução de sinais de retenção urinária

### **DOMÍNIO: Parto**

#### Trabalho de Parto

- Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto
- Facilitar trabalho de parto/nascimento
- Promover autocontrolo: lidar com o TP
- Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP
- Controlar dor de TP
- Promover parto eutócico

#### Nascimento

- Promover adaptação à vida extrauterina

### **DOMÍNIO: Sondas, Drenos e Cateteres**

#### Cateter venoso periférico

- Assegurar funcionamento do cateter venoso periférico

- Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico
- Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

#### Cateter epidural

- Assegurar funcionamento do cateter epidural
- Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural

### **DOMÍNIO: Pele e mucosas**

#### Laceração

- Determinar a evolução da laceração
- Promover cicatrização da laceração

### **DOMÍNIO: Pós-parto**

#### Puerpério

- Determinar evolução da recuperação pós-parto
- Detetar precocemente sinais de complicações no pós-parto

### **DOMÍNIO: Comportamentos para amamentar**

#### Amamentação

- Promover o amamentar/mamar

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, foram definidos os objetivos a alcançar com base nas intervenções propostas.

Neste contexto, foram definidos os diagnósticos "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto" e "Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto".

#### **Relativamente ao diagnóstico "Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto" é esperado:**

- Melhorar a capacidade da parturiente na utilização da bola de parto;
- Melhorar a capacidade da parturiente para realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia, de acordo com a fase do trabalho de parto;
- Melhorar a capacidade da parturiente para adotar as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede.

**Relativamente ao diagnóstico "Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto" é esperado:**

- Melhorar a capacidade da parturiente em adotar posições e movimentos que a ajudem a lidar com a dor;
- Melhorar a capacidade da pessoa significativa na realização da massagem, como estratégia não farmacológica para lidar com a dor;
- Promover o senso de controlo.



## 10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Conforme estabelecido no Regulamento das Competências Específicas publicado pela OE, os objetivos dos estágios incluem o cumprimento do Programa Formativo de Mestrado e o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e das Competências Específicas do EEESMO.

Os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de competências comuns definidas pelo Regulamento nº140/2019 do Diário da República, que são aplicáveis em todos os contextos e estão organizadas em domínios, como responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao longo dos estágios pude desenvolver estas competências no âmbito da prestação de cuidados, garantindo práticas que respeitassem os direitos humanos e agindo de acordo com as normas legais e os princípios éticos; desenvolvendo práticas de qualidade, garantindo um ambiente terapêutico e seguro; gerindo os cuidados de enfermagem e os recursos, de acordo com as situações e os contextos, sempre em articulação com a equipa médica e de enfermagem, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a realização da revisão da literatura desempenhou um papel importante, fornecendo uma base sólida de conhecimentos, essencial para fundamentar práticas baseadas em evidências. A investigação permite ao EEESMO a utilização da melhor evidência científica disponível, contribuindo para intervenções mais adequadas e efetivas, tendo em conta o contexto e a individualidade de cada um.

Ao longo dos dois anos de formação é esperado que o estudante obtenha um conjunto mínimo de experiências, que são definidas na Lei nº 9/2009 de 4 de março, ponto 5.1-B do Anexo II, na redação dada pela Lei nº 25/2014 de 2 de maio, e são elas: 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 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 e, em caso de impossibilidade, será realizado treino em simulação; prática de episiotomia/perineorrafia; assistência a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis; 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.

Segue-se abaixo a tabela representativa das experiências realizadas durante os estágios,

atendendo às exigências legais. Não tendo sido possível a participação em partos de apresentação pélvica, foi realizado treino em simulação.

Consultas grávidas		Grávidas		Parturientes	Partos assistidos		Partos participados		Prática sutura	Puérperas		Recém-nascidos	
111		216		75	42		21		26	150		119	
Risco	Normais	Risco	Normais		Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos		Risco	Normais	Risco	Normais
10	101	102	114		10	32	1 (simulação)	20		38	112	34	85

**Figura 1:** Experiências obtidas ao longo dos estágios

Os cuidados prestados foram fundamentais para o desenvolvimento de competências, nomeadamente a capacidade de planear e implementar intervenções que permitiram dar resposta às necessidades específicas das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto.

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

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

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

A satisfação do cliente é alcançada através de uma abordagem centrada na mulher, onde o EEESMO respeita a sua autonomia, as suas escolhas, e a gestão de expectativas, proporcionando um cuidado individualizado. A promoção da saúde, a prevenção de

complicações e o autocuidado, autocontrole e mestria são obtidas através de intervenções e ações, que capacitam a mulher com a aquisição de conhecimentos e capacidades, para tomar decisões informadas e seguras sobre o seu cuidado. Perante a readaptação funcional às novas condições de saúde, o EEESMO assegura a continuidade dos cuidados ao longo do ciclo da mulher e planeia o regresso a casa dos clientes de acordo com as suas necessidades e recursos. Por fim, a organização dos cuidados de enfermagem é outro aspeto vital, garantindo a dotação segura face às necessidades de cuidados de enfermagem, tendo em conta o contexto e a complexidade inerente.

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

No Bloco de Partos, o EEESMO deve ser capaz de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, conforme descrito no Regulamento nº391/2019 do Diário da República. Desta forma, o EEESMO é responsável por prestar assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o trabalho de parto, assegurando sempre um ambiente seguro para a mulher, promovendo o conforto e bem-estar da mesma e, sempre que possível, satisfazendo as suas expectativas, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido e contribuir para experiência de parto positiva.

O EEESMO desempenha, por isso, um papel fundamental na promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e parto, no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações, e na promoção da transição adequada do recém-nascido para a vida extrauterina.

O Bloco de Partos caracteriza-se pela imprevisibilidade, no entanto, a variedade de situações, permitiu-me adquirir inúmeros conhecimentos e competências, tornando a minha experiência vasta e muito enriquecedora. Todos estes desafios foram fundamentais para o meu percurso, preparando-me para enfrentar os futuros desafios como EEESMO.

No Serviço de Medicina Materno-Fetal, o EEESMO deve ser capaz de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, conforme descrito no Regulamento nº391/2019 do Diário da República. Assim sendo, o EEESMO é responsável por prestar assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o período pré-natal, com o objetivo de potenciar a sua saúde e detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

Na assistência à mulher e pessoa significativa durante a gravidez, foram adquiridas

competências específicas que visam não só a promoção da adaptação à gravidez e promoção da saúde materna e fetal, mas, também, o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações, a prestação de cuidados durante a gravidez com patologia associada e em casos de abortamento. Estas competências são fundamentais para facilitar processos eficazes de adaptação às novas condições de saúde, sendo cruciais para uma readaptação bem sucedida.

O período pré-natal de uma mulher que vivencia um processo de doença pode representar um momento crítico, exigindo cuidados específicos e intervenções especializadas para garantir a saúde e bem-estar, tanto da mulher como do bebê. A vigilância é fundamental, uma vez que permite acompanhar o estado de saúde da grávida e identificar precocemente qualquer complicação ou agravamento da condição materna, de forma a implementar as intervenções oportunas para prevenir complicações graves. Os cuidados prestados durante a assistência pré-natal tiveram como objetivo centrar a atenção na mulher e na família, promovendo a adaptação à gravidez, a adaptação à parentalidade e preparação para o parto, estabelecendo uma relação terapêutica eficaz com base na comunicação e nas necessidades individuais de cada mulher/família.

Por vezes, o internamento é longo, pelo que é fundamental implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico, de forma a apoiar a mulher nesta nova fase. É de grande importância, também, garantir que a grávida está bem informada da sua condição e de todos os procedimentos realizados, de forma a promover a sensação de controlo e, conseqüentemente, reduzir a ansiedade. O EEESMO desempenha, assim, um papel crucial na promoção da saúde materna durante o período pré-natal, prestando cuidados individualizados que garantam o bem-estar físico, emocional e psicológico das mulheres que vivenciam um processo de doença durante a gravidez.

Neste contexto, o maior desafio foi a comunicação e a gestão de emoções, uma vez que me deparei com várias situações delicadas, de incerteza nos desfechos. Gerir as emoções é um processo individual e único, pelo que prestar à grávida o apoio adequado é essencial para esta lidar da melhor forma possível com a sua situação.

No Serviço de Puerpério, o EEESMO deve ser capaz de cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, conforme descrito no Regulamento nº391/2019 do Diário da República. Assim sendo, o EEESMO é responsável por prestar assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença durante o período pós-natal, com o objetivo de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, sendo um elemento facilitador do processo de transição para a parentalidade.

Na assistência à mulher, recém-nascido e pessoa significativa durante o período pós-parto, foram adquiridas competências específicas que visam a avaliação da evolução e a promoção da recuperação pós-parto nas puérperas, a avaliação da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e a promoção da mestria nas competências parentais.

O período pós-natal exige cuidados específicos e intervenções especializadas, de forma a promover a saúde e a prevenir complicações. Assim, o EEESMO desempenha um papel fundamental na promoção do bem-estar da puérpera e do recém-nascido, fornecendo cuidados individualizados e de qualidade.

Assim, e segundo o Regulamento das Competências Específicas do EESMO, Regulamento nº391/2019 do Diário da República, publicado a 3 de maio de 2019, é missão do EEESMO intervir no sentido de potenciar a saúde da puérpera/mãe, promovendo a adaptação à parentalidade.

Neste contexto, a gestão de expectativas e a desmitificação de crenças e mitos relativos à amamentação foi, sem dúvida, o ponto mais desafiante. No entanto, este é um período em que a mulher sofre, não só alterações hormonais e emocionais, mas também mudanças no âmbito psicológico, familiar e social, pois assume um novo papel de grande responsabilidade, o que demanda uma reorganização das dinâmicas familiares. Também é um período de reflexão e aceitação da nova imagem corporal, identidade e sexualidade. Todos estes aspetos decorrem num período de grande vulnerabilidade da mulher, pelo que, por vezes, a labilidade emocional torna a comunicação e a gestão dos cuidados mais desafiante. Neste sentido, o EEESMO este deve estar alerta relativamente ao estado emocional da puérpera, dando suporte e apoio não só à mulher, mas também ao casal durante o processo de adaptação e transição para a parentalidade.

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

## **DOR NO MAMILO EM MULHERES QUE AMAMENTAM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

O aleitamento materno é recomendado pela WHO e pela UNICEF, como alimentação exclusiva, pelo menos, até aos seis meses de vida, devendo ser complementado com outros alimentos a partir desse período, e mantido até os dois anos de idade ou mais. O leite humano promove o vínculo profundo entre a mãe e o bebê, e proporciona o adequado crescimento do recém-nascido. É o melhor alimento para o bebê, sendo a principal fonte de nutrientes, capaz de atender às necessidades básicas do recém-nascido. Tem diversos benefícios conhecidos para o bebê, tais como promover o desenvolvimento intelectual, prevenir obesidade, doenças cardíacas, contagiosas e alérgicas, e para a mãe, atuando na prevenção do cancro do útero e da mama, hemorragias pós-parto, doenças cardiovasculares e na recuperação do peso pré-gravídico (Levy & Bértolo, 2012; Silva et al., 2022).

Apesar de todas as vantagens conhecidas, o abandono precoce da amamentação é muito frequente, devendo-se a diversos fatores associados tanto à mãe como ao bebê, sendo um desses fatores a dor no mamilo (Penha et al., 2021).

Sabe-se que a dor no mamilo surge, muitas vezes, devido a fissuras mamárias, mastites, mamilos rasos ou invertidos, e mau posicionamento e/ou má pega do bebê. No entanto, existem outros fatores que são subdiagnosticados, tais como, fatores anatômicos, fatores infecciosos, etc (Alvarenga et al., 2017).

A identificação correta das causas de dor no mamilo é importante para que as intervenções dos EEESMO, sejam adequadas à situação, contribuindo para evitar o abandono precoce da amamentação.

Neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar e descrever as causas associadas à dor no mamilo, e que contribuem para o desmame precoce.

### **Metodologia**

A revisão integrativa da literatura inicia-se com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de pesquisa que apresente relevância (Mota de Sousa et al., 2017).

Após a identificação do problema a ser estudado, a primeira etapa envolve a formulação de uma questão de partida. Assim, a questão orientadora foi “Quais as causas de dor no mamilo em mulheres que amamentam que contribuem para o desmame precoce?”.

Na etapa seguinte, foram identificados os descritores relacionados com a pergunta formulada. Foi utilizado o motor de busca MeshBrowser, tendo sido encontrados os descritores “nipple pain”, “breastfeeding” e “causes”.

Para a construção da frase booleana, utilizam-se os operadores booleanos (delimitadores), que são representados pelos termos de ligação AND (combinação restritiva), OR (combinação aditiva) e NOT (combinação excludente) (Mota de Sousa et al., 2017). Na pesquisa de evidência científica recorreu-se ao operador booleano AND para a construção da frase booleana, tendo-se definido a seguinte frase: (“Nipple pain”) AND (“Breastfeeding”) AND (“causes”).

De seguida, procedeu-se à busca da literatura a partir das seguintes plataformas: Cochrane Databases of Systematic Reviews; PubMed; Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde, na qual se incluíram as bases de dados MEDLINE e LILACS; e EBSCOHost, na qual se incluíram as bases de dados Academic Search Complete, CINAHL Complete, MedicLatina e MEDLINE Complete.

Os critérios de inclusão foram: idioma (português, inglês e espanhol); disponibilidade (texto integral), e data de publicação (2000 a 2024).

Através da pesquisa efetuada, foram encontradas seis revisões sistemáticas no motor de busca da Cochrane Databases of Systematic Reviews, que foram excluídas por não apresentarem relevância para o estudo. Da pesquisa nos motores de busca PubMed, Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde e EBSCOHost foram obtidos 117 artigos. Após exclusão de duplicados, foram obtidos 108 artigos. Destes, foram selecionados 14 após leitura do título e do resumo. Após a leitura completa dos 14 artigos, quatro foram excluídos por não apresentarem relevância para o estudo.

### **Análise e discussão dos resultados**

A dor no mamilo define-se como a dor sentida durante a amamentação e é considerada significativa quando persiste por um período mínimo de sete dias (Puapornpong et al., 2017).

Uma razão comumente referida para a interrupção precoce da amamentação pelas mulheres que amamentam é justamente a dor nos mamilos, o que pode fazer com que as mães se sintam particularmente desanimadas, levando à diminuição da frequência e duração das mamadas e, conseqüentemente, à interrupção da amamentação (Heller et al., 2012). Verificou-se que cerca de 90% das mulheres que amamentam sentem dor nos mamilos no período pós-parto (Heller et al., 2012). Além disso, é o segundo motivo mais comum para o desmame precoce, sendo que o primeiro é a percepção materna de quantidade insuficiente de leite (Aldalili & El Mahalli, 2021; DiTomasso et al., 2022). Na verdade, a maioria dos especialistas em lactação considera que a

dor nos mamilos na primeira semana pós-parto é normal, e atinge o seu pico, geralmente, entre o terceiro e o sexto dia. É esperado que diminua após a primeira semana, sendo que, não se verificando, indica, geralmente, um problema que requer avaliação e intervenção especializada (Tait, 2000).

Segundo Puapornpong et al. (2017), a dor no mamilo é a queixa mais comum das lactantes durante o pós-parto imediato. No referido estudo, constatou-se que a incidência de dor mamilar persistente no final da primeira semana pós-parto foi de 9,6% e a dor nos mamilos foi considerada a causa de interrupção precoce da amamentação em 17% dos casos. Estes estudos estão de acordo com o observado noutros estudos recentes que afirmam que a dor persistente nos mamilos está associada a uma redução da frequência da amamentação, pelo que é necessário um apoio profissional contínuo para garantir a remoção adequada do leite e o controlo da dor (Coentro et al., 2022). Assim, com suporte e experiência, é possível afirmar que a dor no mamilo tem tendência a cessar ao longo do tempo (Bourdillon et al., 2020).

Frequentemente, atribui-se a dor no mamilo à má pega e/ou incorreto posicionamento do bebé. No entanto, tal como referido por Bourdillon et al. (2020), o diagnóstico diferencial é fundamental e existem outras causas que podem ser mais complexas e de difícil gestão, tais como, anomalias anatómicas do RN (anquiloglossia, fenda labial ou palatina), ductos lactíferos obstruídos, infeções fúngicas, víricas ou bacterianas, eczema, psoríase e vasospasmo (conhecido como fenómeno de Raynaud) (Heller et al., 2012; Kent et al., 2015). A produção insuficiente de leite também pode ser um efeito secundário da dor no mamilo, resultante da inibição do reflexo de ejeção do leite devido à dor, ou da remoção ineficaz do leite, como acontece na presença de anquiloglossia ou fenda palatina (Kent et al., 2015).

As complicações da amamentação podem culminar em efeitos adversos significativos e impedir que a nova mãe atinja os seus objetivos de amamentação (Berens, 2015). A dor provoca ansiedade, dificuldades na amamentação e deterioração da qualidade de vida no pós-parto (Moreira et al., 2024).

Berens et al. (2016) demonstraram que a dor relacionada com a amamentação está associada a um stress psicológico significativo e encontraram uma relação entre a dor associada à amamentação e a depressão pós-parto. Também no estudo de Souza et al. (2024), se verificou que o aleitamento materno pode ser uma ferramenta capaz de prevenir a depressão pós-parto pelos inúmeros benefícios que traz à mãe. No entanto, a sua interrupção está associada a aumento dos níveis de ansiedade e depressão materna. Assim, às mães que manifestam dor, deve ser realizada uma avaliação pormenorizada, incluindo, sinais e sintomas de ansiedade e depressão.

Estar ciente de uma abordagem estruturada e lógica para a avaliação da mulher com queixas relativas à dor durante a amamentação é crucial para realizar o diagnóstico diferencial e sugerir tratamentos adequados (Berens, 2015).

Do exposto, se conclui que a avaliação e detecção precoces destas causas podem evitar a dor persistente e o sofrimento psicológico, assim como o comprometimento da amamentação a longo prazo, pelo que os EEESMO devem ser capazes de identificar as inúmeras causas e tratamentos, para intervir de forma eficaz, evitando o desmame precoce. Na nossa opinião, a educação sobre este tema no período pré-natal pode também ser fundamental para a prevenção de danos no mamilo e, conseqüentemente, a interrupção da amamentação. Esta prática é corroborada pelo estudo de Oliveira et al. (2021), que afirmam a necessidade de intervenção precoce, que deve ter início, idealmente, no período pré-natal. O suporte adequado ao binómio mãe-RN é, sobretudo, indispensável na primeira semana pós-parto, pois é quando existe um maior risco de desmame.

A identificação atempada e o tratamento adequado da dor persistente associada à amamentação são cruciais para permitir que as mulheres atinjam os seus objetivos relativamente à amamentação (Berens et al., 2016). Puapornpong et al. (2017) afirmam que a gestão ativa da dor, incluindo a detecção e o tratamento precoces, podem ajudar as mães a recuperarem em duas semanas.

O tratamento depende da causa da dor no mamilo (Kent et al., 2015; Puapornpong et al., 2017).

Na tabela abaixo, são apresentados os resultados relativos às causas, respetivos sinais/sintomas e tratamentos.

**Tabela 1:** Causas da dor no mamilo, e respetivos sinais/sintomas e tratamentos

<b>Causa</b>	<b>Sinais/Sintomas</b>	<b>Tratamento</b>
<b>Eczema</b> (Berens, 2015; Berens et al., 2016; Heller et al., 2012)	Episódios agudos: erosões, exsudação e formação de crosta Episódios crónicos: áreas secas, descamativas e espessadas. As lesões que surgem podem ser pruriginosas, dolorosas e com a sensação de queimadura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar um emoliente;</li> <li>• Aplicar pomada corticóide de baixa/média concentração duas vezes por dia, imediatamente após amamentar (para maximizar o tempo de contato antes da mamada seguinte);</li> <li>• Anti-histamínicos, para controlar o prurido.</li> </ul>
<b>Psoríase</b> (Berens, 2015; Berens et al., 2016; Heller et al., 2012)	Fissuras persistentes e exsudativas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar um emoliente;</li> <li>• Aplicar pomada corticóide de baixa/média concentração duas vezes por dia, imediatamente após amamentar (para maximizar o tempo de contato antes da mamada seguinte);</li> <li>• Podem ser utilizados cremes com vitamina D e realizada fototerapia (UVB).</li> </ul>

<b>Infeção por <i>Candida albicans</i></b> <b>(Berens, 2015; Berens et al., 2016; Kent et al., 2015; Smith, 2016; Tait, 2000)</b>	Aparecimento de uma área rosada no mamilo/aréola. Aparência brilhante ou descamativa do mamilo. Dor tipo queimadura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar creme antifúngico (miconazol ou clotrimazol) nos mamilos;</li> <li>• Aplicar suspensão de nistatina ou gel oral de miconazol na boca do bebé;</li> <li>• Fluconazol oral (sete a 10 dias).</li> </ul>
<b>Infeção por <i>Staphylococcus aureus</i></b> <b>(Berens et al., 2016; Heller et al., 2012; Kent et al., 2015; Tait, 2000)</b>	Aparecimento de uma área rosada no mamilo/aréola. Aparência brilhante ou descamativa do mamilo. Dor tipo queimadura e com irradiação para a mama.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar creme antifúngico (miconazol ou clotrimazol) nos mamilos;</li> <li>• Antibióticos orais durante quatro a seis semanas (a terapia sistémica é significativamente mais eficaz do que a terapia tópica na diminuição da dor; os antibióticos orais podem reduzir o risco de evolução para mastite).</li> </ul>
<b>Infeção por vírus <i>Herpes simplex</i></b> <b>(Berens et al., 2016; Heller et al., 2012)</b>	Aparecimento de um conjunto de pequenas vesículas, com eritema, ou de uma pequena úlcera. Pode surgir linfadenopatia axilar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antivirais orais, como aciclovir ou valaciclovir;</li> <li>• Evitar o contacto do bebé com as lesões;</li> <li>• Evitar amamentar ou utilizar o leite extraído (se for o caso) da mama afetada até ao desaparecimento das lesões, para prevenir o herpes neonatal.</li> </ul>
<b>Infeção por vírus <i>Herpes zoster</i></b> <b>(Berens, 2015; Berens et al., 2016)</b>	Aparecimento de uma erupção vesicular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antivirais orais, como aciclovir ou valaciclovir;</li> <li>• Evitar o contacto do bebé com as lesões;</li> <li>• Evitar amamentar ou utilizar o leite extraído (se for o caso) da mama afetada até ao desaparecimento das lesões, para prevenir o herpes neonatal.</li> </ul>
<b>Anquiloglossia</b> <b>(Berens, 2015; Berens et al., 2016; Kent et al., 2015; Puapornpong et al., 2017)</b>	Freio lingual curto, que limita a mobilidade da língua.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frenotomia (eficaz no alívio da dor e no aumento da transferência de leite).</li> </ul>
<b>Alterações anatómicas</b> <b>(Berens et al., 2016; Heller et al., 2012; Kent et al., 2015; Tait, 2000)</b>	Fenda labial ou palatina, que pode causar dificuldade na sucção e provocar dor no mamilo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treino de sucção;</li> <li>• Terapia da fala, o mais precocemente possível.</li> </ul>
<b>Alodinia</b> <b>(Berens et al., 2016)</b>	Dor insuportável que surge ao mínimo toque.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anti-inflamatórios não esteroides;</li> <li>• Antidepressivos;</li> <li>• Massagem para alívio dos pontos-gatilho, para alívio da dor.</li> </ul>

<p><b>Retenção de fluidos</b> (Berens et al., 2016; Smith, 2016)</p>	<p>Edema dos tecidos, devido à administração de fluidos endovenosos durante o trabalho de parto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar movimentos suaves de pressão sobre a aréola, ao redor do mamilo, para eliminar os fluidos e proporcionar alívio;</li> <li>• Massagem linfática (movimentos firmes, começando na aréola e massajando à volta, em direção ao tórax, para eliminar os fluidos e aliviar a dor.</li> </ul>
<p><b>Ductos lactíferos obstruídos</b> (Berens et al., 2016; Douglas, 2022; Heller et al., 2012; Smith, 2016)</p>	<p>Aparecimento de uma bolha branca ou transparente no mamilo (causada por um poro do mamilo obstruído).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar compressas mornas, imediatamente antes de amamentar (pode ser necessária a aspiração das bolhas, em casos mais evoluídos)</li> </ul>
<p><b>Fenómeno de Raynaud</b> (Berens, 2015; Berens et al., 2016; Douglas, 2022; Eymann et al., 2024; Heller et al., 2012; Kent et al., 2015; Moreira et al., 2024; Smith, 2016)</p>	<p>Alteração trifásica da cor do mamilo: palidez da pele, cianose, vermelhidão/eritema. Dor aguda, com sensação de ardência no mamilo. Parestesias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentos não farmacológicos: prevenção da exposição ao frio, evitar substâncias vasoconstritoras (como nicotina ou cafeína), aplicar compressas quentes após amamentar ou quando sentir dor;</li> <li>• Tratamentos farmacológicos: nifedipina.</li> </ul>
<p><b>Ansiedade/Depressão</b> (Berens, 2015; Berens et al., 2016; Smith, 2016)</p>	<p>Ansiedade e/ou tristeza associadas à amamentação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlo da dor;</li> <li>• Aconselhamento psicológico;</li> <li>• Antidepressivos.</li> </ul>



## 11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Ao longo do meu percurso como estudante no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, adquiri e desenvolvi as competências necessárias, tendo o estágio de natureza profissional proporcionado uma oportunidade valiosa para aplicar e consolidar o conhecimento teórico obtido ao longo do curso.

Através da prática clínica em serviços especializados, foi possível desenvolver competências essenciais, tais como a identificação precisa de diagnósticos e a implementação de intervenções de enfermagem. Estas competências foram centradas nas necessidades de cuidados à mulher e à sua família durante a gravidez, parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido, tanto em contextos normais quanto de maior complexidade. Assim, o relatório reflete com eficácia o processo de desenvolvimento profissional, confirmando a capacidade para exercer como EEESMO, em alinhamento com as competências especializadas estabelecidas pelo Regulamento da Ordem dos Enfermeiros.

As atividades realizadas ao longo de todo o percurso foram descritas nos capítulos anteriores, onde procurei justificar cada uma das intervenções com base na evidência científica mais atualizada.

O facto de a instituição onde decorreram os estágios ser de apoio perinatal diferenciado possibilitou a prestação de cuidados de excelência, nomeadamente em situações de risco materno, fetal e materno-fetal.

Considero que a ordem pela qual decorreram os estágios foi um elemento facilitador do processo de aprendizagem, uma vez que me permitiu integrar os conhecimentos, competências e habilidades de forma gradual. Iniciei o meu percurso no Serviço de Medicina Materno-Fetal, onde, essencialmente, consolidei conhecimentos sobre a monitorização do bem-estar materno-fetal. No Serviço de Puerpério pude prestar cuidados a puérperas no período pós-parto precoce, o que me permitiu estar atenta a todos os sinais de alerta que este período acarreta. Toda esta experiência foi uma extraordinária aprendizagem, pois preparou-me para a imprevisibilidade e necessidade de ação rápida que o Bloco de Partos exige. Esta aprendizagem não se limitou à sua vertente técnica e científica. A partilha das inseguranças, frustrações e perdas vivenciadas pelas mulheres levaram a um importante crescimento pessoal. Muitas foram as vezes em que senti as angústias e a ansiedade destas mulheres, mas muitas mais foram aquelas em que tive o sentimento de satisfação e de recompensa por poder minimizar ou solucionar os seus medos ou sofrimento.

Com efeito, no estágio que decorreu no Serviço de Medicina Materno-Fetal, foi possível perceber

que a incerteza e o desconhecimento do futuro são as maiores preocupações verbalizadas pelas grávidas. Sendo fundamental diminuir o stress e a ansiedade associados ao internamento, procurei intervir direcionando os cuidados para as necessidades de cada grávida.

Por outra parte, muitas das grávidas permanecem internadas por longos períodos, pelo que é importante desenvolver algumas práticas no âmbito da preparação para a parentalidade, com vista a facilitar esta transição, nomeadamente, a realização de sessões sobre temas relacionados com o período pós-parto e os cuidados ao recém-nascido, adequando à situação de cada grávida.

Durante o estágio que decorreu no Serviço de Puerpério, percebi a importância do papel do EEESMO em apoiar as mulheres/famílias, uma vez que o período pós-parto é caracterizado por uma grande instabilidade emocional, podendo contribuir para o compromisso do autocuidado da puérpera e, conseqüentemente, para o exercício da parentalidade.

O alojamento conjunto e a possibilidade da permanência contínua da pessoa significativa durante todo o internamento mostraram-se essenciais, sobretudo na ligação dos pais ao recém-nascido e na aquisição e desenvolvimento das competências parentais.

Constatei que a maioria das dúvidas e dificuldades sentidas diziam respeito aos cuidados de higiene e conforto do recém-nascido, nomeadamente o banho e a amamentação. Procurei, por isso, dar suporte e orientação e percebi que as mulheres, quando apoiadas, se sentiam mais seguras e confiantes neste processo.

O estágio que decorreu no Bloco de Partos foi, sem dúvida, o mais desafiante, pelos conhecimentos, habilidades e competências a adquirir. Ao longo do estágio procurei implementar intervenções que possibilitaram o envolvimento da mulher e da pessoa significativa no TP, sempre tentando corresponder às expectativas de cada mulher/casal/família.

Observei que existem algumas intervenções utilizadas como rotina, como a CTG contínua, a soroterapia e a posição semi-sentada no segundo período do TP. A CTG contínua e a soroterapia contribuem para a restrição da mobilidade das parturientes, que a WHO (2018a) preconiza, uma vez que contribui para a progressão do TP. Assim, procurei, sempre que possível, incentivar os movimentos livres, incluindo a utilização da bola de parto e da bola de amendoim, durante o primeiro período do TP. No entanto, devido à má captação do traçado cardiotocográfico, associada à posição ou ao movimento, esta intervenção era, por vezes, dificultada, forçando as parturientes a permanecerem na cama. Isto pode contribuir para um aumento da duração do primeiro período do TP, assim como, comprometer a adaptação do feto às estruturas da bacia materna (WHO, 2018a).

Relativamente ao período expulsivo, adotar uma posição vertical ou de lado pode ajudar a tornar o segundo período do TP mais curto e confortável, reduzir as taxas de episiotomia e melhorar a experiência de parto (Berta et al., 2019; Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020; NICE,

2023). Estas posições beneficiam do efeito da gravidade e permitem maior mobilidade da pelve, facilitando a expulsão do feto. Nenhuma posição deve ser imposta à mulher, e esta deve ser encorajada a adotar a posição que considerar mais confortável (Gupta et al., 2017; WHO, 2018a). Inclusive, é recomendação da WHO (2018a), que as mulheres que se encontram com analgesia epidural, adotem uma posição de parto à sua escolha, incluindo posições verticais.

A pesquisa da evidência científica mais atualizada permitiu, também, analisar e justificar as intervenções realizadas no contexto da prática clínica, aprofundar conhecimentos e garantir cuidados atualizados e relevantes, conforme a missão do EEESMO.

Os estágios permitiram-me desenvolver conhecimentos e competências essenciais para a prestação de cuidados de qualidade baseados em evidência. No mesmo sentido, a redação deste documento foi fundamental para a minha aprendizagem, uma vez que me permitiu refletir criticamente sobre o meu percurso, tanto em relação às expectativas, como aos desafios vivenciados e ultrapassados.

Em suma, o papel do EEESMO é fundamental no acompanhamento das mulheres/casais/famílias durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto, contribuindo para uma transição saudável para a parentalidade e uma experiência de parto mais positiva. De acordo com Larsson et al. (2018), a presença e o apoio do EEESMO durante o TP facilitam a criação de uma experiência de parto positiva, promovendo sentimentos de segurança e calma. O apoio fornecido, principalmente a nível emocional, é um dos aspetos que as mulheres mais recordam no pós-parto (Dahlberg et al., 2016), sendo que o apoio contínuo durante o TP revela ter um conjunto de benefícios significativamente positivos do ponto de vista clínico (Isbir & Serçekus, 2015).

Considero que os objetivos estabelecidos inicialmente para a aquisição de competências foram alcançados e que este relatório detalha o desenvolvimento do processo de Enfermagem em cada área de atuação do EEESMO.

A elaboração do relatório permitiu uma reflexão crítica sobre as experiências desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional. Apesar dos desafios encontrados, o percurso foi gratificante e enriquecedor, tanto a nível pessoal como profissional, não só porque contribuí para o bem-estar das mulheres e das famílias a quem tive a oportunidade de prestar cuidados, mas, também, por tudo o que aprendi com todos os colegas com quem tive a honra de poder trabalhar.



## 12. BIBLIOGRAFIA

- Abalos, E., Sguassero, Y., & Gyte, G. M. (2021). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(1), CD008407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008407.pub3>
- Al Aryani, Z., Orabi, A., & Fouly, H. (2022). Examining the impact of upright and recumbent positions on labor outcomes in Saudi Arabia: A quasi-experiment. *Belitung Nursing Journal*, 8(4), 316–324. <https://doi.org/10.33546/bnj.2114>
- Aldalili, A. Y. A., & El Mahalli, A. A. (2021). Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 14, 239–246. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S277819>
- Ali, S., & Ghafel, H. (2022). Evaluation of nurse-midwife's practices about immediate postpartum care for mothers. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(03), 1069–1069. <https://doi.org/10.53350/pjmhs221631069>
- Almeida, M., Dores, J., & Ruas, L. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24–38. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/i023590.pdf>
- Alvarenga, S. C., Silveira de Castro, D., Costa Leite, F. M., Gomes Brandão, M. A., Zandonade, E., & Primo, C. C. (2017). Fatores que influenciam o desmame precoce. *Aquichan*, 17(1), 93–103. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.9>
- American Academy of Pediatrics, & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Guidelines for perinatal care* (8th ed.). <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). ACOG Practice Bulletin No. 116: Management of intrapartum fetal heart rate tracings. *Obstetrics & Gynecology*, 116(5), 1232–1240. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182004fa9>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Practice Bulletin No. 127: Management of preterm labor. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1308–1320. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000431050.68232.cc>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Practice Bulletin No. 190: Gestational diabetes mellitus. *Obstetrics & Gynecology*, 131(2), e49–e64.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002501>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, *133*(2), e164–e173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). ACOG Practice Bulletin No. 219: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, *135*(4), e149–e159. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003764>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). ACOG Committee Opinion No. 814: Delayed umbilical cord clamping after birth. *Obstetrics & Gynecology*, *136*(6), e100–e106. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004167>

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

Antonacci, G., Reed, J., Lennox, L., & Barlow, J. (2018). The use of process mapping in healthcare quality improvement projects. *Health Services Management Research*, *31*(2), 74–84. <https://doi.org/10.1177/0951484818770411>

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

Araújo, K., Santos, C., Caminha, M. F., Silva, S., Pereira, J., & Filho, M. (2021). Contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida. *Texto & Contexto Enfermagem*, *30*, artigo e20200621. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0621>

Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). Obstetric lacerations: Prevention and repair. *American Family Physician*, *103*(12), 745–752. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/0615/p745.pdf>

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). *Boas práticas em aleitamento materno: Guia de apoio a profissionais de saúde*. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>

Ayres-de-Campos, D., Spong, C., & Chandrharan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *131*, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.018>

Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human milk composition: Nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, *60*(1), 49–74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>

Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V.,

- & Varela, V. (2015). *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)
- Begley, C., Gyte, G., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2), CD007412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Berens, P. (2015). Breast pain: Engorgement, nipple pain, and mastitis. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58(4), 902–914. <https://doi.org/10.1097/GRF.000000000000153>
- Berens, P., Eglash, A., Malloy, M., Steube, A., & the Academy of Breastfeeding Medicine. (2016). ABM clinical protocol #26: Persistent pain with breastfeeding. *Breastfeeding Medicine*, 11(2), 46–53. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.29002.pjb>
- Bergmann, R. L., Bergmann, K. E., von Weizsäcker, K., Berns, M., Henrich, W., & Dudenhausen, J. W. (2014). Breastfeeding is natural but not always easy: Intervention for common medical problems of breastfeeding mothers – A review of the scientific evidence. *Journal of Perinatal Medicine*, 42(1), 9–18. <https://doi.org/10.1515/jpm-2013-0095>
- Bernitz, S., Betran, A. P., Gunnes, N., Zhang, J., Blix, E., Øian, P., Moe Eggebø, T., & Dalbye, R. (2023). Association of oxytocin augmentation and duration of labour with postpartum haemorrhage: A cohort study of nulliparous women. *Midwifery*, 123, artigo e103705. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103705>
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, artigo e466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Bezerra, R. (2020). Protocolo de prevenção para acidentes por queda em recém-nascido [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.  
<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/31897>
- Bourdillon, K., McCausland, T., & Jones, S. (2020). Latch-related nipple pain in breastfeeding women: The impact on breastfeeding outcomes. *British Journal of Midwifery*, 28(7), 406–414. <https://doi.org/10.1177/17455057221087865>
- Brandão, A., Oliveira, D., Silva, S., Júnior, A., Cunha, F., Spindola, P., Souza, Y., Azevedo, B., Gomes, R., & Castro, S. (2020). Atuação do enfermeiro no puerpério imediato em um hospital maternidade no Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(3), artigo e2508. <https://doi.org/10.25248/reas.e2508.2020>
- Brandão, S., & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: Impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), 2730–2739.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x>

Brito, A. P. A., Caldeira, C. F., & Salvetti, M. G. (2021). Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, artigo e03691. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019023303691>

Calais-Germain, B., & Parés, N. (2009). *Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto*. La liebre de marzo.

Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Heimar, M. (2015). Competências parentais: Construção de um instrumento de avaliação. *Referência - Revista de Enfermagem*, IV(4), 11–20.

<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023a). *Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020–2023. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidez\\_v5.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidez_v5.pdf)

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023b). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020–2023. Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp\\_promopreparacaoparto\\_v4\\_fl.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf)

Cass, G., Goyder, K., Strachan, B., & Bahl, R. (2020). Can we improve women's experience of operative vaginal birth?. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 252, 424–430. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.07.021>

Castro, V., Fonseca, J., Durans, K., Silva, D., Silva, J., & Pasklan, A. (2022). Percepção das parturientes sobre a importância do acompanhante no parto e pós-parto. *Research, Society and Development*, 11(6), artigo e10911628843. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28843>

Chauhan, J., Vyas, H., Singh, P., Sharma, M. C., & Thirunavukkarasu, D. (2023). Effect of supported sitting position during second stage of labor on its outcome in primigravidae: A quasi-experimental study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(9), 2014–2019.

[https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_359\\_23](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_359_23)

Chen, E. M., Gau, M. L., Liu, C. Y., & Lee, T. Y. (2017). Effects of father-neonate skin-to-skin contact on attachment: A randomized controlled trial. *Nursing Research and Practice*, 2017, artigo e8612024. <https://doi.org/10.1155/2017/8612024>

Clarke-Deelder, E., Opondo, K., Oguttu, M., Burke, T., Cohen, J., & McConnell, M. (2023). Immediate postpartum care in low- and middle-income countries: A gap in healthcare quality research and practice. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 5(2), artigo e100764.

<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100764>

- Coentro, V., Tat Lai, C., Rea, A., Turlach, B., Geddes, D., & Perrella, S. (2022). Breast milk production in women who use nipple shields for persistent nipple pain. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 51(1), 73–82. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.09.005>
- Correia, T. I., & Pires, C. S. (2016). Que técnica usar nos cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. *Revista da Associação Portuguesa do Enfermeiros Obstetras*, 17, 29–33. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14216/1/rec%C3%A9m%20nascido.pdf>
- Cota de Moura, Z., Matozinhos, F., Adrian de Araújo, L., Costa de Oliveira, A., & Rodrigues da Silva, T. (2021). Amamentação como método de alívio da dor durante a vacinação: Revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(3), artigo e40710313550. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13550>
- Crossland, N., Kingdon, C., Balaam, M. C., Betrán, A. P., & Downe, S. (2020). Women's, partners' and healthcare providers' views and experiences of assisted vaginal birth: A systematic mixed methods review. *Reproductive Health*, 17(83). <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00915-w>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2016). *Obstetrícia de Williams* (24ª ed.). AMGH Editora Ltda.
- Dahlberg, U., Haugan, G., & Aune, I. (2016). Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery*, 39, 57–62. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
- Dantas, A., Bomfim, L., & Freitas, Z. (2022). The use of hydrotherapy, walking, and lumbosacral massage as non-pharmacological methods used for pain relief in labor and delivery. *Research, Society and Development*, 11(17), artigo e241111738744. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38744>
- De Los Reyes, I. (2015). Bed rest and its continued use in women with high-risk pregnancy: A review of literature [Tese de doutoramento, Dominican University of California]. Dominican Scholar. <https://doi.org/10.33015/dominican.edu/2015.NURS.ST.02>
- Delfino, C. (2012). Ligação pais/filho - Contributo para o processo de vinculação: Intervenções do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica promotoras do processo de vinculação entre pais/filho [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/16005>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: DGS. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto: Orientação nº 002/2023 de 10/05/2023*. Lisboa: DGS. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- DiTomasso, D., Wambach, K. A., Roberts, M. B., Erickson-Owens, D. A., Quigley, A., & Newbury, J.

- M. (2022). Maternal worry about infant weight and its influence on artificial milk supplementation and breastfeeding cessation. *Journal of Human Lactation*, 38(1), 177-189. <https://doi.org/10.1177/08903344211000284>
- Douglas, P. (2022). Re-thinking lactation-related nipple pain and damage. *Women's Health*, 18, 1-29. <https://doi.org/10.1177/17455057221087865>
- Eymann, A., Pontoriero, J., Brinci, M., & Cámara, S. (2024). Raynaud's phenomenon of the nipple during breastfeeding: A case series. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 122(5), artigo e202310280. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10280.eng>
- Ezzat, N., Nabil, H., Marzouk, T., & El-Nemer, A. (2018). Maternal semi sitting versus lithotomy position during second stage of labor on maternal outcomes. *Mansoura Nursing Journal*, 5. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222996>
- Farias, B., Silva, I., Pereira, L., & Passos, S. (2024). O papel do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido em fototerapia. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 7(14), artigo e141254. <https://doi.org/10.55892/jrg.v7i14.1254>
- Ferreira, J. P. (2019). Hipertensão e diabetes gestacional e a relação entre elas [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da UBI. <http://hdl.handle.net/10400.6/8708>
- Ferreira, I., & Reynolds, A. (2021). O papel da ocitocina na profilaxia da hemorragia pós-parto em locais com recursos limitados. *Acta Médica Portuguesa*, 34(12), 857-863. <https://doi.org/10.20344/amp.14258>
- Franco, S., Cordeiro, C., Espanhol, S., & Frias, A. (2021). Vinculação paterna no pré-natal. In Freitas, A., & Agostinho, C. (Coords), *A obra prima: A arte de cuidar no início da vida* (pp. 46-58). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37885/978-65-5360-021-8>
- Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., & Romero, R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. *The Lancet*, 371(9606), 75-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60074-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60074-4)
- Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª ed.). Lidel.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna. (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna, Versión resumida*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, Guías de Práctica Clínica en el SNS. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_560\\_Lactancia\\_Osteba\\_resum.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_560_Lactancia_Osteba_resum.pdf)
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

- Hacivelioglu, D., Tavşanlı, N. G., Şenyuva, İ., & Kosova, F. (2023). Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial. *Open Medicine*, 18(1), artigo e20230633. <https://doi.org/10.1515/med-2023-0633>
- Halliday, L., Nelson, S. M., & Kearns, R. J. (2022). Epidural analgesia in labor: A narrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(2), 356–364. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14175>
- Heller, M., Fullerton-Stone, H., & Murase, J. (2012). Caring for new mothers: Diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers. *International Journal of Dermatology*, 51(10), 1149–1161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4632.2011.05445.x>
- Hofmeyr, G. J., & Singata-Madliki, M. (2020). The second stage of labor. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, 53–64. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.012>
- Hoyt-Austin, A., Kair, L., Larson, I., Stehel, E., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for birth hospitalization discharge of breastfeeding dyads, revised 2022. *Breastfeeding Medicine*, 17(3). <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29203.aeh>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L. H., Li, F. J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460–467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Hutchison, J., Mahdy, H., & Hutchison, J. (2023). *Stages of labor*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- Infarmed. (2020). *Resumo das características do medicamento: Paracetamol Ben-u-ron comprimido 1g*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/098807f-121759-paracetamol-ben-u-ron-comprimido-1g.pdf>
- Infarmed. (2021). *Resumo das características do medicamento: Oxitocina Generis*. <https://medikamio.com/downloads/pt-pt/drugs/oxitocina-generis.pdf>
- Infarmed. (2022). *Resumo das características do medicamento: Ropivacaína*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/62d8b6d-092052-ropivacaina.pdf>
- International Council of Nursing. (2019). *ICNP browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2023). *FIGO statement – Harnessing the golden hour: Breastfeeding recommended within first hour of life*. [https://www.figo.org/sites/default/files/2023-07/FIGO%20Statement\\_breastfeeding%20recommended%20within%20first%20hour%20of%20life\\_2023.pdf#page=4.82](https://www.figo.org/sites/default/files/2023-07/FIGO%20Statement_breastfeeding%20recommended%20within%20first%20hour%20of%20life_2023.pdf#page=4.82)

- İsbir, G. G., & Serçekuş, P. (2017). The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *Journal of Nursing Research*, 25(2), 112-119. <https://doi.org/10.1097/JNR.000000000000129>
- Jha, S., Vyas, H., Nebhinani, M., Singh, P., & T, D. (2023). The effect of birthing ball exercises on labor pain and labor outcome among primigravidae parturient mothers at a tertiary care hospital. *Cureus*, 15(3), artigo e36088. <https://doi.org/10.7759/cureus.36088>
- Kalarikkal, S. M., & Pflieger, J. L. (2023). *Breastfeeding*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534767/>
- Kaur, C., & Sharma, M. C. (2016). A study to assess the sucking reflex of neonates born at selected hospitals. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 5(12), 1268-1270. [https://www.researchgate.net/publication/311843960\\_A\\_Study\\_to\\_Assess\\_the\\_Sucking\\_Reflex\\_of\\_Neonates\\_Born\\_at\\_Selected\\_Hospitals](https://www.researchgate.net/publication/311843960_A_Study_to_Assess_the_Sucking_Reflex_of_Neonates_Born_at_Selected_Hospitals)
- Kellams, A., Harrel, C., O'age, S., Gregory, C., Rosen-Carole, C., & Academy of Breastfeeding Medicine. (2017). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeeding Medicine*, 12(3). <https://doi.org/10.1089/bfm.2017.29038.ajk>
- Kemper, A. R., Newman, T. B., Slaughter, J. L., Maisels, M. J., Watchko, J. F., Downs, S. M., Grout, R. W., Bundy, D. G., Stark, A. R., Bogen, D. L., Holmes, A. V., Feldman-Winter, L. B., Bhutani, V. K., Brown, S. R., Panayotti, G. M. M., Okechukwu, K., Rappo, P. D., & Russell, T. L. (2022). Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*, 150(3), artigo e2022058859. <https://doi.org/10.1542/peds.2022-058859>
- Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rowan, M. K., Chia, E. S., Fairclough, K. A., Menon, L. L., Scott, C., Mather-McCaw, G., Navarro, K., & Geddes, D. T. (2015). Nipple pain in breastfeeding mothers: Incidence, causes and treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), 12247-12263. <https://doi.org/10.3390/ijerph121012247>
- Kim, Y. J. (2020). Pivotal roles of prolactin and other hormones in lactogenesis and the nutritional composition of human milk. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 63(8), 312-313. <https://doi.org/10.3345/cep.2020.00311>
- Kim, H.-J., An, J.-W., Lee, Y., & Shin, Y.-S. (2020). The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 89, artigo e102788. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102788>
- Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2019). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(4), 445-450. <https://doi.org/10.1111/aogs.13781>

- Kyrou, M. (2020). Mode of delivery and traumatic birth experience: The role of the midwife. *European Journal of Midwifery*, 4(39). <https://doi.org/10.18332/ejm/127264>
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C., & Karlström, A. (2019). Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women and Birth*, 32(1), e88-e94. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.008>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
- Lempke, T., Suruí, A., Coitinho, L., & Ramos, E. (2023). A participação do pai/parceiro no pré-natal e o fortalecimento do trinómio mãe-pai-filho. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(4), 2992-2303. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p2992-2303>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Louisiana Department of Health. (2024). Stages of fetal development - Third trimester. <https://ldh.la.gov/page/stages-of-fetal-development-third-trimester>
- Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Lusodidacta.
- Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing*, 12(2), 106-124. <https://doi.org/10.1177/1099800410375978>
- Marcos-Rodríguez, A., Leirós-Rodríguez, R., & Hernandez-Lucas, P. (2023). Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 162(3), 802-810. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14723>
- Mariano da Silva, V., & Tonon, T. C. (2020). Nurse's performance in the breastfeeding process. *Research, Society and Development*, 9(10), artigo e7819109158. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9158>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, LLC. [https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions\\_theory\\_\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Mendes, C., Silva, F., Teixeira, D., & Costa, K. (2022). Does using the birth ball as a physiotherapeutic resource decrease pain and duration of labor?. *Research, Society and Development*, 11(16), artigo e197111637875. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37875>
- Miao, Y., Zhao, S., Liu, W., Jiang, H., Li, Y., Wang, A., & Zhang, Y. (2023). Prevalence and risk

factors of delayed onset lactogenesis II in China: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(1).

<https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2214833>

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003519.pub4>

Moreira, T., Castro, G., & Gonçalves, J. (2024). Raynaud's phenomenon of the nipple: Epidemiological, clinical, pathophysiological, and therapeutic characterization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(7).

<https://doi.org/10.3390/ijerph21070849>

Morton, S., & Brodsky, D. (2016). Fetal physiology and the transition to extrauterine life. *Clinics in Perinatology*, 43(3), 395-407. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2016.04.001>

Mota de Sousa, L., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, A. (2017). A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21(2), 17-26. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/1311?mode=full>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021a). *Postnatal care: NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>

National Institute for Health and Care Excellence. (2021b). *Inducing labour: NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/resources/inducing-labour-pdf-66143719773637>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum care: NICE guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>

Nené, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Niazi, A., Rahimi, V. B., Askari, N., Rahmanian-Devin, P., & Askari, V. R. (2021). Topical treatment for the prevention and relief of nipple fissure and pain in breastfeeding women: A systematic review. *Advances in Integrative Medicine*, 8(4), 312-321.

<https://doi.org/10.1016/j.aimed.2021.07.001>

Nunes, I., Nogueira Silva, C., Costa Castro, T., Costa, F. J., Antunes, I., & Santo, S. (2021). Oxytocin in labor - acceleration and induction. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa - SPOMMF*, 15(3), 301-307. <https://scielo.pt/pdf/aogp/v15n3/1646-5830-aogp-15-03-301.pdf>

Oliveira, R. C. D., Silva, M. M., Lopes, B. D. A., Brito, M. D. A., Rocha, R. C., Carneiro, C. T., & Bezerra, M. A. R. (2021). Avaliação do desempenho de nutrizes e recém-nascidos durante a mamada no período neonatal: Estudo comparativo. *Cogitare Enfermagem*, 26, artigo e75517. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.75517>

- Ondeck, M. (2019). Healthy birth practice #2: Walk, move around, and change positions throughout labor. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 81-87.  
<https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.81>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Parecer Nº 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer\\_4\\_2019\\_14052019\\_mceesmo\\_c%C3%A1culo\\_dota%C3%A7%C3%B5es\\_seguras\\_cuidados\\_smo\\_revisto.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1culo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)
- Órfão, A., & Gouveia, C. (2009). Apontamentos de anatomia e fisiologia da lactação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(3), 347-354. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i3.10631>
- Paiva, T., Lela, M., Silva, V., & Silva, Y. (2023). O papel do acompanhante no trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 12(5), artigo e9712541547.  
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41547>
- Pasin, S., & Schnath, F. (2007). Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural. *Revista HCPA*, 27(2), 69-73.  
<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/122611/000970618.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pawale, M. P., & Salunkhe, J. A. (2020). Effectiveness of back massage on pain relief during first stage of labor in primi mothers admitted at a Tertiary care center. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(12), 5933-5938. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_1189\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1189_20)
- Penha, J., Rabêlo, P., Soares, L., Simas, W., Oliveira, B., & Pinheiro, F. (2021). Dor mamária em lactantes: prevalência e fatores associados. *Revista Cuidarte*, 12(2), artigo e1325.  
<http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1325>
- Pereira, A. M., Pereira, A. C., Medeiros, R. M., & Goulart, L. (2023). Saúde da Mulher no Puerpério: Uma Reflexão Necessária. *Ciências da Saúde e Bem-Estar: Olhares Interdisciplinares*, 1. <https://doi.org/10.47402/ed.ep.c2311414265>
- Pillay, J., & Davis, T. J. (2023). *Physiology, lactation*. StatPearls.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/>

Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Aviso nº 3916/2021. Diário da República, 2.ª série — N.º 43 — 3 de março de 2021. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/03/043000000/0023700256.pdf>

Puapornpong, P., Paritakul, P., Suksamarnwong, M., Srisuwan, S., & Ketsuwan, S. (2017). Nipple pain incidence, the predisposing factors, the recovery period after care management, and the exclusive breastfeeding outcome. *Breastfeeding Medicine*, 12(3), 169-173. <https://doi.org/10.1089/bfm.2016.0194>

Rabow, S., Hjorth, U., Schönbeck, S., & Olofsson, P. (2018). Effects of oxytocin and anaesthesia on vascular tone in pregnant women: A randomised double-blind placebo-controlled study using non-invasive pulse wave analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), artigo e453. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2029-1>

Raeside, L. (2022). Bathing newborn infants: NHSGGC guidelines. <https://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/nhsggc-guidelines/nhsggc-guidelines/neonatology/bathing-newborn-infants/>

Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2020). Green-top guideline No. 26: Assisted vaginal birth. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(9), e70-e112. [https://missionmrcog.com/home/images/Library/Greentop\\_Guidelines/2020/001\\_Assisted\\_birth.pdf](https://missionmrcog.com/home/images/Library/Greentop_Guidelines/2020/001_Assisted_birth.pdf)

Rodrigues, A., Rodrigues, D., Moura da Silveira, M. A., Paiva, A., Fialho, A. V., & Queiroz, A. B. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência, Série V*(3), artigo e20040. <https://doi.org/10.12707/RV20040>

Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J., Sousa, N., & Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses – Randomised controlled trial for reducing perineal trauma during labor. *Midwifery*, 123, artigo e103763. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>

Santos, A., Nascimento, C., Campos, T., & Sousa, N. (2021). Atuação da enfermagem no uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto/Ursing performance in the use of non-pharmacological methods for pain relief during child labor. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 9505-9115. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-643>

Sequeira, A., Pousa, O., & Freitas Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde*

*materna e obstétrica* (1ª ed.). Lidel.

Senol, D. K., & Aslan, E. (2017). The effects of cold application to the perineum on pain relief after vaginal birth. *Asian Nursing Research (Korean Society of Nursing Science)*, 11(4), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2017.11.001>

Shah, P. S., Herbozo, C., Aliwalas, L. L., & Shah, V. S. (2012). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(12), CD004950. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>

Shing, J. S., Lok, K. Y., Fong, D. Y., Fan, H. S., Chow, C. L., & Tarrant, M. (2022). The Influence of the Baby-Friendly Hospital Initiative and Maternity Care Practices on Breastfeeding Outcomes. *Journal of Human Lactation*, 38(4), 700-710. <https://doi.org/10.1177/08903344221086975>

Shmueli, A., Salman, L., Orbach-Zinger, S., Aviram, A., Hirsch, L., Chen, R., & Gabbay-Benziv, R. (2018). The impact of epidural analgesia on the duration of the second stage of labor. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 45(4), 377-384. <https://doi.org/10.1111/birt.12355>

Silva, J., Chagas, A. L., Sena, B., Lima, C., Santos, G., Campelo, M. C., Medeiros, L., & Araújo, R. (2022). Intervenções eficazes para tratamento de trauma mamilar decorrente da amamentação: Revisão sistemática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35, artigo eAPE01367. [https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/1982-0194-ape-35-eAPE01367/1982-0194-ape-35-eAPE01367.pdf](https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-35-eAPE01367/1982-0194-ape-35-eAPE01367.pdf)

Silveira, S. K., & Júnior, A. T. (2020). Monitorização fetal intraparto. *Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)*, 48(1), 59-64. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>

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

Simon, L. V., Shah, M., & Bragg, B. N. (2024). *APGAR score*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/>

Smith, E. (2016). If it's natural, why does it hurt? Examining the reasons mom may feel pain with breastfeeding. *International Journal of Childbirth Education*, 31(4), 40-43. <https://link.gale.com/apps/doc/A472004424/AONE?u=anon~7c57374f&sid=googleScholar&xid=ec063d6e>

Smorti, M., et al. (2023). Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: An integrative quantitative and qualitative study. *Current Psychology*, 42, 5570-5579. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Icterícia Neonatal - Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo*.

[https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013- Ictericia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013- Ictericia_neonatal.pdf)

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Cuidados gerais ao recém-nascido saudável*.

<https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>

Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(6), CD003581.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD003581.pub3>

Souza, N. S., Guerra, M. E., da Cruz Silva, E. M., Mascarenhas, L. N., & Arcanjo, T. B. (2024).

Impactos da depressão pós-parto na prática do aleitamento materno. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(9), artigo e18430. <https://doi.org/10.25248/reas.e18430.2024>

Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annual Review of Medicine*, 70(1), 183-196.

<https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>

Tait, P. (2000). Nipple pain in breastfeeding women: Causes, treatment, and prevention strategies. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 45(3), 212-215.

[https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(00\)00011-8](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(00)00011-8)

Tan, P. C., Mackeen, A., Khong, S. Y., Omar, S. Z., & Azmi, M. A. (2016). Peripheral intravenous catheterisation in obstetric patients in the hand or forearm vein: A randomised trial. *Scientific Reports*, 6, artigo e23223. <https://doi.org/10.1038/srep23223>

Teixeira, D., Marques, V., Andrade, D., Santos, F., & Paulo, L. (2022). Perineal massage as a physical therapeutic resource for the prevention of laceration in vaginal birth: Literature review. *Research, Society and Development*, 11(9), artigo e30911931791.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i9.31791>

Tendeiro, P. I., Diniz, A. M., Mendes, C., Bordalo, I. M., Chainho, M. C., Ramos, S. M., & Sousa, P. P. (2023). Peripheral intravenous catheter-associated phlebitis and drug administration:

Retrospective incident analysis. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), artigo e22069.

<https://doi.org/10.12707/R22069>

Türkmen, H., & Oran, N. T. (2021). Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. *Explore*, 17(5), 438-445.

<https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.002>

University Hospital Southampton NHS Foundation Trust. (2024). Blood loss - what to expect after the birth of your baby.

<https://www.uhs.nhs.uk/Media/UHS-website-2019/Patientinformation/Pregnancyandbirth/Blood-loss-what-to-expect-after-the-birth-of-your-baby-743a-PIL.pdf>

- Videira Amaral, J. (2022). *Tratado de clínica pediátrica* (3ª ed.). Círculo Médico.  
<https://tratadoclinicapediatrica.pt/iii-volume/parte-xxxi-perinatologia-e-neonatalogia/feto-e-rece-m-nascido/adaptacao-fetal-a-vida-extrauterina/>
- Vilariça, L. (2019). Envolver o pai no processo de nascimento: Uma estratégia para a promoção da ligação precoce pai/filho [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29469>
- Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., Van Haeken, S., Uddin, N., Xuereb, R. B., & Kolesnikova, N. (2021). When birth is not as expected: A systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), artigo e475. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>
- 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. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2020). A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and intrauterine training of movements. *Medical Hypotheses*, 134, artigo e109432. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109432>
- World Health Organization (2015). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice* (3rd ed.). World Health Organization.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (2017). *WHO recommendations on newborn health: Guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. World Health Organization.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf;sequence=1>
- World Health Organization (2018a). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization (2018b). *WHO recommendations: Induction of labour at or beyond term*. World Health Organization.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>
- World Health Organization (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization, & United Nations Children's Fund (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative 2018*. Geneva: World Health Organization and the United

Nations Children's Fund.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?sequence=19>

Yamada, A., Takahashi, Y., Hirose, M., Usami, Y., Maruya, S., & Tamakoshi, K. (2024). Factors associated with perineal pain on the first postnatal day after vaginal delivery: A cross-sectional study of primiparous women. *Nagoya Journal of Medical Science*, 86(1), 52-63.

<https://doi.org/10.18999/nagjms.86.1.52>

Yi, D. Y., & Kim, S. Y. (2021). Human breast milk composition and function in human health: From nutritional components to microbiome and microRNAs. *Nutrients*, 13(9), artigo e3094.

<https://doi.org/10.3390/nu13093094>

Yonkers, K. A., Vigod, S., & Ross, L. E. (2012). Diagnosis, Pathophysiology, and Management of Mood Disorders in Pregnant and Postpartum Women. *FOCUS*, 10(1), 51-66.

<https://doi.org/10.1176/appi.focus.10.1.51>

Zang, Y., Lu, H., 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.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15376>

Zohre, A., Shahnaz, T., Firouze, R., Nezhat, S., & Zohre, M. (2017). Effect of breathing technique of blowing on the extent of damage to the perineum at the moment of delivery: A randomized clinical trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(1), 62-66.

<https://doi.org/10.4103/1735-9066.202071>

Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garmi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: An expert review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 228(5S), S1246-S1259. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

## **13. ANEXOS**



## Anexo I



## ANEXO I – Artigos encontrados nas bases de dados

**Tabela 2:** Artigos encontrados nas bases de dados

Base de dados	Título	Autores	Artigo	Análise do artigo
CINAHL Complete	Nipple Pain in Breastfeeding Women: Causes, Treatment, and Prevention Strategies	Tait, P.	Journal of Midwifery & Women's Health, 45(3); 2000	Identifica os fatores que contribuem para a dor nos mamilos durante a amamentação. Aborda estratégias de prevenção de complicações para as mães e os RN.
Academic Search Complete	Caring for new mothers: diagnosis, management and treatment of nipple dermatitis in breastfeeding mothers	Heller, M., Fullerton-Stone, H., & Murase, J.	International Journal of Dermatology, 51, 1149–1161; 2012	Aborda as características das várias causas de dermatite mamilar durante a lactação e que causam dor no mamilo, incluindo, má pega e anomalias anatómicas do RN, obstrução dos ductos mamários, dermatite atópica/irritativa/alérgica, infecções fúngicas ou bacterianas, vírus herpes e fenômeno de Raynaud.
MEDLINE Complete	Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments	Kent, J. C., Ashton, E., Hardwick, C. M., Rowan, M. K., Chia, E. S., Fairclough, K. A., Menon, L. L., Scott, C., Mather-McCaw, G., Navarro, K., & Geddes, D. T.	International Journal of Environmental Research and Public Health, 12, 12247-12263; 2015	Aborda a frequência da dor no mamilo, as suas etiologias mais comuns e o tratamento adequado.
MEDLINE	Breast Pain: Engorgement, Nipple Pain, and Mastitis	Berens, P.	Clinical Obstetrics And Gynecology, 58(4), 902–914; 2015	Aborda as possíveis etiologias, fatores de risco, incidência e diagnóstico diferencial. Discute estratégias de tratamento sugeridas.

MEDLINE	ABM Clinical Protocol #26: Persistent Pain with Breastfeeding	Berens, P., Eglash, A., Malloy, M., Steube, A., and the Academy of Breastfeeding Medicine	Breastfeeding Medicine, 11(2); 2016	Apresenta a orientação baseada em evidência para a avaliação, diagnóstico e tratamento da dor mamilar persistente.
CINAHL Complete	If It's Natural, Why Does it Hurt?	Smith, E.	International Journal of Childbirth Education, 31(4); 2016	Aborda outros fatores, além da pega do RN, que podem causar dor ou desconforto durante a amamentação, tais como, candidíase, fenómeno de Raynaud ou ansiedade.
MEDLINE	Nipple Pain Incidence, the Predisposing Factors, the Recovery Period After Care Management, and the Exclusive Breastfeeding Outcome	Puapornpong, P., Paritakul, P., Suksamarnwong, M., Srisuwan, S., & Ketsuwan, S.	Breastfeeding Medicine, 12(3); 2017	Apresenta a incidência de dor mamilar, fatores associados e o tempo de recuperação após o tratamento. Discute o impacto nas taxas de aleitamento materno exclusivo.
PubMed	Re-thinking lactation-related nipple pain and damage	Douglas, P.	Women's Health, 18, 1–29; 2022	Revê a literatura de pesquisa sobre a etiologia, classificação, prevenção, e gestão da dor e dano do complexo aréola-mamilo associado à lactação.
MEDLINE	Raynaud's phenomenon of the nipple during breastfeeding: A case series	Eymann, A., Daroni, J. P., Brinci, M., & Cámara, S.	Archivos Argentinos de Pediatría, 122(5); 2024	Descreve as características clínicas e estratégias terapêuticas para o fenómeno de Raynaud no mamilo.
PubMed	Raynaud's Phenomenon of the Nipple: Epidemiological, Clinical, Pathophysiological, and Therapeutic Characterization	Moreira, T. G., Castro, G. M., & Júnior, J. G.	International Journal of Environmental Research and Public Health, 21(7); 2024	Aborda a clínica e fisiopatologia características do fenómeno de Raynaud, na amamentação. Apresenta os tratamentos para o fenómeno de Raynaud no mamilo.