

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Impacto no pai do contato pele-a-pele entre o pai e o recém-nascido

Tatiana Maria dos Reis Santos Governo



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Impacto no pai do contato pele-a-pele entre o pai e o recém-nascido

Paternal impact of skin-to-skin contact between the father and the  
newborn

## RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de estágio de natureza profissional orientado  
pela Professora Doutora Sónia Brandão e coorientado  
pela Enfermeira Paula Miller

Autora: Tatiana Maria dos Reis Santos Governo

Porto, 2024



“The best way out is always through.”

Robert Frost



À minha avó, cujos sacrifícios tornaram todos os sonhos alcançáveis, por ter sido um exemplo de perseverança e amor sem limite.



## **AGRADECIMENTOS**

Quando o fim deste percurso se aproxima, seria impossível deixá-lo passar sem expressar o meu agradecimento a todos os que, de uma forma ou de outra, me acompanharam neste caminho.

Em primeiro lugar, como sempre, ao André, pela paciência, pelo apoio incondicional, por ser o primeiro a dizer que consigo fazer mais e melhor. Pelo colo nos dias mais difíceis, por ser o meu porto seguro.

À minha orientadora, Professora Doutora Sónia Brandão, pela incrível disponibilidade, pela paciência para me dar a validação quando já não consigo acreditar, pela capacidade de nos fazer pensar mais e melhor. Por acreditar que posso voar mais alto e me ter aberto tantos caminhos.

Às tutoras que acompanharam o meu percurso de perto e tornaram o sucesso possível, com a sua generosidade e orientação diária.

Às amigas de todas as horas, que choraram, riram, suaram e lutaram comigo em todos os momentos, até ao fim. São sem dúvida das melhores coisas que levo desta experiência, Bárbara Velho, Catarina Figueiredo, Mariana Pereira, Raquel Vieira e Tatiana Pereira.

Ao meu pai, por me ter encorajado sempre a dar o passo seguinte.



## **ABREVIATURAS**

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

UVOG – Unidade de Vigilância de Obstetrícia e Ginecologia

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

OMS – Organização Mundial da Saúde

RCIU – Restrição de Crescimento Intrauterino

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTG – Cardiotocografia

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetric

AWHONN – Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

AAP – American Academy of Pediatrics

ABA – Australian Breastfeeding Association

UNICEF – United Nations Children's Fund

DPPNI – Descolamento Prematuro de Placenta Normalmente Inserida



## RESUMO

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional surge como um pré-requisito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). O estágio decorreu num hospital da zona norte, entre 7 de fevereiro de 2023 e 2 de fevereiro de 2024.

Este relatório tem como objetivo a descrição e análise retrospectiva do processo de desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, descritas no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

O estágio de natureza profissional decorreu em três áreas de intervenção do EEESMO: a Gravidez com Complicações, o Trabalho de Parto e Parto e a assistência à puérpera e recém-nascido no internamento de Puerpério.

Para ilustrar o desenvolvimento de competências específicas, será realizada a descrição do processo de conceção de cuidados nas áreas de atuação do EEESMO, através de um caso clínico no âmbito da gravidez com complicações; quatro casos clínicos na assistência à mulher em trabalho de parto e parto; e um caso clínico da assistência à puérpera e recém-nascido.

Posteriormente, será apresentada uma reflexão crítica das competências adquiridas, correlacionando-as com as experiências vivenciadas durante o estágio. Destaca-se a importância da integração entre teoria e prática, evidenciando a relevância do enriquecimento técnico e da capacidade de adaptação e de resolução de problemas.

Por último, será apresentada o desenvolvimento de uma revisão integrativa da literatura sobre os resultados paternos do contato pele com pele, realizada de forma a desenvolver algumas competências na área da investigação.

Este relatório representa um contributo para a minha formação académica e profissional como EEESMO, demonstrando o desenvolvimento de competências específicas na prática clínica e na capacidade de interligação entre a teoria e a prática.

Palavras-chave: Contato pele com pele; Resultados paternos; Ligação pai-filho



## **ABSTRACT**

This clinical practice report was completed as a prerequisite for the master's degree in Maternal and Obstetric Nursing, to obtain the title of Maternal and Obstetric Nurse Specialist. The clinical placement occurred at the Centro Materno-Infantil do Norte, between February 7th, 2023, and February 2nd, 2024.

The primary objective of this report is to provide a descriptive and retrospective analysis of the process involved in developing the specific competencies required of a Maternal and Obstetric Nurse Specialist, as delineated in the Regulation of Competencies for the Maternal and Obstetric Nurse Specialist (Regulamento das Competências Específicas do EEESMO) (OE, 2019).

The clinical practice encompassed three key areas of focus: High-Risk Pregnancy, Labour and Delivery and Postpartum Care. To illustrate the development of specific competencies, the formulation of care plans in the Nurse Specialist's areas of intervention will be described through a clinical case in High-Risk Pregnancy, four clinical cases in Labour and Delivery and a clinical case in Postpartum care.

Subsequently, there will be a critical reflection on the acquired competencies, correlating them with the experiences encountered during clinical practice. During this process, the integration between theory and practice is of relevance, highlighting the significance of skill enhancement, as well as the ability to adapt and solve problems.

Lastly, there will be the presentation of an integrative literature review on paternal outcomes of skin-to-skin contact, conducted to develop some competencies in the field of research.

This report represents a contribution to my academic and professional development as a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Nursing, demonstrating the development of specific competencies in clinical practice and the ability to interlink theory with practice.

**Keywords:** Skin-to-skin contact; Paternal outcomes; Father-child bonding



## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	27
1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS .....	31
1.1. Assistência Pré-Natal .....	31
1.2. Estágio de natureza profissional com relatório .....	32
1.2.1. Unidade de Medicina Materno-Fetal .....	32
1.2.2. Internamento de Obstetrícia: Puerpério .....	33
1.2.3. Núcleo de Partos .....	35
2. INTERNAMENTO DE MEDICINA MATERNO-FETAL – MARIA.....	37
2.1. Cenário.....	37
2.2. Domínios.....	37
2.2.1. Restrição de Crescimento Intrauterino .....	37
2.3. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	38
2.3.1. Ácido Acetilsalicílico .....	38
2.3.2. Betametasona .....	39
2.4. Plano de cuidados .....	40
3. NÚCLEO DE PARTOS – MARIANA.....	43
3.1. Domínios comuns à assistência em trabalho de parto.....	43
3.1.1. Parto.....	43
3.1.2. Cuidados ao cateter venoso periférico.....	48
3.1.3. Cuidados ao cateter epidural .....	49
3.1.4. Sistema Cardiovascular .....	50
3.1.5. Eliminação urinária.....	51
3.2. Cenário.....	51
3.3. Domínios.....	52
3.3.1. Indução de trabalho de parto .....	53
3.3.2. Estratégias facilitadoras do trabalho de parto .....	54
3.4. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	56
3.4.1. Misoprostol .....	56

3.4.2.	Ocitocina .....	57
3.4.3.	Tramadol .....	57
3.4.4.	Metoclopramida.....	58
3.5.	Plano de Cuidados .....	59
4.	NÚCLEO DE PARTOS – CAROLINA .....	65
4.1.	Cenário.....	65
4.2.	Domínios.....	66
4.2.1.	Estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto .....	66
4.3.	Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	70
4.3.1.	Ropivacaína + Sufentanilo .....	70
4.4.	Plano de Cuidados .....	71
5.	NÚCLEO DE PARTOS – INÊS .....	79
5.1.	Cenário.....	79
5.2.	Domínios.....	80
5.2.1.	Estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto .....	80
5.2.2.	Contato pele com pele .....	82
5.3.	Plano de cuidados.....	85
	NÚCLEO DE PARTOS: RAFAEL.....	95
5.4.	Cenário.....	95
5.5.	Domínios.....	95
5.5.1.	Recém-Nascido.....	95
5.6.	Plano de cuidados.....	98
6.	NÚCLEO DE PARTOS – ISABEL.....	101
6.1.	Cenário.....	101
6.2.	Domínios.....	102
6.2.1.	Episiotomia.....	102
6.3.	Plano de cuidados.....	103
	NÚCLEO DE PARTOS: VICENTE.....	115
6.4.	Cenário.....	115
6.5.	Domínios.....	115
6.6.	Plano de cuidados.....	115
7.	INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO – MADALENA .....	117
7.1.	Cenário.....	117
7.2.	Domínios.....	118

7.2.1.	Puerpério.....	118
7.2.2.	Eliminação urinária.....	121
7.2.3.	Lactação .....	121
7.2.4.	Comportamentos para amamentar .....	123
7.3.	Plano de cuidados .....	124
INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO – DINIZ .....		133
7.4.	Cenário.....	133
7.5.	Domínios.....	133
7.5.1.	Recém-Nascido.....	133
7.6.	Plano de cuidados.....	135
INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO – ARTUR .....		137
7.7.	Cenário.....	137
7.8.	Domínios.....	137
7.9.	Plano de cuidados.....	137
8.	CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	139
8.1.	Assistência Pré-Natal .....	139
8.1.1.	Consulta Externa de Obstetrícia.....	140
8.1.2.	Unidade de Primeiro Trimestre .....	143
8.1.3.	Unidade de Cuidados na Comunidade.....	146
8.2.	Estágio de Natureza Profissional com Relatório.....	152
8.2.1.	Unidade de Medicina Materno-Fetal/Internamento de Ginecologia .....	152
8.2.2.	Internamento de Obstetrícia: Puerpério.....	155
8.2.3.	Núcleo de Partos .....	157
9.	DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO.....	165
9.1.	Introdução .....	165
9.2.	Metodologia.....	167
9.2.1.	Questão de revisão.....	167
9.2.2.	Critérios de Elegibilidade.....	168
9.2.3.	Estratégia de Pesquisa.....	168
9.2.4.	Termos de pesquisa.....	169
9.2.5.	Avaliação qualitativa .....	170
9.3.	Discussão dos resultados .....	171
9.3.1.	Níveis de ocitocina .....	171
9.3.2.	Níveis de cortisol, stress parental, ansiedade e depressão.....	172

9.3.3.	Vinculação e qualidade da interação .....	174
9.3.4.	Autoconfiança no papel parental .....	176
9.4.	Implicações para a prática clínica .....	176
CONCLUSÃO .....		179
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....		181
APÊNDICE .....		208
Apêndice I - Plano de Sessão: Básculas e Maleabilidade da Bacia.....		210
Apêndice II - Plano de Sessão: Exercícios de Relaxamento.....		220
Apêndice III - Plano de Sessão: Treino da Musculatura Abdomino-Pélvica.....		227
Apêndice IV - Projeto Modelos Anatômicos no Suporte à Amamentação .....		231
Apêndice V - Fotografia Modelos Anatômicos.....		241
Apêndice VI - Projeto Visita Virtual à Neonatologia .....		245
Apêndice VII - Projeto Utilização da Técnica do Rebozo durante o Trabalho de Parto .....		255
Apêndice VIII – Tabela de Resultados da Revisão Integrativa.....		267
Apêndice IX – Avaliação da Qualidade Metodológica.....		278

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade gestacional (trimestre) das grávidas assistidas .....	136
Gráfico 2 - Métodos Contraceptivos Utilizados na Unidade de Primeiro Trimestre .....	141
Gráfico 3 - Grávidas assistidas no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade	142
Gráfico 4 - Puérperas assistidas no programa de Recuperação Pós-Parto .....	145
Gráfico 5 - Motivo de Internamento na Unidade de Medicina Materno-Fetal .....	148



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Experiências na Unidade de Primeiro Trimestre .....	140
Tabela 2 - Tipo de parto das puérperas assistidas .....	151
Tabela 3 - Experiências no Núcleo de Partos .....	154
Tabela 4 - Aplicação da questão tipo PICO .....	163
Tabela 5 - Termos de pesquisa e descritores MESH e DECS .....	165



## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama PRISMA .....	163
Figura 2 - Modelos anatómicos .....	239
Figura 3 - Modelos anatómicos – Tipos de mamilo .....	239
Figura 4 - Modelos anatómicos – Visão anatómica e Boca do bebê .....	240



## INTRODUÇÃO

A realização deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional surge âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

No que diz respeito às competências essenciais para a obtenção do grau de mestre, formalmente reconhecidas no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, destaca-se: a aquisição e aprofundamento de conhecimentos, destinados à resolução de problemas em contextos amplos, complexos e multidisciplinares; a aplicação do conhecimento na investigação e na prática clínica; e a comunicação desses resultados à comunidade científica e à área de especialização.

Assim, os objetivos deste Relatório de Estágio de Natureza Profissional são: efetuar uma análise crítica das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, considerando as competências gerais dos enfermeiros especialistas e as específicas do EEESMO; assim como, apresentar as competências adquiridas no campo da investigação.

Deste modo, a redação do relatório tomará por base as competências gerais e específicas do EEESMO, legisladas em Diário da República pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, e Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, respetivamente. No que diz respeito às competências comuns, preconiza-se que o EEESMO demonstre competências em quatro domínios distintos, a Responsabilidade profissional, ética e legal, a Melhoria contínua da qualidade, a Gestão dos cuidados e o Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Quanto às competências específicas, o EEESMO deve demonstrar competências nos seguintes domínios:

- a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
- b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

- e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- g) Cuida o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Com o objetivo de uniformizar a aquisição de competências necessárias à obtenção do título de EEESMO, na Lei n.º 9/2009, de 4 de março na redação dada pela Lei n.º 25/2014, são descritas as experiências mínimas a atingir durante estágio:

- 1) Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais;
- 2) Vigilância/assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- 3) Realização pelo aluno de pelo menos 40 partos; quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido, no mínimo, a 30, na condição de o aluno participar, para além daqueles, em 20 partos;
- 4) Participação ativa em partos de apresentação pélvica.
- 5) Em caso de impossibilidade devido a um número insuficiente de partos de apresentação pélvica, deverá ser realizada uma formação por simulação;
- 6) Prática de episiotomia e iniciação à sutura (...);
- 7) Vigilância/assistência e cuidados prestados a 40 grávidas, durante e depois do parto, em situação de risco;
- 8) Vigilância/assistência e cuidados, incluindo exame, de pelo menos 100 parturientes e recém-nascidos normais;
- 9) Observações e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais (...);

10) Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia (...).

Deste modo, na unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório, foram realizados ensinamentos clínicos nos serviços de Gravidez com complicações, Puerpério e Núcleo de Partos. Foram ainda realizados ensinamentos clínicos no âmbito da unidade curricular Assistência pré-natal, em contextos hospitalar e comunitário. Todos os ensinamentos clínicos foram realizados sob a orientação do EEESMO, tal como preconizado na Lei n.º 9/2009, de 4 de março na redação dada pela Lei n.º 25/2014.

Durante todos os ensinamentos clínicos, e como referencial teórico orientador dos cuidados, destaca-se a Teoria das Transições de Afaf Meleis. A transição é um processo organizado numa determinada sequência, com início e fim não simultâneos, e que envolve uma rutura com a vida tal como era conhecida. Deste modo, a experiência da transição exige a incorporação de novos conhecimentos, alteração de comportamentos, redefinição dos significados associados aos eventos e, conseqüentemente, a alteração da definição de si mesmo no contexto social (Meleis, 2010).

Durante a gravidez, parto e pós-parto, o EEESMO presta cuidados à mulher e família a vivenciar uma transição do tipo desenvolvimental, promovendo na mulher e seus conviventes significativos a aquisição de conhecimentos e capacidades conducentes a uma adaptação à gravidez e parentalidade positivas. Deste modo, o EEESMO analisa, junto da mulher e família, os significados que atribuem à sua nova situação e implementa intervenções que promovam uma transição saudável, com o objetivo de uma reformulação da identidade e mestria no processo de tornar-se mãe/pai.

Do ponto de vista organizacional, este relatório será dividido em 3 partes. Na primeira, pretende-se comprovar a aquisição e desenvolvimento de competências através da descrição do processo de conceção de cuidados nas áreas de atuação do EEESMO. Posteriormente, será apresentada uma reflexão das experiências desenvolvidas em contexto clínico e de como estas dão resposta aos objetivos da unidade curricular e aos requisitos para a obtenção do título de EEESMO. Por fim, para dar resposta à aquisição de competências de investigação, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, que pretende comprovar a aquisição e desenvolvimento de competências de investigação.



## **1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS**

De modo a melhor contextualizar o desenvolvimento de competências durante o estágio, é necessária a caracterização das unidades onde o mesmo decorreu.

Neste capítulo serão descritos os espaços que integram cada uma das unidades, os rócios praticados, as rotinas existentes no que diz respeito aos cuidados prestados, o período em que decorreu cada estágio e as horas realizadas em cada contexto.

### **1.1. Assistência Pré-Natal**

Na unidade curricular Assistência Pré-Natal está prevista a realização de estágio, com um total de 200 horas, em contexto hospitalar e contexto comunitário.

O estágio em contexto hospitalar decorreu entre 8 e 19 de maio de 2023, com um total de 60 horas, na unidade de Consulta Externa hospitalar. Durante o estágio, foi possível experienciar as diferentes valências do serviço, com passagem pela Consulta de Vigilância da Gravidez, Sala de Cardiotocografia, Consulta de Ginecologia (métodos contraceptivos de longa duração), Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez e Consulta de Gravidez não evolutiva. Os cuidados prestados em todas as valências são assegurados por EEESMO.

O estágio em contexto comunitário foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Cuidar, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Porto Ocidental, no período entre 22 de maio de 2023 e 30 de junho de 2023, com um total de 140 horas. A UCC Cuidar, no âmbito da parentalidade, dispõe de 2 EEESMO e 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que mobilizam a Preparação para o parto e parentalidade e a Recuperação pós-parto e Massagem ao recém-nascido. O EEESMO realiza ainda Consultas de Apoio à Amamentação, nas quais são prestados cuidados nas primeiras semanas após o parto com o objetivo de prevenir e diagnosticar precocemente complicações associadas à amamentação e implementar intervenções que promovam a manutenção da amamentação em exclusivo. A área

geográfica de atuação da UCC Cuidar inclui a freguesia de Ramalde, bem como a união de freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde.

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

Na unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório está prevista a realização de estágio, com um total de 800 horas, nos diversos contextos de atuação do EEESMO. O estágio foi realizado no Centro Materno-Infantil do Norte, com passagem pela Unidade de Medicina Materno-Fetal, Internamento de Obstetrícia: Puerpério e Núcleo de Partos.

### **1.2.1. Unidade de Medicina Materno-Fetal**

O estágio de Gravidez com Complicações foi realizado na Unidade de Medicina Materno-Fetal, entre 7 de fevereiro de 2023 e 31 de março de 2023, com um total de 201 horas de estágio.

A Unidade de Medicina Materno-Fetal encontra-se no 3º piso, espaço esse que é partilhado com o Internamento de Ginecologia. A unidade é composta por 32 camas, estando 10 camas destinadas ao internamento de grávidas. Não obstante, quando necessário, as grávidas poderiam ocupar quartos destinados ao internamento de Ginecologia.

O internamento de grávidas dispõe de quatro quartos individuais e três quartos duplos. Cada quarto dispunha de uma ou duas camas, um cadeirão, uma mesa para refeições, um cardiotocógrafo e uma casa de banho.

A unidade dispõe ainda de uma enfermaria com quatro camas, a Unidade de Vigilância de Obstetrícia e Ginecologia (UVOG), para prestação de cuidados intermédios. Existe ainda uma sala de tratamento, na qual eram realizadas ecografias, a monitorização do peso da grávida e tratamento à ferida cirúrgica.

Na Unidade de Medicina Materno-Fetal e Internamento de Ginecologia é utilizado o método individual de organização dos cuidados, no qual o enfermeiro assume a responsabilidade da totalidade dos cuidados prestados a um número de mulheres. Assim, procura-se assegurar a prestação de cuidados holísticos e uma melhor continuidade dos cuidados.

No Parecer n.º 43/2019, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), estão descritas as dotações seguras para os cuidados prestados pelo EEESMO, sendo recomendada uma dotação de 1:3 na gravidez de alto risco e 1:6 na gravidez de médio risco.

No serviço de internamento estão presentes seis enfermeiros no turno da manhã, cinco enfermeiros no turno da tarde e quatro enfermeiros no turno da noite e fins de semana. Assim, a dotação praticada na unidade, durante o estágio, variou entre 1:4 e 1:8 grávidas, com necessidades variáveis. A unidade é composta por Enfermeiros de Cuidados Gerais e EEESMO, sendo a prestação de cuidados à grávida assegurada exclusivamente por EEESMO.

No que diz respeito aos cuidados prestados, está protocolada a monitorização de sinais vitais e monitorização cardiotocográfica uma vez por turno, em todas as grávidas com idade gestacional superior a 26 semanas, ou auscultação da frequência cardíaca fetal até às 26 semanas de gestação. A monitorização era realizada mais frequentemente sempre que clinicamente indicado.

Na unidade, são prestados cuidados a grávidas com necessidades diversas, tais como: infeção materna, como pielonefrite; patologia materna associada à gravidez, como a diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, colestase intra-hepática da gravidez; bem como restrição de crescimento intrauterino, rotura prematura de membranas e ameaça de parto pré-termo.

### **1.2.2. Internamento de Obstetrícia: Puerpério**

O estágio de Puerpério, decorreu entre 11 de abril de 2023 e 5 de maio de 2023, com um total de 102 horas, no Internamento de Obstetrícia: Puerpério.

A unidade está localizada no 4o piso e é composta por 12 quartos individuais e 11 quartos duplos, com um total de 34 camas. Cada quarto dispunha de uma ou duas camas, berço para o recém-nascido, uma mesa, e uma casa de banho. Os quartos individuais tinham ainda um cadeirão reclinável, permitindo que a pessoa significativa da puérpera a acompanhasse durante a noite.

A unidade dispõe ainda de uma sala de tratamento, com um plano aquecido para cuidados ao recém-nascido, e uma sala de trabalho de enfermagem, com um aquecedor elétrico para leite adaptado e uma área destinada à realização de procedimentos ao recém-nascido.

No internamento de puerpério é utilizado o método individual de organização dos cuidados, no qual um enfermeiro assume a responsabilidade por todos os cuidados prestados à puérpera e recém-nascido.

A dotação segura, recomendada no Parecer n.º 43/2019 da MCEESMO, é de 1:3 no puerpério patológico e de 1:6 no puerpério normal. Recomendam ainda que todos os cuidados sejam assegurados por EEESMO. No internamento de puerpério, são destacados seis enfermeiros no turno da manhã e cinco enfermeiros nos turnos da tarde e noite. Assim, a dotação praticada variou entre 1:3 e 1:7, sendo os cuidados prestados por EEESMO e Enfermeiros de Cuidados Gerais. Por outro lado, a presença de puérperas e recém-nascidos com necessidades especiais, como o recém-nascido prematuro ou de baixo peso, nem sempre se traduzia na dotação praticada.

O tempo de internamento varia conforme o tipo de parto, sendo o tempo médio de internamento após parto vaginal de 48 horas, que aumenta para 72 horas após o parto por cesariana. A duração do internamento poderia aumentar, consoante as necessidades individuais da puérpera e recém-nascido. Enquanto Hospital Amigo dos Bebés, no hospital onde decorreu o estágio, as puérperas e recém-nascidos permanecem juntos durante todo o internamento, exceto situações em que o recém-nascido apresente necessidades especiais, com internamento na Unidade de Neonatologia.

No internamento, após transferência da díade, era realizada uma avaliação da puérpera e recém-nascido, no sentido de despistar precocemente qualquer alteração. Assim, era realizada a avaliação da involução uterina e lóquios, a observação da episiorrafia ou perineorrafia e a monitorização de sinais vitais. Era ainda realizado o exame físico do recém-nascido, nomeadamente no que diz respeito à coloração da pele, tónus muscular e aparência do coto

umbilical. Era também assegurada a presença, no recém-nascido, da pulseira de segurança e com os dados maternos.

No turno da manhã, era realizada a vacinação, em recém-nascidos a partir do primeiro dia de vida. No turno da tarde, eram realizados os cuidados de higiene ao recém-nascido. O primeiro banho era dado após 24 horas de vida, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022), e repetido a cada 48 horas. Os cuidados ao coto umbilical eram realizados diariamente, e sempre que ocorresse contaminação com urina ou mecônio. Todos os cuidados eram prestados pelos pais, com supervisão, ou demonstrados pelo enfermeiro, a pedido dos pais. No turno da noite era realizado o Rastreamento de Cardiopatias, idealmente após a mamada, com o recém-nascido a dormir.

Além dos cuidados prestados por rotina, o enfermeiro assistia a puérpera na amamentação ou alimentação do recém-nascido sempre que necessário.

No dia da alta, todas as puérperas e recém-nascidos eram observados pela equipa médica. Era ainda realizada a preparação para a alta, com identificação, junto da puérpera e sua pessoa significativa, de qualquer necessidade de informação ou cuidados imediatos. Por fim, era avaliada a colocação do recém-nascido na cadeira de transporte, de modo a avaliar a capacidade dos pais para transportar o recém-nascido em segurança.

### **1.2.3. Núcleo de Partos**

O estágio de assistência à mulher em trabalho de parto decorreu entre 15 de setembro de 2023 e 2 de fevereiro de 2024, no Núcleo de Partos. Foram dedicadas um total de 504 horas ao estágio.

As instalações do Núcleo de Partos incluem sete salas de parto, com casa de banho, para a assistência à parturiente, sendo a Sala 7 utilizada para processos de abortamento quando necessário. A unidade dispõe ainda de uma enfermaria com seis camas, das quais três estão destinadas a mulheres em início de trabalho de parto (expectantes) e três utilizadas para indução de trabalho de parto, com uma casa de banho partilhada, existindo um cardiotocógrafo para cada cama.

A unidade encontra-se anexada ao Serviço de Urgência, que dispõe de uma sala de triagem, dois gabinetes médicos e uma sala de tratamento, com quatro cardiotocógrafos.

No Núcleo de Partos existiam, para utilização pelas parturientes: bolas de parto, *cub* (banco de parto insuflável), um equipamento que permitia a suspensão e utilização do banco de parto. Cada sala de parto dispõe de um cardiotocógrafo com telemetria.

As dotações seguras recomendadas no núcleo de parto são: 1:2, no 1º estágio de trabalho; 1:1, durante o período expulsivo; e 1:3 na indução de trabalho de parto. Todos os cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto, bem como na urgência de obstetrícia, devem ser assegurados por EEESMO.

No Núcleo de Partos encontravam-se presentes sete EEESMO, independentemente do turno, com dois membros da equipa destacados para o Serviço de Urgência.

Durante o estágio, as dotações praticadas no núcleo de partos foram 1:2 durante o trabalho de parto e 1:3 na indução. A dotação atingiu um máximo de 1:4, uma vez que o EEESMO a prestar cuidados às expectantes também assumia a sala de partos 7, quando ocupada.

Na enfermaria de expectantes e indução, as parturientes mantêm ingestão nutricional e são encorajadas a deambular por períodos e a utilizar a bola de partos. Quando as parturientes entram em fase ativa de trabalho de parto e são transferidas para a sala de partos, é realizada uma restrição alimentar, sendo apenas encorajada a ingestão de líquidos (água e chá) ou gelatina. As parturientes em fase ativa, quando mantida a sensibilidade dos membros inferiores, são encorajadas a utilizar a bola de parto ou *cub*.

## **2. INTERNAMENTO DE MEDICINA MATERNO-FETAL – MARIA**

### **2.1. Cenário**

A Maria é uma grávida de 30 anos. É primigesta e encontra-se internada na Unidade de Medicina Materno Fetal por restrição de crescimento intrauterino (RCIU), com alteração da fluxometria da artéria umbilical (fluxo diastólico nulo). Tem 27 semanas e 3 dias de idade gestacional. A bebé vai chamar-se Sara.

A Maria nega história clínica relevante e alergias.

Durante o internamento, a Maria gere autonomamente o seu regime terapêutico, encontrando-se medicada com Ácido Acetilsalicílico 100mg e multivitamínico.

Durante o turno da manhã, a Maria vai realizar a segunda dose de Betametasona intramuscular, para maturação pulmonar fetal.

### **2.2. Domínios**

Durante os cuidados prestados à Maria, foram identificados os seguintes focos de atenção: Gestação, com o intuito de promover a adaptação à gravidez com complicações; Atitudes terapêuticas no âmbito da monitorização cardiotocográfica, para vigiar o bem-estar da Sara.

#### **2.2.1. Restrição de Crescimento Intrauterino**

A restrição de crescimento intrauterino é descrita como a incapacidade fetal para atingir todo o seu potencial biológico de crescimento, podendo ser caracterizada enquanto precoce ou

tardia, quando diagnosticada antes ou depois das 32 semanas de gestação, respetivamente (Bendix et al., 2020; Melamed et al., 2021; Muniz et al., 2021; Schlembach, 2020).

A restrição de crescimento fetal distingue-se de situações de feto pequeno para a idade gestacional, uma vez que, além de uma estimativa do peso fetal inferior ao percentil 10, são identificadas alterações da fluxometria arterial e o feto não progride de acordo com a curva de crescimento associada ao seu percentil (Bendix et al., 2020; Melamed et al., 2021; Muniz et al., 2021; Schlembach, 2020). A fluxometria arterial diz respeito à avaliação do fluxo diastólico da artéria umbilical, artérias uterinas e artéria cerebral média fetal, com o intuito de avaliar a resistência vascular uteroplacentária e identificar precocemente sinais de hipoxia fetal (Cahill et al., 2021; Martins et al., 2020; Meler et al., 2021).

Esta anomalia do crescimento fetal pode estar associada a diversas causas: causas maternas, como problemas vasculares ou diabetes pré-existente; anomalias placentárias; ou causas fetais, como infeções intrauterinas e malformações congénitas (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2021; Bendix et al., 2020; Melamed et al., 2021; Schlembach, 2020).

A fluxometria da artéria umbilical permite avaliar a qualidade da perfusão de oxigénio e nutrientes ao feto e pode ser classificada como normal, com diminuição do fluxo diastólico, com fluxo diastólico nulo ou com fluxo diastólico invertido, com crescente risco de mortalidade e morbidade perinatal (ACOG, 2021; Baschat et al., 2022; Gairabekova et al., 2021; Lees et al., 2022; Melamed et al., 2021; Schlembach, 2020).

Na presença de RCIU é necessária a avaliação do crescimento e bem-estar fetal, através de ecografia, avaliação da fluxometria e monitorização cardiotocográfica para gerir o melhor momento para o parto, com intuito de minimizar ao máximo os efeitos da prematuridade sem pôr em causa a perfusão fetal (ACOG, 2021; Baschat et al., 2022; Gairabekova et al., 2021; Melamed et al., 2021).

### **2.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita**

#### **2.3.1. Ácido Acetilsalicílico**

O ácido acetilsalicílico é um anti-inflamatório não esteroide com propriedades anticoagulantes e antiagregantes plaquetárias (Índice Nacional Terapêutico, 2021). Atua através da inibição não seletiva da cicloxigenase, por acetilação, e da inibição irreversível da síntese de tromboxano A2 (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

Tendo em conta a irreversibilidade da ligação, o efeito antitrombótico persiste durante todo o período de vida do trombócito (Índice Nacional Terapêutico, 2021). A atividade enzimática é retomada após renovação plaquetária, cerca de 24 a 48 horas após a interrupção do tratamento (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

Por outro lado, o ácido acetilsalicílico afeta a cicloxigenase 2, impedindo que esta converta o ácido araquidónico em prostaglandina H2, o que confere o seu efeito analgésico e anti-inflamatório (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

No que diz respeito a efeitos secundários frequentes, os mais comumente reportados são o aumento do risco de hemorragia e sintomas gastrointestinais, como as náuseas, dispepsia, diarreia e vômitos (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

Durante a gravidez, o ácido acetilsalicílico é utilizado na prevenção e gestão da pré-eclampsia, na redução do risco tromboembólico e redução do risco de parto pré-termo, em mulheres com risco aumentado (Giouleka et al., 2023; Loussert et al., 2020; Melamed et al., 2021). Tendo em conta as semelhanças entre a pré-eclampsia e a restrição de crescimento intrauterino no que diz respeito a fisiopatologia, o ácido acetilsalicílico em baixa dose também está indicado para a prevenção e gestão da RCIU (Giouleka et al., 2023; Loussert et al., 2020; Melamed et al., 2021).

A administração de ácido acetilsalicílico em baixa dose diminuiu o risco de pré-eclampsia, RCIU e parto pré-termo, com redução da mortalidade perinatal (Choi et al., 2021; Hoffman et al., 2020).

### **2.3.2. Betametasona**

A betametasona é um fármaco do grupo corticosteroide, com propriedades anti-inflamatórias, antirreumáticas e antialérgicas (Índice Nacional Terapêutico, 2021). Durante a gravidez, a betametasona está indicada para a maturação pulmonar fetal, entre as 24 e as 34 semanas de gestação, quando é expectável que o parto vá decorrer nos 7 dias seguintes (ACOG, 2017; Norman et al., 2021; OMS, 2022).

O ciclo de maturação pulmonar considera-se completo após duas administrações intramusculares de 12mg de betametasona com 24 horas de intervalo (ACOG, 2017; Norman et al., 2021; OMS, 2022). No fim da gravidez, dá-se um aumento dos níveis de glicocorticoides em circulação na grávida e no feto, que leva a uma rápida maturação orgânica para promover a adaptação à vida extrauterina (Dagklis et al., 2022; Fee et al., 2023; Vafaei et al., 2021).

Assim, na iminência do parto pré-termo, a administração de betametasona vai promover o desenvolvimento dos pneumócitos, alterações na estrutura e vascularização alveolar e a produção de surfactante, minimizando o impacto da prematuridade e reduzindo o risco de síndrome de dificuldade respiratória neonatal grave (Dagklis et al., 2022; Fee et al., 2023; Vafaei et al., 2021).

## 2.4. Plano de cuidados

**Hora: 9h15**

	Avaliar sinais vitais
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Frequência cardíaca – 68bpm</li><li>○ Tensão arterial – 107/67mmHg</li><li>○ Temperatura – 36,3°C</li><li>○ Saturação de oxigénio – 99%</li></ul>

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Gestação
------------------------	----------

<b>DIAGNÓSTICO</b>	Gravidez
--------------------	----------

<b>INTERVENÇÕES</b>	Iniciar monitorização cardiotocográfica
---------------------	---

**Hora: 9h35**

**FOCO DE ATENÇÃO** Gravidez

**DADOS:** A Maria realizou a segunda toma de betametasona intramuscular para maturação fetal e questionou se a medicação tem algum efeito no bebê, além de ajudar os pulmões a desenvolver.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez

**OBJETIVOS** Melhorar o conhecimento da Maria sobre o efeito da betametasona no padrão de movimentos fetais

**INDICADORES DE RESULTADO** Que a Maria seja capaz de identificar os efeitos da betametasona no padrão de movimentos fetais

**INTERVENÇÕES** Ensinar sobre resposta à medicação

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO**

- Explicar efeito da betametasona no padrão de movimentos fetais<sup>1</sup>

**FOCO DE ATENÇÃO** Gestação

**DIAGNÓSTICO** Gravidez

Avaliar bem-estar fetal

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca fetal – 146bpm
- Variabilidade – 5-25bpm
- Acelerações - apresenta acelerações
- Desacelerações - sem desacelerações
- Movimentos fetais – presentes

**Hora: 10h30**

**FOCO DE ATENÇÃO** Gestação

**DIAGNÓSTICO** Gravidez

**INTERVENÇÕES** Administrar betametasona IM<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Após a administração de corticoides para maturação fetal a grávida pode experienciar uma redução da percepção de movimentos fetais e pode observar-se uma redução da variabilidade da frequência cardíaca fetal durante a monitorização cardiotocográfica, durante um a dois dias (Henry et al., 2021; Ishrat et al., 2024; Perry et al., 2022).

<sup>2</sup> Na presença de RCIU com fluxo diastólico nulo da artéria umbilical, a grávida deve ser monitorizada em regime de internamento, com administração de corticoides para maturação pulmonar fetal e monitorização cardiotocográfica 1 a 2 vezes ao dia (Melamed et al., 2021).

**Hora: 13h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS:** A Maria manifesta alguma preocupação quanto ao internamento em neonatologia, uma vez que a bebé *“ainda é muito pequenina nas ecografias”* e poderá nascer prematura.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar conhecimento sobre crescimento do recém-nascido  
Melhorar o conhecimento da Maria sobre características do recém-nascido pré-termo/baixo peso

**OBJETIVOS** Melhorar o conhecimento da Maria sobre o funcionamento da unidade de neonatologia

**INDICADORES DE RESULTADO** Que a Maria conheça o funcionamento da unidade de neonatologia  
Que a Maria seja capaz de identificar as possíveis necessidades que a Sara vai ter ao nascimento

**INTERVENÇÕES** Ensinar sobre internamento de recém-nascido pré-termo/baixo peso<sup>3</sup>

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO**

- Explicar funcionamento da neonatologia
- Explicar possíveis necessidades apresentadas pela Sara ao nascimento
- Explicar sobre envolvimento parental nos cuidados ao recém-nascido pré-termo/baixo peso na unidade de neonatologia (contacto pele com pele, cuidados de higiene, alimentação do recém-nascido através de dispositivo)

---

<sup>3</sup> A admissão de um recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatal é descrita pelos pais como um evento causador de stress e potencialmente traumático, em parte pelo medo associado ao risco de resultados perinatais indesejados, mas também causado pela perda de autonomia e pelas características desconhecidas da unidade de neonatologia (Caporali et al., 2020; Ruhe et al., 2022). Durante a gravidez, quando o risco de parto pré-termo é elevado, alguns estudos demonstram que uma preparação prévia do casal pode ser positiva e reduzir o impacto dos sentimentos negativos associados ao internamento (Gaucher et al., 2016).

### **3. NÚCLEO DE PARTOS – MARIANA**

#### **3.1. Domínios comuns à assistência em trabalho de parto**

Durante a assistência à mulher em trabalho de parto, foram identificados focos de atenção comuns aos diversos processos de concepção de cuidados: Parto; Dor; Atitudes Terapêuticas (Monitorização Cardiotocográfica [CTG]); Sistema Cardiovascular; Cuidados ao cateter venoso periférico, cateter epidural e cateter urinário; Eliminação urinária; Puerpério e Comportamentos para amamentar.

##### **3.1.1. Parto**

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), o trabalho de parto é um evento caracterizado por processos corporais perinatais, que decorre desde o início da dilatação do colo uterino até à dequitação. Assim, o parto é o processo fisiológico através do qual os produtos de concepção (feto, placenta e membranas) são expelidos da cavidade uterina, através do canal de parto (Perry et al., 2022).

O trabalho de parto pode ser dividido em quatro estádios. O primeiro estágio ocorre desde o início da contratilidade uterina dolorosa até a dilatação completa, podendo ser dividido em fase latente e fase ativa (ACOG, 2024; Alhafez & Berghella, 2020; Perry et al., 2022): a fase latente é caracterizada pela presença de contratilidade uterina dolorosa, com início da extinção e dilatação do colo, a um ritmo mais lento, até aos 5cm de dilatação; na fase ativa, ocorre a contratilidade uterina regular e dolorosa, com extinção e dilatação cervical mais acentuadas (ACOG, 2024; OMS, 2018; Perry et al., 2022).

O segundo estágio diz respeito ao período expulsivo e ocorre desde a dilatação cervical completa até à expulsão do feto (ACOG, 2024; Gimovsky & Berghella, 2022; Perry et al., 2022).

O terceiro estágio, ou dequitação, ocorre desde o nascimento até à expulsão da placenta (Cunningham et al., 2022; Hersh et al., 2024; Perry et al., 2022).

O quarto estágio do trabalho de parto corresponde às primeiras duas horas após o parto, sendo um período que requer uma maior vigilância para despiste de complicações, como hemorragia (Elkhesheh et al., 2017; Perry et al., 2022; Swer, 2021).

A duração esperada dos diferentes estágios de trabalho de parto varia consoante as características de cada mulher, nomeadamente a paridade, a presença de analgesia epidural e as posições adotadas durante o trabalho de parto (ACOG, 2023; Alhafez & Berghella, 2020; Perry et al., 2022).

No primeiro estágio de trabalho de parto, a fase latente é a fase com maior disparidade no que diz respeito à duração (OMS, 2018; Perry et al., 2022). Por outro lado, a fase ativa tem como duração esperada, em primíparas, de até 12 horas, sendo este tempo menor em partos subsequentes (OMS, 2018; Perry et al., 2022).

O período expulsivo pode durar até 3 horas para nulíparas e até 2 horas para múltíparas, sendo que a este tempo pode acrescer 1 hora na presença de analgesia epidural (ACOG, 2014). O terceiro estágio de trabalho de parto pode durar até 1 hora após o nascimento, desde que não ocorra perda hemática aumentada (Graça, 2017).

A evolução do trabalho de parto irá depender de cinco fatores: o feto, o canal de parto, as forças expulsivas, a posição da parturiente e as respostas psicológicas da mulher durante o parto (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022; Swer, 2021).

O feto irá influenciar o parto através da forma como se adapta ao canal de parto, nomeadamente a apresentação, atitude e variedade (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022; Swer, 2021). As dimensões da cabeça fetal poderão igualmente influenciar a evolução do trabalho de parto (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022).

O canal de parto diz respeito às estruturas maternas pelas quais o feto terá de passar durante o parto, incluindo a bacia e os tecidos moles (colo do útero, mucosa vaginal, musculatura pélvica e períneo) (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022; Swer, 2021). As características do canal de parto, especialmente da bacia, têm um impacto significativo na evolução do trabalho de parto, podendo ser um fator facilitador (bacia do tipo ginecóide e tecidos perineais elásticos)

ou dificultador (incompatibilidade feto-pélvica e períneo tenso ou propenso a edema) (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022).

As forças expulsivas dizem respeito às contrações uterinas e aos esforços expulsivos maternos, sendo que contratilidade regular e esforços maternos eficazes são facilitadores do parto eutócico (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022; Swer, 2021). Durante o período expulsivo, a capacidade da mulher de sentir a contração e a presença do Reflexo de Ferguson, uma necessidade fisiológica de fazer força, são fatores promotores de esforços maternos eficazes (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022).

A posição materna, particularmente posições mais verticalizadas, permitem que a gravidade auxilie as forças expulsivas na descida e expulsão fetal (ACOG, 2023; Alhafez & Berghella, 2020; Ondeck, 2019; Perry et al., 2022). Por outro lado, posições que confirmam uma maior mobilidade da bacia e liberdade do cóccix facilitam a adaptação fetal à bacia materna (Cardoso et al., 2023; Grenvik et al., 2021; Jha et al., 2023). A alternância de posições durante o trabalho de parto pode ainda aliviar a fadiga e ajudar a parturiente a lidar com a dor (ACOG, 2023; Al Aryani et al., 2022; Perry et al., 2022).

Por último, as respostas psicológicas da mulher durante o parto, e o nível de suporte emocional que esta recebe, têm o potencial de impactar a evolução do trabalho de parto, uma vez o stress durante o parto ou o medo são causadores de um aumento da tensão muscular e da intensidade da dor, aumentando a necessidade de administração de métodos farmacológicos para alívio da dor, o risco de parto distócico (por esforços maternos ineficazes, incapacidade de lidar com a dor e maior tensão da musculatura do pavimento pélvico) e o risco de uma experiência de parto negativa ou traumática (Perry et al., 2022; Swer, 2021).

#### **3.1.1.1. Início de trabalho de parto**

Nas últimas semanas de gravidez, o corpo da mulher sofre uma série de alterações que indicam que o parto se aproxima, incluindo o encravamento da apresentação fetal na bacia materna, com consequente aumento da sensação de pressão pélvica, da frequência urinária e da capacidade de expansão torácica (comumente descrita como a descida do abdómen materno), e a perda do rolhão mucoso (ACOG, 2020; Perry et al., 2022).

No início de trabalho de parto, é importante que a mulher seja avaliada para despistar um falso início de trabalho de parto, por exemplo quando as contrações não se tornam regulares e mais fortes ou param com a alternância de posição e deambulação, ou não levam a alterações cervicais (ACOG, 2020; Perry et al., 2022).

### **3.1.1.2. Monitorização cardiotocográfica**

Com o objetivo de monitorizar o bem-estar fetal e a contratilidade uterina, a monitorização cardiotocográfica foi realizada em todas as parturientes. De acordo com a OMS (2018), a monitorização do bem-estar fetal durante o trabalho de parto de baixo risco deve ser intermitente, com duração de 1 minuto, em intervalos de 15 a 30 minutos durante o primeiro estágio do trabalho de parto e de 5 em 5 minutos durante o período expulsivo. A auscultação deve ser realizada no pico de intensidade da contração e mantida durante 30 segundos após o fim da mesma (OMS, 2018). A realização de monitorização contínua pode ter impacto negativo na evolução do trabalho de parto, especialmente quando a monitorização por telemetria não é possível, por condicionar a mobilidade da parturiente (Ayres-de-Campos et al., 2015; NICE, 2022).

No entanto, a monitorização CTG contínua está recomendada na presença dos seguintes critérios: fatores de risco maternos pré-natais, como antecedente de cesariana anterior, doença hipertensiva tratada com medicação, rotura de membranas prolongada, perda sanguínea vaginal, suspeita de sepsis materna e/ou diagnóstico de diabetes (tipo 1, tipo 2 ou gestacional) com controlo medicamentoso; fatores de risco fetais, como apresentação não cefálica, restrição do crescimento fetal, leve para a idade gestacional ou prematuro, gravidez pós-termo, alterações de volume de líquido amniótico (polidrâmnios ou oligoâmnios) e/ou alteração do padrão de movimentos fetais (*National Institute for Health and Care Excellence* [NICE], 2022).

Durante o trabalho de parto, deve iniciar-se monitorização contínua na presença de hipertonia uterina ou taquissístolia, líquido amniótico meconial, febre materna, alteração súbita da intensidade ou características da dor, perda sanguínea vaginal não associada ao exame vaginal, taquicardia e/ou hipertensão materna, diagnóstico de trabalho de parto estacionário, administração de analgesia epidural e/ou perfusão de ocitocina (NICE, 2022).

De acordo com o Artigo 39º da Lei nº9/2009 de 4 de marco, o EEESMO tem a competência para vigiar o bem-estar fetal pelos meios clínico e técnico adequados. No Regulamento das competências específicas do EEESMO (OE, 2019), está descrita a competência do EEESMO no diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e recém-nascido, através da monitorização do trabalho de parto, do risco materno-fetal e dos desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto. Neste âmbito, o EEESMO avalia o bem-estar materno fetal, enquanto intervenção autónoma, com a competência para identificar complicações precocemente e referenciar o compromisso fetal quando a situação está além da sua área de atuação.

Durante o estágio, todas as parturientes em fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto foram alvo de monitorização cardiotocográfica contínua.

### **3.1.1.3. Dor de trabalho de parto**

Durante o trabalho de parto, o corpo da parturiente sofre uma série de alterações de modo a promover a expulsão do feto. Estas alterações, como a contração uterina e a dilatação cervical, causam na parturiente dor durante o trabalho de parto.

A dor de trabalho de parto é caracterizada como uma sensação de dor, cuja intensidade e frequência são crescentes, decorrente da contratilidade uterina e dilatação cervical (CIPE, 2019). Assim, podemos classificar a dor de trabalho de parto em dor de período de dilatação cervical e dor de período expulsivo, uma vez que se expressam de forma distinta.

A dor de período de dilatação cervical, associada ao primeiro estágio de trabalho de parto, é descrita como uma dor visceral, decorrente da isquemia uterina durante a contração, da distensão do segmento uterino inferior e da dilatação cervical (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023). A dor de trabalho de parto associada à contratilidade uterina é uma dor mais difusa, isto é, com maior distribuição, podendo sentir-se na metade inferior do abdómen materno, nas cristas ilíacas e na região lombar (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023). Durante grande parte do primeiro estágio de trabalho de parto, a dor está concentrada no período de contração uterina, estando a mulher sem dor no intervalo entre as contrações (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023). A dor lombar durante o trabalho de parto pode estar associada a fetos em

posição posterior, pelo aumento da pressão exercida pela apresentação fetal, ou por fadiga e desconforto muscular associado a períodos mais extensos na cama, sendo que esta dor pode manter-se durante o intervalo entre as contrações (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023).

A dor sentida pela parturiente no fim da dilatação cervical e durante o período expulsivo é descrita como mais intensa e localizada e está associada à distensão uterina, cervical e perineal, bem como à pressão exercida pela apresentação fetal no pavimento pélvico e nos órgãos pélvicos, como a bexiga e o reto (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023). Esta dor é aumentada na presença de lacerações da mucosa vaginal e períneo (Perry et al., 2022). A parturiente pode, por vezes, sentir uma redução na perceção da intensidade da dor quando se concentra em efetuar esforços expulsivos eficazes (Perry et al., 2022).

Durante o trabalho de parto, a parturiente de baixo risco pode optar pela implementação de estratégias não farmacológicas para alívio da dor e/ou medidas farmacológicas como a analgesia sistémica ou epidural (OMS, 2018).

O EEESMO, na assistência á mulher em trabalho de parto, "coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor" (OE, 2019). Assim, deve ajudar a parturiente a identificar e implementar estratégias não farmacológicas que a ajudem a lidar com a dor de trabalho de parto. Pela sua eficácia, relação custo-benefício e impacto na promoção de uma experiência de parto positiva, a Taxa de recurso a estratégias não farmacológicas é um indicador sensível aos cuidados do EEESMO (OE, 2022).

### **3.1.2. Cuidados ao cateter venoso periférico**

A colocação de cateter venoso periférico é uma prática comum durante o trabalho de parto. De acordo com a OMS (2018), a inserção de cateter venoso periférico é recomendada na presença de analgesia epidural.

Durante o estágio, era protocolada a colocação de cateter venoso periférico de grande calibre a todas as parturientes, para assegurar a perfusão de ocitocina no 4º estágio de trabalho de parto, bem como para assegurar acesso venoso no caso de emergências.

### **3.1.3. Cuidados ao cateter epidural**

O cateter epidural é colocado no espaço epidural, no espaço intervertebral L4-L5, para administração de analgesia durante o trabalho de parto (Kesavan et al., 2018; Yakhup et al., 2023). De acordo com a OMS (2018), a analgesia epidural está recomendada na mulher saudável para o alívio da dor de trabalho de parto, mediante a vontade da mulher.

Os principais efeitos secundários da analgesia epidural são a hipotensão, a febre (possivelmente associada a alterações na termorregulação), a presença de cefaleias intensas no caso de punção da dura mater e retenção urinária, por redução da sensibilidade e, conseqüentemente, incapacidade em reconhecer a vontade de urinar ou incapacidade em esvaziar a bexiga parto (Halliday et al., 2022; Perry et al., 2022).

Por outro lado, a analgesia epidural pode condicionar a mobilidade da parturiente, com consequência na duração do trabalho de parto e na necessidade de administração de ocitocina no primeiro estágio do trabalho de parto, aumentando ainda o risco de instrumentação do parto (Halliday et al., 2022; Perry et al., 2022).

Assim, na presença de analgesia epidural, um conjunto de intervenções devem ser implementadas para monitorizar a parturiente: monitorização da tensão arterial materna e do bem-estar fetal, após administração da dose-teste de analgesia epidural, bem como sempre que nova medicação for administrada; monitorização da temperatura corporal; monitorização da eliminação urinária; administração de fluídos intravenosos, para prevenir a hipotensão (Perry et al., 2022; OMS, 2018). É ainda importante que a parturiente seja informada da possível diminuição da sensibilidade dos membros inferiores e seja assistida no levante, pelo menos 30 minutos após a administração de bólus de analgesia (OMS, 2018; Perry et al., 2022).

#### **3.1.4. Sistema Cardiovascular**

Durante o trabalho de parto, é espectável um aumento da frequência cardíaca e tensão arterial materna associado à dor de trabalho de parto (Perry et al., 2022). No entanto, a administração de opioides e anestésicos locais, por via epidural, tem como efeito adverso a hipotensão materna (Halliday et al., 2022; Perry et al., 2022). Assim, é importante vigiar os sinais vitais maternos para despistar precocemente desvios à normalidade.

No entanto, não existe um consenso no intervalo entre avaliações, com autores a aconselhar a avaliação da frequência cardíaca e tensão arterial materna com intervalos de 30 a 60 minutos no 1º estágio de trabalho de parto (Perry et al., 2022), enquanto outros apontam para intervalos de até 4 horas entre avaliações (Cunningham et al., 2022).

Durante o estágio, as parturientes encontravam-se em monitorização contínua no que diz respeito à frequência cardíaca, suspendendo por curtos períodos para promover o conforto materno. A avaliação da frequência cardíaca materna é importante para diferenciar desacelerações fetais de períodos de descaptação na monitorização cardiotocográfica, sendo sempre monitorizada em períodos de redução da frequência cardíaca fetal.

No que diz respeito à tensão arterial, a parturiente encontrava-se monitorizada, com avaliações automáticas em intervalos de 30 minutos, podendo remover a monitorização por períodos, se estivesse desconfortável.

No entanto, estes valores eram apenas registados de 6 em 6 horas, por protocolo de serviço, ou sempre que a avaliação automática demonstrasse valores fora do intervalo de referência. Esta prática tinha um impacto na mobilidade das parturientes, e não apresentava benefícios clínicos diretos.

### **3.1.5. Eliminação urinária**

Como descrito acima, na presença de analgesia epidural, a parturiente pode apresentar dificuldade em reconhecer a necessidade de urinar ou em esvaziar completamente a bexiga (Downey et al, 2019; Perry et al., 2022). Deste modo, é importante vigiar a eliminação urinária da mulher em trabalho de parto e, na presença destas dificuldades, deve considerar-se a colocação de cateter urinário para prevenir a retenção urinária.

Durante o trabalho de parto, a presença de globo vesical pode dificultar a descida da apresentação fetal por aumento do volume da bexiga. Por outro lado, a presença de globo vesical pode dificultar o controlo adequado da dor durante o trabalho de parto por distensão abdominal (O'Kane & Rantell, 2023; Perry et al., 2022).

Durante o pós-parto imediato, a eliminação urinária é um foco da atenção do EEESMO. A retenção urinária é um fator de risco para a hemorragia pós-parto, uma vez que é exercida pressão no útero, por parte da bexiga, o que impede que o útero contraia adequadamente ou se mantenha contraído (Downey et al, 2019; O'Kane & Rantell, 2023).

## **3.2. Cenário**

A Mariana é uma parturiente de 26 anos, primigesta. Tem grupo sanguíneo A+ e resultado positivo para o Streptococcus grupo B. Encontra-se acompanhada pelo companheiro, Vasco, de 26 anos. Encontra-se grávida de 41 semanas. Refere que o nome da bebé será Benedita.

A Mariana nega história clínica relevante. Foi uma gravidez planeada e vigiada, que decorreu sem intercorrências. Durante a gravidez, a Mariana realizou suplementação de ácido fólico e multivitamínico.

A Mariana compareceu às sessões de preparação para o parto da UCC da área de residência e apresentou um plano de parto, no qual manifesta a sua vontade de um parto vaginal com epidural. Deseja que seja o profissional a assistir ao parto a cortar o cordão umbilical e que o contato pele com pele seja realizado também com o pai.

A Mariana deu entrada para indução de trabalho de parto, às 9h00. À admissão, apresentava colo fechado, posterior. Foi colocado acesso venoso periférico, para garantir acesso endovenoso em caso de compromisso fetal ou materno durante o trabalho de parto e para administração de medicação e soroterapia. De modo a iniciar o processo de indução, foi administrado Misoprostol 25µg, por via oral, e 25µg, por via vaginal, às 9h30. Manteve-se confortável pelo que descansou durante parte da manhã. Às 13h30, foi examinada e apresentava um colo posterior, com 1 cm de dilatação e 50% de extinção, pelo que foi administrado Misoprostol novamente. Almoçou e deambulou por períodos.

À entrada no turno da tarde, a Mariana encontrava-se confortável, a descansar na cama.

### **3.3. Domínios**

Durante a assistência ao parto da Mariana, foram identificados diversos focos de atenção. À entrada no turno da tarde, a parturiente encontrava-se na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto, pelo que foi identificado o domínio Parto e Atitudes terapêuticas (Monitorização Cardiotocográfica), para vigiar o bem-estar da Benedita durante o trabalho de parto.

Por apresentar cateter venoso periférico, os cuidados ao mesmo foram um foco de atenção durante a assistência à Mariana. Durante os cuidados prestados à cliente, foram ainda implementadas estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

### 3.3.1. Indução de trabalho de parto

A indução de trabalho de parto diz respeito à estimulação artificial de alterações no colo do útero (dilatação e extinção) e de contratilidade uterina, com o intuito de iniciar o trabalho de parto (Carlson et al., 2022; Tsakiridis et al., 2020; Wheeler et al., 2022).

A indução está recomendada na presença de fatores de risco perinatais, como a idade gestacional avançada, a partir das 41 semanas de gestação (Borovac-Pinheiro et al., 2023; OMS, 2022; Wheeler et al., 2022).

Esta recomendação tem por base um maior risco de morbidade e mortalidade fetal quando a gravidez se prolonga a partir das 42 semanas, com um risco aumentado de macrossomia, distocia, oligoâmnios, alterações da frequência cardíaca fetal, síndrome de aspiração de mecônio, baixo APGAR à nascença e morte fetal intrauterina (Blecher et al., 2022; Ranjbar et al., 2023; Salau et al., 2022).

Para promover o sucesso da indução e a ocorrência de um parto vaginal, é importante adequar o método de indução à situação específica de cada mulher, através da identificação do índice de Bishop (Borovac-Pinheiro et al., 2023; Carlson et al., 2022; Solone & Shaw, 2020; Tsakiridis et al., 2020). Para primíparas com um índice de Bishop <6 é recomendada a maturação cervical (Borovac-Pinheiro et al., 2023; Carlson et al., 2022; Solone & Shaw, 2020; Tsakiridis et al., 2020).

A maturação cervical pode ser realizada através de métodos mecânicos, como a inserção de cateter de foley e insuflação do balão no canal cervical, ou através de métodos farmacológicos, como a administração de prostaglandinas (Carlson et al., 2022; Solone & Shaw, 2020; Tsakiridis et al., 2020).

A utilização de misoprostol, uma prostaglandina análoga E1, é económica e eficaz na indução da maturação cervical, através do amolecimento do colo do útero e promoção da contratilidade uterina (Borovac-Pinheiro et al., 2023; Carlson et al., 2022; Solone & Shaw, 2020; Tsakiridis et al., 2020).

Não existe consenso quanto à dose e intervalo entre administrações, com a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO, 2023) a recomendar a administração de 25µg-50µg por via vaginal de 4/4 horas ou 25µg-50µg por via oral de 2/2 horas, já a OMS (2022) recomenda a administração de 25µg por via oral de 2/2 horas ou 25µg por via vaginal de 6/6 horas.

A administração de ocitocina está recomendada após maturação cervical (índice de Bishop  $\geq 6$ ), uma vez que a administração precoce de ocitocina está associada a risco aumentado de cesariana (Carlson et al., 2022; Solone & Shaw, 2020). A ocitocina não deve ser iniciada nas 4 horas após administração de Misoprostol (Carlson et al., 2022; Solone & Shaw, 2020; Tsakiridis et al., 2020).

No que diz respeito a efeitos secundários da ocitocina e misoprostol, destaca-se a taquissístolia (ocorrência de mais de 5 contrações em 10 minutos), com ou sem repercussões na frequência cardíaca fetal (Carlson et al., 2022; Tsakiridis et al., 2020; Wheeler et al., 2022). Por este motivo, a monitorização cardiotocográfica deve ser realizada antes e durante 30 minutos após administração de misoprostol e de forma contínua na presença de perfusão de ocitocina fetal (Tsakiridis et al., 2020; Wheeler et al., 2022).

### **3.3.2. Estratégias facilitadoras do trabalho de parto**

No que diz respeito a cuidados intraparto promotores de uma experiência de parto positiva, a promoção da mobilidade e verticalidade durante o trabalho de parto é recomendada (OMS, 2018).

Por outro lado, a Taxa de recurso a estratégias facilitadoras do trabalho de parto é um indicador sensível aos cuidados especializados do EEESMO, tendo em conta o potencial de promover uma redução da duração do trabalho de parto e uma promoção da satisfação da mulher com a sua experiência de parto (OE, 2021).

Assim, para promover a evolução do trabalho de parto na Mariana, foram implementadas a deambulação e a utilização da bola de parto.

### **3.3.2.1. Utilização da bola de parto**

A bola de parto é um dispositivo insuflável utilizado em obstetrícia com o intuito de promover a mobilidade da bacia e a verticalidade na mulher em trabalho de parto (Delgado et al., 2023; Grenvik et al., 2023; Mylod et al., 2024; Perry et al., 2022).

Assim, a parturiente é encorajada a sentar-se na bola e realizar movimentos de notação e contranotação, movimentos circulares, movimentos em forma de infinito (oito horizontal) e movimentos de "saltitar", o que terá efeito nos diâmetros pélvicos da parturiente e facilitará a descida da apresentação fetal (Cardoso et al., 2023; Grenvik et al., 2021; Jha et al., 2023).

Diversos estudos procuraram avaliar o efeito da utilização da bola de parto na duração do trabalho de parto, tendo os resultados demonstrado uma redução na duração do 1º estágio de trabalho de parto (Delgado et al., 2023; Jha et al., 2023; Shen et al. 2021).

Por outro lado, a utilização da bola de parto também parece ter efeito na redução da intensidade da dor de trabalho de parto, o que pode estar associado a um maior relaxamento e sentimento de empoderamento durante o parto (Aslantaş & Çankaya, 2023; Delgado et al., 2023; Grenvik et al., 2021; Jha et al., 2023; Perry et al., 2022).

### **3.3.2.2. Deambulação/Verticalidade**

A mobilidade e adoção de posições verticais durante o trabalho de parto está associada a uma redução da duração de trabalho de parto, redução do risco de cesariana e parto instrumentado, redução da intensidade da dor e maior satisfação associada ao parto (ACOG, 2023; Alhafez & Berghella, 2020; Ondeck, 2019; Perry et al., 2022;).

A parturiente deve ser encorajada a deambular ou adotar posições verticais durante o primeiro estágio de trabalho de parto, com o intuito de promover a progressão do trabalho de parto (ACOG 2023; Alhafez & Berghella, 2020; LeFevre et al., 2021).

Vários estudos procuraram estudar o efeito das posições verticais e da mobilidade na progressão do trabalho de parto, tendo identificado: redução da duração do trabalho de parto (Al Aryani et al., 2022; Muhammed et al., 2023; Myers et al., 2020; Zang et al., 2020); redução da intensidade da dor, aumento da contratilidade uterina e aumento da satisfação associada ao parto (Al Aryani et al., 2022); redução da taxa de instrumentação do parto, taxa de episiotomia e taxa de lacerações de 3º e 4º grau (Zang et al., 2020). No entanto, em um dos estudos, a adoção de posições verticais este associada a um aumento da taxa de lacerações de 2º grau (Zang et al., 2020).

Contudo, tendo em conta as questões éticas associadas à realização destes estudos, não é possível garantir um grupo de controlo isento de deambulação, pelo que os resultados podem não ser representativos do impacto da mobilidade durante o trabalho de parto (Ondeck, 2019).

### **3.4. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita**

Decorrente da necessidade de indução do parto e, posteriormente, para controlo da dor, foi necessário administrar diversos fármacos. Tornou-se então pertinente analisar a medicação e o seu impacto na Mariana e no feto.

#### **3.4.1. Misoprostol**

O misoprostol é um análogo sintético da prostaglandina E1 (PGE1), utilizado na indução de trabalho de parto (Índice Nacional Terapêutico, 2021). As prostaglandinas E causam um aumento da atividade em fibroblastos do colo uterino, promovendo o amadurecimento cervical e contração uterina (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

No que diz respeito a efeitos secundários, os sintomas reportados mais frequentemente foram náuseas, vômitos, diarreia, febre materna, hiperestimulação uterina e alterações da frequência cardíaca fetal (Índice Nacional Terapêutico, 2021). Assim, é importante vigiar o padrão de contratilidade uterina e o bem-estar fetal antes e durante pelo menos 30 minutos após a administração.

### **3.4.2. Ocitocina**

A ocitocina é uma hormona endógena, produzida ao nível do hipotálamo e libertada para a circulação pela hipófise (Índice Nacional Terapêutico, 2021). A ocitocina sintética, administrada na indução do parto, atua seletivamente no músculo liso uterino para promover o início e manutenção de contratilidade uterina regular (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

No que diz respeito a efeitos secundários, os sintomas mais frequentemente reportados são a taquissístolia, a hipertonia uterina e a bradicardia fetal (Índice Nacional Terapêutico, 2021). Assim, é importante que vigiar o padrão da contratilidade uterina e o bem-estar fetal antes e durante a perfusão de ocitocina.

### **3.4.3. Tramadol**

O tramadol é um analgésico opióide agonista, de ação central (Índice Nacional Terapêutico). É composto por dois isómeros: o isómero +, que tem atividade preferencial nos  $\mu$ -receptores; o isómero -, que tem como efeito a inibição da recaptação de noradrenalina, a estimulação da libertação de serotonina e que vai potenciar o efeito analgésico do isómero + (Índice Nacional Terapêutico, 2021). A ação de ambos os isómeros vai modificar a transmissão dos impulsos da dor. O efeito analgésico do tramadol tem uma duração de 3 a 6 horas, com pico de ação entre a 1ª e 4ª hora após administração (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

Durante o parto, a administração de tramadol não afeta a contratilidade uterina. No recém-nascido, podem observar-se alterações da frequência respiratória que, geralmente, não requerem intervenção clínica.

Os efeitos adversos mais comuns são náuseas e vômitos, obstipação, cefaleias, visão turva, sonolência, vertigens, secura da boca, taquicardia e hipotensão (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

#### **3.4.4. Metoclopramida**

A metoclopramida tem efeito no sistema gastrointestinal, provocando o aumento do tônus e amplitude das contrações gástricas, do peristaltismo e o relaxamento do esfíncter pilórico e bulbo duodenal (Índice Nacional Terapêutico, 2021). Assim, promove a aceleração do esvaziamento gástrico e do trânsito intestinal (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

O efeito antiemético da metoclopramida parece ser causado pelo antagonismo dos receptores centrais e periféricos da dopamina, que ao estimular os quimiorreceptores medulares na trigger zone tem um efeito potenciador das náuseas e vômitos (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

Os efeitos secundários mais comumente identificados são diarreia, hipotensão e sonolência (Índice Nacional Terapêutico, 2021). No entanto, em algumas pessoas, a toma de metoclopramida está associada a um quadro de sintomas extrapiramidais, caracterizado por tremores, espasmos musculares, hipertonia muscular, distonia e discinesia (Índice Nacional Terapêutico, 2021). A administração de metoclopramida está contraindicada em parturientes com história de reação extrapiramidal e deve ser interrompida caso a mulher apresente qualquer desses sintomas.

### 3.5. Plano de Cuidados

Hora: 14h35

	Avaliar sinais vitais
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tensão arterial – 116/80mmHg</li><li>○ Frequência cardíaca – 84bpm</li><li>○ Temperatura – 36,6°C</li><li>○ Saturação de Oxigénio – 99%</li></ul>

#### **FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana mantém monitorização cardiotocográfica.

<b>DIAGNÓSTICO</b>	Trabalho de parto
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitorizar bem-estar fetal<ul style="list-style-type: none"><li>○ Frequência cardíaca fetal – 150bpm</li><li>○ Variabilidade – 5-25bpm</li><li>○ Acelerações – apresenta acelerações</li><li>○ Desacelerações – sem desacelerações</li></ul></li><li>2. Avaliar contratilidade uterina<ul style="list-style-type: none"><li>○ 2 contrações em 10 minutos</li><li>○ Duração média de 30 segundos</li></ul></li></ol>

#### **FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana encontra-se em indução de trabalho de parto.

<b>DIAGNÓSTICO</b>	Dor de trabalho de parto
<b>INTERVENÇÕES</b>	<p>Avaliar dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ A Mariana refere um ligeiro desconforto abdominal (1 na Escala Numérica da Dor – END), durante a contração</li><li>○ Nega necessidade de analgesia</li></ul>

**Hora: 15h20**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana mantém monitorização cardiotocográfica.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Monitorizar bem-estar fetal
    - Frequência cardíaca fetal – 146bpm
    - Variabilidade – 5-25bpm
    - Acelerações – apresenta acelerações
    - Desacelerações – sem desacelerações
  2. Avaliar contratilidade uterina
    - 2 contrações em 10 minutos
    - Duração média de 30 segundos

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana encontra-se em indução de trabalho de parto.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

**OBJETIVOS** Melhorar a capacidade da Mariana para usar a bola de parto como estratégia facilitadora do trabalho de parto

**INDICADOR DE RESULTADO** Que a Mariana seja capaz de realizar movimentos promotores da evolução do trabalho de parto na bola de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto
  2. Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto
  3. Instruir exercícios de mobilidade da bacia
  4. Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

1. Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto
  - Demonstrar o uso da bola de parto
2. Instruir exercícios de mobilidade da bacia
  - Demonstrar exercícios de mobilidade da bacia a realizar na bola de parto

**Hora: 16h15**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana mantém monitorização cardiotocográfica.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Monitorizar bem-estar fetal
    - Frequência cardíaca fetal – 146bpm
    - Variabilidade – 5-25bpm
    - Acelerações – apresenta acelerações
    - Desacelerações – sem desacelerações
  2. Interromper monitorização cardiotocográfica (para a Mariana lanchar e deambular)
  3. Avaliar contratilidade uterina
    - 2 contrações em 10 minutos
    - Duração média de 30 segundos

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana encontra-se em indução de trabalho de parto.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

**OBJETIVOS** Melhorar a capacidade da Mariana para a deambulação como estratégia facilitadora do trabalho de parto

**INDICADOR DE RESULTADO** Que a Mariana seja capaz de deambular e realizar movimentos promotores da evolução do trabalho de parto de pé

- INTERVENÇÕES**
1. Instruir exercícios de mobilidade da bacia
  2. Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 1:**

- Incentivar a Mariana a deambular
- Demonstrar exercícios de mobilidade da bacia a realizar de pé

**Hora: 17h10**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana regressou à bola de parto após deambulação

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES** Reiniciar monitorização cardiotocográfica

**Hora: 17h30**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana encontra-se em indução de trabalho de parto. Refere um aumento da intensidade da dor durante a contração.

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

1. Avaliar dor de trabalho de parto
  - A Mariana refere dor abdominal (4 na END), durante a contração

**INTERVENÇÕES**

2. Gerir analgesia
  - Administrado Tramadol e Metoclopramida por via endovenosa por indicação médica

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana mantém monitorização cardiotocográfica.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - Frequência cardíaca fetal – 140bpm
  - Variabilidade – 5-25bpm
  - Acelerações – apresenta acelerações
  - Desacelerações – sem desacelerações

**INTERVENÇÕES**

2. Avaliar contratilidade uterina
  - 3 contrações em 10 minutos
  - Duração média de 40 segundos
3. Avaliar evolução do trabalho de parto
  - Dilatação – 3cm
  - Extinção – 70%
  - Características cervicais – colo intermédio, em posição posterior
    - Apresentação fetal acima do 1º plano
4. Iniciar perfusão de ocitocina

**Hora: 18h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana encontra-se em indução de trabalho de parto.

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

**INTERVENÇÕES** Avaliar dor de trabalho de parto

- A Mariana refere dor abdominal (2 na END), durante a contração

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana encontra-se em indução de trabalho de parto.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

**OBJETIVOS** Melhorar a capacidade da Mariana para usar a bola de parto como estratégia facilitadora do trabalho de parto

**INDICADOR DE RESULTADO** Que a Mariana seja capaz de realizar movimentos promotores da evolução do trabalho de parto na bola de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto
2. Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia

**Hora: 18h30**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana encontra-se em indução de trabalho de parto.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - Frequência cardíaca fetal – 145bpm
  - Variabilidade – 5-25bpm
  - Acelerações – apresenta acelerações
  - Desacelerações – sem desacelerações
2. Avaliar contratilidade uterina
  - 3 contrações em 10 minutos
  - Duração média de 40 segundos

**Hora: 19h10**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana mantém monitorização cardiotocográfica.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Monitorizar bem-estar fetal
    - Frequência cardíaca fetal – 140bpm
    - Variabilidade – 5-25bpm
    - Acelerações – apresenta acelerações
    - Desacelerações – sem desacelerações
  2. Avaliar contratilidade uterina
    - 3 contrações em 10 minutos
    - Duração média de 40 segundos
  3. Avaliar evolução do trabalho de parto
    - Dilatação – 4cm
    - Extinção – 80%
    - Características cervicais – colo amolecido, centrado
    - Apresentação fetal acima do 1º plano

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Mariana tocou à campainha por aumento da intensidade da dor.

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Avaliar dor de trabalho de parto
    - A Mariana refere dor abdominal (5 na END), durante a contração
  2. Transferir a Mariana para a sala de parto para colocação de cateter epidural

## **4. NÚCLEO DE PARTOS – CAROLINA**

### **4.1. Cenário**

Carolina é uma parturiente de 28 anos, primigesta. Tem grupo sanguíneo O+ e resultado negativo para o Streptococcus grupo B. Encontra-se acompanhada pelo marido, Nuno, de 32 anos. Encontra-se grávida de 39 semanas e 3 dias. Refere que o nome da bebé será Margarida.

No que diz respeito a história clínica, Carolina refere ser saudável e sem alergias ou intolerâncias alimentares. Foi uma gravidez planeada e vigiada, que decorreu sem intercorrências. Durante a gravidez, Carolina realizou suplementação de ácido fólico e multivitamínico.

Carolina compareceu às sessões de preparação para o parto da UCC da área de residência e apresentou um plano de parto, no qual manifesta a sua vontade de um parto vaginal com epidural, realização de contato pele com pele e que seja Nuno a cortar o cordão umbilical.

Carolina dirigiu-se ao serviço de urgência por rotura de membranas às 6:30, com início de contratilidade uterina. À admissão, por volta das 7:30, Carolina apresentava colo intermédio, com 3cm de dilatação e 60% de extinção. Encontrava-se confortável. Carolina permaneceu na bola de parto e a deambular por períodos.

Às 10:45, Carolina refere um aumento da intensidade da dor associada às contrações, pelo que pediu colocação de cateter epidural. Nesta fase apresentava um colo amolecido, com 4cm de dilatação e 90% de extinção. Carolina urinou espontaneamente na casa de banho antes da colocação do cateter epidural.

Às 13:20, a Carolina expressou vontade de urinar mas não foi capaz de o fazer espontaneamente. Por esse motivo, foi realizada a colocação de cateter urinário. Após algaliação, foi realizado exame vaginal. A Carolina apresentava colo mole, anterior, com 6cm de dilatação e 100% extinto. A apresentação fetal encontrava-se acima do 1º plano de Hodge.

À entrada no turno da tarde, Carolina encontrava-se confortável com perfusão de Ropivacaína a 2% e Sufentanil, via cateter epidural, e com perfusão de soro polieletrólítico, endovenoso. Encontrava-se algaliada.

## **4.2. Domínios**

Durante a assistência ao parto da Carolina, além dos domínios descritos no subcapítulo 3.1., surgiu a necessidade de implementar estratégias não farmacológicas que contribuíssem para o alívio da dor lombar da cliente, uma vez que a Carolina sentia que a analgesia epidural não estava a reduzir a dor lombar.

### **4.2.1. Estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto**

De acordo com a OMS (2018), no que diz respeito a cuidados intraparto conducentes a uma experiência de parto positiva, recomenda a utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor de trabalho de parto, de acordo com a preferência da parturiente, incluindo técnicas de relaxamento (técnica de respiração, *mindfulness* e musicoterapia), mas também técnicas “manuais”, como a massagem e a utilização de calor.

Assim, para promover o alívio da dor lombar na Carolina, foram implementadas a Técnica do Rebozo como estratégia não farmacológica de alívio da dor de trabalho de parto.

#### 4.2.1.1. Técnica do Rebozo

A técnica do rebozo teve origem na América Latina, mais especificamente no México, onde era utilizada por parteiras com o objetivo de promover a rotação interna fetal para uma posição facilitadora do trabalho de parto, através do relaxamento da musculatura pélvica (Elmore et al., 2020; Ritter et al., 2020; Saadoon et al., 2023).

A técnica do rebozo pode ser realizada de várias formas, duas das formas mais comuns de aplicação são: *shake the apples*, na qual o rebozo é colocado na região nadegueira da parturiente, que se encontra na posição de quatro apoios, e são realizados movimentos rápidos de um lado para o outro, de forma controlada para evitar a fricção; e *sifting* que requer que o pano envolva todo o abdómen da cliente, posicionada em posição de quatro apoios, sendo realizada uma ligeira elevação e posteriormente um gentil agitar de um lado para o outro (Cohen & Thomas, 2015; Saadoon et al., 2023; Widiatrilupi, 2023).

Durante o trabalho de parto, esta técnica tem um efeito positivo ao nível da redução da intensidade da dor (Iversen et al., 2017; Purwanti, 2020; Ritter et al., 2020; Saadoon et al., 2023), redução da ansiedade materna (Purwanti, 2020; Saadoon et al., 2023), promoção de uma experiência de parto positiva, bem como alguns estudos apontam para a sua eficácia na promoção da descida da apresentação e rotação interna fetal e, conseqüentemente, na redução da duração do trabalho de parto (Cohen & Thomas, 2015; Iversen et al., 2017; Prata et al., 2022; Widiatrilupi, 2023; Wijayanti et al., 2023).

Em dois estudos, algumas participantes reportaram desconforto associado à posição de quatro apoios e um aumento da sensação de pressão na região anal exercida pela apresentação fetal (Iversen et al., 2017; Saadoon et al., 2023).

Assim, é importante que esta técnica seja implementada em outras posições, como deitada, de pé ou sentada, quando a parturiente não tolera a posição de quatro apoios (Cohen & Thomas, 2015; Prata et al., 2022).

No entanto, foram identificadas algumas contraindicações para a utilização da técnica do rebozo, tais como: a necessidade de monitorização cardiotocográfica contínua por estado fetal

não tranquilizador, a hemorragia vaginal anormal, a apresentação pélvica com rotura de membranas por risco aumentado de prolapso do cordão, o desconforto materno associado à técnica ou qualquer contra-indicação ao parto vaginal (Cohen & Thomas, 2015; Prata et al., 2022).

#### **4.2.1.2. Massagem**

O toque terapêutico e a massagem têm sido utilizados como estratégias promotoras do alívio da dor em trabalho de parto (Biana et al., 2021; Pawale & Salunkhe, 2020; Türkmen & Oran, 2021). Esta redução da intensidade da dor pode estar associada à redução da tensão muscular, com aumento do conforto e sensação de bem-estar (Biana et al., 2021; Perry et al., 2022; Türkmen & Oran, 2021; Suarez-Easton et al., 2023).

Num estudo, a massagem na região lombar demonstrou eficácia estatisticamente significativa na redução dos níveis de dor em primípara em trabalho de parto (Pawale & Salunkhe, 2020). A sensação de bem-estar associada à massagem provoca a libertação de endorfinas que, por sua vez, têm um efeito positivo no alívio da dor e na promoção de uma experiência de parto positiva (Pawale & Salunkhe, 2020).

Numa meta-análise com o intuito de comparar a eficácia de diversos métodos não farmacológicos no alívio da dor de trabalho de parto, os autores identificaram a acupressão, aromaterapia e massagem como estratégias com um impacto significativo na redução da intensidade da dor de trabalho de parto (Hu et al., 2021).

Por outro lado, a utilização da massagem demonstrou efeitos ao nível da redução da ansiedade em trabalho de parto e aumento da satisfação da parturiente (Biana et al., 2021).

#### **4.2.1.3. Acupressão**

A acupressão é uma técnica que pode ser utilizada durante o trabalho de parto para lidar com a dor, através da aplicação de pressão em pontos ricos em neuroreceptores, de modo a promover a perfusão sanguínea e criar um ponto de pressão durante a contração uterina

(Massoudi et al., 2022; Perry et al., 2022; Solt Kirca & Kanza Gul, 2022). Esta técnica pode ser aplicada em vários pontos no corpo da parturiente, como o pescoço, os ombros, os pulsos ou a região lombar (Alimoradi et al., 2020; Perry et al., 2022; Solt Kirca & Kanza Gul, 2022).

Uma revisão sistemática da literatura analisou os resultados de vários estudos com o intuito de avaliar a eficácia da acupressão no alívio da dor no primeiro estágio de trabalho de parto (Raana & Fan, 2020). Quando comparada a intensidade da dor nos estudos analisados, houve uma redução significativa da intensidade da dor nos grupos que realizaram acupressão durante o trabalho de parto. Houve ainda um aumento da satisfação por parte das parturientes, no que diz respeito ao controlo da dor durante o trabalho de parto (Raana & Fan, 2020).

O ponto BL32, estimulado nos cuidados à Carolina, encontra-se no segundo forâmen do sacro (Massoudi et al., 2022; Perry et al., 2022; Solt Kirca & Kanza Gul, 2022).

Num ensaio clínico randomizado foi analisado o efeito da acupressão na intensidade da dor em mulheres na fase ativa de trabalho de parto (Solt Kirca & Kanza Gul, 2022). A acupressão no ponto BL32 levou a uma redução significativa da intensidade da dor no grupo de intervenção, sendo a intensidade da dor pós-intervenção significativamente mais baixa no grupo de intervenção do que no grupo de controlo (Solt Kirca & Kanza Gul, 2022).

Estes resultados assemelham-se aos obtidos num outro estudo que comparou a intensidade da dor após acupressão nos pontos BL32 e IL4 com um grupo de controlo, sendo que o grupo a receber estimulação do ponto BL32 demonstrou um controlo da dor significativamente melhor que o grupo de controlo e ligeiramente melhor que o grupo com acupressão do ponto IL4 (Ozgoli et al., 2016).

A estimulação do ponto BL32 também se demonstrou eficaz na redução dos níveis de ansiedade durante o trabalho de parto (Massoudi et al, 2022)

### **4.3. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita**

#### **4.3.1. Ropivacaína + Sufentanilo**

A ropivacaína é um anestésico local de longa duração (Índice Nacional Terapêutico, 2021). O nível de bloqueio motor, desde limitado a efeito anestésico cirúrgico, pode ser atingido mediante a dose administrada (Índice Nacional Terapêutico, 2021). A ropivacaína causa um bloqueio local dos impulsos nervosos, através da redução reversível da permeabilidade da membrana da fibra nervosa dos iões de sódio, reduzindo a velocidade de despolarização e aumentando o limiar excitável (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

No que diz respeito a efeitos adversos, deve ter-se em conta o risco de parestesias, tonturas, cefaleia, alterações da frequência cardíaca, alterações da tensão arterial, náuseas e vômitos, hipertermia, calafrios, lombalgia e retenção urinária (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

O sufentanilo é um analgésico opióide sintético forte, com ligação seletiva aos recetores opióides  $\mu$ , nos quais atua como agonista total (Índice Nacional Terapêutico, 2021). Assim, vai atuar, ao nível do sistema nervoso central, alterando os processos responsáveis pela perceção e resposta à dor (Índice Nacional Terapêutico, 2021). Quando administrado por via epidural, tem um efeito analgésico, com início rápido (5 a 10 minutos) e uma duração moderada (geralmente 4-6 horas) (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

Quanto aos efeitos adversos, os sintomas reportados mais frequentemente foram: náuseas e vômitos, hipertermia, tonturas, cefaleias, sedação, taquicardia, alterações da tensão arterial, depressão respiratória, obstipação, dispepsia e retenção urinária (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

O potencial analgésico é potenciado quando os fármacos são administrados em conjunto, permitindo uma maior duração e melhor qualidade da analgesia (Índice Nacional Terapêutico, 2021).

Para despistar precocemente a ocorrência de efeitos adversos, é importante monitorizar o bem-estar fetal e materno. No caso da Carolina, esta já se encontrava com monitorização cardiotocográfica contínua.

#### 4.4. Plano de Cuidados

Hora: 14h30

	Avaliar sinais vitais
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tensão arterial – 112/78mmHg</li><li>○ Frequência cardíaca - 76bpm</li><li>○ Temperatura – 36,8°C</li><li>○ Saturação de Oxigénio – 98%</li></ul>

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina mantém monitorização cardiotocográfica contínua.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Monitorizar bem-estar fetal
    - Frequência cardíaca fetal – 148bpm
    - Variabilidade – 5-25bpm
    - Acelerações - apresenta acelerações
    - Desacelerações - sem desacelerações
  2. Avaliar contratilidade uterina
    - 3 contrações em 10 minutos
    - Duração média de 45 segundos
  3. Gerir ingestão de líquidos

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

3. Gerir ingestão de líquidos
  - Oferecer água, chá açucarado ou gelatina à Carolina<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> A ingestão de hídrica e a ingestão de alimentos estão recomendadas á parturiente de baixo risco. Não foram encontrados benefícios á restrição da ingestão oral durante o parto, no que diz respeito á redução do risco de aspiração intraoperatória e á redução da sintomatologia de náuseas e vómitos (OMS, 2018).

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina encontra-se mantém perfusão de analgesia epidural (PCA).

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Avaliar dor de trabalho de parto
    - o A Carolina refere uma dor abdominal ligeira (2 na END), do tipo cólica, associada à contração
  2. Gerir ambiente para promover o relaxamento

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 2:**

- Reduzir a intensidade da luz, de acordo com a preferência da Carolina
- Providenciar privacidade

**Hora: 15h20**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** Carolina tocou à campainha e refere aumento da intensidade da dor.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Monitorizar bem-estar fetal
    - o Frequência cardíaca fetal – 134bpm
    - o Variabilidade – 5-25bpm
    - o Acelerações - apresenta acelerações
    - o Desacelerações - sem desacelerações
  2. Avaliar contratilidade uterina
    - o 4 contrações em 10 minutos
    - o Duração média de 45 segundos
  3. Avaliar evolução do trabalho de parto<sup>5</sup>

---

Por outro lado, outros autores defendem que a ingestão de líquidos é recomendada durante o trabalho de parto de baixo risco, mas a ingestão de alimentos sólidos não é recomendada (ACOG, 2019).

O protocolo do hospital onde decorreu o estágio alinha-se com as recomendações da ACOG.

<sup>5</sup> O exame vaginal pode ser realizado em intervalos de 4 horas, com o intuito de avaliar a evolução do trabalho de parto em parturientes de baixo risco, tendo em conta que este não deve ser realizado por vários profissionais em curto espaço de tempo de modo a prevenir a infeção (OMS, 2018). Esta frequência poderá aumentar dependendo da situação clínica da parturiente.

Por outro lado, autores sugerem que o exame vaginal seja realizado á admissão e repetido sempre que este se justifique pelas seguintes situações: antes da administração de analgésicos e início ou aumento da perfusão de ocitocina; alterações significantes no padrão de contratilidade uterina; percepção materna de aumento da pressão perineal ou vontade de exercer esforços expulsivos; rotura de membranas; ou desacelerações variáveis da frequência cardíaca fetal (Perry et al., 2022).

- o Dilatação – 8cm
- o Extinção – 100%
- o Características cervicais – colo mole, em posição anterior
- o Apresentação fetal acima do 1º plano
- o Variedade – OEA

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina tocou à campainha e referiu um aumento da intensidade da dor. Já havia utilizado a PCA para administrar 2 bólus consecutivos (intervalo de 20 minutos).

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

1. Avaliar dor de trabalho de parto
  - o A Carolina refere uma dor abdominal e lombar de intensidade 6 na END, do tipo cólica, associada à contração uterina

**INTERVENÇÕES**

2. Gerir analgesia epidural
  - o Administração de 5ml de Lidocaína a 2% via cateter epidural por indicação do anestesista

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 2:**

- Explicar à Carolina que a medicação administrada pode aumentar a sensação de bloqueio/dormência dos membros inferiores

**Hora: 15h35**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina mantém perfusão de analgesia epidural.

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

1. Avaliar dor de trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

- o A Carolina refere não ter dor.
2. Gerir ambiente para promover o relaxamento

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 2:**

- Desligar a luz, a pedido da Carolina (pretende descansar um pouco)
- Providenciar privacidade

**Hora: 16h20**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina mantém monitorização cardiotocográfica contínua.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - o Frequência cardíaca fetal – 138bpm
  - o Variabilidade – 5-25bpm
  - o Acelerações - apresenta acelerações
  - o Desacelerações - sem desacelerações
2. Avaliar contratilidade uterina
  - o 4 contrações em 10 minutos
  - o Duração média de 50 segundos
3. Gerir ingestão de líquidos

**Hora: 17h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina refere um aumento da dor e da sensação de pressão no pavimento pélvico.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - o Frequência cardíaca fetal – 132bpm
  - o Variabilidade – 5-25bpm
  - o Acelerações - apresenta acelerações
  - o Desacelerações – sem desacelerações
2. Avaliar contratilidade uterina
  - o 4 contrações em 10 minutos
  - o Duração média de 50 segundos
3. Avaliar evolução do trabalho de parto
  - o Dilatação – 9cm
  - o Extinção – 100%
  - o Características cervicais – colo mole, em posição anterior
  - o Apresentação fetal acima do 1º plano

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina tocou à campainha e referiu um aumento da intensidade da dor lombar. Já havia utilizado a PCA, mas sente que a medicação não está a ajudar com esta dor.

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Avaliar dor de trabalho de parto
    - A Carolina refere dor lombar (END – 5), pede para mudar de posição

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina sente que a medicação não está a ajudar com a dor lombar.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

**OBJETIVOS** Melhorar a capacidade da Carolina para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

**INDICADOR DE RESULTADO** Que a Carolina sinta uma redução da intensidade da dor com a implementação de estratégias não farmacológicas

**INTERVENÇÕES** Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto: rebozo, massagem e acupressão

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

- Pedir consentimento para implementar estratégias não farmacológicas de alívio da dor
- Sugerir adoção da posição de quatro apoios<sup>6</sup>
- Assistir Carolina a posicionar-se
- Implementar técnica de rebozo “*Shake the apples*” no intervalo entre as contrações
- Pedir feedback à Carolina sobre utilização da técnica de rebozo
- Implementar massagem lombar entre as contrações
- Pedir feedback à Carolina sobre a massagem

---

<sup>6</sup> A posição de quatro apoios pode ser realizada na cama, com a parturiente apoiada nas mãos, na cabeceira da cama ou na bola de parto. Esta posição é promotora da redução da dor lombar durante o parto, uma vez que reduz a pressão exercida pela apresentação fetal e pela cama quando a parturiente se encontra deitada (Perry et al., 2022). Por outro lado, a posição de quatro apoios confere liberdade á bacia materna, promovendo a evolução do trabalho de parto (ACOG, 2019).

Se a mulher estiver apoiada na cabeceira da cama elevada, a verticalidade vai ainda promover a descida fetal e a dilatação cervical, por ação da gravidade, e, consequentemente, intensificar a contratilidade uterina por aumento dos níveis de ocitocina resultantes de maior pressão no colo do útero (Perry et al., 2022).

- Implementar acupressão lombar durante a contração
- Pedir feedback à Carolina sobre a técnica de acupressão
- Instruir o Nuno na utilização de estratégias não farmacológicas para aliviar a dor da Carolina
- Providenciar privacidade

**Hora: 18h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina refere que as contrações estão menos frequentes.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - o Frequência cardíaca fetal – 172bpm<sup>7</sup>
  - o Variabilidade – 5-25bpm
  - o Acelerações - sem acelerações
  - o Desacelerações – sem desacelerações
2. Avaliar contratilidade uterina
  - o 2 contrações em 10 minutos
  - o Duração média de 30 segundos
3. Assistir Carolina a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo
4. Referenciar taquicardia fetal à equipa médica

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina refere uma sensação de mal-estar e sentir-se quente.

**INTERVENÇÕES**

1. Avaliar sinais vitais
  - o Tensão arterial – 109/72mmHg
  - o Frequência cardíaca - 119bpm
  - o Temperatura – 38,6°C<sup>4</sup>

---

<sup>7</sup> A taquicardia fetal (frequência cardíaca superior a 160bpm, por período superior a 10 minutos) pode estar associada a hipoxia fetal, arritmia fetal, febre materna, infeção (corioamniotite por rotura de membranas prolongada), administração de medicação (como salbutamol) ou consumo materno de substâncias. Quando associada a febre materna, esforços para reduzir a temperatura materna podem ser suficientes para manter o bem-estar fetal (Perry et al., 2022; Cunningham et al.,2022).

De acordo com a ACOG (2017), quando a febre materna é acompanhada de alterações no líquido amniótico ou taquicardia fetal, deve considerar-se a administração de antibioterapia por suspeita de corioamniotite, de modo a reduzir o risco de complicações maternas e neonatais.

- Saturação de Oxigénio – 98%
- 2. Referenciar febre materna à equipa médica
  - Realizar colheita de sangue para análises
  - Administrar paracetamol endovenoso

#### **FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina mantém sensação de mal-estar generalizado.

#### **DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

#### **INTERVENÇÕES**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - Frequência cardíaca fetal – 175bpm
  - Variabilidade – <5bpm
  - Acelerações - sem acelerações
  - Desacelerações – desacelerações variáveis repetitivas<sup>8</sup>
2. Avaliar contratilidade uterina
  - 2 contrações em 10 minutos
  - Duração média de 30 segundos
3. Avaliar evolução do trabalho de parto
  - Dilatação – 9cm
  - Extinção – 100%
  - Características cervicais – colo mole, em posição anterior
  - Apresentação fetal acima do 1º plano
4. Assistir a Carolina a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo<sup>9</sup>
5. Referenciar compromisso do estado fetal à equipa médica

---

<sup>8</sup> As desacelerações variáveis são desacelerações de início súbito, com duração inferior a 2 minutos, e que, quando associadas á contração uterina, se apresentam em momentos diferentes em contrações sucessivas. Quando as desacelerações ocorrem repetidamente (em mais de 50% das contrações) é importante promover a perfusão uteroplacentária para minimizar o risco de compromisso fetal por hipoxia (Perry et al., 2022; ACOG, 2010).

<sup>9</sup> O decúbito lateral esquerdo é uma posição que alivia a compressão da veia cava, promovendo a perfusão uteroplacentária e aumentando a saturação de oxigénio fetal (Perry et al., 2022).

**Hora: 18h30**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Carolina refere um aumento da dor e da sensação de pressão no pavimento pélvico.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

**Hora: 18h45**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - o Frequência cardíaca fetal – 181bpm
  - o Variabilidade – <5bpm
  - o Acelerações - sem acelerações
  - o Desacelerações – desacelerações variáveis
2. Avaliar contratilidade uterina
  - o 2 contrações em 10 minutos
  - o Duração média de 30 segundos
3. Preparar Carolina para transferência para o bloco para cesariana<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Quando medidas de recuperação não são eficazes a reverter o padrão de desaceleração repetitiva, é necessário iniciar medidas de abreviação do parto, quer através da instrumentação, quer via cesariana (Perry et al., 2022; ACOG, 2010).

## 5. NÚCLEO DE PARTOS – INÊS

### 5.1. Cenário

A Inês é uma parturiente de 30 anos, primigesta. Tem grupo sanguíneo AB+ e resultado negativo para o Streptococcus grupo B. Encontra-se acompanhada pelo companheiro, João, de 30 anos. Encontra-se grávida de 39 semanas e 1 dia. O nome escolhido para o seu bebé é Rafael.

A Inês nega história clínica relevante e alergias. Foi uma gravidez planeada e vigiada, que decorreu sem intercorrências. Durante a gravidez, a Inês realizou suplementação de ácido fólico e multivitamínico.

Quanto á preparação para o parto, a Inês compareceu às sessões de preparação para o parto do hospital onde decorreu o estágio e apresentou um plano de parto, no qual manifesta a sua vontade de um parto vaginal sem epidural, com enfoque na liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e parto, realização de contato pele com pele e corte do cordão umbilical pelo João.

A Inês deu entrada no serviço de urgência por volta das 10h, por início de contratilidade uterina dolorosa. À admissão, apresentava colo intermédio, com 3cm de dilatação e 70% de extinção. A Inês permaneceu na bola de parto durante grande parte do dia e a deambular por períodos.

À entrada no turno da noite, a Inês encontrava-se no chuveiro, como estratégia não farmacológica para alívio da dor. No último exame vaginal, por volta das 18h15, apresentava 7cm de dilatação, colo anterior, amolecido e extinto. Havia urinado no wc por volta das 19h20.

## **5.2. Domínios**

Durante os cuidados prestados à Inês além dos domínios descritos no subcapítulo 3.1., foi necessário implementar estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto, tendo em conta a vontade da Inês de experienciar um parto eutócico sem analgesia.

Por outro lado, no âmbito do domínio Nascimento, identificado quando o Rafael nasceu, foi realizado contato pele com pele, de acordo com a vontade da parturiente.

### **5.2.1. Estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto**

Como descrito no Caso 3, a OMS (2018) recomenda a utilização de estratégias não farmacológicas de alívio da dor enquanto cuidado promotor de uma experiência de parto positiva.

Durante os cuidados prestados à Inês, a cliente implementou a hidroterapia e a técnica de respiração como estratégias para controlar a sua dor.

#### **5.2.1.1. Hidroterapia**

A hidroterapia é uma das estratégias não farmacológicas utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto (Ergin et al., 2023; Perry et al., 2022).

A hidroterapia pode ser aplicada através de duche ou imersão na água e demonstra benefícios ao nível da redução da intensidade da dor, promoção do relaxamento muscular e aumento da satisfação da mulher em relação ao parto (Ergin et al., 2023; Perry et al., 2022; Solt Kirca & Kanza Gul, 2022).

A hidroterapia provoca uma redução da produção de catecolaminas e promoção da libertação de endorfinas, o que provoca uma redução da intensidade da dor e uma redução da ansiedade durante o trabalho de parto (Ergin et al., 2023; Solt Kirca & Kanza Gul, 2022). Por outro lado, a hidroterapia facilita a mobilidade e promove um maior sentimento de controlo por parte da parturiente (Prieto Bocanegra et al., 2020; Solt Kirca & Kanza Gul, 2022).

Uma meta-análise procurou analisar o efeito da hidroterapia, durante o primeiro estágio de trabalho de parto (Ergin et al., 2023). Os resultados dos estudos analisados apontam para uma ligeira redução da duração do primeiro estágio de trabalho de parto no grupo de intervenção, bem como uma redução significativa da intensidade da dor e dos níveis de ansiedade-estado, e um aumento significativo do conforto experienciado pela parturiente (Ergin et al., 2023). Por outro lado, a aplicação de hidroterapia aumentou a taxa de parto vaginal e reduziu a taxa de parto instrumentado (Ergin et al., 2023).

Nenhum dos estudos analisados identificou riscos neonatais ou maternos associados à utilização da hidroterapia, demonstrando que esta estratégia não farmacológica além de eficaz e económica é também segura (Ergin et al., 2023).

Num outro estudo foi analisada a influência do duche quente na experiência de parto das mulheres, tendo o grupo de intervenção demonstrado uma experiência mais satisfatória, uma maior perceção de suporte por parte dos profissionais e um maior sentimento de segurança e de participação ativa no seu parto (Sharipour et al., 2022).

#### **5.2.1.2. Técnica de respiração**

A utilização de determinados padrões ou técnicas respiratórias durante o trabalho de parto vai contribuir para o relaxamento da parturiente, com impacto na intensidade da dor, ansiedade, sensação de controlo e satisfação em relação ao parto (Alzurfi & Al-Ogaili, 2021; Bal et al., 2020; Biana et al., 2021; Heim & Makuch, 2021; Issac et al., 2023). Este efeito atribui-se à ativação do sistema nervoso parassimpático, que promove a oxigenação sanguínea e a libertação de endorfinas, levando a uma redução da frequência cardíaca e a uma sensação de calma. Por outro lado, a libertação de endorfinas vai suprimir a atividade do sistema nervoso simpático, levando a uma redução dos níveis de cortisol (Baljon et al., 2020; Issac et al., 2023).

A técnica respiratória a utilizar vai variar mediante as fases do trabalho de parto, com uma respiração lenta e profunda durante as contrações a ser facilitadora na fase latente do 1º estágio do trabalho de parto (Bal et al., 2020; Heim & Makuch, 2021; Perry et al., 2022).

Quando as contrações se tornam mais frequentes e intensas, a parturiente pode sentir a necessidade de aumentar a frequência respiratória para compensar o aumento da intensidade da dor (Bal et al., 2020; Heim & Makuch, 2021; Issac et al., 2023). A utilização de técnicas como a respiração “*hee-hee-hoo*”, caracterizada por duas inspirações superficiais e uma expiração mais profunda, podem auxiliar a parturiente a lidar com a intensidade das contrações no fim da fase ativa do 1º estágio de trabalho de parto, mas também a lidar com a vontade de exercer esforços expulsivos antes da dilatação completa e a promover a expulsão controlada da cabeça fetal (Bal et al., 2020; Perry et al., 2022).

Durante o 2º estágio do trabalho de parto, a parturiente deve ser incentivada a encontrar um padrão respiratório confortável para si, procurando evitar suster a respiração quando exerce esforços expulsivos (Heim & Makuch, 2021; Perry et al., 2022). A utilização da manobra de Valsalva durante o 2º estágio do trabalho de parto parece estar associada a um maior risco de trauma perineal, maior risco de incontinência urinária pós-parto e a possível compromisso fetal intraparto (Heim & Makuch, 2021; Perry et al., 2022; Shinozaki et al., 2022).

### **5.2.2. Contato pele com pele**

A técnica de contato pele com pele foi inicialmente explorada nos anos 70, na Colômbia, para dar resposta ao número insuficiente de incubadoras nos cuidados a recém-nascidos prematuros/de baixo peso que, até então, eram mantidos em incubadoras partilhadas o que aumentava o risco de infeção e, conseqüentemente, a morbilidade e mortalidade nestes bebés (Brimdyr et al., 2023; Forde et al., 2021; Ionio et al., 2021).

Atualmente, e de acordo com a OMS (2018), NICE (2023) e a FIGO (2023), o contato pele com pele é recomendado logo após todos os nascimentos sempre que o recém-nascido e a mãe se encontrem clinicamente estáveis (FIGO, 2023; NICE, 2023; OMS, 2018). Assim, o recém-nascido deve ser colocado, em decúbito ventral, em cima do peito materno, seco e tapado com uma manta ou lençol aquecido (Bigelow & Power, 2020; NICE, 2023; Perry et al., 2022).

No que diz respeito ao recém-nascido, o contato pele com pele promove uma melhor adaptação à vida extrauterina, com melhor termorregulação e estabilidade cardiorrespiratória (Bigelow & Power, 2020; Brimdyr et al., 2023; Gupta et al., 2021; Monteiro et al., 2022; Mukherjee et al., 2020; Perry et al., 2022). Num estudo, os recém-nascidos que realizaram contato pele com pele após o nascimento apresentaram menor taxa de taquipneia transitória e menos sintomas de dificuldade respiratória (Mihalik et al., 2021).

Por outro lado, estes recém-nascidos parecem ter menor risco de hipoglicemia (Brimdyr et al., 2023; Gomes et al., 2023; Ionio et al., 2021; Lord et al., 2023; Mihalik et al., 2021; Monteiro et al., 2022; Perry et al., 2022). Este melhor controle glicêmico pode estar associado a um menor gasto energético durante o contato pele com pele, resultante de uma termorregulação mais eficaz, menos episódios de choro e maior eficácia na amamentação (Lord et al., 2023).

Quanto aos benefícios para a puérpera, o contato pele com pele está associado a uma redução do risco de problemas de saúde mental no pós-parto, como depressão e ansiedade, bem como de complicações com a vinculação (Bigelow & Power, 2020; Brimdyr et al., 2023; Kirca & Adibelli, 2021; Zhao & Zhang, 2020).

É ainda de salientar a associação entre o contato pele com pele, a redução da duração do 3º estágio de trabalho de parto e a redução do risco de hemorragia pós-parto, através do aumento dos níveis de ocitocina e do movimento dos pés do recém-nascido no abdômen materno, que atua como uma massagem uterina (Almutairi et al., 2020; Almutairi, 2021; Aydin Kartal et al., 2022; Ruiz et al., 2023).

A realização de contato pele com pele está ainda associada a uma maior autoconfiança nas competências parentais e na satisfação associada ao parto (Brimdyr et al., 2023; Gomes et al., 2023). Por outro lado, o contato pele com pele promove a vinculação entre os pais e o recém-nascido, potenciando as competências parentais e levando a uma melhor interação entre a díade/tríade (Bigelow & Power, 2020; Brimdyr et al., 2023; Gomes et al., 2023; Moberg et al., 2020; Norholt, 2020).

Também a amamentação é influenciada pelo contato pele com pele, com promoção da amamentação precoce na primeira hora após o parto, do aleitamento materno exclusivo à alta e da duração do aleitamento materno (Bedford et al., 2022; Giang et al., 2022; Gupta et al., 2021; Karimi et al., 2020).

O contato pele com pele durante a primeira hora de vida está associado a um tempo de sensibilidade aumentada, causada pelos elevados níveis maternos de ocitocina e níveis neonatais de catecolaminas, que fazem desta hora um período particularmente importante na formação do vínculo entre a díade (Brimdyr et al., 2020; Monteiro et al., 2022; Widström et al., 2019).

Durante este período, quando o contato pele com pele é assegurado sem interrupções, o recém-nascido apresenta um conjunto de comportamentos inatos que promovem a amamentação na primeira hora de vida: primeiro choro, relaxamento, despertar, atividade, descansar, rastejar/deslizar, familiarizar-se, mamar e adormecer (Brimdyr et al., 2020; Widström et al., 2019).

### 5.3. Plano de cuidados

Hora: 20h10

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Inês tocou à campainha por rotura espontânea de membranas e aumento da sensação de pressão perineal.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

1. Assistir a posicionar-se (decúbito dorsal)
2. Monitorizar bem-estar fetal
  - o Frequência cardíaca fetal – 133bpm
  - o Variabilidade – 5-25bpm
  - o Acelerações - apresenta acelerações
  - o Desacelerações - sem desacelerações
3. Avaliar contratilidade uterina
  - o 4 contrações em 10 minutos
  - o Duração média de 55 segundos
4. Avaliar evolução do trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

- o Dilatação – 9cm (Rebordo anterior)
- o Extinção – 100%
- o Características cervicais – colo mole, em posição anterior
- o Apresentação fetal acima do 1º plano
- o Variedade – OEA
- o Rotura de membranas espontânea às 20h05
5. Avaliar líquido amniótico
  - o Líquido amniótico claro, de cheiro sui generis em quantidade moderada
6. Assistir a posicionar-se (posição de quatro apoios, apoiada na cabeceira da cama elevada, de acordo com a preferência da Inês)

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** Após transferência para a cama, a Inês refere um aumento da intensidade da dor.

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

Avaliar dor de trabalho de parto

- A Inês refere dor abdominal e lombar de intensidade 7.

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 94bpm
- Tensão arterial – 112/78mmHg
- Temperatura – 36,7°C
- Saturação de oxigênio – 99%

**Hora:** 20h25

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Inês refere dor "*insuportável*" e que "*não aguenta mais*".

**DIAGNÓSTICO**

Potencial para melhorar a capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

**OBJETIVO**

Melhorar a capacidade da Inês para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

**INDICADOR DE RESULTADO**

Que a Inês sinta uma redução da intensidade da dor com a implementação de estratégias não farmacológicas

**INTERVENÇÕES**

1. Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto: Técnica de respiração e Massagem lombo-sagrada
2. Instruir estratégias de relaxamento

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

1. Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto
  - Pedir consentimento à Inês para implementar estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto
2. Instruir estratégias de relaxamento
  - Demonstrar técnica de respiração
  - Demonstrar massagem lombo-sagrada
  - Encorajar o João a massajar a região lombo-sagrada à Inês

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Inês refere *"muita vontade de fazer força"*.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Monitorizar bem-estar fetal
    - o Frequência cardíaca fetal – 139bpm
    - o Variabilidade – 5-25bpm
    - o Acelerações - apresenta acelerações
    - o Desacelerações – sem desacelerações
  2. Avaliar contratilidade uterina
    - o 4 contrações em 10 minutos
    - o Duração média de 60 segundos
  3. Avaliar evolução do trabalho de parto
    - o Dilatação – 10cm
    - o Extinção – 100%
    - o Apresentação fetal no 1º plano
    - o Variedade – OEA
  4. Assistir no parto
  5. Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto
  6. Gerir ingestão de líquidos

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

4. Assistir no parto
  - o Encorajar a Inês a ouvir o seu corpo e realizar esforços expulsivos durante a contração
  - o Preparar o material de parto na mesa de apoio
  - o Elogiar os esforços expulsivos da Inês
5. Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto
  - o Sugerir que o João respire com a Inês durante as contrações
  - o Sugerir ao João que continue a massajar a região lombo-sagrada no intervalo das contrações
6. Gerir ingestão de líquidos
  - o Oferecer água durante o período expulsivo, sempre que a Inês quiser

Hora: 20h45

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Inês refere "não aguentar mais".

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - o Frequência cardíaca fetal – 144bpm
  - o Variabilidade – 5-25bpm
  - o Acelerações - apresenta acelerações
  - o Desacelerações – sem desacelerações
2. Avaliar contratilidade uterina
  - o 4 contrações em 10 minutos
  - o Duração média de 60 segundos
3. Avaliar evolução do trabalho de parto
  - o Dilatação – 10cm
  - o Extinção – 100%
  - o Apresentação fetal no 4º plano
  - o Variedade – OEA
4. Assistir no parto

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 4:**

- o Questionar se a Inês quer sentir a cabeça do Rafael
- o Elogiar a Inês
- o Explicar à Inês que a pressão e sensação de ardor que sente é a cabeça do Rafael e que ele está a nascer
- o Controlar a saída da apresentação fetal
- o Verificar presença circular do cordão umbilical
- o Mobilizar o Rafael por entre os membros inferiores da Inês para que esta segure o recém-nascido
- o Assistir a Inês a posicionar-se para a realização de contato pele com pele

**Hora: 20h46**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O plano de parto da Inês salientava o seu desejo de realizar contato pele com pele e de ser o João a cortar o cordão umbilical.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

1. Executar clampeamento do cordão umbilical
  2. Avaliar índice de APGAR ao 1º minuto
- INTERVENÇÕES**
- Índice de APGAR – 9 (acrocianose)
  - 3. Secar o recém-nascido
  - 4. Executar técnica de contato pele com pele

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

1. Executar clampeamento do cordão umbilical
  - Incentivar o João a cortar o cordão umbilical
  - Orientar o João no corte do cordão umbilical, indicando o local onde deve cortar e assegurando que não irá magoar o bebé
4. Executar técnica de contato pele com pele
  - Assistir a Inês a posicionar o Rafael no seu peito
  - Cobrir o Rafael com uma manta
  - Assegurar que o Rafael estará a ser observado e garantir a sua segurança
  - Avaliar o bem-estar do Rafael de 15/15min (tónus, respiração, coloração e posição)

**Hora: 20h50**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O Rafael nasceu às 20h45.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

- Avaliar índice de APGAR ao 5º minuto
- INTERVENÇÕES**
- Índice de APGAR – 10

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O plano de parto da Inês salientava o seu desejo de realizar contato pele com pele e de ser o João a cortar o cordão umbilical.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto**INTERVENÇÕES**

1. Assistir no terceiro estágio do trabalho de parto
2. Avaliar perda hemática
  - Perda hemática moderada, sem coágulos
3. Avaliar estado da placenta e membranas
  - Dequitação tipo Schultze
  - Placenta íntegra e completa
  - Membranas completas
  - Cordão de inserção normal, com uma veia e duas artérias, geleia de Wharton com aparência normal
4. Avaliar canal de parto
  - Laceração de 1º grau, com 1cm de dimensão
  - Sem necessidade de perineorrafia<sup>11</sup>
5. Avaliar contração do útero pós-parto
  - Útero contraído, região infra-umbilical
  - Globo de segurança de Pinard formado
6. Realizar cuidados de higiene e conforto

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

1. Assistir no terceiro estágio do trabalho de parto<sup>12</sup>
  - Determinar ocorrência do descolamento da placenta (Sinal de Kurstner)
  - Realizar tração controlada do cordão umbilical
  - Realizar Manobra de Dublin
  - Administrar 10UI de Ocitocina endovenosa

---

<sup>11</sup> Na presença de lacerações de primeiro grau não sangrantes, a gestão conservadora pode ser considerada, causando menos dor perineal no pós-parto e menor risco de dispareunia, quando comparada com lacerações corrigidas através de sutura (Angarita & Berghella, 2022; Arnold et al., 2021; Lallemand et al., 2022).

<sup>12</sup> Para prevenção da hemorragia pós-parto, recomenda-se a gestão ativa do terceiro estágio de trabalho de parto, com administração de uterotônicos e tração controlada do cordão umbilical após sinais de descolamento da placenta (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses [AWHONN], 2021; NICE, 2024; OMS, 2018).

**Hora: 20h55**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais<sup>13</sup>

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 81bpm
- Tensão arterial – 110/72mmHg
- Saturação de oxigênio – 99%

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O Rafael nasceu às 20h45.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

Avaliar índice de APGAR ao 10º minuto

**INTERVENÇÕES**

- Índice de APGAR – 10

**Hora: 21h05**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O Rafael nasceu às 20h45.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

Avaliar contato pele com pele

**INTERVENÇÕES**

- Rafael apresenta comportamentos de busca, procurando a mama da Inês

---

<sup>13</sup> Nas primeiras duas horas após o parto, com o intuito de identificar precocemente complicações e garantir o bem-estar da mulher, a monitorização da puérpera deve ser realizada frequentemente. No entanto, não existe consenso quanto aos intervalos mais adequados para avaliação de sinais vitais e monitorização da perda hemática.

A monitorização da frequência cardíaca, involução e contratilidade uterina, temperatura e perda hemática deve ser realizada frequentemente, com início na primeira hora após o parto; a tensão arterial deve ser avaliada pouco tempo após o parto e, se dentro dos valores de referência, novamente nas 6 horas seguintes (OMS, 2018).

Deve proceder-se à avaliação de sinais vitais de 15 em 15 minutos na primeira hora após o parto e novamente às duas horas pós-parto (Perry et al., 2022). Por outro lado, a ACOG (2017) recomenda a avaliação de sinais vitais de 15 em 15 minutos nas primeiras 2 horas após o nascimento.

No hospital onde decorreu o estágio, os sinais vitais eram avaliados após o parto e novamente às duas horas após o nascimento.

**Hora: 21h20**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O Rafael encontra-se em contato pele com pele com a mãe.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

**INTERVENÇÕES** Avaliar contato pele com pele

- Rafael encontra-se a iniciar a mamada

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

Avaliar a mama

**INTERVENÇÕES**

- Mama mole, com colostro
- Mamilos proeminentes e íntegros

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DADOS:** A Inês encontra-se a amamentar o Rafael pela primeira vez.

**DIAGNÓSTICO** Amamentação

**INTERVENÇÕES** Assistir na amamentação

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

- Assistir a Inês a posicionar-se em decúbito lateral, de acordo com a sua vontade
- Assistir a Inês a posicionar o Rafael para mamar

**Hora: 22h20**

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DIAGNÓSTICO** Amamentação

**INTERVENÇÕES** Avaliar a mamada

- O Rafael mamou de forma eficaz, com boa pega

**Hora: 22h35**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 81bpm
- Tensão arterial – 108/72mmHg
- Saturação de oxigênio – 98%

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS:** O Rafael realizou contato pele com pele com a Inês, encontra-se apenas de fralda e gorro. Quando sugerido que o João vestisse o bebê, ele refere ainda ter algum medo de o magoar e que precisava de ajuda.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido

**OBJETIVO** Melhorar a capacidade do João para vestir o recém-nascido

**INDICADORES DE RESULTADO** Que o João seja capaz de vestir o Rafael corretamente

- INTERVENÇÕES**
1. Instruir a vestir o recém-nascido
  2. Treinar a vestir o recém-nascido

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 1:**

- Assistir o João a colocar a roupa do recém-nascido, aberta, por ordem
- Elogiar o João pela forma correta como vestiu o Rafael
- Encorajar o João a pegar no Rafael enquanto cuidamos da Inês

**FOCO DE ATENÇÃO** Puerpério

**DADOS:** A Inês encontra-se no fim do período de hemóstase do puerpério.

**DIAGNÓSTICO** Puerpério

- INTERVENÇÕES**
1. Avaliar contração do útero pós-parto
    - Útero contraído, região infra-umbilical
    - Globo de segurança de Pinard formado
  2. Avaliar a perda hemática
    - Perda hemática vaginal moderada, sem coágulos
  3. Realizar cuidados de higiene e conforto

**FOCO DE ATENÇÃO** Eliminação urinária

**DADOS:** A Inês urinou por volta das 19h20.

- INTERVENÇÕES**
1. Estimular eliminação urinária
  2. Vigiar eliminação urinária
    - A Inês urinou no wc.

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 1:**

- Questionar se a Inês sente vontade de urinar
- Assistir a Inês a deambular até à casa de banho

**Hora: 22h45**

**FOCO DE ATENÇÃO** Puerpério

**DADOS:** A Inês encontra-se no fim do período de hemóstase do puerpério.

**DIAGNÓSTICO** Puerpério

**INTERVENÇÕES** Gerir a ingestão de alimentos

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

- Questionar o que é que a Inês pretende comer (refeição completa, chá/cevada, pão/bolachas)

## **NÚCLEO DE PARTOS: RAFAEL**

### **5.4. Cenário**

O Rafael é um recém-nascido do género masculino. Nasceu às 20h45, com um APGAR 9/10/10. Á nascença, pesava 3210g e tinha 50,5cm de comprimento e 33cm de perímetro cefálico.

Realizou contato pele com pele após o nascimento e mamou na primeira hora de vida.

Recebeu injeção de Vitamina K á nascença, durante o contato pele com pele, para profilaxia contra a doença hemorrágica do recém-nascido.

### **5.5. Domínios**

Durante os cuidados prestados ao Rafael, foram identificados diversos focos de atenção sensíveis aos cuidados do EEESMO: recém-nascido e reflexo de sucção.

#### **5.5.1. Recém-Nascido**

O período neonatal decorre desde o nascimento até aos 28 dias de vida (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022).

Após o nascimento, o recém-nascido sofre um período de adaptação à vida extrauterina, caracterizado por alterações fisiológicas e comportamentais significativas, como o início da respiração, transição para a circulação neonatal e termorregulação (Hockenberry et al., 2018; Sequeira et al., 2020; Perry et al., 2022).

### **5.5.1.1. Sistema respiratório**

O início da respiração, após o nascimento, depende de uma combinação de estímulos, incluindo mecanismos químicos, térmicos, mecânicos e sensoriais (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020).

No que diz respeito aos estímulos químicos, a compressão do cordão umbilical durante o parto causa uma diminuição dos níveis de oxigênio e um aumento dos níveis de dióxido de carbono, estimulando o centro respiratório medular a iniciar esforços respiratórios (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020).

O centro respiratório medular é ainda estimulado pela redução drástica da temperatura ambiente, em contraste com a temperatura intrauterina, e pela manipulação física do recém-nascido à nascença, promovendo o início da respiração (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020). O parto vaginal também atua na promoção da respiração do recém-nascido através do aumento da pressão intratorácica (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020).

Outro fator promotor da adaptação respiratória ao meio extrauterino é o surfactante. Este fosfolípido é produzido nos alvéolos e reduz a tensão da superfície alveolar, prevenindo o colapso dos alvéolos durante a expiração e promovendo o aumento do volume residual pulmonar (Perry et al., 2022).

Após o nascimento, o recém-nascido apresenta uma frequência respiratória de 30 a 60 rpm, com breves períodos de apneia (Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020). O recém-nascido apresenta, geralmente, uma respiração abdominal e nasal (Perry et al., 2022).

Ao nascimento, o recém-nascido pode apresentar acrocianose, uma coloração azulada das extremidades. Esta alteração é normal, não estando associada a patologia do foro respiratório (Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020).

#### **5.5.1.2. Sistema circulatório**

Após o nascimento, ocorre a transição da circulação fetal para a circulação neonatal. Após o início da respiração, a pressão na artéria pulmonar e na aurícula direita diminuem e a pressão na aurícula esquerda aumenta devido ao aumento da perfusão pulmonar, levando ao encerramento do forâmen ovale (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022).

Por outro lado, o aumento da oxigenação celular leva à constrição e encerramento do canal arterial (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022). As artérias e veia umbilicais sofrem constrição imediatamente após o nascimento, por alteração da temperatura e por clampeamento do cordão umbilical, levando ao encerramento do ducto venoso (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022).

Após o nascimento, o recém-nascido apresenta uma frequência cardíaca de 110 a 160bpm, podendo variar mediante o nível de atividade do recém-nascido (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020).

#### **5.5.1.3. Termorregulação**

A manutenção da temperatura corporal é um desafio para o recém-nascido devido ao seu ratio superfície corporal-peso e à reduzida quantidade de gordura subcutânea (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020).

Assim, o recém-nascido perde calor através de quatro mecanismos principais: convecção, ou a perda de calor para o ar circundante, mais frio; irradiação, ou perda de calor para superfícies frias na proximidade do recém-nascido; evaporação, a perda de calor como resultado da evaporação da humidade na pele; e condução, ou perda de calor para superfícies frias em contato com o recém-nascido (Perry et al., 2022).

Assim, é de extrema importância que o recém-nascido seja mantido seco após o nascimento, longe de correntes de ar e tapado, de acordo com a temperatura ambiente (Perry et al., 2022).

#### **5.5.1.4. Reflexo de sucção**

O reflexo de sucção está intimamente relacionado com o reflexo de busca, sendo ambos essenciais para a nutrição do recém-nascido (Perry et al., 2022; Salandy et al., 2019). No reflexo de busca, o recém-nascido responde a estímulos táteis na bochecha, canto da boca ou lábios, virando-se em direção ao estímulo e tentando abocanhar (Perry et al., 2022; Salandy et al., 2019).

O reflexo de sucção diz respeito ao exercício da sucção quando o mamilo (ou outro objeto) toca no palato do recém-nascido (Perry et al., 2022; Salandy et al., 2019).

Estes reflexos estão presentes ao nascimento na maioria dos recém-nascidos, estando a sua ausência associada à prematuridade, exposição a medicação materna com efeito no sistema nervoso central ou malformações congênitas (Perry et al., 2022; Salandy et al., 2019).

### **5.6. Plano de cuidados**

**Hora: 21h20**

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Reflexo de sucção Avaliar o reflexo de sucção
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ O Rafael apresenta reflexo de sucção eficaz, com acanolamento da língua e peristaltismo adequado.</li></ul>

**FOCO DE ATENÇÃO** Recém-nascido

**DADOS:** O Rafael nasceu às 20h45.

Avaliar bem-estar do recém-nascido<sup>14</sup>

**INTERVENÇÕES**

- Pele rosada, tônus normal
- Sem sinais de dificuldade respiratória

**Hora: 21h50**

**FOCO DE ATENÇÃO** Recém-nascido

**DADOS:** O Rafael nasceu às 20h45.

Avaliar bem-estar do recém-nascido

**INTERVENÇÕES**

- Pele rosada, tônus normal
- Sem sinais de dificuldade respiratória

**Hora: 22h20**

**FOCO DE ATENÇÃO** Recém-nascido

**DADOS:** O Rafael nasceu às 20h45.

Avaliar bem-estar do recém-nascido

**INTERVENÇÕES**

- Pele rosada, tônus normal
- Sem sinais de dificuldade respiratória

---

<sup>14</sup> Durante o contato pele com pele, o EESMO deve monitorizar a vitalidade, tônus, coloração e respiração do recém-nascido, de modo a identificar precocemente dificuldades na adaptação à vida extrauterina (Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020). Esta monitorização deve ser realizada de 30 em 30 minutos durante as primeiras 2 horas de vida (American Academy of Pediatrics [AAP] & ACOG, 2017).



## 6. NÚCLEO DE PARTOS – ISABEL

### 6.1. Cenário

A Isabel é uma parturiente de 32 anos, 2G1P. Tem grupo sanguíneo O+ e resultado negativo para o Streptococcus grupo B. Encontra-se acompanhada pelo companheiro, António, de 36 anos. Encontra-se grávida de 38 semanas. O nome escolhido para o seu bebé é Vicente.

O parto anterior foi um parto distócico por ventosa, com episiotomia, há 4 anos.

No que diz respeito a história clínica, a Isabel refere ter asma, mas que está controlada, sem necessidade de medicação regular. Nega alergias. Foi uma gravidez planeada e vigiada, que decorreu sem intercorrências. Durante a gravidez, a Isabel realizou suplementação de ácido fólico e multivitamínico.

Quanto à preparação para o parto, a Isabel refere não ter realizado nesta gravidez. Não tem plano de parto, mas gostaria de cortar o cordão umbilical, uma vez que o António não consegue (ficou enjoado e tonto no parto anterior). Deseja ainda realizar contato pele com pele.

A Isabel deu entrada no serviço de urgência por volta das 15h30, por início de contratilidade uterina dolorosa. À admissão, apresentava colo intermédio, com 4cm de dilatação e 50% de extinção. A Isabel pediu analgesia epidural por volta das 17h por aumento da intensidade da dor.

No início do turno da noite, a Isabel encontrava-se confortável, com perfusão de analgesia epidural e de soro polieletrólítico por via endovenosa. Por incapacidade em reconhecer a vontade de urinar durante a tarde, foi inserida sonda vesical. Foi examinada às 19h30, por rotura espontânea de membranas, e apresentava 7cm de dilatação, colo anterior, amolecido e extinto.

## **6.2. Domínios**

Durante a assistência ao parto da Isabel, foram identificados diversos focos de atenção suscetíveis aos cuidados do EEESMO, já descritos no subcapítulo 3.1. Durante a assistência ao parto, foi necessário realizar episiotomia, pelo que foi identificado o domínio Pele.

### **6.2.1. Episiotomia**

A episiotomia é a incisão cirúrgica da parede posterior do canal vaginal e períneo, para aumentar o diâmetro do orifício vaginal e facilitar a expulsão fetal (ACOG, 2018; Clesse et al., 2019; Garner et al., 2021; Choudhari et al., 2022). A episiotomia deve ser realizada no pico da contração, quando a apresentação fetal exerce distensão perineal durante o coroamento, uma vez que a episiotomia precoce está associada a maior trauma vaginal, aumento da perda sanguínea e a maior dimensão da incisão (Nassar et al., 2019; Hersh e Emeis, 2020; Choudhari et al., 2022).

A episiotomia por rotina não está recomendada, devendo esta ser realizada de forma seletiva quando se prevê a instrumentação do parto ou por suspeita de compromisso fetal (ACOG, 2018; OMS, 2018; Nassar et al., 2019; NICE, 2024). Por outro lado, é importante realçar que não existe evidência científica que comprove a eficácia da episiotomia na redução do risco de lacerações de 3º e 4º grau (ACOG, 2018; OMS, 2018; Nassar et al., 2019; NICE, 2024).

Quando a episiotomia é necessária, deve optar-se por uma incisão mediolateral (ACOG, 2018; OMS, 2018; Nassar et al., 2019), com início na fúrcula posterior e com um ângulo de 45° a 60° em relação à linha mediana (Nassar et al., 2019). A episiotomia mediolateral tem um efeito protetor no que diz respeito a lesões do esfíncter anal, quando comparada com a episiotomia mediana, no entanto, está associada a maior dor perineal e maior taxa de dispareunia (ACOG, 2018; Papadakis e Myriknas, 2020; Choudhari et al., 2022).

A correção da episiotomia deve ser realizada por planos, com início na mucosa vaginal, seguida da aproximação da musculatura perineal e por fim sutura da pele (Schmidt & Fenner, 2022). A correção deve ser realizada com utilização de sutura contínua, de modo a reduzir a

intensidade da dor perineal e dispareunia (OMS, 2018; Bessen & Rathfisch, 2019; Schmidt & Fenner, 2022). A sutura contínua simples para correção da mucosa vaginal e plano muscular parece estar associada a melhores resultados no que diz respeito à dor perineal, cicatrização e dispareunia (Schmidt & Fenner, 2022; Siahkal et al., 2023).

Durante a realização e correção da episiotomia, é importante garantir um nível adequado de analgesia para promover o conforto da parturiente (OMS, 2018; Papadakis e Myriknas, 2020; Schmidt & Fenner, 2022; NICE, 2024).

### 6.3. Plano de cuidados

**Hora: 20h15**

	Avaliar sinais vitais
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Frequência cardíaca – 81bpm</li><li>○ Tensão arterial – 122/80mmHg</li><li>○ Temperatura – 36,3°C</li><li>○ Saturação de oxigénio – 97%</li></ul>

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Isabel tocou á campainha por aumento da intensidade da dor e da sensação de pressão perineal.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

- |                     |  |
|---------------------|--|
| <b>INTERVENÇÕES</b> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monitorizar bem-estar fetal<ul style="list-style-type: none"><li>○ Frequência cardíaca fetal – 146bpm</li><li>○ Variabilidade – 5-25bpm</li><li>○ Acelerações - apresenta acelerações</li><li>○ Desacelerações - sem desacelerações</li></ul></li><li>2. Avaliar contratilidade uterina<ul style="list-style-type: none"><li>○ 3 contrações em 10 minutos</li><li>○ Duração média de 60 segundos</li></ul></li><li>3. Avaliar evolução do trabalho de parto</li></ol> |
|---------------------|--|

- Dilatação – 9cm
- Extinção – 90%
- Características cervicais – colo mole, em posição anterior
- Apresentação fetal acima do 1º plano
- Variedade – OEA

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Isabel tocou à campainha por aumento da intensidade da dor e da pressão perineal.

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Avaliar dor de trabalho de parto
  - A Isabel refere dor abdominal e pélvica de intensidade 6.
2. Gerir analgesia
  - Administrados 5ml de Lidocaína por indicação do anestesista

**Hora:** 20h30

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Isabel refere sentir “*muita pressão, como se precisasse de ir à casa de banho*”.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - Frequência cardíaca fetal – 140bpm
  - Variabilidade – 5-25bpm
  - Acelerações - apresenta acelerações
  - Desacelerações - sem desacelerações
2. Avaliar contratilidade uterina
  - 4 contrações em 10 minutos
  - Duração média de 60 segundos
3. Avaliar evolução do trabalho de parto
  - Dilatação – 10cm
  - Extinção – 100%
  - Apresentação fetal no 1º plano
  - Variedade – OEA
4. Assistir no parto

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 4:**

- Assistir a Isabel a posicionar-se (semi-sentada)<sup>15</sup>
- Encorajar a Isabel a ouvir o seu corpo e realizar esforços expulsivos durante a contração
- Preparar o material de parto na mesa de apoio
- Elogiar os esforços expulsivos da Isabel

#### **FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** Reavaliação da dor de trabalho de parto 15 minutos após administração de bólus de lidocaína por via epidural.

**DIAGNÓSTICO** Dor de trabalho de parto

Avaliar dor de trabalho de parto

#### **INTERVENÇÕES**

- A Isabel refere sentir muita pressão, mas não sentir dor.

**Hora: 20h50**

#### **FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Isabel encontra-se no segundo estágio de trabalho de parto, em esforços expulsivos.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - Frequência cardíaca fetal – 146bpm
  - Variabilidade – 5-25bpm
  - Acelerações - apresenta acelerações
  - Desacelerações – desacelerações variáveis repetitivas

#### **INTERVENÇÕES**

2. Avaliar contratilidade uterina
  - 4 contrações em 10 minutos
  - Duração média de 60 segundos
3. Avaliar evolução do trabalho de parto
  - Dilatação – 10cm
  - Extinção – 100%

---

<sup>15</sup> Num estudo foi realizada uma comparação entre o parto em posição de litotomia e parto com a parturiente sentada (Fu et al., 2023). A adoção da posição de semi-sentada durante o 2º estágio do trabalho de parto teve um efeito na redução da duração do período expulsivo, na redução da taxa de episiotomia, redução da taxa de parto instrumentado e na promoção de uma experiência de parto positiva (Fu et al., 2023). Estes resultados podem estar associados ao efeito da gravidade, que promove a descida fetal e aumenta a eficácia da contração uterina, promovendo a evolução do 2º estágio de trabalho de parto (Chauhan et al., 2023; Fu et al., 2023; Satone et al., 2023).

- o Apresentação fetal no 4º plano
  - o Variedade – OEA
4. Assistir no parto

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 4:**

- o Questionar se a Isabel quer sentir a cabeça do Vicente
- o Elogiar os esforços expulsivos da Isabel
- o Explicar à Isabel que a pressão que sente é a cabeça do Vicente no canal de parto

**Hora: 21h07**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Isabel questiona porque é que está a demorar tanto tempo, que está cansada e não aguenta mais. O períneo da Isabel apresenta pouca elasticidade e descoloração na região da episiotomia anterior.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES**

1. Monitorizar bem-estar fetal
  - o Frequência cardíaca fetal – 136bpm
  - o Variabilidade – 5-25bpm
  - o Acelerações - apresenta acelerações
  - o Desacelerações – desacelerações variáveis repetitivas
2. Avaliar contratilidade uterina
  - o 4 contrações em 10 minutos
  - o Duração média de 60 segundos
3. Avaliar evolução do trabalho de parto
  - o Dilatação – 10cm
  - o Extinção – 100%
  - o Apresentação fetal no 4º plano
  - o Variedade – OEA
4. Executar episiotomia médio-lateral esquerda

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 4:**

- o Informar a Isabel da necessidade de realizar episiotomia
- o Pedir consentimento para a realização de episiotomia
- o Ajustar a posição da Isabel para a realização de episiotomia

**Hora: 21h08**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** Foi realizada episiotomia médio-lateral esquerda, com o consentimento da Isabel.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

**INTERVENÇÕES** Executar técnica de parto

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

- Controlar a saída da apresentação fetal
- Verificar presença circular do cordão umbilical

**Hora: 21h09**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Isabel manifestou vontade de realizar contato pele com pele e cortar o cordão umbilical.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

5. Executar clameamento do cordão umbilical
6. Avaliar índice de APGAR ao 1º minuto

**INTERVENÇÕES** ○ Índice de APGAR – 9 (acrocianose)

7. Secar o recém-nascido
8. Executar técnica de contato pele com pele

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

1. Executar clameamento do cordão umbilical
  - Incentivar a Isabel a cortar o cordão umbilical
  - Orientar Isabel no corte do cordão umbilical, indicando o local onde deve cortar e assegurando que não irá magoar o bebê
5. Executar técnica de contato pele com pele
  - Assistir a Isabel a posicionar o Vicente no seu peito
  - Cobrir o recém-nascido com uma manta
  - Avaliar o bem-estar do Vicente de 15/15min (tónus, respiração, coloração e posição)

**Hora: 21h13**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 84bpm
- Tensão arterial – 114/72mmHg
- Saturação de oxigénio – 98%

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O Vicente nasceu às 21h08.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

Avaliar índice de APGAR ao 5º minuto

**INTERVENÇÕES**

- Índice de APGAR – 10

Hora: 21h18

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Isabel encontra-se no 3º estágio de trabalho de parto.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

- INTERVENÇÕES**
1. Assistir no terceiro estágio do trabalho de parto
  2. Avaliar perda hemática
    - Perda hemática moderada, sem coágulos
  3. Avaliar estado da placenta e membranas
    - Dequitação tipo Duncan
    - Placenta íntegra e completa
    - Membranas completas
    - Cordão de inserção normal, com uma veia e duas artérias, geleia de Wharton com aparência normal
  4. Avaliar canal de parto
    - Episiotomia médio-lateral esquerda (3 cm na mucosa vagina, 2cm no períneo, com 1cm de profundidade)
  5. Gerir analgesia (bólus de Ropivacaína e Sufentanilo através de PCA)
  6. Realizar episiorrafia

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

2. Assistir no terceiro estágio do trabalho de parto
  - Determinar ocorrência do descolamento da placenta (Sinal de Kurstner)
  - Realizar tração controlada do cordão umbilical
  - Realizar Manobra de Dublin
  - Administrar 10UI de Ocitocina endovenosa
6. Realizar episiorrafia
  - Preparar material de sutura na mesa de apoio
  - Aplicar sutura contínua na mucosa vaginal e músculo
  - Aplicar sutura intradérmica na pele perineal

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O Vicente nasceu às 21h08.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

**INTERVENÇÕES** Avaliar índice de APGAR ao 10º minuto

- Índice de APGAR – 10

**Hora: 21h30**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 88bpm
- Tensão arterial – 116/70mmHg
- Saturação de oxigénio – 97%

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O Vicente nasceu às 21h08.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

Avaliar contato pele com pele

**INTERVENÇÕES**

- Vicente apresenta comportamentos de busca, procurando a mama da Isabel

**Hora: 21h45**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 82bpm
- Tensão arterial – 114/72mmHg
- Saturação de oxigénio – 99%

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** O Vicente nasceu às 21h08.

**DIAGNÓSTICO** Nascimento

Avaliar contato pele com pele

- INTERVENÇÕES**
- Vicente apresenta comportamentos de busca, procurando a mama da Isabel

**Hora: 21h55**

**FOCO DE ATENÇÃO** Parto

**DADOS:** A Isabel encontra-se no 3º estágio de trabalho de parto.

**DIAGNÓSTICO** Trabalho de parto

1. Interromper perfusão de analgesia epidural
2. Avaliar perda hemática
  - Perda hemática moderada, sem coágulos
3. Avaliar contração do útero pós-parto
  - Útero contraído, região infra-umbilical
  - Globo de segurança de Pinard formado
4. Realizar cuidados de higiene e conforto
5. Aplicar gelo na região perineal<sup>16</sup>

**INTERVENÇÕES**

**Hora: 22h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

- INTERVENÇÕES**
- Frequência cardíaca – 87bpm
  - Tensão arterial – 110/74mmHg
  - Saturação de oxigênio – 100%

---

<sup>16</sup> A dor perineal é uma das consequências da episiotomia (Kim et al, 2020; Papadakis e Myriknas, 2020; Schmidt & Fenner, 2022). De modo a promover o alívio da dor perineal após o parto, a aplicação de gelo é uma estratégia não farmacológica com resultados positivos na redução da intensidade da dor e da quantidade de analgesia administrada (Kim et al, 2020; Kirca et al., 2021).

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DADOS:** A Isabel manifestou desejo de amamentar o Vicente, pediu que o António vestisse o bebé antes da mamada.

**DIAGNÓSTICO** Amamentação

**INTERVENÇÕES**

1. Avaliar a mama
  - Mama mole, com colostro (visível durante a mamada)
  - Mamilos proeminentes e íntegros
2. Assistir na amamentação

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

- Assistir a Isabel a posicionar-se em decúbito lateral, de acordo com a sua vontade
- Assistir a Isabel a posicionar o Vicente para mamar

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS:** A Isabel pediu que o António vestisse o bebé antes da mamada. O António vestiu o recém-nascido de forma autónoma e cuidadosa.

**DIAGNÓSTICO** Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido (vestir) facilitadora

**Hora: 22h15**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 84bpm
- Tensão arterial – 118/76mmHg
- Saturação de oxigénio – 100%

**Hora: 22h30**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 82bpm
- Tensão arterial – 120/78mmHg
- Saturação de oxigénio – 99%

**Hora: 22h45**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 82bpm
- Tensão arterial – 116/80mmHg
- Saturação de oxigênio – 98%

**Hora: 23h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Sistema Cardiovascular

Avaliar sinais vitais

**INTERVENÇÕES**

- Frequência cardíaca – 80bpm
- Tensão arterial – 112/70mmHg
- Saturação de oxigênio – 100%

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DIAGNÓSTICO** Amamentação

Avaliar a mamada

**INTERVENÇÕES**

- O Vicente mamou de forma eficaz, com boa pega

**FOCO DE ATENÇÃO** Eliminação urinária

**DADOS:** A Isabel encontra-se algaliada.

**INTERVENÇÕES**

1. Remover cateter urinário
2. Monitorizar eliminação urinaria
  - 1200ml de urina amarelo-palha, límpida.

**FOCO DE ATENÇÃO** Cuidados com o cateter epidural

**INTERVENÇÕES** Remover cateter epidural

**FOCO DE ATENÇÃO** Puerpério

**DADOS:** A Isabel encontra-se no fim do período de hemóstase do puerpério.

**DIAGNÓSTICO** Puerpério

4. Avaliar contração do útero pós-parto
  - Útero contraído, região infra-umbilical
  - Globo de segurança de Pinard formado

**INTERVENÇÕES**

5. Avaliar a perda hemática
  - Perda hemática vaginal moderada, sem coágulos
6. Realizar cuidados de higiene e conforto
7. Gerir a ingestão de alimentos

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 4:**

- Questionar o que é que a Isabel pretende comer (refeição completa, chá/cevada, pão/bolachas)

## NÚCLEO DE PARTOS: VICENTE

### 6.4. Cenário

O Vicente é um recém-nascido do género masculino. Nasceu às 21h08, com um APGAR 9/10/10. À nascença, pesava 3195g e tinha 48cm de comprimento e 35cm de perímetro cefálico.

Realizou contato pele com pele após o nascimento e mamou na primeira hora de vida.

Recebeu injeção de Vitamina K à nascença, durante o contato pele com pele, para profilaxia contra a doença hemorrágica do recém-nascido.

### 6.5. Domínios

Durante os cuidados prestados ao Vicente, foram identificados diversos focos de atenção sensíveis aos cuidados do EEESMO: recém-nascido e reflexo de sucção (descritos no subcapítulo 5.5.).

### 6.6. Plano de cuidados

Hora: 21h30

**FOCO DE ATENÇÃO** Recém-nascido

**DADOS:** O Vicente nasceu às 21h08.

**INTERVENÇÕES**

- Avaliar bem-estar do recém-nascido
- Pele rosada, tónus normal
- Sem sinais de dificuldade respiratória

**Hora: 22h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Reflexo de sucção

Avaliar o reflexo de sucção

- INTERVENÇÕES**
- O Vicente apresenta reflexo de sucção eficaz, com acanolamento da língua e peristaltismo adequado.

**FOCO DE ATENÇÃO** Recém-nascido

**DADOS:** O Vicente nasceu às 21h08.

- INTERVENÇÕES**
1. Avaliar bem-estar do recém-nascido
    - Pele rosada, tónus normal
    - Sem sinais de dificuldade respiratória
  2. Administrar profilaxia ocular

**Hora: 22h30**

**FOCO DE ATENÇÃO** Recém-nascido

**DADOS:** O Vicente nasceu às 21h08.

- INTERVENÇÕES**
- Avaliar bem-estar do recém-nascido
- Pele rosada, tónus normal
  - Sem sinais de dificuldade respiratória

**Hora: 23h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Recém-nascido

**DADOS:** O Vicente nasceu às 21h08.

- INTERVENÇÕES**
- Avaliar bem-estar do recém-nascido
- Pele rosada, tónus normal
  - Sem sinais de dificuldade respiratória

## **7. INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO – MADALENA**

### **7.1. Cenário**

Madalena é uma puérpera de 33 anos, internada no Internamento de Puerpério, no 1o dia pós-parto. É uma 3a gesta, 1 para, com um abortamento espontâneo no 1º trimestre e uma interrupção voluntária da gravidez.

Encontra-se acompanhada pelo marido, Pedro, de 37 anos. Madalena é médica e Pedro é Engenheiro Civil.

No que diz respeito a antecedentes pessoais, Madalena refere ser saudável e nega conhecimento de alergias ou intolerâncias alimentares. A gravidez decorreu sem intercorrências. Quanto a antecedentes familiares, Madalena menciona que o seu avô paterno e o seu tio-avô materno têm Diabetes Mellitus tipo II.

Madalena é fumadora, com um consumo diário médio de 2 a 3 cigarros. Refere ainda beber 1 café por dia, geralmente de manhã.

O parto decorreu sem intercorrências, às 37 semanas e 4 dias, por cesariana eletiva por gravidez gemelar, com ambos os fetos em apresentação pélvica. Os recém-nascidos chamam-se Diniz e Artur. Diniz, o 1º gémeo, nasceu às 11:42, com APGAR 9/9/10 e 2705g. O Artur, 2º gémeo, nasceu às 11:43, com APGAR 9/10/10 e 2530g.

No início do turno da manhã, foi transmitido que Madalena apresentava útero contraído, com perda sanguínea vaginal (lóquios) em quantidade moderada. Madalena referia vontade para amamentar. Apresentava mama mole com colostro. Encontrava-se a amamentar com apoio do EEESMO, uma vez que os recém-nascidos apresentavam dificuldades na pega, e a suplementar com leite adaptado através de copo (20ml de 3/3h). A última mamada tinha começado às 7:00, para o Diniz, e às 7:20, para o Artur.

## **7.2. Domínios**

Durante a assistência à Madalena, foram identificados os seguintes focos de atenção: Puerpério; Ferida cirúrgica; Eliminação vesical; Dor; Lactação e Comportamentos para amamentar.

### **7.2.1. Puerpério**

O puerpério decorre desde o nascimento até à recuperação dos órgãos reprodutivos ao seu estado pré-gravídico, com uma duração média de seis semanas (Néné et al., 2016; OMS, 2022; Perry et al., 2022). Durante este período, a redução abrupta dos níveis de estrogénio e progesterona, bem como a expulsão dos produtos de concepção e consequente redução do volume abdominal, causam no corpo da mulher uma série de alterações que concorrem para a recuperação pós-parto (Néné et al., 2016; OMS, 2022; Perry et al., 2022).

Assim, imediatamente após a dequitação, o útero inicia um processo de involução, no qual retorna progressivamente à sua posição pré-gravídica e reduz em tamanho, encontrando-se nesta fase aproximadamente 2cm abaixo do umbigo (Néné et al., 2016; Perry et al., 2022).

De modo a promover a hemóstase após o parto, o útero deve manter-se contraído, causando compressão nos vasos sanguíneos do miométrio (Perry et al., 2022). Os níveis de ocitocina no pós-parto, quer exógena, após a dequitação, quer endógena, associada ao bem-estar materno e amamentação, vão promover a contração uterina, reduzindo o risco de hemorragia pós-parto (Almutairi et al., 2020; Perry et al., 2022).

Durante o puerpério, a mulher deve ser informada da perda de lóquios, considerada normal nas primeiras quatro a seis semanas pós-parto (Néné et al., 2016; Perry et al., 2022). Nos primeiros dias, os lóquios apresentam-se sanguinolentos, podendo conter pequenos coágulos, e em quantidade semelhante a uma perda menstrual mais acentuada (Néné et al., 2016; Perry

et al., 2022). Posteriormente, os lóquios tornam-se mais arrosados ou acastanhados, com uma maior composição serosa, que pode durar até ao 1º mês pós-parto (Néné et al., 2016; Perry et al., 2022). Após esta fase, os lóquios assemelham-se a um corrimento esbranquiçado ou amarelado em pequena quantidade, rico em leucócitos, decídua e células epiteliais (Néné et al., 2016; Perry et al., 2022).

Devido à redução do tónus muscular da parede abdominal durante a gravidez, a parede abdominal encontra-se relaxada nas primeiras semanas após o parto e, conseqüentemente, um volume semelhante ao abdómen gravídico (Néné et al., 2016; Perry et al., 2022). A recuperação do tónus da musculatura abdominal apresenta duração muito díspar e vai depender do tónus pré-gravídico, da realização de exercícios de recuperação pós-parto e do volume de tecido adiposo existente (Néné et al., 2016; Perry et al., 2022). Em casos de gravidezes múltiplas, múltiparas e fetos grandes, o risco de diástase abdominal é mais elevado (separação dos músculos retos da parede abdominal) (Perry et al., 2022).

O restabelecimento da eliminação intestinal pode durar 2 a 3 dias, dependendo ainda do padrão habitual da mulher, devido à redução do tónus muscular, à desidratação e à alimentação realizada durante o parto (maioritariamente líquida ou gelatina) (Néné et al., 2016; Perry et al., 2022).

No pós-parto, a mulher pode apresentar uma frequência cardíaca ligeiramente elevada, resultante do aumento do débito cardíaco após interrupção da circulação placentar (Perry et al., 2022). Do ponto de vista respiratório, a pressão intra-abdominal sofre uma redução abrupta após o parto, permitindo a descida do diafragma e, conseqüentemente, uma maior expansão torácica (Perry et al., 2022).

Durante a gravidez e pós-parto imediato, os fatores de coagulação e o fibrinogénio encontram-se aumentados (ACOG, 2018; Perry et al., 2022). Este aumento, associado com a redução da mobilidade durante o parto e pós-parto imediato, leva a um aumento do risco de tromboembolismo (ACOG, 2018; Perry et al., 2022). Deste modo, é importante vigiar a puérpera para sinais de compromisso circulatório (edema, alteração da temperatura e coloração das extremidades, dor, alterações respiratórias ou neurológicas) (ACOG, 2018).

A puérpera deve ainda ser informada das alterações esperadas do ponto de vista emocional, resultantes do impacto hormonal, da reflexão retrospectiva do decorrer do parto, bem como das alterações ao estilo de vida e às rotinas causadas pela integração do recém-

nascido (Néné et al., 2016; Perry et al., 2022). É importante que a puérpera e pessoas significativas sejam capazes de distinguir sinais de blues pós-parto e de depressão pós-parto e reconhecer a necessidade de ajuda profissional após a alta (Perry et al., 2022).

#### **7.2.1.1. Dor**

Durante os primeiros dias pós-parto, a mulher pode sentir dor ou desconforto, associados aos processos corporais decorrentes do parto. A mulher com ferida cirúrgica após cesariana, como é o caso da Madalena, apresenta um risco aumentado de desconforto no puerpério (Perry et al., 2022).

Nesta fase é importante promover o conforto da puérpera, através de uma gestão adequada da analgesia (Perry et al., 2022).

#### **7.2.1.2. Ferida cirúrgica**

Após cesariana, é importante vigiar o penso da ferida cirúrgica, de modo a despistar precocemente complicações como a infecção ou deiscência. Por outro lado, a puérpera deve receber informação acerca dos cuidados a ter durante o internamento e após a alta para prevenir estas complicações.

Assim, é importante que o penso esteja limpo e seco durante o internamento e que a puérpera mantenha alguns cuidados no que diz respeito à mobilidade, para promover a cicatrização da ferida (Perry et al., 2022).

### **7.2.2. Eliminação urinária**

A gravidez múltipla confere um risco aumentado de incontinência urinária pós-parto, por aumento da pressão exercida no pavimento pélvico (Tayrac et al., 2019; Zhou et al., 2023). Esta ocorre maioritariamente em situações de esforço, associada ao aumento da pressão intra-abdominal, como espirrar, acessos de tosse, levantar pesos ou no início da atividade desportiva.

A incontinência pós-parto pode estar associada a trauma estrutural durante o parto, como compressão da uretra e trauma perineal, mas também a um enfraquecimento da musculatura pélvica após o parto e consequente dificuldade em controlar o esfíncter urinário em momentos de maior tensão (Perry et al., 2022). Pelo seu impacto na qualidade de vida da mulher, estas complicações devem ser identificadas e referenciadas para acompanhamento na comunidade (Perry et al., 2022).

### **7.2.3. Lactação**

Durante a gravidez, as mamas sofrem alterações, mediadas pelos níveis hormonais mais elevados, que as preparam para a lactação e amamentação: aumento do volume mamário, por crescimento glandular e aumento do tecido adiposo; aumento significativo da perfusão sanguínea e sensibilidade mamária; o mamilo torna-se mais ereto, a aréola torna-se mais escura e as glândulas de Montgomery produzem uma substância oleosa que protege o mamilo e atrai o recém-nascido através do odor (Levy & Bértolo, 2012; Alex et al., 2020; Perry et al., 2022).

Todas estas alterações preparam a mama para a produção de leite e facilitam a amamentação após o nascimento.

Assim, após o parto, ocorre um aumento da secreção de prolactina pela adeno-hipófise, em resposta à redução dos níveis de progesterona, que vai atuar na mama para estimular a produção e secreção de leite (Levy & Bértolo, 2012; Alex et al., 2020; Perry et al., 2022).

Durante a amamentação, a sucção do bebê e esvaziamento mamário vão estimular a produção de prolactina (Levy & Bértolo, 2012; Alex et al., 2020; Perry et al., 2022). A prolactina, produzida em maior quantidade durante a noite, irá conferir à mulher que amamenta uma proteção contra a privação de sono e atua como inibidora da ovulação, conferindo um grau de contraceção quando as mulheres amamentam em intervalos regulares (Levy & Bértolo, 2012; Alex et al., 2020; Perry et al., 2022).

Por outro lado, a ocitocina, produzida pelo hipotálamo e segregada pela glândula pituitária em resposta à estimulação mamilar e ao bem-estar materno, vai atuar na mama promovendo a contração das células mioepiteliais em torno dos alvéolos mamários e, conseqüentemente, a excreção do leite materno (Levy & Bértolo, 2012; Alex et al., 2020; Perry et al., 2022).

O colostro, produzido pela mama nos primeiros dias pós-parto, é um leite com elevada concentração de proteínas, glicose e anticorpos, conferindo imunidade ao recém-nascido e um maior aporte calórico e proteico enquanto o volume gástrico do recém-nascido é baixo (Thum et al., 2022; Perry et al., 2022). O colostro tem ainda propriedades laxantes, que atuam no recém-nascido de modo a estimular a eliminação de mecônio e, conseqüentemente, o excesso de bilirrubina, prevenindo a icterícia (Ikobah et al., 2020; Perry et al., 2022).

Entre o 3º e o 5º dia pós-parto, o colostro é substituído por leite de transição, com menor teor proteico e maior concentração de gordura (Thum et al., 2022; Perry et al., 2022). Nesta fase, designada de “descida do leite”, as puérperas experienciam uma maior produção de leite, reportando as mamas cheias e tensas (Levy & Bértolo, 2012; Perry et al., 2022). Para prevenir o ingurgitamento mamário, reação inflamatória da mama associada ao aumento do leite produzido e ao aumento do aporte sanguíneo à mama, a puérpera deverá amamentar em horário livre e assegurar uma boa pega (Levy & Bértolo, 2012; Perry et al., 2022).

Por volta do 20º dia pós-parto, a composição do leite estabiliza, com um alto teor de gordura e lactose (Thum et al., 2022; Perry et al., 2022). Este leite irá moldar-se às necessidades calóricas do bebê durante os primeiros meses de vida, com um aumento da produção durante alturas de maior demanda (picos de crescimento) (Perry et al., 2022).

#### **7.2.4. Comportamentos para amamentar**

De acordo com a OMS (2022), o aleitamento materno exclusivo é recomendado até aos 6 meses de vida. Para tal, o EEESMO tem um papel fundamental no apoio à puérpera na identificação e resolução de complicações e dificuldades, de modo a promover as competências parentais e autoeficácia na alimentação do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

A amamentação de gémeos pode trazer desafios adicionais à puérpera, uma vez que terá de dar resposta às necessidades de dois recém-nascidos. Por outro lado, a gravidez gemelar aumenta o risco de prematuridade e baixo peso à nascença, o que irá impactar a capacidade do recém-nascido mamar de forma eficaz (Perry et al., 2022). Estes recém-nascidos podem apresentar-se mais difíceis de despertar, com um padrão de sucção ineficaz e um tónus diminuído, comprometendo a ingestão de leite (Perry et al., 2022). Assim, por vezes, a suplementação é necessária. Sempre que possível, a suplementação deve ser realizada com leite materno e através de dispositivos com menor impacto na amamentação (copo, sistema de nutrição suplementar) (OMS, 2011; McKinney et al., 2016; Perry et al., 2022).

No entanto, é importante que o recém-nascido seja colocado à mama em todas as mamadas, de modo a promover a produção de leite e a aquisição de competências por parte do recém-nascido.

### 7.3. Plano de cuidados

Hora: 9h00

	Avaliar sinais vitais <sup>17</sup>
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Tensão arterial – 122/75mmHg</li><li>○ Frequência cardíaca – 82bpm</li><li>○ Temperatura – 36,4°C</li><li>○ Saturação de Oxigénio – 99%</li></ul>

**FOCO DE ATENÇÃO** Dor

**DADOS:** A Madalena fez analgesia endovenosa (cetorolac e paracetamol).

**DIAGNÓSTICO** Dor

Avaliar a dor

**INTERVENÇÕES**

- A Madalena refere um ligeiro desconforto abdominal (1 na END), na região da ferida cirúrgica

**FOCO DE ATENÇÃO** Puerpério

**DADOS:** A Madalena encontra-se no 1º dia pós-parto, após cesariana.

**DIAGNÓSTICO** Puerpério

Avaliar evolução da recuperação pós-parto

**INTERVENÇÕES**

- Útero contraído
- Lóquios hemáticos em quantidade moderada (conforme o esperado)

---

<sup>17</sup> No hospital onde decorreu o estágio, quando a puérpera se encontrava estável, os sinais vitais eram avaliados uma vez por turno, por protocolo.

**FOCO DE ATENÇÃO** Pele

**DADOS:** A Madalena encontra-se no 1º dia pós-parto, após cesariana.

**DIAGNÓSTICO** Ferida cirúrgica**INTERVENÇÕES**

1. Avaliar evolução da ferida cirúrgica
  - Penso limpo e seco
  - Sem sinais inflamatórios
2. Avaliar conhecimento sobre cuidados à ferida cirúrgica
  - A Madalena demonstra conhecimentos sobre os cuidados a ter com a ferida cirúrgica: manter a ferida limpa e seca; evitar esforços físicos durante a cicatrização; e reconhece os sinais de infecção

**Hora:** 9h55

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DADOS:** A Madalena refere alguma dificuldade em adaptar os recém-nascidos à mama. A puérpera é capaz de reconhecer nos bebês os sinais de fome (*“Eles começam a tentar mamar em tudo e procuram o mamilo, mas depois quando encontram não conseguem agarrar bem e ficam frustrados”*) e os sinais de saciedade (*“Eles ficam logo mais calminhos, ontem até se deixaram dormir todos satisfeitos depois do suplemento”*). A Madalena refere que a maior dificuldade é colocá-los à mama, de maneira que *“agarrem bem no mamilo e consigam mamar”*.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentar**OBJETIVO** Melhorar o conhecimento da Madalena sobre pega adequada**INTERVENÇÕES** Ensinar sobre pega adequada**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO**

- Explicar sinais de boa pega<sup>18</sup>
- Explicar sinais indiretos de boa pega<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> Quando o recém-nascido se encontra a mamar com uma boa pega, é possível observar: o queixo do bebê encontra-se a tocar na mama e o nariz encontra-se perto da mama; os lábios do bebê estão bem abertos, com o lábio inferior virado para fora; as bochechas estão arredondadas; e a areola é mais visível acima da boca do recém-nascido do que abaixo (Levy & Bértolo, 2012).

<sup>19</sup> Por outro lado, a mãe vai conseguir sentir uma sensação de aperto e extensão no mamilo quando o recém-nascido realiza sucção, seguida de uma pausa, na qual pode observar e/ou ouvir a deglutição do bebê (Perry et al., 2022).

**Hora: 10h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Lactação

Avaliar a mama

**INTERVENÇÕES**

- Mama mole, com colostro
- Mamilos proeminentes e íntegros

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DADOS:** A Madalena pretende amamentar o Diniz e o Artur. Apresenta dificuldades em assegurar uma boa pega. Durante a mamada, a Madalena demonstrou um bom conhecimento sobre estratégias para manter o recém-nascido acordado, massajando as costas e esfregando gentilmente os pés e mãos do Diniz. Após a mamada, a Madalena colocou o Diniz a eructar de forma autónoma.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar a capacidade para amamentar

**OBJETIVO** Que a Madalena seja capaz de colocar o recém-nascido à mama e corrigir a pega, sempre que necessário

**INTERVENÇÕES**

1. Instruir a amamentar usando dispositivo (almofada de amamentação)
2. Treinar a amamentar

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO**

- Assistir a posicionar o Diniz com a almofada de amamentação<sup>20</sup>
- Assistir a corrigir pega

**Hora: 10h20**

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS** A Madalena e o Nuno estavam a mudar a fralda aos recém-nascidos, de forma adequada, autonomamente.

**DIAGNÓSTICO** Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido facilitadora (troca da fralda)

---

<sup>20</sup> O corpo do recém-nascido deve estar bem alinhado, em contacto com o corpo da mãe, ao nível do mamilo. Para facilitar o posicionamento e promover o conforto materno, o recém-nascido pode estar apoiado em uma almofada. A mãe deve segurar a mama com a mão em forma de C (polegar em cima e os restantes dedos em baixo) e estimular o lábio superior do recém-nascido com o mamilo. Quando o recém-nascido abre bem a boca, a mãe traz o recém-nascido para mais perto de si, mantendo o mamilo em direção ao palato do bebé (Levy & Bértolo, 2012).

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DIAGNÓSTICO** Amamentação

Avaliar a mamada

**INTERVENÇÕES**

- O Diniz mamou por períodos
- Apresenta um padrão de sucção eficaz, sucção rápida no início da mamada, que se torna mais lenta, e pausas para deglutição (audível)
- Consegue manter uma boa pega por períodos, com necessidade de correção, que a Madalena é capaz de realizar com ajuda

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DADOS:** Após a mamada, a Madalena colocou o Artur a eructar de forma autónoma

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar a capacidade para amamentar

**OBJETIVO** Que a Madalena seja capaz de colocar o recém-nascido à mama e corrigir a pega, sempre que necessário

**INTERVENÇÕES** Treinar a amamentar

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO**

- Assistir a posicionar o Artur com a almofada de amamentação
- Assistir a corrigir pega

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS:** A Madalena e o Nuno ainda não alimentaram os recém-nascidos através de copo. Tem algumas dúvidas sobre o processo.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido

**OBJETIVO** Melhorar o conhecimento da Madalena e do Nuno sobre ingestão nutricional (alimentar o recém-nascido através de copo)

**INTERVENÇÕES** Ensinar sobre ingestão nutricional

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO**

- Ensinar sobre alimentar com copo<sup>21</sup>

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS:** A Madalena e o Nuno ainda não alimentaram os recém-nascidos através de copo. Tem algumas dúvidas. Após alimentar o Diniz, o Nuno colocou-o a eructar autonomamente.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar capacidade para alimentar o recém-nascido

**INDICADOR DE RESULTADO** Que a Madalena e o Nuno sejam capazes de alimentar os recém-nascidos através de copo

- INTERVENÇÕES**
1. Instruir a alimentar o Diniz através de copo
  2. Treinar a alimentar o Diniz através de copo

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 1:**

- Assistir a posicionar o Diniz<sup>22</sup>
- Assistir a alimentar o Diniz através do copo<sup>23</sup>

**Hora: 10h35**

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DIAGNÓSTICO** Amamentação

Avaliar a mamada

**INTERVENÇÕES**

- O Artur mamou por períodos, com necessidade de alguma estimulação por adormecer à mama
- Apresenta um padrão de sucção eficaz
- Tem dificuldade em manter uma boa pega, com necessidade de correção frequente, que a Madalena é capaz de realizar com ajuda

<sup>21</sup> Quando a amamentação exclusiva não é possível, o suplemento de leite adaptado deve ser dado ao recém-nascido através de copo ou colher, uma vez que estes métodos conferem menor risco para o sucesso da amamentação (OMS, 2011).

Numa revisão sistemática da literatura, foram analisados os resultados de vários estudos quanto à percentagem de aleitamento materno à alta, tendo concluído que todos os estudos apresentavam uma maior taxa de aleitamento materno em recém-nascidos alimentados através de copo, em comparação com suplementação através de biberão (McKinney et al., 2016).

<sup>22</sup> A Australian Breastfeeding Association (ABA, 2022) sugere que o recém-nascido seja sentado, numa posição mais vertical com o pescoço e cabeça bem apoiados para prevenir o engasgamento.

<sup>23</sup> O copo deve ser levado à boca do recém-nascido e inclinado apenas o suficiente para o leite tocar no lábio do recém-nascido, de modo que este consiga utilizar a língua para realizar a sucção necessária para beber o leite (ABA, 2022).

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS:** A Madalena ainda não alimentou os recém-nascidos através de copo. Após alimentar o Artur, a Madalena colocou-o a eructar autonomamente.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar capacidade para alimentar o recém-nascido

**INDICADOR DE RESULTADO** Que a Madalena e o Nuno sejam capazes de alimentar os recém-nascidos através de copo

**INTERVENÇÕES** Treinar a alimentar o Artur através de copo

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO 1:**

- Assistir a posicionar o Artur
- Assistir a alimentar o Artur através do copo

**Hora: 10h45**

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentar

**OBJETIVO** Melhorar o conhecimento da Madalena sobre cuidados à mama

**INTERVENÇÕES** Ensinar sobre cuidados à mama

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**

- Explicar medidas de higiene das mamas<sup>24</sup>
- Explicar medidas protetoras da pele do mamilo e aréola<sup>25</sup>

---

<sup>24</sup> Durante a amamentação, a higiene das mamas pode ser realizada durante o banho, tendo em conta que a o mamilo não deve ser lavado com sabão, uma vez que este tem o potencial de secar a pele do mamilo. A mama deve ser mantida seca para prevenir a infeção e maceração dos tecidos (Perry et al., 2022).

<sup>25</sup> Após a mamada, a mulher deve ser encorajada a passar algum leite materno no mamilo, uma vez que este tem propriedades hidratantes e cicatrizantes. A exposição dos mamilos ao ar, após a mamada, vai permitir que estes absorvam o leite colocado e sequem, evitando a irritação da pele causada pela roupa. Após a mamada, pode ainda utilizar discos de gel refrigerados, o que pode aumentar o conforto e reduzir a inflamação. Deve evitar a utilização de discos de amamentação com revestimento plástico, uma vez que estes aumentam a humidade e potenciam feridas mamilares e a infeção (Perry et al., 2022).

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à parentalidade

**DADOS:** Após a alimentação, a Madalena e o Nuno colocaram os recém-nascidos no berço em decúbito dorsal. No berço de cada um dos gémeos, encontrava-se um pequeno ursinho de peluche.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido

**Objetivo** Melhorar o conhecimento da Madalena e do Nuno sobre promoção da segurança do recém-nascido (práticas seguras associadas ao sono)

**INTERVENÇÕES** Ensinar sobre práticas seguras associadas ao sono

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO**

- Explicar cuidados relacionados com o equipamento para dormir<sup>26</sup>

**Hora: 12h35**

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DADOS:** A Madalena tocou à campainha para ser assistida a amamentar os recém-nascidos.

**DIAGNÓSTICO** Potencial para melhorar a capacidade para amamentar

**INDICADOR DE** Que a Madalena seja capaz de colocar o recém-nascido à mama e corrigir a

**RESULTADO** pega, sempre que necessário

**INTERVENÇÕES** Treinar a amamentar

**ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO**

- Assistir a posicionar o Diniz com a almofada de amamentação

**Hora: 12h50**

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DIAGNÓSTICO** Amamentação

Avaliar a mamada

**INTERVENÇÕES**

- O Diniz mamou por períodos, com padrão de sucção eficaz
- Consegue manter uma boa pega por períodos, com necessidade de correção, que a Madalena é capaz de realizar autonomamente

---

<sup>26</sup> De acordo com as recomendações dadas pelo The Lullaby Trust, em parceria com a UNICEF, os bebés devem ser colocados no berço em decúbito dorsal durante o 1º ano de vida. O berço deve ter um colchão firme e plano, e não deve estar inclinado. Por outro lado, devem ser removidas almofadas, mantas e brinquedos, que possam acidentalmente cobrir a cara do bebé. É igualmente importante que o recém-nascido seja deitado com os pés encostados ao fundo do berço, para evitar que escorregue para o fundo da cama e fique com a cabeça tapada, quando se mexe. O bebé deve ser tapado consoante a temperatura do quarto, mantendo o cobertor/lençol ao nível do tronco.

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DADOS:** A Madalena foi capaz de posicionar o Artur corretamente e corrigir a pega, sempre que necessário, de forma autónoma. Após amamentar o Artur, a Madalena colocou-o a eructar autonomamente.

**DIAGNÓSTICO** Capacidade para amamentar facilitadora

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS:** O Nuno foi capaz de alimentar o Diniz através de copo, posicionando o recém-nascido corretamente. Após alimentar o Diniz, o Nuno colocou-o a eructar autonomamente.

**DIAGNÓSTICO** Capacidade para alimentar o recém-nascido facilitadora

**Hora: 13h00**

**FOCO DE ATENÇÃO** Comportamentos para amamentar

**DIAGNÓSTICO** Amamentação

**INTERVENÇÕES**

Avaliar a mamada

- O Artur mamou por períodos
- Mantém necessidade de alguma estimulação por adormecer à mama, que a Madalena é capaz de realizar
- Tem dificuldade em manter uma boa pega, com necessidade de correção frequente, que a Madalena é capaz de realizar

**FOCO DE ATENÇÃO** Adaptação à Parentalidade

**DADOS:** A Madalena foi capaz de alimentar o Artur através de copo, posicionando o recém-nascido corretamente. Após alimentar o Artur, a Madalena colocou-o a eructar autonomamente.

**DIAGNÓSTICO** Capacidade para alimentar o recém-nascido facilitadora

**Hora: 13h30**

**FOCO DE ATENÇÃO** Eliminação Urinária

Vigiar eliminação urinária

**INTERVENÇÕES**

- A Madalena refere ter urinado no wc.
- Nega perdas involuntárias de urina
- Nega disúria



## **INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO – DINIZ**

### **7.4. Cenário**

O Diniz é um recém-nascido no 2º dia de vida. É o 1º gêmeo.

Nasceu às 11:42, com APGAR 9/9/10. À nascença, tinha 2705g, 49cm de comprimento e 35cm de perímetro cefálico.

Nas primeiras horas de vida, o Diniz apresentou hipoglicemia, que resolveu com início de suplementação de leite adaptado.

Assim, o Diniz é amamentado e realiza suplemento de leite adaptado (20ml).

### **7.5. Domínios**

Durante os cuidados prestados ao Diniz, foram identificados diversos focos de atenção sensíveis aos cuidados do EEESMO: recém-nascido e reflexo de sucção (descritos no subcapítulo 5.5.), eliminação urinária e eliminação intestinal.

#### **7.5.1. Recém-Nascido**

##### **7.5.1.1. Sistema urinário**

Após o nascimento, o sistema urinário do recém-nascido é imaturo e tem dificuldade em concentrar a urina e lidar com alterações bruscas no balanço hidroelectrolítico (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

A urina do recém-nascido tem um aspeto amarelo-palha e é inodora (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017). É possível que, nos primeiros dias de vida, o recém-nascido apresente

sedimentos de cor avermelhada/alaranjada na fralda, associados à excreção de cristais de urato (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

Durante os primeiros dias de vida, o recém-nascido tem um número mais reduzido de micções devido ao pequeno volume ingerido, que irá aumentar após a descida do leite (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017). Assim, o recém-nascido deve apresentar pelo menos uma micção nas primeiras 24 horas de vida, o que irá aumentar progressivamente até aos cinco dias de vida, a partir do qual se espera seis a oito micções diárias (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

#### **7.5.1.2. Sistema gastrointestinal**

À nascença, o recém-nascido é capaz de engolir, digerir e metabolizar nutrientes como proteínas, hidratos de carbono e gorduras (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

Do ponto de vista gástrico, a capacidade do estômago do recém-nascido no primeiro dia de vida é baixa, podendo ser menor que 10mL, mas aumenta consideravelmente ao longo das primeiras semanas de vida (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

O estabelecimento da flora intestinal decorre durante a primeira semana de vida e é essencial para o desenvolvimento gastrointestinal (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

A amamentação é importante no estabelecimento da flora intestinal, funcionando como um probiótico na promoção do crescimento de uma flora intestinal saudável (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

As primeiras dejeções do recém-nascido tem um aspeto esverdeado/preto e uma consistência viscosa, frequentemente difícil de eliminar, e são compostas por líquido amniótico, secreções intestinais, como a bilirrubina, e células da mucosa intestinal (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017). Assim, a eliminação de mecónio é protetora no que diz respeito ao risco de icterícia neonatal (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

É esperado que o recém-nascido apresente a primeira dejeção nas primeiras 12 a 24 horas de vida (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017). No entanto, a eliminação de mecónio é

facilitada pela amamentação, uma vez que o colostro tem propriedades laxantes. Assim, recém-nascidos a amamentar eficazmente podem apresentar dejeções mais cedo (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

### 7.5.1.3. Cuidados ao coto do cordão umbilical

Após o nascimento, o coto umbilical inicia o seu processo de mumificação. Inicialmente, apresenta um aspeto gelatinoso e esbranquiçado, tornando-se escuro e seco à medida que o processo de mumificação ocorre. É esperado que caia espontaneamente por volta da 2ª semana de vida, entre o 10º e o 14º dia após o nascimento. Durante este período, é importante que os pais adquiram competências para cuidar adequadamente do coto umbilical, prevenindo a infeção (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

Assim, o coto umbilical deve ser limpo diariamente, ou sempre que seja contaminado com urina ou fezes. A OMS (2022) recomenda *dry cord care* para os cuidados ao coto umbilical, isto é, deixar o coto umbilical secar ao ar, utilizando água sempre que o coto umbilical seja contaminado. Após limpeza, o coto umbilical deve ser bem seco, para prevenir a infeção. É igualmente importante que os pais estejam despertos para sinais de infeção do coto umbilical, como a presença de exsudado, mau odor, eritema da pele circundante ou dor do recém-nascido quando manipulado (Perry et al., 2022; OMS, 2022).

## 7.6. Plano de cuidados

Hora: 10h20

### FOCO DE ATENÇÃO

Reflexo de sucção

Avaliar o reflexo de sucção

### INTERVENÇÕES

- O Diniz apresenta reflexo de sucção eficaz, com acanolamento da língua e peristaltismo adequado.

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Eliminação intestinal
<b>INTERVENÇÕES</b>	Vigiar eliminação intestinal <ul style="list-style-type: none"> <li>○ O Diniz apresentou dejeção em quantidade moderada (mecónio)</li> </ul>

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Recém-nascido
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aspeto gelatinoso</li> <li>○ Início do processo de mumificação</li> </ul> </li> <li>2. Avaliar evolução do estado da pele peri-umbilical <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sem sinais inflamatórios</li> </ul> </li> </ol>

**Hora: 13h30**

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Eliminação urinária
<b>INTERVENÇÕES</b>	Vigiar eliminação urinária <ul style="list-style-type: none"> <li>○ A Madalena refere que o Diniz apresentou micção, durante a manhã.</li> </ul>

## INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO – ARTUR

### 7.7. Cenário

O Artur é um recém-nascido no 2º dia de vida. É o 2º gêmeo.

Nasceu às 11:43, com APGAR 9/10/10. À nascença, tinha 2530g, 47cm de comprimento e 34cm de perímetro cefálico.

Nas primeiras horas de vida, o Artur apresentou hipoglicemia, que resolveu com início de suplementação de leite adaptado.

Assim, o Artur é amamentado e realiza suplemento de leite adaptado (20ml).

### 7.8. Domínios

Durante os cuidados prestados ao Artur, foram identificados diversos focos de atenção sensíveis aos cuidados do EEESMO: recém-nascido, reflexo de sucção, eliminação urinária e eliminação intestinal (descritos no subcapítulo 5.5.).

### 7.9. Plano de cuidados

Hora: 10h35

#### FOCO DE ATENÇÃO

Reflexo de sucção

Avaliar o reflexo de sucção

#### INTERVENÇÕES

- O Artur apresenta reflexo de sucção eficaz, com acanolamento da língua e peristaltismo adequado.

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Eliminação urinária
	Vigiar eliminação urinária
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ O Artur apresentou micção em quantidade moderada, de cor amarelada, límpida.</li> </ul>

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Recém-nascido
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aspeto gelatinoso</li> </ul> </li> </ol>
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>○ Início do processo de mumificação</li> <li>2. Avaliar evolução do estado da pele peri-umbilical <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sem sinais inflamatórios</li> </ul> </li> </ol>

**Hora: 13h30**

<b>FOCO DE ATENÇÃO</b>	Eliminação intestinal
	Vigiar eliminação intestinal
<b>INTERVENÇÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ A Madalena refere que o Artur teve dejeção meconial em pequena quantidade, durante a manhã.</li> </ul>

## 8. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo será descrito o processo de aquisição de competências através da relação entre as experiências desenvolvidas em contexto clínico e as competências específicas do EEESMO, presentes no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

No que diz respeito à organização do capítulo, a aquisição de competências vai ser descrita por contexto clínico.

### 8.1. Assistência Pré-Natal

No âmbito da Unidade Curricular de Assistência Pré-Natal, foram realizados ensinamentos clínicos em Consulta Externa de Obstetrícia e na Unidade de Primeiro Trimestre (Interrupção Voluntária Da Gravidez (IVG) e Gravidez Não Evolutiva), e em contexto comunitário, incluindo a preparação para o parto e parentalidade e recuperação pós-parto.

A assistência pré-natal é descrita nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica como o *continuum* de cuidados, no âmbito da adaptação à gravidez, adaptação à parentalidade e preparação para o parto, implementados por EEESMO, com o intuito de promover uma experiência positiva da gravidez e parto (OE, 2021).

O EEESMO assiste a mulher grávida em duas dimensões: a vigilância da gravidez, com o intuito de avaliar a evolução da gravidez, detetar sinais de saúde e detetar precocemente desvios da normalidade; a adaptação à gravidez, promovendo na grávida a aquisição de conhecimentos, a consciencialização da sua realidade e a reformulação de significados, de modo que a mesma seja capaz de tomar decisões informadas na promoção do seu bem estar e de vivenciar a sua gravidez fluidamente (Cardoso et al., 2023).

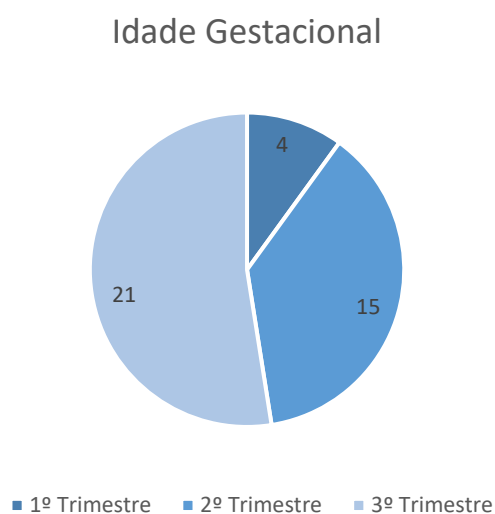
A preparação para o parto diz respeito ao conjunto de intervenções, implementadas pelo EEESMO, com o objetivo de desenvolver na grávida e pessoa significativa os conhecimentos e capacidades necessárias à tomada de decisão durante o trabalho de parto e parto (OE, 2021; Cardoso et al., 2023). O EEESMO promove a elaboração do plano de parto e assiste o casal na reformulação de significados dificultadores e na promoção da autoeficácia, promovendo uma experiência de parto positiva (OE, 2021; Cardoso et al., 2023).

O programa de adaptação à parentalidade é o conjunto de intervenções, concebidas e implementadas pelo EEESMO, que visa promover o desenvolvimento de competências parentais na grávida e pessoa significativa de modo a prepará-los para receber e integrar o novo membro no contexto familiar, tendo por base o plano de parentalidade do casal (OE, 2021).

#### 8.1.1. Consulta Externa de Obstetrícia

No âmbito da Consulta Externa de Obstetrícia, foram assistidas 40 grávidas com o intuito de monitorizar a evolução da gravidez, promover a adaptação à gravidez, à parentalidade e preparação para o parto.

O Gráfico 1 discrimina a distribuição das mulheres no que diz respeito ao trimestre da gravidez em que se encontravam durante a prestação de cuidados.



**Gráfico 1:** Idade gestacional (trimestre) das grávidas assistidas

Durante a assistência à grávida, foram implementadas intervenções com o propósito de avaliar a evolução da gravidez, como monitorização da tensão arterial, monitorização do peso materno, exame químico da urina e vigilância dos efeitos colaterais da gravidez. A partir do segundo trimestre era realizada monitorização da frequência cardíaca fetal, através de auscultação doppler. Era também nesta fase que a grávida começava a ter percepção dos movimentos fetais, fenómeno que era registado em cada consulta. A partir das 36 semanas de gestação, ou previamente se gravidez de alto risco, as grávidas realizaram cardiotocografia para avaliação do bem-estar fetal e da contratilidade uterina.

No que diz respeito à adaptação à gravidez, foram implementadas intervenções no âmbito da promoção do conhecimento sobre gravidez, incluindo: sinais de alarme para procura de cuidados de saúde; prevenção da infeção por toxoplasmose e citomegalovírus em grávidas não imunes; vivência da sexualidade durante a gravidez; estratégias para lidar com os efeitos colaterais da gravidez (edema e dor lombar) e promoção de estilos de vida saudáveis (redução/cessação do consumo tabágico). Foi, ainda, importante desenvolver competências no âmbito da assistência à mulher com significado dificultador na gravidez não desejada, analisando com a grávida o significado atribuído e promovendo a reflexão sobre os fatores que estavam a causar o significado dificultador.

De modo a promover a adaptação à gravidez com complicações, foram implementadas intervenções no sentido de avaliar e melhorar o conhecimento da grávida sobre a autovigilância da complicação: sinais de alarme associados a complicações na gravidez (pré-eclampsia e placenta prévia). Por outro lado, foi possível atuar na equipa multidisciplinar, referenciando desvios ao padrão de normalidade ao obstetra.

Foram ainda implementadas intervenções no âmbito da promoção da adaptação à parentalidade, nomeadamente no que diz respeito às orientações sobre o que incluir na mala da maternidade, avaliar a disponibilidade para amamentar e promover o conhecimento sobre amamentação (benefícios, importância de amamentar na primeira hora pós-parto e dispositivos para facilitar a amamentação – almofada).

Em relação à preparação para o parto, foram implementadas intervenções para promover a elaboração do plano de parto, explicando o que ele significa e a sua importância na preparação para o parto de cada mulher, enquanto ser individual. Foi ainda possível discutir, junto da grávida e sua pessoa significativa, aquilo que para si era mais importante para ter uma experiência de parto positiva e gerir expectativas, no que diz respeito a situações que podem surgir e causar

desvios ao plano original. Por outro lado, foi necessário intervir de modo a melhorar o conhecimento das grávidas sobre trabalho de parto, nomeadamente os sinais de trabalho de parto, quando se deve dirigir ao hospital, as características da contração uterina, a vivência da sexualidade e seu impacto no início do trabalho de parto.

Foi ainda realizada Consulta de Revisão do Puerpério a quatro mulheres, com o intuito de avaliar o estado de saúde da mulher e a evolução da recuperação pós-parto. Assim, foi preponderante melhorar o conhecimento das puérperas sobre o início da sexualidade durante este período, sobre os métodos contraceptivos disponíveis e a sua compatibilidade com a amamentação.

Assim, os cuidados prestados durante o período de estágio foram cruciais no desenvolvimento de competências ao nível dos cuidados à mulher no período pré-natal, como consagrado pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (2019), nomeadamente na promoção da “saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” através da vigilância da gravidez, promoção de estilos de vida saudáveis na gravidez e promoção do plano de parto.

No que diz respeito à unidade de competência “Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, foram implementadas intervenções no âmbito da monitorização do bem-estar materno-fetal pelos meios técnicos apropriados, promoção do conhecimento sobre sinais e sintomas de risco; identificação de desvios à gravidez fisiológica, com referência dos mesmos, e promoção da gravidez saudável.

As experiências desenvolvidas permitiram ainda dar resposta à unidade de competência “Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, nomeadamente na promoção da autogestão dos desconfortos da gravidez, na assistência à grávida a vivenciar processos de saúde/doença associados à gravidez e na implementação de intervenções na grávida com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.

### 8.1.2. Unidade de Primeiro Trimestre

No que diz respeito à interrupção voluntária da gravidez, é necessário ter por base a legislação portuguesa que regula a sua realização. Assim, de acordo com a Lei n.º 16/2007, de 17 de abril, a interrupção voluntária da gravidez pode ser realizada até às 10 semanas e 6 dias de gestação. Antes do processo de interrupção, é feita uma ecografia para datar corretamente a gravidez e a mulher tem direito a um período de reflexão, nunca inferior a três dias.

Deste modo, no hospital onde decorreu o estágio, a interrupção voluntária da gravidez é realizada em três consultas: Consulta Prévia, na qual a mulher é informada sobre o procedimento, riscos associados e limites legais para a realização da IVG; Consulta de IVG, após período de reflexão, na qual é administrado o protocolo medicamentoso; Consulta de Revisão, na qual é realizada ecografia para garantir a expulsão completa dos produtos de concepção.

A Consulta de IVG é realizada três vezes por semana, sendo assegurada exclusivamente pelo EEESMO, tal como preconizado no Parecer n.º 30/2013 da MCEESMO. Esta consulta era assegurada por apenas alguns membros da equipa de enfermagem, tendo em conta o direito à objeção de consciência, consagrado no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015).

Quando a mulher regressa ao serviço após o período de reflexão, é realizado o protocolo de interrupção: administração de um comprimido de mifepristone 200mg por via oral durante a consulta, fornecimento de oito comprimidos de misoprostol 200µg para administração no domicílio no dia seguinte. A administração de misoprostol era realizada segundo o seguinte esquema: 2 comprimidos por via vaginal + 2 comprimidos por via oral após pequeno-almoço; após quatro horas - 2 comprimidos por via vaginal + 2 comprimidos por via oral.

No dia da Consulta de Interrupção, as mulheres eram esclarecidas quanto aos sintomas mais comuns durante o processo, incluindo perda hemática vaginal abundante, dor, náuseas e vômitos. Eram, ainda, instruídas a manter-se acompanhadas no dia de administração do misoprostol e a dirigir-se ao serviço de urgência caso experienciassem dor não controlável com paracetamol e ibuprofeno, mal-estar geral, febre ou hemorragia vaginal.

Durante a consulta, era agendada uma Consulta de Revisão, cerca de uma a duas semanas após o procedimento. As mulheres são também aconselhadas quanto aos métodos contraceptivos disponíveis, tendo em conta a vontade de cada cliente e o seu estilo de vida, promovendo a utilização de métodos contraceptivos de longa duração sempre que indicado.

Foi, ainda, possível colaborar na inserção de dispositivos intrauterinos e implantes na Consulta de Revisão, realizada pelo médico obstetra/ginecologista.

O mesmo protocolo é utilizado em mulheres, no 1º trimestre, cuja gravidez não fosse viável por não evolução embrionária ou ausência de batimentos cardíacos fetais. Esta consulta era realizada duas vezes por semana e assegurada exclusivamente por EEESMO.

As experiências realizadas na Unidade de Primeiro Trimestre encontram-se discriminadas no Tabela 1.

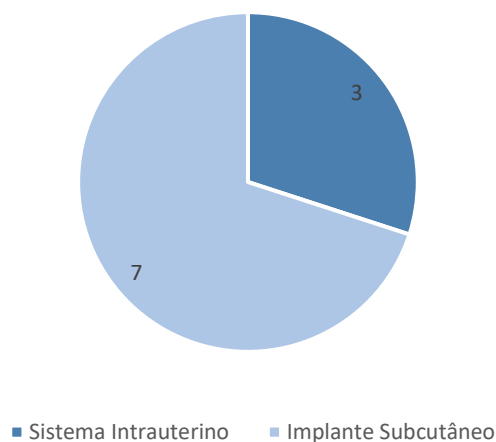
<b>Consulta</b>	<b>Administração de Protocolo</b>	<b>Consulta de Revisão</b>
<b>Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez</b>	9	12
<b>Consulta de Gravidez Não Evolutiva</b>	2	2
<b>Total</b>	11	14

**Tabela 1:** Experiências na Unidade de Primeiro Trimestre

No que diz respeito à Consulta de Revisão, o número de mulheres que não comparecem para revisão do processo de IVG e colocação de método contraceptivo de longa duração é elevado, com 8 mulheres a faltar no período decorrido na Unidade de Primeiro Trimestre.

As doze mulheres acompanhadas na Consulta de Revisão após IVG, optaram por contraceção de longa duração. Os métodos utilizados encontram-se descritos no Gráfico 2.

## Métodos Contraceptivos Utilizados



**Gráfico 2:** Métodos Contraceptivos Utilizados na Unidade de Primeiro Trimestre

Das mulheres assistidas no processo de interrupção voluntária da gravidez, sete referiram não realizar qualquer método contraceptivo e duas realizavam contraceptivo hormonal combinado. No que diz respeito ao número de gestações prévias, as mulheres variaram entre primigestas (três mulheres) e cinco gestações anteriores. Duas mulheres já tinham realizado IVG no passado.

Uma das nove mulheres a realizar interrupção voluntária da gravidez não falava português, o que poderia ter sido um constrangimento, uma vez que nenhum dos EEESMO falava inglês, tendo sido eu a realizar a consulta na totalidade.

Sinto que esta experiência foi essencial para o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, nomeadamente o cuidado à “mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” no qual o enfermeiro especialista atua junto da mulher para promover a decisão informada no âmbito da IVG, a escolha de métodos contraceptivos no período pós-aborto e para conceber, planejar, implementar e avaliar “intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto” (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Por outro lado, a assistência à mulher na escolha de métodos contraceptivos também se enquadra na competência “Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional”, em particular na promoção da saúde da mulher no âmbito da saúde sexual e planeamento familiar (OE, 2019).

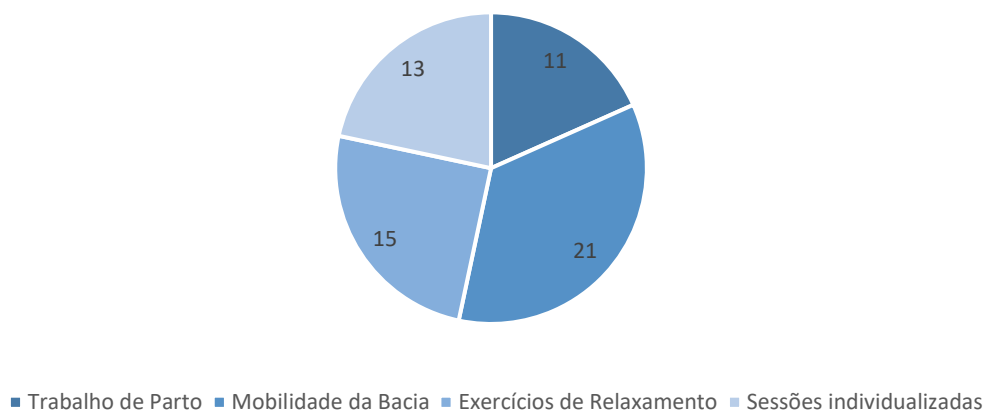
### 8.1.3. Unidade de Cuidados na Comunidade

Durante o estágio na UCC, foram prestados cuidados a 60 grávidas no âmbito do programa de Preparação para o Parto e Parentalidade e a 29 puérperas e recém-nascidos no programa de Recuperação Pós-Parto.

O programa de Preparação para o Parto e Parentalidade envolve três componentes: componente teórica em grupo, apresentação online, com período de discussão e partilha de experiências com as grávidas e pessoas significativas; componente prática em grupo, com instrução e treino de estratégias facilitadoras do trabalho de parto e de estratégias não farmacológicas para alívio da dor de trabalho de parto; componente prática individual, em que a grávida e pessoas significativas podem explorar os temas que desejam, incluindo amamentação, sono no pós-parto, cuidados ao recém-nascido, expectativas quanto ao parto, entre outros.

Assim, durante o estágio foram ministradas as seguintes sessões: sessão online de grupo sobre Trabalho de Parto e Métodos para o Alívio da Dor; sessões presenciais de grupo sobre Mobilidade da Bacia e Exercícios de Relaxamento; sessões individuais, individualizadas às necessidades de cada casal. As grávidas assistidas em cada sessão encontram-se discriminadas no Gráfico 3.

Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade



**Gráfico 3:** Grávidas assistidas no Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade

A sessão teórica sobre o Trabalho de Parto teve como objetivo melhorar o conhecimento da grávida e pessoa significativa sobre a temática, incluindo: tipos de parto, fases do trabalho de parto e sinais de início de trabalho de parto; estratégias facilitadoras do trabalho de parto; dor no trabalho de parto e métodos (farmacológicos e não farmacológicos) para lidar com a dor; cuidados no pós-parto imediato; importância da *golden hour*; e importância do envolvimento da pessoa significativa durante o parto.

A sessão prática sobre a mobilidade da bacia foi realizada com o intuito de melhorar a capacidade das mulheres para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto, através da instrução e treino, incluindo: posições corporais facilitadoras das várias fases de trabalho de parto (mobilidade/verticalidade); dispositivos facilitadores de trabalho de parto (bola de parto e lentilha); e exercícios promotores da mobilidade da bacia. Tendo em conta a presença de grávidas com fetos em posição occipital direita anterior e occipito-sagrada, foram ainda instruídas quanto a posições promotoras da rotação interna fetal nos seus casos específicos. O plano de sessão encontra-se em Apêndice I.

A sessão prática, relativa aos exercícios de relaxamento, permitiu que as grávidas experienciassem, no seu corpo, o efeito de diversas estratégias de relaxamento promotoras do alívio da dor durante o trabalho de parto. Durante a sessão foram implementadas intervenções no âmbito do instruir e treinar para as seguintes estratégias: deambulação/mobilidade, com uso de dispositivos como a bola de parto; técnicas respiratórias; aromaterapia, utilizando a lavanda como aroma promotor do relaxamento; musicoterapia; massagem, rebozo e acupressão, com participação ativa da pessoa significativa; imaginação guiada, com promoção do relaxamento e da ligação mãe-pai-filho; hidroterapia, sem possibilidade de treino devido a constrangimentos do ambiente. O plano de sessão encontra-se em Apêndice II.

Durante as sessões individuais com a grávida e pessoas significativas, foram abordados diversos temas no âmbito da preparação para o parto e parentalidade, consoante as necessidades de cada família. Assim, no que diz respeito à preparação para o parto, foram implementadas intervenções para melhorar o conhecimento sobre: trabalho de parto, incluindo dor de trabalho de parto, sinais de início de trabalho de parto, indução de trabalho de parto e estratégias de relaxamento para lidar com a duração aumentada do parto induzido; clameamento tardio do cordão umbilical e colheita de células estaminais do cordão umbilical; sinais de complicações da pré-eclampsia; critérios para realização de episiotomia e promoção da

recuperação pós-parto com episiorrafia; foi ainda possível discutir os planos de parto das grávidas em consulta, analisando aquilo que era mais importante para cada casal.

Numa das sessões individuais, uma grávida relatou níveis de ansiedade elevados, com estratégias de coping ineficazes. Foi, então, importante analisar com a cliente os fatores que concorriam para o agravamento dos níveis de ansiedade e possíveis estratégias de coping para lidar com a mesma, mas também alertar a grávida e pessoas significativas para sinais de alarme após o parto. Para garantir um acompanhamento especializado, o caso desta grávida foi referenciado ao enfermeiro especialista em saúde mental na UCC, com o seu consentimento.

No que diz respeito à adaptação à parentalidade, foram implementadas intervenções com o objetivo de melhorar o conhecimento e capacidade das díades nos cuidados ao recém-nascido, nomeadamente: banho ao recém-nascido; limpeza do coto umbilical e sinais de alarme; estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto, incluindo apoio da família alargada e organização prévia de roupa e refeições nas semanas anteriores ao parto; estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família, incluindo envolvimento de irmãos mais velhos; amamentação, incluindo posições para amamentar, desconforto na amamentação, sinais de fome e saciedade, sinais de pega adequada e cuidados à mama; choro do recém-nascido e estratégias para lidar com o choro, como técnica dos 5S, utilização da chupeta e babywearing.

Um dos temas mais abordados pela grávida e pessoa significativa diz respeito autogestão do sono/repouso no pós-parto, tendo sido importante dotar as díades de conhecimentos sobre características do sono do recém-nascido, promoção de hábitos para dormir no recém-nascido e estratégias de promoção do sono dos pais durante o período pós-parto (amamentar de lado, utilização de luz de presença avermelhada, manter todos os itens necessários à troca da fralda junto à cama).

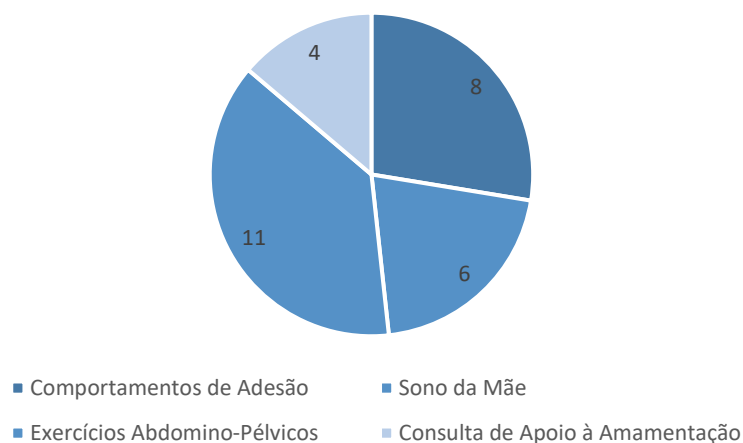
Por fim, foi-me proposto pela equipa a correção e atualização do Guia da Gravidez, facultado a todas as grávidas no programa de Preparação para o Parto e Parentalidade, o que foi realizado durante o período de estágio.

Com as experiências desenvolvidas, foi possível adquirir e desenvolver competências no âmbito da promoção da “saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, nomeadamente ao nível do planeamento e implementação de “programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” e promoção do plano de parto. Na unidade de competência “Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da

mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” através da identificação de desvios à normalidade na saúde mental da grávida e consequente referência.

No âmbito da recuperação pós-parto, foram realizadas duas sessões teóricas sobre Comportamentos de Adesão e Vigilância na Mulher e Sono da Mãe, duas sessões de exercícios abdomino-pélvicos para promoção da recuperação pós-parto e quatro consultas de apoio à amamentação (realizadas autonomamente), assistindo um total de 29 puérperas. A distribuição das puérperas assistidas encontra-se no Gráfico 4.

#### Programa de Recuperação Pós-Parto



**Gráfico 4:** Puérperas assistidas no programa de Recuperação Pós-Parto

A sessão de Comportamentos de Adesão e Vigilância na Mulher tem como objetivo dotar as puérperas de conhecimentos, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis e uma vigilância da saúde da mulher adequada. Deste modo, foram implementadas intervenções no âmbito do Ensinar, para melhorar o conhecimento das puérperas sobre: alimentação saudável e exercício físico; autovigilância e sinais de complicações na mama; rastreio oncológico da mama e colo do útero; autocuidado no pós-parto, incluindo massagem à ferida perineal e à ferida abdominal; consulta de revisão do puerpério e uso de contraceptivos; amamentação, nomeadamente os benefícios para a mãe; evolução das características do humor no pós-parto; e sexualidade no pós-parto.

A sessão sobre o sono da mulher no pós-parto teve como objetivo melhorar o conhecimento das puérpera sobre temas como: padrão de sono do bebé; consequências da

privação de sono e a sua relação com perturbações do humor no pós-parto; autogestão do sono/reposo no pós-parto; estratégias de promoção do sono; expectativas realistas em relação ao sono; e recursos na comunidade a mobilizar no caso de distúrbios do sono.

As sessões de grupo no programa de Recuperação Pós-Parto, além da promoção da recuperação abdomino-pélvica, permitiam que as puérperas partilhassem experiências e desafios que estavam a vivenciar, o que demonstrou ter bastante impacto na vivência do pós-parto para as mulheres presentes.

Durante as sessões, foi importante melhorar o conhecimento das puérperas sobre o impacto da gravidez e do parto no assoalho pélvico, bem como instruir e treinar exercícios abdomino-pélvicos, como os exercícios de Kegel e abdominais hipopressivos (a partir da sexta semana após o parto). Por outro lado, foram implementadas intervenções no âmbito de melhorar o conhecimento e capacidade da puérpera na realização da massagem infantil, com o intuito de promover o bem-estar do bebé e melhorar a ligação mãe-filho. O plano de sessão encontra-se em Apêndice III.

Após observação de diversas Consultas de Apoio à Amamentação, foi possível realizar autonomamente consultas a quatro puérperas, nas quais foi necessário avaliar as mamas da puérpera e a mamada para melhor assistir a díade.

Duas mulheres apresentavam fissura mamilar, associadas a pega inadequada, pelo que foi importante dotar as puérperas de estratégias para promover a cicatrização da fissura (cuidados à mama, como creme a utilizar, hidratação da mama e utilização do colostro), mas também corrigir a pega do recém-nascido e ensinar a identificar sinais de pega adequada.

Em três dos casos as puérperas tinham sido aconselhadas a iniciar suplementação com leite adaptado por o recém-nascido ainda não ter começado a recuperar o peso. De modo a promover a manutenção do aleitamento materno exclusivo, foram implementadas intervenções para melhorar o conhecimento das clientes sobre: sinais de fome e saciedade; importância de amamentar em livre demanda; e estratégias para estimular a amamentação (recém-nascido adormecia frequentemente durante a mamada).

Todas as puérperas com dificuldades na amamentação eram seguidas, quer via email, quer presencialmente. Deste modo, eram agendadas novas consultas sempre que necessário.

Para promover o conhecimento das grávidas e puérperas sobre amamentação, durante o estágio, foi desenvolvido e implementado um projeto de modelos anatômicos da mama. Para tal, realizei quatro modelos de mama em crochet: três modelos, de pequenas dimensões, com diferentes tipos de mamilos; e um modelo maior com uma vista anatômica da composição da mama. Foi ainda realizado um modelo da boca do bebê para facilitar a visualização da posição do mamilo em relação à boca na promoção de uma pega adequada. O modelo permitia, ainda, a simulação da anquiloglossia, ou freio da língua curto, e do seu impacto na amamentação.

O projeto e foto dos modelos encontram-se em Apêndice IV e V, respetivamente.

O desenvolvimento das experiências acima descritas foi um elemento fundamental na aquisição de competências específicas do EEESMO, nomeadamente ao nível da promoção da saúde da mulher e recém-nascido, através da implementação de intervenções promotoras da adaptação pós-parto.

No que diz respeito à unidade de competência “Diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher e recém-nascido durante o período pós-natal”, foram implementadas intervenções promotoras do autocuidado na puérpera e cuidado ao recém-nascido, com objetivos de potenciar a saúde da mulher no pós-parto.

Por outro lado, o planeamento e implementação de intervenções promotoras da recuperação pós-parto permitiu dar resposta à unidade de competência “Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”.

O desenvolvimento e implementação do projeto Modelos Anatômicos no Suporte à Amamentação foi de extrema importância na aquisição de competências, nomeadamente ao nível do planeamento e implementação de projetos promotores do aleitamento materno.

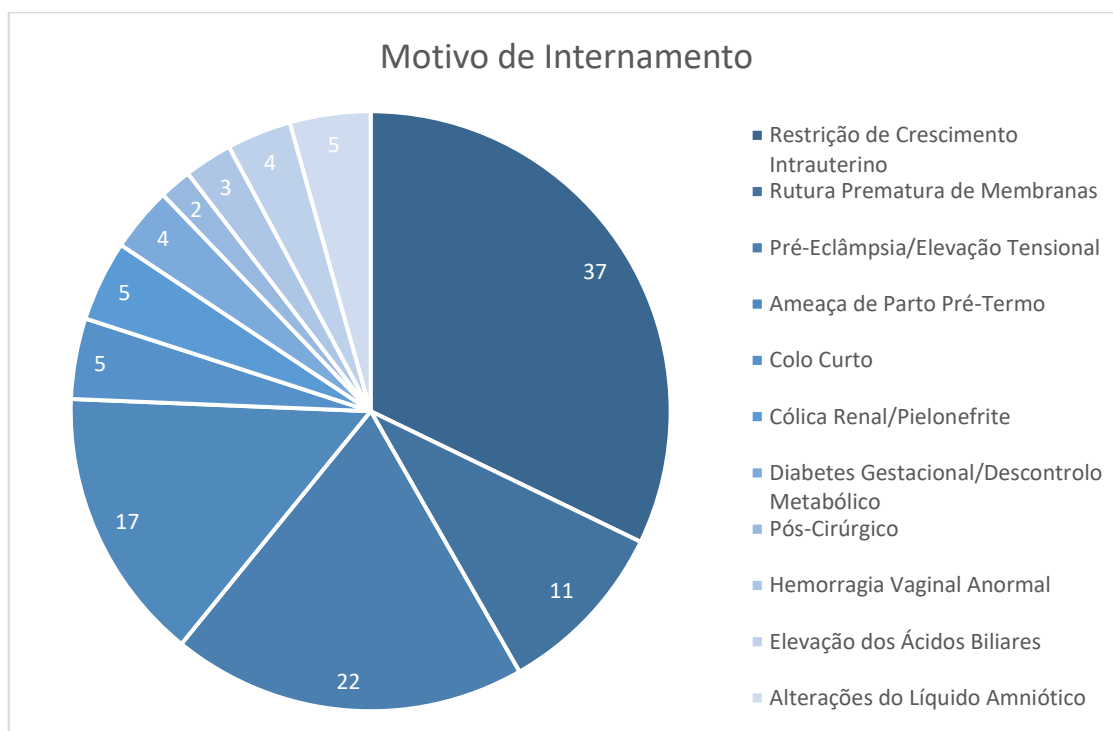
As consultas de apoio à amamentação permitiram dar resposta a algumas das complicações decorrentes da amamentação, atuando junto da mulher para promover o seu bem-estar mas também promover e proteger o aleitamento materno, o que foi fundamental na aquisição de competências relacionadas com a amamentação.

## 8.2. Estágio de Natureza Profissional com Relatório

No âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório, foi realizado estágio nas áreas de gravidez com complicações, assistência à mulher em trabalho de parto e parto e assistência à puérpera e recém-nascido. Foi ainda prestada assistência a mulheres internadas a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica.

### 8.2.1. Unidade de Medicina Materno-Fetal/Internamento de Ginecologia

Durante o estágio na Unidade de Medicina Materno-Fetal, foram prestados cuidados a grávidas internadas por complicações da gravidez ou agravamento de patologia pré-existente, com um total de 105 experiências. A distribuição dos motivos de internamento encontra-se no Gráfico 5.



**Gráfico 5:** Motivo de Internamento na Unidade de Medicina Materno-Fetal

Na assistência à grávida durante o internamento, foram implementadas intervenções no âmbito de monitorizar o bem-estar materno-fetal, como monitorização cardiocotográfica, monitorização da tensão arterial, monitorização da glicemia capilar, monitorização da perda de líquido amniótico e da perda hemática vaginal.

No âmbito da promoção da adaptação à gravidez com complicações, foi necessário melhorar o conhecimento das grávidas sobre sinais de alarme em cada caso específico (eclâmpsia – cefaleia, visão turva; alterações hepáticas – prurido, em particular nas mãos e pés; risco de parto pré-termo – início/aumento da contratilidade uterina; entre outros), de modo a promover a autovigilância de sinais e sintomas de agravamento.

Por outro lado, foram implementadas intervenções para melhorar o conhecimento das grávidas sobre o impacto da autogestão da complicação na gravidez (controlo glicémico na diabetes gestacional ou pré-existente, controlo tensional na pré-eclâmpsia) e a sua relação com os resultados perinatais, de modo a promover a adoção do regime terapêutico e a melhorar a saúde materno-fetal.

Durante o estágio, devido à elevada probabilidade de parto pré-termo, e consequente prematuridade, várias grávidas apresentaram ansiedade, questionando a equipa de enfermagem sobre o funcionamento da neonatologia e as necessidades do bebé nas várias idades gestacionais. Assim, tornou-se importante implementar intervenções para melhorar o conhecimento das grávidas sobre o funcionamento do internamento de neonatologia, as características do recém-nascido pré-termo (bebé pequeno, com dificuldade na termorregulação, possível necessidade de suporte ventilatório e nutricional) e possibilidade de se envolverem nos cuidados ao recém-nascido durante o internamento.

Por observar uma grande necessidade no que diz respeito ao conhecimento sobre o funcionamento e características do espaço físico da neonatologia, surgiu o interesse de planear um projeto para Visita Virtual à Neonatologia, que permitiria às grávidas, em regime de internamento, ficar a conhecer a unidade de neonatologia e o seu funcionamento. O projeto foi apresentado no Centro Materno-Infantil do Norte e encontra-se a aguardar aprovação. O planeamento do projeto pode ser consultado no Apêndice VI.

No âmbito da preparação para o parto, foram implementadas intervenções com o intuito de promover o conhecimento das grávidas sobre: sinais de início de trabalho de parto; e indução

de trabalho de parto, uma vez que muitas grávidas passavam por processo de indução para redução do risco de morbidade e mortalidade materno-fetal.

Durante o estágio, foram identificadas situações de risco aumentado de morbidade e mortalidade materno-fetal, como estado fetal não tranquilizador, sinais de agravamento da complicação da gravidez (pré-eclampsia, com início de quadro de cefaleia intensa e visão turva) e por grávida com quadro de choque séptico por pielonefrite aguda, tendo sido necessário transferi-la para o núcleo de partos ou bloco operatório.

As experiências desenvolvidas em estágio permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados à mulher no período pré-natal, nomeadamente nas unidades de competência: “Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, através da promoção do conhecimento da grávida pessoas significativas sobre sinais e sintomas de risco, monitorização do bem-estar materno fetal e monitorização de desvios à gravidez fisiológica, com referência de situações além da área de atuação do EEESMO; e “Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, através da assistência a grávidas com complicações associadas e da identificação da necessidade de transferência e assistência à grávida durante o transporte para o núcleo de partos.

Durante o estágio, foram, também, prestados cuidados a 14 mulheres internadas por patologia ginecológica, no período pré ou pós-cirúrgico. Neste âmbito, foi necessário promover o conhecimento das mulheres sobre gestão dos sintomas associados, implementar intervenções para promover o seu bem-estar físico e psicológico (unidade da mama providencia soutien com enchimento após mastectomia e lenços para a cabeça na mulher com patologia oncológica).

Assim, foi possível desenvolver competências no âmbito dos cuidados à “mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica” através da monitorização da mulher com afeições do aparelho genito-urinário e/ou mama e implementação de intervenções e mobilização de recursos da comunidade para promover o bem-estar físico e psicológico da cliente.

### 8.2.2. Internamento de Obstetrícia: Puerpério

Durante o estágio no serviço de puerpério foram prestados cuidados a 45 puérperas e 49 recém-nascidos. A distribuição das puérperas por tipo de parto encontra-se no Tabela 2. Foram ainda assistidas 61 puérperas no Núcleo de Partos, perfazendo um total de 106 experiências.

	Nº de Puérperas
<b>Parto Eutócico</b>	23
<b>Parto Distócico por Ventosa</b>	3
<b>Cesariana</b>	19
<b>Total</b>	45

**Tabela 2:** Tipo de parto das puérperas assistidas no Internamento de Puerpério

Das 25 puérperas após parto vaginal, onze mulheres sofreram laceração de 1º ou 2º grau e 7 mulheres foram submetidas a episiotomia.

Nos cuidados à puérpera, foram implementadas intervenções no âmbito da monitorização da evolução do puerpério, como monitorização de lóquios, ferida perineal e involução uterina. Oito puérperas apresentaram complicações no pós-parto, incluindo atonia uterina, níveis de ansiedade elevados, compromisso circulatório nos membros inferiores, elevação tensional associada a pré-eclampsia, infecção puerperal e punção da dura-máter. Nesse sentido, foram implementadas intervenções promotoras da recuperação pós-parto e do bem-estar materno, tais como promoção do repouso, análise dos fatores associados à ansiedade materna, referenciação dos sintomas de punção inadvertida da dura-máter à equipa de anestesia, elevação dos membros inferiores, aplicação de meias de contenção e monitorização da perda hemática e involução uterina.

Por outro lado, foi necessário atuar junto da puérpera para melhorar o seu conhecimento e capacidade para cuidar do recém-nascido, incluindo: amamentação, através da avaliação e correção de pega inadequada, sugestão de posições para amamentar de modo a promover o conforto materno, informação sobre sinais de fome e saciedade, cuidados à mama e estratégias para estimular recém-nascido sonolento durante a mamada; assistência na alimentação do

recém-nascido por copo ou tetina; instrução e treino do banho e cuidados ao coto umbilical; e informação sobre choro do recém-nascido e estratégias para lidar com o mesmo. Foi, igualmente, importante melhorar os conhecimentos das puérperas no autocuidado pós-parto, incluindo: cuidados à ferida perineal ou ferida abdominal após cesariana e sinais de alarme para complicações na cicatrização; evolução das características do humor no pós-parto e sinais de alarme para a depressão pós-parto; evolução da recuperação pós-parto e sinais de alarme para complicações, como infecção puerperal.

A promoção da autoconfiança da puérpera na amamentação e cuidados ao recém-nascido foi necessária para promover a adaptação à parentalidade e uma integração fluida do papel de mãe após o parto. Para tal, o reforço positivo e a validação das capacidades de cada mulher foram intervenções implementadas em todos os contactos durante o puerpério.

Foram identificados onze recém-nascidos com necessidades especiais, nomeadamente: cinco com baixo peso à nascença/RCIU/prematuros e, conseqüentemente, risco aumentado de hipoglicemia; dois com lesão occipital intraparto, que apresentaram sinais de dor durante os primeiros dias de vida; um cuja mãe tinha resultado positivo para o vírus da imunodeficiência humana, com administração de antirretrovirais e monitorização de efeitos secundários; um com sinais de dificuldade respiratória, com necessidade de transferência para a neonatologia; e dois com icterícia neonatal, com necessidade de fototerapia. Além dos cuidados ao recém-nascido, foi necessário informar os pais sobre as necessidades do mesmo, bem como, explicar os sinais de alarme de cada situação específica.

Foram realizados exames físicos à puérpera e recém-nascido aquando da transferência do núcleo de partos, para avaliar possíveis necessidades adicionais da díade. Por outro lado, no momento da alta, foi necessário preparar a puérpera e pessoa significativa para o autocuidado no domicílio, com informação sobre o que esperar nos dias seguintes e sobre os sinais e sintomas de alarme, e cuidados ao recém-nascido, incluindo como lidar com o choro do recém-nascido e promoção do repouso materno e neonatal.

As experiências desenvolvidas durante estágio enquadram-se na unidade de competência “Promove a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”, através da orientação da puérpera sobre cuidados ao recém-nascido e sinais de alarme, promoção e apoio do aleitamento materno, promoção da adaptação pós-parto e da saúde mental na vivência do puerpério.

Foram ainda desenvolvidas competências no âmbito do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde materna e do recém-nascido, nomeadamente ao nível de: promoção do autocuidado no pós-parto, com melhoria do conhecimento e capacidade da puérpera; monitorização da saúde materna e neonatal; identificação de complicações no pós-parto e referenciação de situações além da área de atuação do EEESMO.

No âmbito da unidade de competência “Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”, foi necessário implementar medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, na promoção de uma experiência positiva no pós-parto. Foram ainda implementadas intervenções para dar resposta a dificuldades no processo de aleitamento materno. A puérpera a vivenciar complicações no período pós-parto, bem como puérpera com patologia associada, foram alvo de cuidados especiais para promover a saúde da mulher no período pós-parto, incluindo intervenções para melhorar os conhecimentos da puérpera sobre autovigilância e autocuidado durante o pós-parto e a referenciação e cooperação com outros profissionais para assegurar apoio especializado a cada uma das situações.

Do mesmo modo, foi necessário avaliar o recém-nascido e monitorizar a sua saúde e desenvolvimento, com necessidade de referenciação e transferência do recém-nascido em situações além da área de atuação do EEESMO.

### **8.2.3. Núcleo de Partos**

Durante o estágio no núcleo de partos, foram realizados 43 partos, com participação em 18 partos realizados por obstetra, perfazendo um total de 61 experiências. Foram ainda prestados cuidados a 39 mulheres em trabalho de parto, cujo parto decorreu em turno subsequente ou com necessidade de cesariana emergente. As experiências encontram-se discriminadas no Tabela 3.

PARTURIENTES ASSITIDAS	PARTOS REALIZADOS		PARTOS PARTICIPADOS	
	Sem episiotomia	Com episiotomia	Apresentação cefálica	Apresentação pélvica
100	36	7	17	1

**Tabela 3:** Experiências no Núcleo de Partos

Durante o estágio, foi possível adquirir uma visão mais geral do funcionamento de cada uma das valências do Núcleo de Partos, inclusive a assistência à mulher no processo de indução ou na fase latente do 1º estágio de trabalho de parto. Foi ainda possível prestar cuidados a clientes no serviço de urgência.

Na assistência à parturiente em início de trabalho de parto (quer induzido, quer espontâneo), foram implementadas estratégias facilitadoras do trabalho de parto, como a utilização da bola de parto e deambulação, para promoção da evolução do mesmo. Foi também importante orientar as parturientes sobre o que esperar nas horas seguintes, gerindo expectativas.

O impacto da mobilidade durante o 1º estágio de trabalho de parto encontra-se descrito na evidência científica, com redução da duração do trabalho de parto, promoção do parto vaginal, redução da intensidade da dor e aumento da satisfação com a experiência de parto (Alhafez & Berghella, 2020; Perry et al., 2022; ACOG 2023).

Foram implementadas diversas estratégias não farmacológicas de alívio da dor na parturiente, independentemente da utilização de analgesia epidural. Assim, durante o estágio, foram implementadas técnicas como: utilização do rebozo, massagem lombar, acupressão do ponto BL32, promoção da mobilidade, promoção da utilização da hidroterapia e técnicas respiratórias.

Uma vez que as parturientes demonstraram bons resultados após utilização do rebozo, foi planeado um projeto sobre a sua utilização no núcleo de partos. Na implementação do projeto, foi agendada uma formação a ser ministrada no Núcleo de Partos para a equipa de enfermagem, com possibilidade de treino das técnicas, o que decorreu no dia 25 de janeiro de 2024, com ótima receção por parte dos EEESMO. A última fase do projeto implica oferecer panos de rebozo

ao Núcleo de Partos, que ainda se encontram em finalização, com previsão de entrega em abril de 2024. O planejamento do projeto pode ser consultado no Apêndice VII.

Durante o estágio, foi necessária a transferência de várias parturientes para o bloco operatório por estado fetal não tranquilizador e, em um dos casos, sinais de descolamento prematuro de placenta normalmente inserida (DPPNI). A identificação de sinais de desvios ao parto fisiológico é da competência do EEESMO, bem como a referenciação de complicações à equipa de obstetras. Durante a transferência das parturientes, foi importante manter a mulher e pessoas significativas informadas, mas também oferecer suporte emocional.

Na assistência à mulher no 2º estágio de trabalho de parto, foi possível a realização de 43 partos, dos quais a maioria decorreu na posição de litotomia.

De acordo com a OMS (2018), a mulher, com e sem epidural, deve ser encorajada a adotar a posição que desejar durante o 2º estágio de trabalho de parto, inclusive posições verticais. No entanto, na prática clínica, a posição de litotomia continua a ser a mais utilizada. A prevalência da utilização desta posição pode estar associada a um melhor acesso para o profissional a assistir ao parto, o que pode facilitar a intervenção em caso de complicações durante o período expulsivo (Huang et al., 2019; Satone et al., 2023; Martín-Vázquez et al., 2024).

A gravidade vai promover contratilidade uterina mais eficaz, e conseqüentemente facilitar a dilatação e descida fetal, mas também promove a mobilidade da bacia e o aumento dos diâmetros pélvicos, conferindo às posições verticais o potencial de reduzir a duração do 2º estágio do trabalho de parto (Huang et al., 2019; Satone et al., 2023; Martín-Vázquez et al., 2024).

Por outro lado, o decúbito lateral, em mulheres com risco de queda aumentado por redução da sensibilidade e força nos membros inferiores após analgesia epidural, aumenta o conforto materno, pois reduz a compressão da veia cava, a pressão lombar e perineal e, conseqüentemente, o risco de trauma perineal (Huang et al., 2023; Satone et al., 2023; Martín-Vázquez et al., 2024).

Assim, com a evidência científica a apontar para os benefícios das posições alternativas para o 2º estágio de trabalho de parto, é da competência do EEESMO promover a adoção destas

posições corporais, quando a parturiente o desejar, para melhorar os resultados maternos e neonatais e para promover uma experiência de parto positiva para todas as parturientes.

Durante assistência à parturiente no período expulsivo, foi possível analisar a prática *hands-on* em comparação com *hands-off*.

A técnica *hands-on* diz respeito ao suporte manual do períneo durante o parto, com aplicação de manobras de flexão da cabeça fetal, como a Manobra de Ritgen (Huang et al., 2020). A técnica *hands-off* pressupõe que o EEESMO permita a saída natural da cabeça fetal, sem qualquer interferência (Huang et al., 2020). Por outro lado, a técnica *hands-poised* corresponde a um suporte intermédio, uma vez que o EEESMO protege o períneo e impede a saída precipitada da cabeça fetal (Huang et al., 2020).

Apesar de a OMS (2018) recomendar a proteção perineal com técnica *hands-on*, estudos apontam para a redução da taxa de episiotomias e lacerações perineais com a prática de *hands-off* ou *hands-poised* (Califano et al., 2022; Huang et al., 2020; Lee et al., 2018). Assim, apesar de a evidência não ser suficiente para criar uma recomendação, a proteção perineal com a técnica *hands-poised* parece promover a integridade perineal, sem aumentar o risco de intervenções desnecessários no 2º estágio de trabalho de parto (Huang et al., 2020; Lee et al., 2018).

Durante o estágio, foram realizadas episiotomias em 7 dos 43 partos assistidos, o que corresponde a uma taxa de 16,3%. A prática da episiotomia correspondeu às recomendações da comunidade científica, tendo sido realizada de forma seletiva e apenas quando era necessário acelerar o parto por estado fetal não tranquilizador (ACOG, 2018; Nassar et al., 2019; NICE, 2024; OMS, 2018).

Apesar de a evidência científica mais recente apontar para a redução da dor perineal e dispareunia com a utilização da sutura contínua simples na mucosa vaginal (Schmidt & Fenner, 2022; Siahkal et al., 2023), a prática desta técnica não foi consensual, sendo ainda comum a utilização de sutura contínua cruzada.

A prática do contato pele com pele, sem interrupções, na primeira hora após o parto não foi comum, com o recém-nascido a ser removido do peito materno para realização de cuidados de rotina, como monitorização do peso e administração de vitamina K e profilaxia ocular. Apesar

da administração de profilaxias poder ser administrada durante o contato pele com pele, a obtenção do peso implica a separação da díade. Esta prática era realizada na maioria dos partos, o que parece estar associado com constrangimentos do sistema de registos de enfermagem, uma vez que o peso, comprimento e perímetro cefálico são necessários para a registo do nascimento.

Tendo em conta todos os benefícios do contato pele com pele e a importância da sua implementação de forma ininterrupta na primeira hora de vida (Brimdyr et al., 2020; Monteiro et al., 2022; Widström et al., 2019), é importante ajustar os cuidados de rotina para remover barreiras ao contato pele com pele ininterrupto no núcleo de partos (Gomes et al., 2023).

Deste modo, o EEESMO deve atuar junto da díade e no seio da equipa multidisciplinar para assegurar que os interesses da parturiente e recém-nascido estão no centro da conceção de cuidados, promovendo experiências positivas de parto e o vínculo mãe-filho e as melhores condições para o recém-nascido na adaptação à vida extrauterina.

Durante o estágio, o pedido de uma parturiente de o recém-nascido fazer contato pele com pele com o pai, e não só com ela, suscitou algum interesse da minha parte. Ver a emoção dos pais ao conhecerem os seus filhos no momento do nascimento, fez-me questionar o porquê de esta intervenção não ser promovida também com os pais, após a primeira hora de vida. Deste modo, surgiu o interesse de realizar uma revisão integrativa da literatura para analisar os efeitos paternos do contato pele com pele. Os resultados desta revisão integrativa da literatura encontram-se no Capítulo 9.

Através das experiências desenvolvidas, foi possível adquirir e desenvolver competências ao nível da promoção da “saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”, atuando, sempre que possível, de acordo com o plano de parto. Neste sentido, foram implementadas intervenções para: promover o conforto e alívio da dor de trabalho de parto, mobilizando estratégias não farmacológicas e cooperando com a equipa multidisciplinar na gestão da analgesia epidural; promover a vinculação mãe-pai-filho, através do contato pele com pele, envolvimento da pessoa significativa nos cuidados ao recém-nascido e promoção da privacidade após o nascimento; assistir na amamentação, garantindo, sempre que possível, a amamentação na 1ª hora de vida e promovendo a autoconfiança da mulher na alimentação do recém-nascido.

Foi, também, necessário monitorizar e promover a evolução do trabalho de parto, garantindo a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto e implementando estratégias facilitadoras do trabalho de parto, e monitorizar o bem-estar materno-fetal, referenciando qualquer situação além da área de atuação do EEESMO. Foram ainda implementadas e analisadas as técnicas aplicáveis na execução do parto de apresentação cefálica, assegurando o bem-estar materno-fetal e o bem-estar do recém-nascido após o nascimento. Nos cuidados imediatos ao recém-nascido, especialmente em partos realizados pelo obstetra, foi possível colaborar com a equipa multidisciplinar para promover a adaptação à vida extrauterina no recém-nascido com alterações funcionais ao nascimento. Deste modo, foi possível desenvolver competências ao nível do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.

Durante o estágio, foram desenvolvidas competências ao nível da avaliação da integridade do canal de parto e correção em caso de laceração ou episiotomia. Foram prestados cuidados a parturientes em trabalho de parto com risco aumentado, por patologia pré-existente ou associada à gravidez, como pré-eclampsia, diabetes gestacional e restrição de crescimento intrauterino. Foi possível criar relações terapêuticas com as parturientes e pessoas significativas, oferecendo suporte emocional e transmitindo segurança e tranquilidade à mulher em trabalho de parto.

Por fim, uma das experiências mais marcantes vivenciadas em estágio diz respeito ao acompanhamento de uma parturiente em trabalho de abortamento gemelar, às 22 semanas de gestação.

O luto perinatal diz respeito à perda de um feto ou recém-nascido, através de aborto espontâneo, morte intrauterina ou morte neonatal (Fernández-Férez et al., 2021; Martínez-García et al., 2023; Roberts et al., 2021). A perda perinatal tem um impacto significativo no bem-estar emocional e psicossocial das famílias, sendo uma experiência muito caracterizada pelo isolamento e culpa mas, também, por uma perda da autoestima, autoeficácia e do papel de mãe/pai (Fernández-Férez et al., 2021; Martínez-García et al., 2023; Roberts et al., 2021). Deste modo, o suporte da família durante o processo de luto por profissionais qualificados é essencial para a prevenção de alterações da saúde mental, como ansiedade, depressão ou transtorno de estresse pós-traumático (Fernández-Férez et al., 2021; Roberts et al., 2021).

Durante o trabalho de abortamento, é importante manter a parturiente e pessoa significativa informada, de modo que saiba o que esperar de todo o processo, incluindo características do bebê após o nascimento (Fernández-Férez et al., 2021; Roberts et al., 2021). Por outro lado, é essencial garantir a analgesia de parto necessária, independentemente da idade gestacional, para reduzir o trauma associado à experiência (Martínez-García et al., 2023). Ao contrário do que era realizado há algumas décadas, a administração de sedativos é contraindicada durante o processo de abortamento, uma vez que aumenta o risco de complicações no processo de luto (Martínez-García et al., 2023; Roberts et al., 2021).

Estudos apontam para um conjunto de intervenções que podem ser implementadas, tendo sempre em conta as necessidades individuais de cada família: oferecer apoio emocional, quer através da escuta ativa, do toque terapêutico ou da presença; promover a privacidade do casal (ou outras pessoas significativas); assistir a família na escolha de ver ou segurar o bebê; respeitar a mulher, bebê e família durante todo o processo, utilizando o nome do bebê e validando o processo de luto da família, independentemente da idade gestacional; comunicar de forma clara e empática; providenciar informação sobre o processo de abortamento, autópsia e possibilidade de cerimónias fúnebres; promover a criação de memórias, através de fotografias, impressão das mãos e pés do bebê ou pulseira de identificação, se for da vontade da família; garantir o acesso a suporte psicológico especializado (AAP & ACOG, 2018; Fernández-Férez et al., 2021; Martínez-García et al., 2023; Roberts et al., 2021; Wool & Catlin, 2018).

O EEESMO, enquanto profissional qualificado para a assistência às mulher durante o processo de abortamento, tem a competência para prestar cuidados centrados na mulher e família para promoção de um processo de luto saudável (OE, 2019).

Neste âmbito, na assistência a este casal, foram implementadas intervenções para monitorizar a evolução do trabalho de abortamento, de modo a prevenir ou identificar precocemente complicações, mas, também, intervenções de apoio à mulher e pessoas significativas durante o período de luto, incluindo os cuidados aos recém-nascidos e preparação dos mesmos para serem vistos pelos pais, o suporte contínuo do casal e família alargada e o providenciar de toda a informação relevante. Durante esta experiência, o carinho com que os bebês foram cuidados transpareceu para os pais, o que lhes deu algum conforto, e o cuidado em assegurar a identificação correta dos gémeos, uma vez que já tinham nomes, foi importante para os pais.



## 9. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

### 9.1. Introdução

Durante estágio, o momento em que um recém-nascido foi colocado em contato com o corpo materno foi sempre uma experiência de grande impacto para as mulheres. A emoção causada por este contato era partilhada pela pessoa significativa, mas também por toda a equipa a assistir o parto.

No entanto, o pai não era encorajado a experienciar este momento, mesmo após a primeira hora de vida, ou durante os cuidados à mulher no pós-parto imediato. A possibilidade de envolver o pai neste momento tão marcante tornou-se, assim, um tópico que me despertou bastante curiosidade e que acabou por motivar a realização desta revisão integrativa.

O contato pele com pele envolve a colocação do recém-nascido de fralda, em decúbito ventral, no peito do seu cuidador, sendo posteriormente coberto com uma manta ou lençol aquecido (Günay & Şimşek, 2020; Toprak & Erenel, 2020; Ionio et al., 2021; NICE, 2023).

Esta técnica foi inicialmente utilizada na Colômbia, no fim da década de 70, para dar resposta à escassez de incubadoras e aumento da taxa de infeção em recém-nascidos de baixo peso ou pré-termo que, até então, necessitavam de partilhar incubadoras com outros bebés (Anderzén-Carllson et al., 2014; Hubbard et al., 2017; Kostandy & Ludington-Hoe, 2019; Ionio et al., 2021).

Desde a sua origem, o contato pele com pele tem sido utilizado globalmente, sendo atualmente recomendada a sua implementação não só em recém-nascidos pré-termo, mas em todos os recém-nascidos estáveis, de forma ininterrupta na primeira hora de vida (OMS, 2018; NICE, 2023; FIGO, 2023).

Diversos estudos analisaram os efeitos do contato pele com pele no recém-nascido, tendo identificado uma melhor regulação dos níveis de oxigénio, da temperatura corporal e da frequência cardíaca e respiratória (Bigelow & Power, 2020; Cristóbal Cañadas et al., 2022; Brimdyr et al., 2023). Foi ainda observada uma redução do risco de hipoglicemia (Ionio et al.,

2021; Brimdyr et al., 2023; Gomes et al., 2023). A estabilidade dos níveis de glicemia parece estar associada a uma termorregulação mais eficaz, maior eficácia na amamentação e menos episódios de choro, o que se traduz num menor gasto energético (Lord et al., 2023).

No que diz respeito à puérpera, o contato pele com pele está associado a um menor risco de depressão e ansiedade pós-parto (Bigelow et al., 2012; Badr & Zauszniewski, 2017; Kirca & Adibelli, 2021; Brimdyr et al., 2023; Mehrpisheh et al., 2023).

O contato pele com pele imediatamente após o parto tem efeito ao nível da redução do risco de hemorragia pós-parto, uma vez que o aumento dos níveis de ocitocina e o movimento dos pés do recém-nascido no abdómen materno promovendo a contratilidade uterina (Almutairi, 2021; Aydin Kartal et al., 2022; Ruiz et al., 2023).

Por outro lado, a realização de contato pele com pele está associada a maior taxa de amamentação na primeira hora de vida, aleitamento materno exclusivo à alta, aos três e seis meses pós-parto (Bedford et al., 2022; Giang et al., 2022; Sinha et al., 2022; Branco et al., 2023).

A proximidade atingida durante o contato pele com pele promove a libertação de ocitocina e redução dos níveis de cortisol nos cuidadores e recém-nascidos (Scatliffe et al., 2019; Hardin et al., 2020; Pados & Hess, 2020; Pavlyshyn et al., 2022), o que facilita a vinculação entre eles (Caetano et al., 2022; Louis & White, 2023; Pathak et al., 2023).

Apesar da extensa evidência científica acerca dos benefícios do contato pele com pele para recém-nascidos e mães, ainda existe uma lacuna na literatura no que diz respeito aos resultados paternos desta intervenção (Dong et al., 2022; Toprak & Erenel, 2022; Gadapani Pathak et al., 2023).

Nesse sentido, seria importante um estudo que explorasse os efeitos do contacto pele com pele com o pai e de que forma é que este pode ter influência no desenvolvimento do bebé e na saúde e bem-estar emocional do pai. Tendo em vista esse objetivo no futuro, iniciei a exploração deste tema com a presente revisão integrativa da literatura, com o intuito de identificar os resultados paternos do contato pele com pele com o bebé.

## 9.2. Metodologia

De modo a aprofundar a evidência científica na temática em estudo, optou-se pela realização de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa da literatura é uma abordagem metodológica de revisão da literatura que permite abranger estudos experimentais e não-experimentais, bem como dados da literatura científica teórica e empírica (Mendes et al., 2008).

Com o intuito de conferir algum rigor metodológico, a revisão integrativa foi realizada tendo por base o protocolo da revisão sistemática da literatura.

### 9.2.1. Questão de revisão

Após identificação do problema em estudo, tornou-se necessária a elaboração de uma questão orientadora da pesquisa. A questão de investigação assume um papel importante no protocolo de investigação, uma vez que orienta a pesquisa na literatura, o estabelecimento de critérios de elegibilidade e a colheita de dados (Stern et al., 2014).

Tendo por base a temática em estudo, foi identificada uma pergunta do tipo PICO: “Quais os efeitos, no pai, do contato pele com pele entre o pai e o bebé?”, apresentada no Tabela 4.

P	I	C	O
Pai	Contato pele com pele com o bebé		Efeitos paternos

**Tabela 4:** Aplicação da questão tipo PICO.

### 9.2.2. Critérios de Elegibilidade

Para guiar a seleção de estudos a incluir e a promover a adequação dos resultados à questão de revisão, foram delineados critérios de elegibilidade, sob a forma de critérios de inclusão e exclusão.

#### *Critérios de inclusão:*

1. Literatura primária que estude os *outcomes* paternos do contato pele com pele com o recém-nascido (pré-termo ou termo)

#### *Critérios de exclusão:*

1. Estudos sem intervenção
2. Estudos cuja intervenção em foco não seja o contato pele com pele

### 9.2.3. Estratégia de Pesquisa

A pesquisa de literatura foi realizada nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, Scopus e Pubmed. A pesquisa foi delimitada a Título/Resumo nas diversas bases de dados, sendo que o número de resultados era reduzido, pelo que foi alargada a Texto integral, para evitar perder resultados relevantes à questão inicial.

Os resultados foram delimitados segundo a língua de origem do artigo, incluindo apenas artigos publicados em inglês, português e espanhol.

Não foi aplicada delimitação temporal, de modo a obter todos os estudos realizados no âmbito do problema em estudo, o que se enquadra na metodologia da revisão integrativa da literatura.

#### 9.2.4. Termos de pesquisa

Para concretizar a pesquisa bibliográfica de evidência científica, foram identificados os termos de pesquisa e quais os descritores *MESH* e *DECS* que melhor se enquadravam nos mesmos. Os termos e descritores são apresentados no Tabela 5.

TERMO DE PESQUISA	DESCRITORES <i>MESH</i>	DESCRITORES <i>DECS</i>
Pai	<b>Father</b> ( <i>dad or paternal</i> )	<b>Father</b> ( <i>dad or paternal</i> )
Bebé ou recém-nascido	<b>Infant</b> ou <b>Newborn</b>	<b>Infant</b> ou <b>Newborn</b>
Contato pele com pele	<b>Kangaroo Care</b> ( <i>skin-to-skin or chest-to-chest</i> )	<b>Kangaroo Care</b> ( <i>skin-to-skin or chest-to-chest</i> )
Efeitos	<b>Outcome Assessment</b> ( <i>or effect or impact or benefits</i> )	<b>Outcome Assessment</b> ( <i>or effect or impact or benefits</i> )

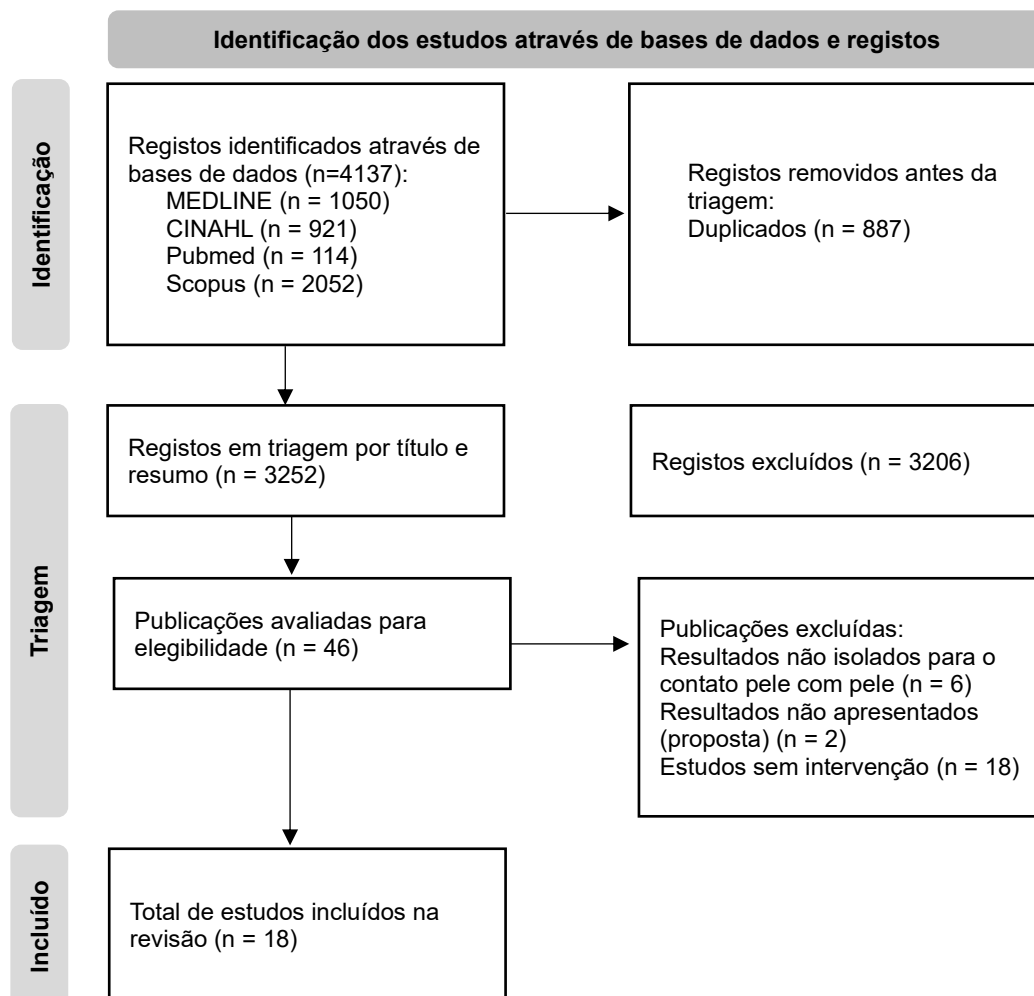
**Tabela 5:** Termos de pesquisa e descritores *MESH* e *DECS*.

Deste modo, foi identificada a frase booleana de pesquisa: (*Father\* or dad\* or paternal*) and (*infant or newborn*) and ("*kangaroo care*" or *skin-to-skin or chest-to-chest*) and ("*outcome assessment*" or *effect or impact or benefits*).

De modo a incluir o maior número de resultados, esta frase foi alterada para (*Father\* or dad\* or paternal*) and (*infant or newborn*) and ("*kangaroo care*" or *skin-to-skin or chest-to-chest*).

Foram obtidos um total de 4137 resultados, dos quais 887 se encontravam duplicados. Após triagem dos 3250 resultados por título e resumo, foram excluídos 3204 artigos. Assim, foram avaliados 46 estudos, através de leitura integral, e aplicados os critérios de elegibilidade, tendo

sido identificados 22 estudos para inclusão na presente revisão da literatura, como ilustrado através do diagrama PRISMA (Figura 1).



**Figura 1:** Diagrama PRISMA, adaptado de Page e coautores (2021)

### 9.2.5. Avaliação qualitativa

Com o objetivo de garantir a inclusão de estudos metodologicamente coesos, foi aplicada a ferramenta do JBI de avaliação da qualidade metodológica nos diversos estudos incluídos. A avaliação metodológica encontra-se apresentada no Apêndice IX.

### **9.3. Discussão dos resultados**

Na análise dos resultados, surgiram quatro temáticas centrais: níveis de ocitocina e cortisol; ansiedade, depressão e stress parental; vinculação e qualidade da interação; autoconfiança e papel parental. A análise dos dezoito artigos incluídos na presente revisão encontra-se em Apêndice VIII.

#### **9.3.1. Níveis de ocitocina**

A ocitocina é produzida no hipotálamo e libertada pela glândula pituitária (Forde et al., 2021; Vittner et al., 2017). Estudos apontam para a relação entre a interação pai-filho e variações nos níveis de ocitocina (Forde et al., 2021; Grumi et al., 2021; Scatliffe et al., 2019).

Quatro artigos analisaram o efeito do contato pele com pele nos níveis paternos de ocitocina (Cong et al., 2015; Uribe-Torres et al., 2022; Vittner et al., 2017; Vittner et al., 2019). Todos os autores identificaram um aumento dos níveis de ocitocina paterno durante e após o contato pele com pele, tendo este aumento sido estatisticamente significativo em três dos estudos analisados (Cong et al., 2015; Vittner et al., 2017; Vittner et al., 2019).

Num dos estudos, os níveis de ocitocina nos pais eram significativamente mais elevados do que em homens sem filhos (Grumi et al., 2021). Por outro lado, no período pré-natal, os níveis de ocitocina dos futuros pais eram semelhantes aos níveis de homens sem filhos (Grumi et al., 2021). Estes resultados apontam para uma alteração dos níveis de ocitocina após o nascimento do bebé (Grumi et al., 2021).

Num outro estudo, a ocitocina paterna aumentou particularmente em pais a interagir mais frequentemente com o seu filho, através de contato físico (Morris et al., 2021). Assim, o contato físico proporcionado pelo contato pele com pele parece ter um impacto positivo nos níveis de ocitocina (Morris et al., 2021).

Por outro lado, o contato físico no contexto do brincar foi o que demonstrou maior associação com os níveis de ocitocina (Morris et al., 2021). No que diz respeito aos cuidados paternos, o brincar assume grande importância (Scatliffe et al., 2019). Um dos estudos analisados identificou uma relação entre altos níveis de ocitocina paternos e maior estimulação do bebê, incluindo apresentação de objetos durante o contato pai-filho (Grumi et al., 2021).

Assim, a relação entre o contato pele com pele e os níveis de ocitocina pode estar mais presente nos primeiros meses de vida, quando o recém-nascido tem menor capacidade de interação, sendo posteriormente substituída pela interação através do brincar como mediadora dos níveis de ocitocina no pai.

### **9.3.2. Níveis de cortisol, stress parental, ansiedade e depressão**

O cortisol é uma hormona libertada pelas glândulas suprarrenais em resposta ao stress, comumente utilizada como um biomarcador do stress (Forde et al., 2021; Kuo et al., 2018).

Os níveis de cortisol variam com o ritmo circadiano, atingindo o seu pico ao acordar e reduzindo ao longo do dia e início da noite, o que aponta para um efeito importante na ativação do sistema nervoso no início do dia, quando a exposição a stressores é adequada (Forde et al., 2021; Mohd Azmi et al., 2021).

Quatro artigos analisaram o efeito do contato pele com pele nos níveis paternos de cortisol (Cong et al., 2015; Varela et al., 2017; Vittner et al., 2017; Vittner et al., 2019). Os níveis de cortisol diminuíram durante e após o contato pele com pele, em todos os estudos, tendo esta redução sido estatisticamente significativa em três dos estudos analisados (Cong et al., 2015; Varela et al., 2017; Vittner et al., 2019). Num dos estudos, os autores identificaram um aumento dos níveis de cortisol entre a entrada na unidade de neonatologia e o início do contato pele com pele, que parece estar associado a sentimentos de grande expectativa com o primeiro contato físico com o recém-nascido após o nascimento (Varela et al., 2017).

A exposição contínua a stressores tem um impacto na ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, podendo levar a problemas de saúde mental, como a ansiedade e depressão. Em pais de recém-nascidos prematuros, o stress associado ao internamento e incerteza dos

resultados perinatais leva a um aumento dos níveis de ansiedade e depressão perinatal (Beck & Vo, 2020; Dongre et al., 2020; Koliouli et al., 2022).

A relação entre o stress parental, associado ao internamento na neonatologia, e o contato pele com pele foi analisado em dois estudos (Dongre et al., 2020; Salmani & Champiri, 2016), tendo sido observada uma redução estatisticamente significativa dos scores da Escala de Stress Parental após a intervenção.

A associação entre o contato pele com pele e a ansiedade paterna foi analisada em cinco estudos (Cong et al., 2015; Chavan et al., 2023; Huang et al., 2019; Sweeney et al., 2017; Vittner et al., 2019). Em dois estudos, foi identificada uma redução estatisticamente significativa durante o contato pele com pele, quando comparados com os valores pré e pós-intervenção (Cong et al., 2015; Vittner et al., 2019). Nos restantes três estudos, a avaliação dos níveis de ansiedade foi realizada apenas antes e após o contato pele com pele, tendo sido observada uma redução dos mesmos após a intervenção.

Por outro lado, num dos estudos analisados, os níveis de ansiedade encontraram-se negativamente correlacionados com os níveis de envolvimento paterno (Vittner et al., 2019).

Um menor envolvimento parental pode ser um dos fatores que contribui para os efeitos nocivos da ansiedade parental no desenvolvimento infantil, aumentando o risco de doença mental, problemas comportamentais e sentimentos de insegurança e medo (Avraham et al., 2020; Sweeney & Wilson, 2023)

No que diz respeito à tensão arterial e frequência cardíaca dos pais, parecem concorrer para o efeito relaxante do contato pele com pele nos pais (Jones & Santamaria, 2017; Varela et al., 2017).

Em ambos os artigos, os autores observaram uma redução estatisticamente significativa da frequência cardíaca e tensão arterial paterna durante e após o contato pele com pele. Jones e Santamaria compararam este efeito com o observado nas mães incluídas no estudo, tendo observado que, nos pais, a tensão arterial sistólica se manteve reduzida após o término da intervenção, o que não ocorreu nas mães.

Por outro lado, a vulnerabilidade associada ao período perinatal, especialmente quando o recém-nascido necessita de cuidados especiais, torna os pais mais suscetíveis a episódios depressivos (Goldstein et al., 2020)

Dois estudos analisaram a relação entre a realização de contato pele com pele e a depressão paterna (Huang et al., 2019; Lehtonen et al., 2022). Num dos estudos, foi identificada uma redução significativa dos scores de depressão reportada pelos pais após o contato pele com pele (Huang et al., 2019). Por outro lado, no outro estudo não foi observada relação entre os scores da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo e a realização de contato pele com pele (Lehtonen et al., 2022).

Assim, o efeito do contato pele com pele nos marcadores de stress no pai, como os níveis de cortisol, tensão arterial e frequência cardíaca, podem justificar a redução dos níveis de stress parental e ansiedade experienciada pelos pais no período perinatal. Por outro lado, o contato físico com o seu bebé e, conseqüentemente, a ativação do sistema ocitocinérgico e redução dos níveis de cortisol, promovem o bem-estar paterno, com redução do risco de depressão no período pós-parto.

### **9.3.3. Vinculação e qualidade da interação**

A interação pai-filho apresenta-se como um dos mediadores da vinculação precoce nos pais (de Waal et al., 2023; Lopes et al., 2020; Scism & Cobb, 2017), o que sugere que o contato pele com pele terá um impacto positivo na vinculação entre os pais e os seus bebés, especialmente tendo em conta o seu efeito na vinculação materna (Brimdyr et al., 2020; Monteiro et al., 2022; Widström et al., 2019).

O efeito do contato pele com pele na vinculação pai-filho foi analisado por cinco estudos (Chavan et al., 2023; Chen et al., 2017; Günay & Şimşek, 2020; Toprak & Erenel, 2020; Vogl et al., 2021).

A vinculação foi avaliada com base nos scores de *Father-Child Attachment Scale* (Chen et al., 2017), *Paternal–Infant Attachment Questionnaire* (Toprak & Erenel, 2020) e *Postpartum Bonding*

*Questionnaire* (Chavan et al., 2023; Vogl et al., 2021), tendo sido observado um aumento significativo dos scores das escalas nos pais a realizar contato pele com pele.

Num dos estudos, após o contato pele com pele, os pais reportaram que esta interação lhes provocou uma sensação de pertença, fazendo com que sentissem o seu bebé como seu (Günay & Şimşek, 2020).

Estes resultados são similares aos obtidos num outro estudo, no qual os pais referem um fortalecimento do vínculo com os seus recém-nascidos de baixo peso durante o contato pele com pele (Lopes et al., 2020).

Por outro lado, a realização de contato pele com pele demonstrou efeitos ao nível da interação pai-filho até aos 12 meses de vida nos estudos analisados (Chavan et al., 2023; Toprak & Erenel, 2020; Toprak & Erenel, 2022; Varela et al., 2014; Vittner et al., 2017).

Este parâmetro foi avaliado através de scores de sensibilidade e níveis de sincronia e recetividade paterna em dois estudos, que aumentaram no grupo de pais a realizar contato pele com pele (Varela et al., 2014; Vittner et al., 2017).

Num dos estudo analisados, os autores observaram que aos 12 meses após o nascimento, pais que realizaram contato pele com pele se demonstravam mais envolvidos em atividades como: levar o bebé à vacinação, monitorizar o desenvolvimento físico do bebé e demonstrar disponibilidade para estar envolvido em todas as áreas de cuidado ao bebé (Toprak & Erenel, 2020). Já em 2022, os mesmos autores analisaram uma gravação de um período de interação entre um pai e o seu filho, tendo identificado que, em díades que realizaram contato pele com pele, os pais sorriam mais frequentemente e os recém-nascidos de encontravam mais calmos (Toprak & Erenel, 2022).

Num outro estudo, os autores avaliaram o efeito do contato pele com pele e comportamento de rejeição quanto ao recém-nascido, tendo observado uma redução estatisticamente significativa após a intervenção (Chavan et al., 2023).

O estabelecimento de uma vinculação segura entre os pais e os seus bebés vai promover o desenvolvimento de uma relação de afetividade forte entre a díade e contribuir para o desenvolvimento infantil e para o bem-estar social da criança (de Waal et al., 2023; Flacking et al., 2016; Suzuki et al., 2022).

#### **9.3.4. Autoconfiança no papel parental**

A interação com o seu bebé e o fortalecimento do vínculo vai promover nos pais uma maior confiança nas suas capacidades parentais e uma melhor transição para o papel de pai (Alnuaimi and Tluczek, 2021; Flacking et al, 2016; Suzuki et al., 2022).

Quatro estudos analisaram o impacto do contato pele com pele na autoconfiança paterna no papel parental (Günay & Şimşek, 2020; Huang et al., 2019; Sweeney et al., 2017; Vogl et al., 2021).

Num dos estudos analisados, a maioria dos participantes (91% dos pais e mães) que realizaram contato pele com pele demonstraram-se confiantes nos cuidados ao recém-nascido no momento da alta (Sweeney et al., 2017). O mesmo foi observado em outro estudo, no qual os pais identificaram que a realização de contato pele com pele aumentou a autoconfiança nos mesmos sobre a capacidade de exercer o papel parental e o sentimento de responsabilidade pelos seus bebés (Günay & Şimşek, 2020).

#### **9.4. Implicações para a prática clínica**

A transição para a parentalidade é vivenciada de forma diferente nos pais, com um maior impacto do primeiro contato com o recém-nascido após o parto na formação do vínculo. A implementação do contato pele com pele entre pais e recém-nascidos promove o estabelecimento precoce do vínculo pai-filho, o que poderá impactar toda a relação e a qualidade da interação entre a díade no futuro.

Além disso, o contato físico com o recém-nascido vai promover a autoconfiança do pai nas suas capacidades parentais e o seu envolvimento nos cuidados ao bebé, tendo efeitos positivos no seio familiar.

Por outro lado, o contato físico entre o pai e o seu bebê tem um impacto significativo no bem-estar paterno, promovendo a redução dos níveis de stress, ansiedade e depressão.

Desta forma, estabelecidos os benefícios paternos do contato pele com pele, é da competência do EEESMO encorajar os pais a experienciarem este momento no nascimento dos seus filhos, promovendo a transição para a parentalidade e para o papel de pai.



## CONCLUSÃO

Durante o estágio, as experiências vivenciadas permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, tendo diversos fatores contribuído ou dificultado esse processo.

Assim, esta conclusão tomará a forma de uma análise SWOT, de modo a descrever os fatores internos e externos que concorreram para o processo de aquisição de competências.

No que diz respeito a fatores internos, as capacidades de comunicação permitiram-me criar relações terapêuticas com as clientes nos diversos contextos, o que ampliou as oportunidades de aprendizagem e me fez sentir um elemento importante na assistência a estas mulheres, enquanto elemento promotor da tranquilidade e segurança.

Por outro lado, a determinação e perfeccionismo fizeram com que sempre quisesse fazer mais e melhor, quer na aquisição de competências individuais, quer na colaboração com outros membros da equipa multidisciplinar. Nesse sentido, surgiram os projetos implementados em contexto clínico, como uma forma de contribuir para o funcionamento e excelência na prestação de cuidados nos contextos que tão bem me acolheram.

Foram também identificados alguns pontos fracos ou dificultadores da aprendizagem, nomeadamente os níveis de ansiedade, que por vezes me faziam duvidar das minhas capacidades, o que se tornou particularmente dificultador na assistência à mulher em trabalho de parto e parto.

Por vezes, a facilidade em comunicar e criar relações terapêuticas com as clientes também dificultou a minha gestão do tempo e organização dos cuidados. No entanto, penso que o suporte emocional da cliente, nos diversos contextos, contribuiu para a adaptação à gravidez (com e sem complicações) e adaptação à parentalidade, bem como a promoção da preparação para o parto.

No que diz respeito aos fatores externos, é de ressaltar a importância do apoio e orientação dada pelos EEESMO que me acompanharam durante todo este processo. A sua presença foi

essencial para a aquisição de competências e, a compreensão e carinho com que fui recebida, tornou cada um dos contextos por que passei como uma segunda casa.

A generosidade e profissionalismo dos EEESMO à minha volta, deu-me segurança e tornou-se um fator facilitador da aquisição de competências e permitiu a reflexão, junto dos orientadores, das práticas observadas, o que promoveu uma maior compreensão dos diversos fatores que influenciam a atuação do EEESMO no seio da equipa multidisciplinar.

Sinto que o fator externo mais dificultador está associado aos ensinamentos clínicos mais curtos, uma vez que, quando começava a sentir-me integrada e confiante para explorar outras aprendizagens, o estágio terminava. No entanto, compreendo a necessidade de ajustar a duração dos diversos ensinamentos clínicos para permitir uma experiência mais diversificada pelos vários contextos.

De modo a lidar com esta dificuldade, foi importante realizar pesquisa autónoma e elaborar projetos que me permitissem aprofundar os meus conhecimentos em áreas que sentia menos exploradas durante o estágio.

De um modo geral, sinto que fui capaz de tirar partido das minhas capacidades e características pessoais e aproveitar todas as oportunidades que me foram apresentadas, para desenvolver o mais possível as minhas competências enquanto futura enfermeira especialista em saúde materna.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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>
- Alex, A., Bhandary, E., & McGuire, K. P. (2020). Anatomy and Physiology of the Breast during Pregnancy and Lactation. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1252, 3–7. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_1)
- Alhafez, L., & Berghella, V. (2020). Evidence-based Labor Management: First Stage of labor (part 3). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2(4), 100185. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100185>
- Alimoradi, Z., Kazemi, F., Gorji, M., & Valiani, M. (2020). Effects of ear and body acupressure on labor pain and duration of labor active phase: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 51. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102413>
- Almutairi, W. M., Ludington, S. M., Quinn Griffin, M. T., Burant, C. J., Al-Zahrani, A. E., Alshareef, F. H., & Badr, H. A. (2020). The role of skin-to-skin contact and breastfeeding on atonic postpartum hemorrhage. *Nursing Reports*, 11(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010001>
- Almutairi, W. M. (2021). Literature review: Physiological management for preventing postpartum hemorrhage. *Healthcare*, 9(6), 658. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060658>
- Alnuaimi, N., & Tluczek, A. (2021). Father's bonding with an infant born prematurely: A qualitative meta-synthesis. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 493–505. <https://doi.org/10.1177/01939459211002909>
- Alzurfi, N. M., & Al-Ogaili, S. S. (2021). Effectiveness of breathing as a non-pharmacological method to reduce pain severity among woman during Labor. *Medico-Legal Update*, 21(1). <https://doi.org/10.37506/mlu.v21i1.2389>

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). ACOG Practice Bulletin No. 116: Management of Intrapartum Fetal Heart Rate Tracings. *Obstetrics and gynecology*, 116(5), 1232–1240. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3182004fa9>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Obstetric Care Consensus No. 1: Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 693–711. <https://doi.org/10.1097/01.aog.0000444441.04111.1d>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Committee Opinion No. 712: Intrapartum Management of Intraamniotic Infection. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 95–101. <http://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002236>
- American Academy of Pediatrics & American College of Obstetricians and Gynecologists (Eds.). (2017). *Guidelines for Perinatal Care*. ACOG.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Committee Opinion No. 713: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 102–109. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002237>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in Pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 132(1), 1–17. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002706>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice Bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3). <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002841>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2). <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003074>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). How to tell when Labor begins. ACOG. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/how-to-tell-when-labor-begins>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2024). Clinical Practice Guideline: First and Second Stage Labor Management. *Obstetrics & Gynecology* 143(1), 144-162.

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and second stage labor management. *Obstetrics & Gynecology*, 143(1), 144–162. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005447>
- Angarita, A. M., & Berghella, V. (2022). Evidence-based labor management: third stage of labor (part 5). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100661>
- Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). Obstetric Lacerations: Prevention and Repair. *American family physician*, 103(12), 745–752.
- Aslantaş, B. N., & Çankaya, S. (2023). The effect of birth ball exercise on labor pain, delivery duration, birth comfort, and birth satisfaction: A randomized controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07115-4>
- Association of Women’s Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2021). Guidelines for active management of the third stage of labor using oxytocin: AWHONN practice brief number 12. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(4), 499–502. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.04.006>
- Australian Breastfeeding Association (2022). *Cup-feeding*. Australian Breastfeeding Association. <https://www.breastfeeding.asn.au/resources/cup-feeding>
- Avraham, L., Tamar, W., Eyal, S., & Gali, P. (2020). Perinatal outcomes and offspring long-term neuropsychiatric hospitalizations of mothers with anxiety disorder. *Archives of women's mental health*, 23(5), 681–688. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01018-y>
- Aydin Kartal, Y., Kaya, L., Yazici, S., Engin, B., & Karakus, R. (2022). Effects of skin-to-skin contact on afterpain and postpartum hemorrhage: A randomized controlled trial. *Nursing & Health Sciences*, 24(2), 479–486. <https://doi.org/10.1111/nhs.12945>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrharan, E. (2015). Figo consensus guidelines on Intrapartum Fetal Monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Bal, K., Rath, K., & Baxla, P. (2020). Assessing the effect of patterned breathing techniques for reducing pain during active stage of labour among pregnant women in Tertiary Care Hospital, Bhubaneswar. *Nursing Journal of India*, 111(4), 176–179. <https://doi.org/10.48029/nji.2020.cxi406>

- Baljon, K. J., Romli, M. H., Ismail, A. H., Khuan, L., & Chew, B. H. (2020). Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among Primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: A study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, *10*(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033844>
- Baschat, A. A., Galan, H. L., Lee, W., DeVore, G. R., Mari, G., Hobbins, J., Vintzileos, A., Platt, L. D., & Manning, F. A. (2022). The role of the fetal biophysical profile in the management of fetal growth restriction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *226*(4), 475–486. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.01.020>
- Beck, C. T., & Vo, T. (2020). Fathers' stress related to their infants' NICU hospitalization: A mixed research synthesis. *Archives of Psychiatric Nursing*, *34*(2), 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.02.001>
- Bedford, R., Piccinini-Vallis, H., & Woolcott, C. (2022). The relationship between skin-to-skin contact and rates of exclusive breastfeeding at four months among a group of mothers in nova scotia: A retrospective cohort study. *Canadian Journal of Public Health*, *113*(4), 589–597. <https://doi.org/10.17269/s41997-022-00627-7>
- Bendix, I., Miller, S. L., & Winterhager, E. (2020). Editorial: Causes and consequences of intrauterine growth restriction. *Frontiers in Endocrinology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.00205>
- Besen, M. A., & Rathfisch, G. (2019). The effect of suture techniques used in repair of episiotomy and perineal tear on perineal pain and Dyspareunia. *Health Care for Women International*, *41*(1), 22–37. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1663194>
- Biana, C. B., Cecagno, D., Porto, A. R., Cecagno, S., Marques, V. de, & Soares, M. C. (2021). Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and Labor: An integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, *55*. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019019703681>
- Bigelow, A. E., & Power, M. (2020). Mother–infant skin-to-skin contact: Short- and long-term effects for mothers and their children born full-term. *Frontiers in Psychology*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01921>

- Blecher, Y., Michaan, N., Baransi, S., Baruch, Y., & Yogev, Y. (2020). Against medical advice for induction of Labor due to post-term pregnancies – the impact on pregnancy outcome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(20), 3979–3983. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1845645>
- Borovac-Pinheiro, A., Inversetti, A., Di Simone, N., & Barnea, E. R. (2023). Figo good practice recommendations for induced or spontaneous labor at term: Prep-for-labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 163(S2), 51–56. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15114>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. (2020). The nine stages of skin-to-skin: Practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., al Alfy, A., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica*, 112(8), 1633–1643. <https://doi.org/10.1111/apa.16842>
- Cahill, L. S., Stortz, G., Ravi Chandran, A., Milligan, N., Shinar, S., Whitehead, C. L., Hobson, S. R., Ayyathurai, V., Rahman, A., Saghian, R., Jobst, K. J., McShane, C., Block-Abraham, D., Seravalli, V., Laurie, M., Millard, S., Delp, C., Wolfson, D., Baschat, A. A., ... Sled, J. G. (2021). Wave reflections in the umbilical artery measured by Doppler ultrasound as a novel predictor of placental pathology. *EBioMedicine*, 67. <https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2021.103326>
- Califano, G., Saccone, G., Diana, B., Collà Ruvolo, C., Ioffredo, D., Nappi, C., Annella, A., Gragnano, E., Guida, M., Zullo, F., & Locci, M. (2022). Hands-on vs hands-off technique for the prevention of perineal injury: a randomized clinical trial. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 4(5), 100675. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100675>
- Caporali, C., Pisoni, C., Gasparini, L., Ballante, E., Zecca, M., Orcesi, S., & Provenzi, L. (2020). A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 40(12), 1739–1752. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00798-6>

- Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C. & Grilo A.R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E. & Figueiredo A. (2023). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Carlson, N., Ellis, J., Page, K., Dunn Amore, A., & Phillippi, J. (2021). Review of evidence-based methods for successful labor induction. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(4), 459–469. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13238>
- Chang, M. Y., Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of advanced nursing*, 38(1), 68–73. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02147.x>
- 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/jfmprc.jfmprc\\_359\\_23](https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_359_23)
- Chavan, A., Paul, N., Manerkar, S., Krishna DSN, A., Gupta, A., Sahu, T. K., Kalathingal, T., Krishna, V. V., & Mondkar, J. (2023). Impact of kangaroo father care in stable very low birth weight infants on father-infant bonding. *Journal of Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2023.10.012>
- 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, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2017/8612024>
- Choi, Y. J., & Shin, S. (2021). Aspirin prophylaxis during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(1). <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.01.032>
- Choudhari, R. G., Tayade, S. A., Venurkar, S. V., & Deshpande, V. P. (2022). A review of episiotomy and modalities for relief of episiotomy pain. *Cureus*, 14(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.31620>

- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2019a). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women & Health*, 59(7), 760–774. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1553814>
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., De Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2019b). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women & Health*, 59(7), 760–774. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1553814>
- Cohen, S. R., & Thomas, C. R. (2015). *Rebozo* technique for fetal malposition in Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(4), 445–451. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12352>
- Cong, X., Ludington-Hoe, S. M., Hussain, N., Cusson, R. M., Walsh, S., Vazquez, V., Briere, C.-E., & Vittner, D. (2015). Parental oxytocin responses during skin-to-skin contact in pre-term infants. *Early Human Development*, 91(7), 401–406. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.04.012>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.
- Dagklis, T., Sen, C., Tsakiridis, I., Villalaín, C., Karel Allegaert, Wellmann, S., Kusuda, S., Serra, B., Sanchez Luna, M., Huertas, E., Volpe, N., Ayala, R., Jekova, N., Grunebaum, A. & Stanojevic, M. (2022). The use of antenatal corticosteroids for fetal maturation: clinical practice guideline by the WAPM-World Association of Perinatal Medicine and the PMF-Perinatal Medicine foundation. *Journal of Perinatal Medicine*, 50(4), 375-385. <https://doi.org/10.1515/jpm-2022-0066>
- de Waal, N., van den Heuvel, M. I., Nyklíček, I., Pop, V. J., & Boekhorst, M. G. (2023). Paternal bonding in pregnancy and early parenthood: A qualitative study in first-time fathers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2252890>
- Decreto-Lei n.º 25/2014, de 14 de fevereiro do Ministério da Economia. (2014). Diário da República n.º 32/2014, Série I de 2014-02-14.
- Delgado, A., Amorim, M. M., Oliveira, A. do, Souza Amorim, K. C., Selva, M. W., Silva, Y. E., Lemos, A., & Katz, L. (2024). Active pelvic movements on a Swiss ball reduced labour duration, pain, fatigue, and anxiety in parturient women: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 70(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.11.001>

- Dongre, S., Desai, S., & Nanavati, R. (2020). Kangaroo father care to reduce paternal stress levels: A prospective observational before-after study. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 13(3), 403–411. <https://doi.org/10.3233/npm-180190>
- Downey, J., Kruse, D. & Plonczynski, D. J. (2019). Nurses Reduce Epidural-Related Urinary Retention and Postpartum Hemorrhages. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(1), 206–210. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.09.001>
- Ergin, A., Aşci, Ö., Bal, M. D., Öztürk, G. G., & Karaçam, Z. (2023). The use of hydrotherapy in the first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>
- Elkheshen, S. A., Ahmed, S. S., & Abdelgawad, H. A. (2017). The impact of slow-stroke back message on anxiety level of low risk parturient mothers in the fourth stage of Labor. *International Journal of Nursing Didactics*, 7(3). <https://doi.org/10.15520/ijnd.2017.vol7.iss3.202.51-56>
- Elmore, C., McBroom, K., & Ellis, J. (2020). Digital and manual rotation of the persistent occiput posterior fetus. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(3), 387–394. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13118>
- Farmoz - Sociedade Técnico Medicinal S.A (2017). *Ácido acetilsalicílico Farmoz, 100 mg, comprimidos: resumo das características do medicamento* (aprovado em 03-01-2020 pelo INFARMED). Viseu: Labesfal – Laboratórios Almiro S.A.
- Fee, E. L., Stock, S. J., & Kemp, M. W. (2023). Antenatal steroids: benefits, risks, and new insights. *Journal of Endocrinology*, 258(2). <https://doi.org/10.1530/JOE-22-0306>
- Fernández-Férez, A., Ventura-Miranda, M. I., Camacho-Ávila, M., Fernández-Caballero, A., Granero-Molina, J., Fernández-Medina, I. M., & Requena-Mullor, M. del. (2021). Nursing interventions to facilitate the grieving process after perinatal death: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5587. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115587>
- Flacking, R., Thomson, G., & Axelin, A. (2016). Pathways to emotional closeness in neonatal units – a cross-national qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0955-3>

- Forde, D., Fang, M. L., & Miaskowski, C. (2021). A systematic review of the effects of skin-to-skin contact on biomarkers of stress in preterm infants and parents. *Advances in Neonatal Care*, 22(3), 223–230. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000905>
- Fu, L., Huang, J., Li, D., Wang, H., Xing, L., Wei, T., Hou, R., & Lu, H. (2023). Effects of using sitting position versus lithotomy position during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes and the childbirth experience of Chinese women: A prospective cohort study. *Healthcare*, 11(22), 2996. <https://doi.org/10.3390/healthcare11222996>
- Gairabekova, D., van Rosmalen, J., & Duvekot, J. J. (2021). Outcome of early-onset fetal growth restriction with or without abnormal umbilical artery Doppler flow. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 100(8), 1430–1438. <https://doi.org/10.1111/aogs.14142>
- Gaucher, N., Nadeau, S., Barbier, A., Janvier, A., & Payot, A. (2016). Personalized antenatal consultations for preterm labor: Responding to mothers' expectations. *The Journal of Pediatrics*, 178. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.08.006>
- Generis Farmacêutica, S.A. (2021). *Oxitocina Generis 10 U.I./1 ml solução injetável: resumo das características do medicamento* (aprovado em 30-04-2021 pelo INFARMED). Lisboa: Generis Farmacêutica, S.A.
- Generis Farmacêutica, S.A. (2021). *Ropivacaína Aurovitas 2 mg/ml Solução injetável: resumo das características do medicamento* (aprovado em 22-07-2021 pelo INFARMED). Lisboa: Generis Farmacêutica, S.A.
- Generis Farmacêutica, S.A. (2022). *Tramadol Generis 100 mg/2 ml solução injetável: resumo das características do medicamento* (aprovado em 29-07-2022 pelo INFARMED). Lisboa: Generis Farmacêutica, S.A.
- Giang, H. T., Duy, D. T., Vuong, N. L., Ngoc, N. T., Pham, T. T., Tuan, L. Q., Oai, L., Do Thuc Anh, P., Khanh, T. T., Thi, N. T., Luu, M. N., Nga, T. T., Hieu, L. T., & Huy, N. T. (2022). Prevalence of early skin-to-skin contact and its impact on exclusive breastfeeding during the maternity hospitalization. *BMC Pediatrics*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03455-3>
- Gimovsky, A. C., & Berghella, V. (2022). Evidence-based Labor Management: Second stage of labor (part 4). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(2), 100548. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100548>

- Giouleka, S., Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Kalogiannidis, I., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2023). Fetal Growth Restriction: A Comprehensive Review of Major Guidelines. *Obstetrical & gynecological survey*, 78(11), 690–708. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001203>
- Goldstein, Z., Rosen, B., Howlett, A., Anderson, M., & Herman, D. (2020). Interventions for paternal perinatal depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 265, 505–510. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.029>
- Gomes, M. L., Nicida, L. R., de Oliveira, D. C., Rodrigues, A., Torres, J. A., Coutinho, A. da, Cravo, B. da, Dantas, J. G., Oliveira, T. B., Brandão, P., & Domingues, R. M. (2023). Care at the first postnatal hour in two hospitals of the Adequate Birth Project: Qualitative analysis of experiences in two stages of the Healthy Birth Research. *Reproductive Health*, 20(2). <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01540-5>
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco LCP, A., Delgado García, B. E., & Berghella, V. (2021). Birthing ball for reducing labor pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 5184–5193. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>
- Grenvik, J. M., Coleman, L. A., & Berghella, V. (2023). Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: What is the evidence? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.014>
- Grumi, S., Saracino, A., Volling, B. L., & Provenzi, L. (2021). A systematic review of human paternal oxytocin: Insights into the methodology and what we know so far. *Developmental Psychobiology*, 63(5), 1330–1344. <https://doi.org/10.1002/dev.22116>
- Günay, U., & Coşkun Şimşek, D. (2020). Emotions and experience of fathers applying kangaroo care in the Eastern Anatolia Region of Turkey: A qualitative study. *Clinical Nursing Research*, 30(6), 840–846. <https://doi.org/10.1177/1054773820937479>
- Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta Paediatrica*, 110(8), 2310–2315. <https://doi.org/10.1111/apa.15913>

- 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>
- Heim, M. A., & Makuch, M. Y. (2023). Breathing techniques during labor: A multinational narrative review of efficacy. *The Journal of Perinatal Education*, 32(1), 23–34. <https://doi.org/10.1891/jpe-2021-0029>
- Henry, A., Mahajan, A., Crowther, C. A., Lainchbury, A., Roberts, L., Shand, A. W., & Welsh, A. W. (2021). Short-term effects of dexamethasone versus betamethasone on ultrasonic measures of fetal well-being: Cohort from a blinded, randomized trial. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 48(7), 526–540. <https://doi.org/10.1159/000517623>
- Hersh, A. R., Carroli, G., Hofmeyr, G. J., Garg, B., Gülmezoglu, M., Lumbiganon, P., De Mucio, B., Saleem, S., Festin, M. P., Mittal, S., Rubio-Romero, J. A., Chipato, T., Valencia, C., & Tolosa, J. E. (2024). Third Stage of Labor: Evidence-based practice for prevention of adverse maternal and neonatal outcomes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.11.1298>
- Hikma Farmacêutica S.A. (2022). Sufentanilo Hikma 0,005 mg/ml Solução injetável: resumo das características do medicamento (aprovado em 01-07-2022 pelo INFARMED). Lisboa: Hikma Farmacêutica S.A.
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C.C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). Elsevier.
- Hoffman, M. K., Goudar, S. S., Kodkany, B. S., Metgud, M., Somannavar, M., Okitawutshu, J., Lokangaka, A., Tshetu, A., Bose, C. L., Mwapule, A., Mwenechanya, M., Chomba, E., Carlo, W. A., Chicuy, J., Figueroa, L., Garces, A., Krebs, N. F., Jessani, S., Zehra, F., ... Zehra, F. (2020). Low-dose aspirin for the prevention of preterm delivery in nulliparous women with a singleton pregnancy (aspirin): A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *The Lancet*, 395(10220), 285–293. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)32973-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)32973-3)
- Huang, X., Chen, L., & Zhang, L. (2019). Effects of paternal skin-to-skin contact in newborns and fathers after cesarean delivery. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(1), 68–73. <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000384>

- Huang, J., Lu, H., Wang, J., Yang, M., Hu, Y., Feng, X., Ren, L., & Zang, Y. (2023). Comparison of perineal outcomes in Chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions during the passive and active phases of the second stage of labour: An observational study. *Journal of clinical nursing*, 32(11-12), 2575–2591. <https://doi.org/10.1111/jocn.16305>
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of Labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460–467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Hu, Y., Lu, H., Huang, J., & Zang, Y. (2021). Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian Network meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23–24), 3398–3414. <https://doi.org/10.1111/jocn.15865>
- Ikobah, J. M., Ikpeme, O., Omoronyia, O., Ekpenyong, N., & Udoh, E. (2020). Current Knowledge of Breastfeeding Among Health Workers in a Developing Country Setting: A Survey in Calabar, Nigeria. *Cureus*, 12(9), e10476. <https://doi.org/10.7759/cureus.10476>
- Índice Nacional Terapêutico* (2021). Tupam Editores.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2023). *Misoprostol ONLY Dosing Chart: Recommended Regimens 2023*.
- Ionio, C., Ciuffo, G., & Landoni, M. (2021). Parent–infant skin-to-skin contact and stress regulation: A systematic review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4695. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094695>
- Isidrat, N., Perween, S., & Khan, G. (2024). Effect of antenatal corticosteroids on daily fetal movement count in pregnant women. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, (0), 1. <https://doi.org/10.5455/njppp.2023.13.08403202322082023>

- Issac, A., Nayak, S. G., T, P., Balakrishnan, D., Halemani, K., Mishra, P., P, I., VR, V., Jacob, J., & Stephen, S. (2023). Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health, 13*. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04023>
- Iversen, M. L., Midtgaard, J., Ekelin, M., & Hegaard, H. K. (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare, 11*, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.005>
- 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). <https://doi.org/10.7759/cureus.36088>
- Jones, H., & Santamaria, N. (2017). Physiological benefits to parents from undertaking skin-to-skin contact with their neonate, in a neonatal intensive special care unit. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(3), 1012–1017. <https://doi.org/10.1111/scs.12543>
- Karimi, F. Z., Miri, H. H., Khadivzadeh, T., & Maleki-Saghooni, N. (2020). The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association, 21*(1), 46–56. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138>
- Kesavan, R., Rajan, S., & Kumar, L. (2018). Effect and Safety of Labor Epidural Analgesia with Intermittent Boluses of 0.1% Bupivacaine with Fentanyl on Fetal and Maternal Outcomes and Wellbeing. *Anesthesia, essays and researches, 12*(4), 769–773. [https://doi.org/10.4103/aer.AER\\_168\\_18](https://doi.org/10.4103/aer.AER_168_18)
- 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*, 102788. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102788>
- Kirca, N., & Adibelli, D. (2021). Effects of mother–infant skin-to-skin contact on postpartum depression: A systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care, 57*(4), 2014–2023. <https://doi.org/10.1111/ppc.12727>
- Kirca, A. Ş., Öksüz, S. K., & Murat, N. (2021). The effect of cold application on Episiotomy pain: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing, 31*(5–6), 559–568. <https://doi.org/10.1111/jocn.15912>

- Koliouli, F., Gaudron, C. Z., Bourque, C. J., & Raynaud, J.-P. (2022). Parental sense of competence, paternal stress and perceived construction of the relationship with the premature newborn: A mixed method study. *Early Human Development*, 168. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2022.105576>
- Kuo, P. X., Braungart-Rieker, J. M., Burke Lefever, J. E., Sarma, M. S., O'Neill, M., & Gettler, L. T. (2018). Fathers' cortisol and testosterone in the days around infants' births predict later paternal involvement. *Hormones and Behavior*, 106, 28–34. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2018.08.011>
- Labesfal – Laboratórios Almiro S.A. (2020). *Metoclopramida Labesfal 10mg/2ml solução injetável: resumo das características do medicamento* (aprovado em 03-01-2020 pelo INFARMED). Viseu: Labesfal – Laboratórios Almiro S.A.
- Lallemant, M., D'Antona, A., Vidal, C., Bourtembourg, A., Toubin, C., Chehab, M., Vilchez, M., Boiteux, G., Ramanah, R., Pazart, L., Riethmuller, D., & Mottet, N. (2022). Conservative management versus systematic suture of isolated vaginal or first-degree perineal tears after delivery: A preliminary randomized efficacy trial. *Birth*, 50(3), 513–524. <https://doi.org/10.1111/birt.12671>
- Lee, N., Firmin, M., Gao, Y., & Kildea, S. (2018). Perineal injury associated with hands on/hands poised and directed/undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of non-operative vaginal births, 2011-2016. *International journal of nursing studies*, 83, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.002>
- Lees, C. C., Romero, R., Stampalija, T., Dall'Asta, A., DeVore, G. R., Prefumo, F., Frusca, T., Visser, G. H. A., Hobbins, J. C., Baschat, A. A., Bilardo, C. M., Galan, H. L., Campbell, S., Maulik, D., Figueras, F., Lee, W., Unterscheider, J., Valensise, H., Da Silva Costa, F., ... Hecher, K. (2022). The diagnosis and management of suspected fetal growth restriction: An evidence-based approach. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 226(3), 366–378. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.1357>
- LeFevre, N. M., Krumm, E., & Cobb, W. J. (2021). Labor Dystocia in Nulliparous Women. *American family physician*, 103(2), 90–96.
- Lehtonen, L., Lilliesköld, S., De Coen, K., Toome, L., Gimeno, A., Caballero, S., Tameliene, R., Laroche, S., Retpap, J., Grundt, H., Van Hoestenbergh, M.-R., Skene, C., Pape, B., & Axelin,

- A. (2022). Parent–infant closeness after preterm birth and depressive symptoms: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.906531>
- Lei n.º 16/2007, de 17 de abril da Assembleia da República: Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. (2007). Diário da República n.º 75/2007, Série I de 2007-04-17.
- Lei n.º 9/2009, de 4 de março da Assembleia da República. (2009). Diário da República n.º 44/2009, Série I de 2009-03-04.
- Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual de Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF.
- Lopes, L., Vaccari, A., Rodrigues, F., & Herber, S. (2020). Vivências Paternas na Realização da Posição canguru com recém-nascidos de baixo peso. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (No 3). <https://doi.org/10.12707/rv20033>
- Lord, L. G., Harding, J. E., Crowther, C. A., & Lin, L. (2023). Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06057-8>
- Loussert, L., Vidal, F., Parant, O., Hamdi, S. M., Vayssiere, C., & Guerby, P. (2020). Aspirin for prevention of preeclampsia and fetal growth restriction. *Prenatal diagnosis*, 40(5), 519–527. <https://doi.org/10.1002/pd.5645>
- Martín-Vázquez, C., Goás-Gómez, N., Calvo-Ayuso, N., Rosón-Matilla, L., Quiroga-Sánchez, E., & García-Fernández, R. (2024). Analysis of maternal positions during the dilation and expulsive phase and their relationship with perineal injuries in EUTOIC deliveries attended by Midwives. *Healthcare*, 12(4), 441. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040441>
- Martínez-García, E., Lara-Rodríguez, H., Álvarez-Serrano, M. A., González-García, A., Martín-Salvador, A., Gázquez-López, M., & Pérez-Morente, M. Á. (2023). Good practices in perinatal bereavement care in public maternity hospitals in southern Spain. *Midwifery*, 124, 103749. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103749>
- Martins, J. G., Biggio, J. R., & Abuhamad, A. (2020). Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction: (Replaces Clinical

Guideline Number 3, April 2012). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(4), 2–17. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.010>

Masoudi, Z., Kasraeian, M., & Akbarzadeh, M. (2022). Assessment of educational intervention and acupressure during labor on the mother's anxiety level and arterial oxygen pressure of the umbilical cord of infants (PO<sub>2</sub>). A randomized controlled clinical trial. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), 86. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_685\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_685_20)

McKinney, C. M., Glass, R. P., Coffey, P., Rue, T., Vaughn, M. G., & Cunningham, M. (2016). Feeding Neonates by Cup: A Systematic Review of the Literature. *Maternal and child health journal*, 20(8), 1620–1633. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1961-9>

Melamed, N., Baschat, A., Yinon, Y., Athanasiadis, A., Mecacci, F., Figueras, F., Berghella, V., Nazareth, A., Tahlak, M., McIntyre, H. D., Da Silva Costa, F., Kihara, A. B., Hadar, E., McAuliffe, F., Hanson, M., Ma, R. C., Gooden, R., Sheiner, E., Kapur, A., ... Hod, M. (2021). Figo (International Federation of Gynecology and Obstetrics) initiative on Fetal Growth: Best Practice Advice for screening, diagnosis, and management of fetal growth restriction. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(S1), 3–57. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13522>

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Pub.

Meler, E., Martínez, J., Boada, D., Mazarico, E., & Figueras, F. (2021). Doppler studies of placental function. *Placenta*, 108, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2021.03.014>

Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2013). *Parecer N°30/2013 – Consulta de Interrupção da Gravidez IVG*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019). *Parecer N°43/2019 – Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.

Mihalik, H., Young Smith, H., Mullen, C., George, E., Cottrell, C., Markovich, R., & Savitski, J. (2021). Skin-to-skin contact and the incidence of transient tachypnea of the newborn. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 50(6), 724–731. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.09.001>

- Moberg, K. U., Handlin, L., & Petersson, M. (2020). Neuroendocrine mechanisms involved in the physiological effects caused by skin-to-skin contact – with a particular focus on the oxytocinergic system. *Infant Behavior and Development*, 61. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101482>
- Mohd Azmi, N. A., Juliana, N., Azmani, S., Mohd Effendy, N., Abu, I. F., Mohd Fahmi Teng, N. I., & Das, S. (2021). Cortisol on circadian rhythm and its effect on cardiovascular system. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020676>
- Monteiro, B. R., Silva, V. G., Andrade, A. S., Machado, L. S., Pinto, E. S., & Souza, N. L. (2022). Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the Golden Hour. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0015en>
- Morris, A. R., Turner, A., Gilbertson, C. H., Corner, G., Mendez, A. J., & Saxbe, D. E. (2021). Physical touch during father-infant interactions is associated with paternal oxytocin levels. *Infant Behavior and Development*, 64. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101613>
- Muhammed, A., Habibu, H. S., Ibrahim, A. H., & Abdulrashid, I. (2023). Effect of upright positioning on the process and outcome of labour among parturient in primary health care setting. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 19(3), 121–129. <https://doi.org/10.1177/0974150x231195178>
- Mukherjee, D., Chandra Shaw, S., Venkatnarayan, K., & Dudeja, P. (2020). Skin-to-skin contact at birth for vaginally delivered neonates in a tertiary care hospital: A cross-sectional study. *Medical Journal Armed Forces India*, 76(2), 180–184. <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2018.11.008>
- Muniz, C. S., Dias, B. F., Motoyama, P. V., Almeida, C. T., Feitosa, F. E., Araujo Júnior, E., & Alves, J. A. (2021). Doppler abnormalities and perinatal outcomes in pregnant women with early-onset fetal growth restriction. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 7276–7279. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1946786>
- Myers, E. R., Sanders, G. D., Coeytaux, R. R., McElligott, K. A., Moorman, P. G., Hicklin, K., Grotegut, C., Villers, M., Goode, A., Campbell, H., Befus, D., McBroom, A. J., Davis, J. K.,

- Lallinger, K., Fortman, R., & Kosinski, A. (2020). Labor Dystocia. <https://doi.org/10.23970/ahrqepccer226>
- Mylod, D. C. M., Hundley, V., Way, S., & Clark, C. (2024). Using a birth ball to reduce pain perception in the latent phase of labour: A randomised controlled trial. *Women and Birth*, 37(2), 379–386. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.008>
- Nassar, A. H., Visser, G. H. A., Ayres-de-Campos, D., Rane, A., & Gupta, S. (2019). FIGO statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 146(1), 17–19. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12843>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Fetal monitoring in labour* [NICE Guideline No. 229]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum care* [NICE Guideline No. 235]. [www.nice.org.uk/guidance/ng235](http://www.nice.org.uk/guidance/ng235)
- Néné, M., Marques, R. & Batista, M.A. (2016) *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Lidel.
- Norholt, H. (2020). Revisiting the roots of attachment: A review of the biological and psychological effects of maternal skin-to-skin contact and carrying of full-term infants. *Infant Behavior and Development*, 60. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101441>
- Norman, J., Shennan, A., Jacobsson, B., & Stock, S. J. (2021). Figo good practice recommendations on the use of prenatal corticosteroids to improve outcomes and minimize harm in babies born preterm. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(1), 26–30. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13836>
- O’Kane, M., & Rantell, A. (2023). Intrapartum and postpartum bladder management: The Poor Relation of modern obstetrics. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 33(7), 190–196. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2023.04.002>
- 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 (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO)*. Colégio da

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

- Ozgoli, G., Sedigh Mobarakabadi, S., Heshmat, R., Alavi Majd, H., & Sheikhan, Z. (2016). Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine*, 29, 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2016.10.009>
- Papadakis, K. & Myriknas, S. (2020). Standardizing indications for episiotomy: a narrative review of contemporary clinical evidence. *Journal of Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy* 126, 5–10.
- 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/jfmprc.jfmprc\\_1189\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_1189_20)
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Keenan-Lindsay, L., & Sams, C. (2022). *Maternal Child Nursing Care in Canada* (3rd ed.). Langara College.
- Prata, J. A., Pamplona, N. D., Progianti, J. M., Mouta, R. J., Correia, L. M., & Pereira, A. L. (2022). Tecnologias Não invasivas de Cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: Contribuições Terapêuticas. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0182>
- Prieto Bocanegra, B. M., Gil Sosa, J. C., & Madrid Simbaqueba, D. C. (2020). Terapias complementarias Durante La Gestación y Parto. Revisión Integrativa. *Revista Cuidarte*, 11(2). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1056>
- Purwanti, A. S. (2020). Effect of Application Rebozo Techniques on Pain Intensity and Anxiety Levels to the Mother Gives Birth 1st Phase of Active. *International Conference on Health Science* (pp. 70-76).
- Raana, H. N., & Fan, X. N. (2020). The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *Complementary therapies in clinical practice*, 39, 101126. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101126>

- Ranjbar, A., Mehrnoush, V., Darsareh, F., Pariafsay, F., Shirzadfarjahromi, M., & Shekari, M. (2023). The incidence and outcomes of late-term pregnancy. *Cureus*, 15(1). <https://doi.org/10.7759/cureus.33550>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06.
- Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. (2019). Diário da República n.º 85, Série II de 2019-05-03.
- Ritter, S. K., Gonçalves, A. de, & Gouveia, H. G. (2020). Práticas Assistenciais em Partos de Risco habitual assistidos Por Enfermeiras obstétricas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0284>
- Roberts, L. R., Sarpy, N. L., Peters, J., Nick, J. M., & Tamares, S. (2021). Bereavement care immediately after perinatal loss in health care facilities: A scoping review protocol. *JB/Evidence Synthesis*, 20(3), 860–866. <https://doi.org/10.11124/jbies-21-00053>
- Ruhe, K., van den Hoogen, A., Bröring-Starre, T., Wielenga, J. M., & van Weissenbruch, M. M. (2022). Getting a grip in the middle of chaos: Preparing for preterm parenthood during a high-risk pregnancy - Parental experiences and needs. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 111(7), 1324–1330. <https://doi.org/10.1111/apa.16361>
- Ruiz, M. T., Azevedo, N. F., Raponi, M. B., Fonseca, L. M., Wernet, M., Silva, M. P., & Contim, D. (2023). Skin-to-skin contact in the third stage of labor and postpartum hemorrhage prevention: A scoping review. *Maternal and Child Health Journal*, 27(4), 582–596. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03582-4>
- Saadoon, O. H. M. M., A., Y., & Mohammed, S. F. (2023). Effect of applying rebozo techniques on pain intensity and anxiety among primiparous women during the active phase of labor. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(2), 476–486. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.2978058>
- Salandy, S., Rai, R., Gutierrez, S., Ishak, B., & Tubbs, R. S. (2019). Neurological examination of the infant. *Clinical Anatomy*, 32(6), 770–777. <https://doi.org/10.1002/ca.23352>

- Salau, J. O., Onile, T. G., Musa, A. O., Gbejegbe, E. H., Adewole, A. A., Olorunfemi, G. O., & Olumodeji, A. M. (2022). Effectiveness and safety of membrane sweeping in the prevention of post-term pregnancy: A randomised controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(7), 3026–3032. <https://doi.org/10.1080/01443615.2022.2126752>
- Salmani, N., & Dehghani Champiry, K. (2016). Effects of Kangaroo Care on Father Stress of Premature Infants Hospitalized in the Neonatal Intensive Care Unit of Shahid Sadoughi Hospital of Yazd, Iran. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 18(5), 7-12.
- Satone, P. D., & Tayade, S. A. (2023). Alternative birthing positions compared to the conventional position in the second stage of Labor: A Review. *Cureus*, 15(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.37943>
- Scatliffe, N., Casavant, S., Vittner, D., & Cong, X. (2019). Oxytocin and early parent-infant interactions: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 445–453. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.009>
- Schlembach, D. (2020). Fetal growth restriction – diagnostic work-up, management and Delivery. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 80(10), 1016–1025. <https://doi.org/10.1055/a-1232-1418>
- Schmidt, P. C., & Fenner, D. E. (2023). Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first–fourth). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.005>
- Scism, A. R., & Cobb, R. L. (2017). Integrative Review of Factors and Interventions That Influence Early Father-Infant Bonding. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 46(2), 163–170. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.09.004>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., & Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: A randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06358-x>
- Shen, H.-C., Wang, H., Sun, B., Jiang, L.-Z., & Meng, Q. (2021). Birthing ball on promoting cervical ripening and its influence on the labor process and the Neonatal Blood Gas Index. *World*

*Journal of Clinical Cases*, 9(36), 11330–11337.  
<https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i36.11330>

Shinozaki, K., Suto, M., Ota, E., Eto, H., & Horiuchi, S. (2022). Postpartum urinary incontinence and birth outcomes as a result of the pushing technique: a systematic review and meta-analysis. *International Urogynecology Journal*, 33(6), 1435–1449.  
<https://doi.org/10.1007/s00192-021-05058-5>

Siahkal, S. F., Abedi, P., Iravani, M., Esfandiarinezhad, P., Dastoorpoor, M., Bakhtiari, S., Najafian, M., Sharifipour, F., & Mohaghegh, Z. (2023). Continuous non-locking vs. interrupted suturing techniques for the repair of episiotomy or second-degree perineal tears: A single-blind randomized controlled trial. *Frontiers in Surgery*, 10.  
<https://doi.org/10.3389/fsurg.2023.1114477>

Solone, M., & Shaw, K. A. (2020). Induction of labor with an unfavorable cervix. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 107–112.  
<https://doi.org/10.1097/gco.0000000000000608>

Solt Kirca, A., & Kanza Gul, D. (2022). Effects of acupuncture and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 273, 98–104.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.018>

Suzuki, D., Ohashi, Y., Shinohara, E., Usui, Y., Yamada, F., Yamaji, N., Sasayama, K., Suzuki, H., Nieva, R. F., da Silva Lopes, K., Miyazawa, J., Hase, M., Kabashima, M., & Ota, E. (2022). The current concept of paternal bonding: A systematic scoping review. *Healthcare*, 10(11).  
<https://doi.org/10.3390/healthcare10112265>

Sweeney, S., Rothstein, R., Visintainer, P., Rothstein, R., & Singh, R. (2017). Impact of kangaroo care on parental anxiety level and parenting skills for preterm infants in the neonatal intensive care unit. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(3), 151–158.  
<https://doi.org/10.1016/j.jnn.2016.09.003>

Sweeney, S., & Wilson, C. (2023). Parental anxiety and offspring development: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 327, 64–78.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.128>

- Swier, M. (2021). Clinical assessment of labor progress. *The Global Library of Women's Medicine*.  
<https://doi.org/10.3843/glowm.413923>
- Taşkın, A., & Ergin, A. (2021). Effect of hot shower application on pain anxiety and comfort in the first stage of Labor: A randomized controlled study. *Health Care for Women International*, 43(5), 431–447. <https://doi.org/10.1080/07399332.2021.1925282>
- Tayrac, R., Béchard, F., Castelli, C., Alonso, S., Vintejou, E., Goffinet, F., Letouzey, V., & Schmitz, T. (2019). Risk of new-onset urinary incontinence 3 and 12 months after vaginal or cesarean delivery of twins: Part I. *International urogynecology journal*, 30(6), 881–891.  
<https://doi.org/10.1007/s00192-018-3774-4>
- The Lullaby Trust (s. d.). *Safer Sleep for Babies: A guide for professionals*. The Lullaby Trust.
- Thum, C., Wall, C., Day, L., Szeto, I. M. Y., Li, F., Yan, Y., & Barnett, M. P. G. (2022). Changes in Human Milk Fat Globule Composition Throughout Lactation: A Review. *Frontiers in nutrition*, 9. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.835856>
- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2020). Induction of labor: An overview of guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75(1), 61–72.  
<https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000000752>
- 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>
- Uribe-Torres, C., Muñoz-Serrano, M., Delpiano-Barriga, A. M., & Toso-Milos, P. (2022). Estudio Piloto: Contacto Padre-hijo(a) Y oxitocina en varones Preparados Especialmente Para El Nacimiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 87(3).  
<https://doi.org/10.24875/rechog.22000023>
- Ünal Toprak, F., & Şentürk Erenel, A. (2020). Impact of kangaroo care after caesarean section on paternal–infant attachment and involvement at 12 months: A Longitudinal Study in Turkey. *Health & Social Care in the Community*, 29(5), 1502–1510.  
<https://doi.org/10.1111/hsc.13210>
- Ünal Toprak, F., & Şentürk Erenel, A. (2022). The effect of Kangaroo Care Practice after caesarean section on paternal-newborn interaction: A mixed-methods study in Turkey. *Midwifery*, 115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103489>

- Vafaei, H., Kaveh Baghbahadorani, F., Asadi, N., Kasraeian, M., Faraji, A., Roozmeh, S., Zare, M., & Bazrafshan, K. (2021). The impact of Betamethasone on fetal pulmonary, umbilical and middle cerebral artery Doppler velocimetry and its relationship with neonatal respiratory distress syndrome. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03655-2>
- Varela, N., Munoz, P., Tessier, R., Plata, S., & Charpak, N. (2014). Indian fathers and their premature baby--an early beginning: a pilot study of skin-to-skin contact, culture and fatherhood. *Fathering*, 12(2), 211-218.
- Varela, N., Tessier, R., Tarabulsy, G., & Pierce, T. (2017). Cortisol and blood pressure levels decreased in fathers during the first hour of skin-to-skin contact with their premature babies. *Acta Paediatrica*, 107(4), 628–632. <https://doi.org/10.1111/apa.14184>
- Vittner, D., Butler, S., Smith, K., Makris, N., Brownell, E., Samra, H., & McGrath, J. (2019). Parent engagement correlates with parent and preterm infant oxytocin release during skin-to-skin contact. *Advances in Neonatal Care*, 19(1), 73–79. <https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000558>
- Vittner, D., McGrath, J., Robinson, J., Lawhon, G., Cusson, R., Eisenfeld, L., Walsh, S., Young, E., & Cong, X. (2017). Increase in oxytocin from skin-to-skin contact enhances development of parent–infant relationship. *Biological Research For Nursing*, 20(1), 54–62. <https://doi.org/10.1177/1099800417735633>
- Vogl, J. L., Dunne, E. C., Liu, C., Bradley, A., Rwei, A., Lonergan, E. K., Hopkins, B. S., Kwak, S. S., Simon, C. D., Rand, C. M., Rogers, J. A., Weese-Mayer, D. E., & Garfield, C. F. (2021). Kangaroo father care: A pilot feasibility study of physiologic, biologic, and psychosocial measures to capture the effects of father–infant and mother–infant skin-to-skin contact in the Neonatal Intensive Care Unit. *Developmental Psychobiology*, 63(5), 1521–1533. <https://doi.org/10.1002/dev.22100>
- Wheeler, V., Hoffman, A. & Bybel, M. (2022). Cervical Ripening and Induction of Labor. *American Family Physician*, 105(2).
- Widiatrilupi, R. M. V. (2023). The influence of rebozo technique on the duration of active phase of stage I labor in Primigravida mothers. *Babali Nursing Research*, 4(3), 393–400. <https://doi.org/10.37363/bnr.2023.43259>

- Widström, A., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, *108*(7), 1192–1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Wijayanti, I. T., Sulistyaningsih, S. H., Khasanah, U., Marfu'ah, S., Altika, S., & Fadlilah, S. (2023). Rebozo Technique Effectively Reduces Maternal Pain during Childbirth Stage 1 Active Phase. *International Medical Journal*, *30*(2), 96–98.
- Wool, C., & Catlin, A. (2019). Perinatal bereavement and palliative care offered throughout the healthcare system. *Annals of Palliative Medicine*, *8*(1). <https://doi.org/10.21037/apm.2018.11.03>
- World Health Organization (2011). *Guidelines on Optimal Feeding of Low Birth-Weight Infants in Low- and Middle-Income Countries*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- World Health Organization (2022). *WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes*. World Health Organization.
- World Health Organization (2022). *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term*. World Health Organization.
- World Health Organization (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. World Health Organization.
- Wynne, K., Rowe, C., Delbridge, M., Watkins, B., Brown, K., Addley, J., Woods, A., & Murray, H. (2020). Antenatal corticosteroid administration for foetal lung maturation. *F1000Research*, *9*(219). <https://doi.org/doi.org/10.12688/f1000research.20550.1>
- Yakhup, A., Okada, H., Kawagoe, I., & Sumikura, H. (2023). Anesthesia outcomes of pregnant women with spinal diseases: a single-center case-series study. *JA clinical reports*, *9*(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s40981-023-00648-2>
- Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *76*(12), 3293–3306. <https://doi.org/10.1111/jan.14587>

Zhao, X., & Zhang, Z. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

Zhou, Y., Luo, Y., Zhou, Q., Xu, J., Tian, S., & Liao, B. (2023). Effect of gestational weight gain on postpartum pelvic floor function in twin primiparas: a single-center retrospective study in China. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1), 273. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05602-9>

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 and Gynecology*, 228(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>



## **APÊNDICE**



## **Apêndice I - Plano de Sessão: Básculas e Maleabilidade da Bacia**



<b>Objetivo geral: Promover a maleabilidade da bacia</b>		
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONTEÚDO TEÓRICO</b>	<b>EXERCÍCIOS A REALIZAR</b>
<p>Melhorar o conhecimento sobre a relação entre a mobilidade e os diâmetros da bacia</p> <p>Melhorar a consciencialização sobre a relação entre a mobilidade e os diâmetros da bacia</p>	<p>A bacia é composta pelo sacro, pelo osso íliaco e pela sínfise púbica. O osso íliaco é como uma asa e, á medida que nos movimentamos, alteramos a posição do osso íliaco e os diâmetros da bacia.</p>	<p>Colocar as mãos por baixo das espinhas isquiáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Afastar bem as pernas</li> <li>- Juntar os joelhos</li> </ul> <p>O que sentiram?</p>
<p>Melhorar o conhecimento sobre a relação entre a verticalidade/mobilidade e a evolução do trabalho de parto</p>	<p>Por outro lado, a verticalidade promove a evolução do trabalho de parto por ação da gravidade.</p> <p>A gravidade vai aumentar a pressão que o vosso bebé faz no pavimento pélvico, promovendo a descida do bebé, uma contratilidade uterina mais forte e uma dilatação cervical mais rápida.</p>	
	<p>4 “Regras”</p>	<p>1 – Fechar os olhos</p> <p>2 – Respiração 4/8: inspirar durante 4 tempos como se estivéssemos a cheirar uma flor; expirar durante 8 tempos como se estivéssemos a soprar uma vela sem a apagar</p> <p>3 – Encontrar uma posição confortável</p> <p>4 – Privilegiar o intervalo entre as contrações para movimentar</p>

Promover a utilização de estratégias facilitadoras do trabalho de parto (básculas da bacia/verticalidade/mobilidade)

Promover a utilização de dispositivos facilitadores do trabalho de parto (bola de partos/lentilha/rebozo)

As posições que vos vamos mostrar, podem ser úteis nas diferentes fases do trabalho de parto.

Devemos privilegiar posições com os joelhos afastados numa fase mais inicial, para aumentar o diâmetro mais superior da bacia e ajudar o vosso bebé a encaixar na pelve

Privilegiar posições com uma rotação interna do joelho numa fase mais avançada, para aumentar o diâmetro mais inferior da bacia e ajudar o vosso bebé no final do trabalho de parto/período expulsivo.

No período expulsivo, o sacro tem de se movimentar para trás para facilitar a descida e nascimento do bebé. Se estiverem deitadas (posição ginecológica) ou semi-sentadas, o colchão vai dificultar este movimento do sacro. A lentilha pode facilitar neste sentido por ser mais maleável e conferir maior mobilidade ao sacro.

**Recentrar o casal no momento do parto frequentemente, voltando ao momento de contração com respiração 4/8**

### 1 - Sentar na bola de partos:



- Anteversão e Retroversão da bacia – movimentos para trás e para a frente na bola. **IMPORTANTE:** “empurrar” o cóccix para a frente na anteversão
- Translações - movimentos de um lado para o outro
- Circundações da bacia - movimentos circulares, desenhar o 8 e o infinito com a bola

### 2 – Sentar na bola de partos com o companheiro á frente

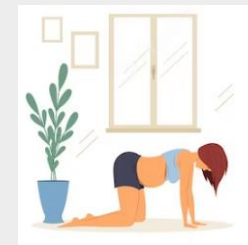


**3 - Posição de quatro apoios com os braços/peito em cima da bola de partos:**



- Movimentos de anteversão e retroversão - empurrar a bola mais para a frente e levar a bacia ao chão
- Movimentos de translação - movimentar a bacia de um lado para o outro

**4 - Posição de quatro apoios:**



- Movimento de gata feliz/gata assanhada – na posição de quatro apoios, empurrar o sacro para fora/cima, curvando as costas para baixo; empurrar o sacro para dentro/baixo, curvando as costas para cima

**5 - “Rezar a meca” ou Posição Cachorrinho Estendido**



**6 – Cócoras**



**7 – Encostada a uma parede**



- Movimentos da bacia

**8 – De costas para o companheiro com ele a suportar o peso**



**9 – Com a bola de parto na parede**



- Durante a contração pode dobrar ligeiramente os joelhos

**10 - Deambular**



- Andar normalmente
- Andar á Charlie Chaplin – dar pequenos passos com os pés ligeiramente voltados para fora
- Andar á futebolista/elefante - dar passos largos movimentando a perna para dentro e depois para fora com rotação coxofemoral

Melhorar conhecimento sobre posições para o período expulsivo

Não existe a posição ideal! Todas as posições têm os seus benefícios e, quando está tudo a correr bem, vocês devem escolher a posição que vos faz sentir melhor.

#### **Posição ginecológica/Litotomia**

- Menos recomendada por dificultar os esforços maternos e fetais
- Maior facilidade de intervenção do profissional em caso de emergência
- Menor perfusão placentária por compressão da veia cava

#### **Posição semi-sentada**

- Maior ação da gravidade
- Maior pressão sobre o sacro pode reduzir o diâmetro ântero-posterior – chegar as nádegas mais para a frente/usar lentilha

#### **Cócoras/banco de parto/suspensão**

- Maior ação da gravidade, facilitando a descida do bebé e a dilatação
- Maior pressão sobre o períneo



**Decúbito lateral**

- Diminui a pressão sobre o períneo
- Promove descanso entre contrações
- Facilita a rotação interna do bebê se estiver em posição posterior

**Quatro apoios**

- Diminui o desconforto lombar
- Facilita a rotação interna do bebê se estiver em posição posterior





## **Apêndice II - Plano de Sessão: Exercícios de Relaxamento**



Capacitar a grávida para a utilização de métodos de relaxamento durante o seu trabalho de parto

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

CONTEÚDO TEÓRICO

EXERCÍCIOS A REALIZAR

Relacionar o relaxamento com o alívio da dor



**Ciclo do Medo-Tensão-Dor:** Com o aumento da intensidade das contrações, associado á ausência de uma sensação de controlo e a elementos não tranquilizadores em um ambiente estranho, muitas parturientes sentem um aumento da ansiedade. Esta ansiedade, por sua vez, traduz-se num aumento da tensão muscular, que leva a um aumento da sensação de dor.

**Assim, com as técnicas de relaxamento, temos a oportunidade de travar o desenrolar deste ciclo, evitando o “medo” e stress. Por outro lado, algumas destas técnicas contribuem para o relaxamento muscular, reduzindo ainda o aspeto “tensão”.**

NA

<p>Capacitar a grávida para a utilização da bola de parto durante o seu TP</p>	<p>A utilização da bola de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promove a adoção de posições facilitadoras do TP, facilitando assim a sua progressão;</li> <li>- Possibilita a liberdade de movimentos ao ritmo das contrações uterinas;</li> <li>- Reduz a percepção da intensidade das contrações uterinas;</li> <li>- Fortalece a musculatura perineal diminuindo as dores da coluna vertebral;</li> <li>- Aumenta a sensação de bem-estar.</li> </ul>	<p>Movimentos na bola de parto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Básculas:</b> para a frente e para trás;</li> <li>- <b>Translações:</b> para a esquerda e para a direita;</li> <li>- <b>Circundações:</b> movimento circular da bacia</li> <li>- <b>Infinito/8.</b></li> </ul>
<p>Capacitar a grávida para a utilização de técnicas de respiração durante o seu TP</p>	<p>As técnicas respiratórias, apesar de não terem um efeito direto na intensidade da dor, constituem uma técnica auxiliar de relaxamento, permitindo reduzir os níveis de ansiedade materna e promovem um desvio da atenção, sendo que a grávida se foca na respiração e não nas contrações.</p>	<p>Durante a contração: Fechar os olhos, encontrar uma posição confortável e focar na respiração – inspirar pelo nariz, como se estivesse a cheirar uma flor, durante 4 contagens; expirar pela boca, como se estivesse a tentar soprar gentilmente uma vela sem a apagar, durante 8 contagens.</p> <p>Entre as contrações: Voltar ao ritmo de respiração normal.</p>
<p>Capacitar o casal para a utilização da aromoterapia durante o TP</p>	<p>A aromoterapia tem efeitos ao nível do alívio da dor, diminuição da ansiedade, stresse e medo, bem como promoção de relaxamento.</p>	<p>Fornecer às grávidas óleo de lavanda, canfora, citrinos durante as várias etapas da sessão.</p>

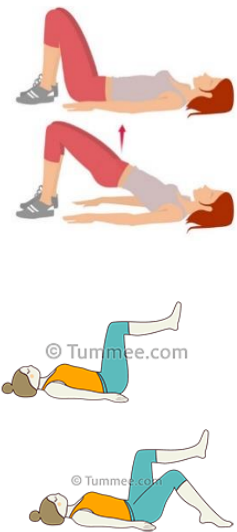
<p>Capacitar a grávida para a utilização de musicoterapia durante o seu TP</p>	<p>A utilização da musicoterapia durante o TP promove o relaxamento e bem-estar da parturiente. Tem efeitos ao nível da redução da tensão arterial, do metabolismo basal e da frequência respiratória, permitindo uma diminuição dos níveis de ansiedade durante o TP.</p>	<p>Colocar música relaxante no background desde o início da sessão. No fim questionar os casais sobre os sentimentos causados por esta música de fundo e explicar os efeitos da musicoterapia.</p>
<p>Capacitar a grávida para a utilização de hidroterapia durante o seu TP</p>	<p>A utilização da água quente durante a dilatação cervical favorece o relaxamento muscular, a diminuição da pressão arterial, estimula a produção de endorfinas e melhora a perfusão uterina. Assim, a utilização do banho de chuveiro reduz a sensação de dor, promovendo uma redução da necessidade de analgésicos e uma redução do tempo de TP.</p>	<p>NA</p>

<p>Capacitar a grávida para a utilização da deambulação/mobilidade durante o seu TP</p>	<p>A deambulação durante o TP tem como efeitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhoria da contractilidade uterina;</li> <li>- O favorecimento do fluxo sanguíneo útero-placentar;</li> <li>- Promoção da dilatação cervical, favorecendo a descida da apresentação e diminuindo a duração da fase ativa do TP;</li> <li>- Aumento da tolerância à dor.</li> </ul>	<p>A trabalhar numa sessão seguinte</p>
<p>Capacitar o casal para a utilização da massagem durante o TP</p>	<p>Estimulação táctil de locais específicos do corpo promovendo um maior relaxamento muscular e consequentemente alívio da dor, permitindo assim uma sensação de bem-estar.</p>	<p>Grávida em posição confortável (de joelhos debruçada sobre a bola de parto); pessoa significativa sentada numa cadeira atrás desta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Movimentos circulares ao longo a coluna vertebral;</li> <li>- Movimentos de “arrastar” desde o fundo das costas para a lateral do tronco</li> <li>- Movimentos de “arrastar” desde a porção inferior da barriga até á lateral do tronco</li> <li>- Movimentos de “arrastar” desde as cristas ilíacas até á lateral da coxa</li> </ul>

<p>Capacitar o casal para a utilização da acupressão durante o TP</p>	<p>A acupressão tem como benefícios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O alívio das dores causadas pelas contrações;</li> <li>- A promoção da contratilidade uterina e da descida da apresentação;</li> <li>- A indução do TP;</li> <li>- A promoção da dilatação uterina;</li> <li>- A promoção da rotação fetal.</li> </ul>	<p>Utilização da acupressão – pressionar pontos de junção das cristas ilíacas com o sacro com os dedos ou com a região cárpica da palma da mão</p>
<p>Capacitar o casal para a utilização da imaginação guiada durante o TP</p>	<p>A imaginação guiada tem a capacidade de direcionar a atenção da grávida para um evento ou momento relaxante e prazeroso, reduzindo a percepção da dor e ansiedade durante o TP.</p>	<p>Fechar os olhos e imaginar uma floresta mágica (sons de pássaros), caminhar sobre a relva. Luzinha quente ao fundo. Caminhar em direção á luz.</p> <p>Um anjinho coloca-vos o vosso bebé nos braços. Imaginar as feições do bebé. (fazer sinal aos pais! para abraçarem e suportarem o peso da barriga)</p> <p>Mantinha roxa envolve o vosso bebé. Imaginar dar um beijinho na testa do bebé e dizer até já, porque estão quase, quase a ver-se novamente.</p> <p>Abrir lentamente os olhos</p>

### **Apêndice III - Plano de Sessão: Treino da Musculatura Abdomino-Pélvica**



Objetivo Geral: Promover a recuperação pós-parto		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTEÚDO TEÓRICO	EXERCÍCIOS A REALIZAR
<p><b>Promover a melhoria da diástase abdominal</b></p> <p><b>Promover o fortalecimento da musculatura abdominal</b></p>	<p><b>O que é a diástase abdominal?</b> Estiramento dos músculos retos abdominais, na região central do abdômen, causada pelo enfraquecimento dos músculos abdominais. Durante a gravidez, a pressão exercida pelo crescimento do bebê, bem como o relaxamento muscular causado pela hormona relaxina, aumenta o risco de diástase.</p> <p><b>Fatores de risco</b> Multiparidade, gravidez com feto grande/gravidez múltipla, obesidade</p> <p><b>Benefícios dos abdominais hipopressivos</b> Promove a perda de perímetro abdominal; fortalece os músculos das costas e combate desvios da coluna – aliviando dor nas costas; previne a incontinência; previne a formação de hérnias; melhora o desempenho sexual; melhora a postura e equilíbrio.</p>	<p><b>Respiração diafragmática</b> Inspirar e expirar, em decúbito dorsal, com uma mão no peito e uma mão no abdômen – o abdômen deve elevar-se durante a inspiração enquanto o tórax se mantém o mais imóvel possível</p> <p><b>Abdominais hipopressivos</b> <u>Decúbito dorsal</u> – contrair o abdômen durante a expiração, encolhendo a barriga, de modo que os músculos abdominais se aproximem do dorso “encostar o umbigo às costas”</p> <p><b>Treino abdominal</b> <u>Com elevação da bacia</u> – durante a expiração, manter os pés no chão e elevar a bacia mantendo os músculos abdominais contraídos</p> <p><u>Toe tap</u> – em decúbito dorsal, levantar os joelhos até um ângulo de 90°. Durante a expiração, descer a perna (mantendo o ângulo) até tocar com a ponta do pé no chão. <b>IMPORTANTE:</b> descer apenas enquanto conseguir manter o abdômen contraído</p> 

**Promover o fortalecimento do pavimento pélvico**

**O que compõem o pavimento pélvico?**

Conjunto de músculos e ligamentos que encerram a cavidade abdominal na porção inferior. Tem como função suportar o peso dos órgãos pélvicos.

**A gravidez e o pavimento pélvico**

Com o aumento em dimensão e peso abdominal relacionado com o crescimento do bebé, e por ação da hormona relaxina que confere aos músculos e ligamentos alguma mobilidade para permitir o crescimento e descida do bebé durante o parto, os músculos do pavimento pélvico estão sob pressão aumentada e ficam enfraquecidos.

**Benefícios do fortalecimento do pavimento pélvico**

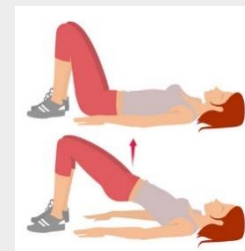
O fortalecimento do pavimento pélvico contribui para a prevenção ou melhoria da incontinência pós-parto, previne o prolapso de órgãos pélvicos (vagina, uterino, retal), melhoria da dor pélvica ou lombar (sem outra causa conhecida) bem como a melhoria do desempenho sexual.

**Exercícios de Kegel**

Sentadas (na cadeira, bola de pilates ou “á chins no chão” – contrair os músculos pélvicos, imaginando que quer interromper o fluxo de urina, durante 3 segundos e relaxar durante 3 segundos – **repetir 10x**

Elevador – na mesma posição, e quando se sentirem confortáveis com o exercício anterior, imaginar que o pavimento pélvico é um edifício com 2 andares. Inicialmente, contrair os músculos de forma a ir ao 1º andar, aguentar durante 3 segundos, contrair novamente para chegar ao 2º andar, aguentas 3 segundos. Relaxar lentamente, tentando parar 1 segundo no 1º andar.

Com elevação da bacia – durante a expiração, contrair os músculos pélvicos e as nádegas, elevando a bacia.



## **Apêndice IV - Projeto Modelos Anatômicos no Suporte à Amamentação**



**PROJETO MODELOS ANATÓMICOS  
NO SUPORTE À AMAMENTAÇÃO**

**Estudante**

Tatiana Maria dos Reis Santos Governo (ep10403)

**Orientadores(as)**

Professora Bárbara Leitão

**Enfermeiro(a) Tutor(a)**

Enfermeira Sandrine Lopes

Enfermeira Cândida Alves

## ÍNDICE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	235
PLANEAMENTO .....	237
CRONOGRAMA.....	238
BIBLIOGRAFIA.....	239

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O leite materno é o alimento mais completo para um bebé, devendo ser a forma exclusiva de aleitamento nos primeiros 6 meses de vida (OMS, 2022; United Nations Children's Fund [UNICEF], 2018). No entanto, os benefícios do leite materno vão muito além da sua composição nutricional, por exemplo: a presença de anticorpos maternos vai proteger o bebé nos primeiros meses de vida, enquanto o seu sistema imunitário é imaturo, tendo um efeito protetor no risco de aparecimento de certas doenças na vida adulta; a presença de nucleótidos vai promover o desenvolvimento neurológico do bebé; promove o desenvolvimento intestinal do bebé; promove o vínculo entre a mãe e o seu bebé.

Também a mãe usufrui de benefícios associados à amamentação, como a redução do risco de hemorragia pós-parto, redução do risco de depressão pós-parto e proteção contra o cancro do ovário, cancro da mama, doenças cardiovasculares e diabetes tipo II.

Assim, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica deve, no exercício das suas funções, intervir de modo a promover o início precoce da amamentação e a manutenção do aleitamento materno até aos 6 meses (OE, 2019).

Num estudo, os autores concluíram que sessões pré-natal sobre amamentação tiveram um efeito positivo no início precoce da amamentação, bem como no sentimento de autoeficácia para amamentar nas mulheres após o parto (Öztürk et al., 2022).

Num estudo relativo ao período pós-parto, as mulheres revelaram que as sessões no período pré-natal tinham sido úteis na preparação para o parto e parentalidade e haviam utilizado as estratégias mencionadas, sendo que a amamentação era das áreas que mais precisavam de apoio (Lewis-Jones et al., 2023).

Existem várias estratégias na educação e suporte à amamentação, como a exposição, partilha de experiências, disponibilização de materiais escritos (folhetos), visualização de vídeos, bem como a utilização de modelos anatómicos que demonstrem a estrutura da mama e a forma como o bebé deve ser colocado à mama (Lumbiganon et al., 2016).

Deste modo, surgiu a realização deste projeto, com o intuito de criar modelos anatómicos com matérias hipoalergénicos, para promover a aquisição de conhecimentos sobre a anatomia da mama, as características de uma pega adequada e complicações na amamentação.

## PLANEAMENTO

---

<b>Público-alvo</b>	Grávidas/Puérperas a integrar os programas de Preparação para o Parto e Parentalidade e Apoio à Amamentação na UCC Cuidar
<b>Objetivos</b>	Melhorar o conhecimento da mulher sobre amamentação através da utilização de modelos anatómicos
<b>Metodologia</b>	Criação, em crochet, dos seguintes modelos: <ul style="list-style-type: none"><li>❖ Mama pequena com mamilo proeminente;</li><li>❖ Mama pequena com mamilo invertido;</li><li>❖ Mama pequena com mamilo raso;</li><li>❖ Boca de bebé com colchete a simular anquiloglossia (freio da língua curto)</li><li>❖ Mama grande a demonstrar estruturas anatómicas internas</li></ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Padrões para realização dos modelos</li><li>❖ Lã sintética hipoalergénica</li><li>❖ Enchimento de fibra hipoalergénica</li><li>❖ Material de crochet (agulha, marcadores de pontos)</li></ul>
<b>Custos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Custos associados aos padrões para realização dos modelos (17,32€)</li><li>❖ Custos associados ao material – lãs e enchimento (6,98€)</li></ul>

---

## CRONOGRAMA

	22.05.23 – 30.05.23	1.06.23 – 09.05.23	10.05.23 – 27.06.23
Brainstorming			
Realização de pesquisa bibliográfica			
Elaboração do planeamento			
Criação dos modelos			
Entrega/Apresentação do projeto			

## BIBLIOGRAFIA

- Lewis-Jones, B., Nielsen, T. C., Svensson, J., Nassar, N., Henry, A., Lainchbury, A., Kim, S., Kiew, I., McLennan, S., & Shand, A. W. (2023). Cross-sectional survey of antenatal education attendance among nulliparous pregnant women in Sydney, Australia. *Women and Birth, 36*(2). <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.08.003>
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2016). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016*(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006425.pub4>
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>
- Öztürk, R., Ergün, S. & Özyazicioğlu, N. (2022). Effect of antenatal educational intervention on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success: A quasi-experimental study. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP, 56*. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0428>
- UNICEF. (2018). *Breastfeeding: a mother's gift, for every child*. Nova Iorque: UNICEF.
- World Health Organization (2022). *WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience*. Geneva: World Health Organization.



## **Apêndice V - Fotografia Modelos Anatômicos**





**Figura 2:** Modelos anatómicos



**Figura 3:** Modelos anatómicos – Tipos de mamilo



**Figura 4:** Modelos anatômicos – Visão anatômica e Boca do bebê

## **Apêndice VI - Projeto Visita Virtual à Neonatologia**



**PROJETO VISITA VIRTUAL À NEONATOLOGIA**

**Estudante**

Tatiana Maria dos Reis Santos Governo (ep10403)

**Orientadores(as)**

Enfermeira Paula Miller

**Enfermeiro(a) Tutor(a)**

Enfermeira Edite Soeiro

Porto, 2023

## ÍNDICE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	249
PLANEAMENTO .....	251
CRONOGRAMA.....	252
BIBLIOGRAFIA.....	253

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A admissão de um recém-nascido numa unidade de cuidados intensivos neonatais é descrita, pelos pais, como um evento stressante e potencialmente traumático (Ruhe et al., 2022). A ansiedade parental está associada a diversos fatores, como a perda de autonomia nos cuidados ao recém-nascido, as características do ambiente de uma unidade de neonatologia (ruídos, luzes, alarmes de equipamento, etc.), o medo associado ao possível *outcome* negativo e a incerteza relativa ao tempo de internamento (Caporali et al., 2020).

De modo a reduzir o impacto destes fatores, as unidades de neonatologia adequaram o seu funcionamento para facilitar a intervenção dos pais e promover o seu envolvimento durante o internamento do recém-nascido. No entanto, poucas são as medidas implementadas para preparar o casal antecipadamente, perante uma gravidez de alto risco (Ruhe et al., 2022).

Num estudo com mulheres a vivenciar uma gravidez de alto risco, os casais que receberam visita guiada à unidade de neonatologia referiram que esta havia sido facilitadora, tendo reduzido a sua ansiedade relativamente aos cuidados prestados, aumentado a sua esperança de um *outcome* positivo e ajudado na preparação para a hospitalização do recém-nascido após o parto (Griffin et al., 1997). Os participantes nesse estudo identificaram, como aspeto a ser melhorado, a necessidade de informação sobre o envolvimento nos cuidados ao recém-nascido internado (Griffin et al., 1997).

Num outro estudo, grande parte das participantes (69%) identificaram conhecer o ambiente da unidade de neonatologia, através de uma visita antecipada, como facilitadora na preparação para receber um recém-nascido com risco de prematuridade (Gaucher et al., 2016).

No Centro Materno-Infantil do Norte, são oferecidas aos casais visitas guiadas ao serviço de Neonatologia em contexto de consulta de vigilância da gravidez de alto risco. No entanto, estas visitas não são possíveis em contexto de internamento por complicação da gravidez/ameaça de parto pré-termo ou em caso de trabalho de parto pré-termo inesperado.

Deste modo, surgiu a realização deste projeto, com o intuito de oferecer a possibilidade de visitar a unidade de neonatologia, mesmo quando a deslocação física não é possível. Com este projeto, pretende-se que as grávidas internadas na Unidade de Medicina Materno-Fetal,

independentemente do regime de repouso, sejam capazes de conhecer o espaço onde se prevê que o(a) seu filho(a) vá receber cuidados especiais, promovendo uma melhor preparação para a receção de um recém-nascido prematuro e uma redução do nível de ansiedade relacionado com o ambiente/funcionamento da unidade.

## PLANEAMENTO

Público-alvo	Grávidas/Parturientes internadas no Centro Materno-Infantil do Norte
Objetivos	Promover visita virtual à unidade de Neonatologia a grávidas/parturientes
Metodologia	<p>Gravação de vídeo que demonstre o percurso desde a entrada principal e o espaço interno da Unidade de Neonatologia</p> <p>Edição do(s) vídeo(s) e colocação de informação básica sobre o funcionamento da unidade (horário de visita, horário de passagem de turno, etc.) em legenda – pode também ser realizada breve “entrevista” com profissional da unidade, que passa essas informações oralmente</p> <p>Realização de marcador de livro com a seguinte informação:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Informações sobre o funcionamento da unidade;</li><li>- Código QR que remete para vídeo da visita virtual</li></ul> <p>Elaboração de poster com código QR e informações de funcionamento a afixar nas unidades de Cuidados Especiais de Obstetrícia e Núcleo de Partos</p>
Recursos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Câmaras de vídeo – pode também ser gravado com telemóvel desde que câmara tenha boa qualidade de gravação</li><li>- Computador</li><li>- Impressão de Marcadores de Livro</li></ul>
Custos	<ul style="list-style-type: none"><li>- Custos associados a impressão de Marcadores de Livro</li><li>- Custos inerentes ao tempo despendido na gravação e edição da visita guiada</li></ul>
Avaliação	Aplicação de escala de <i>Likert</i> em que as mulheres avaliam a utilidade deste recurso

## CRONOGRAMA

	Fev 2022	Mar 2022				
Brainstorming sobre formas de implementação						
Realização de pesquisa bibliográfica						
Elaboração do planeamento						
Entrega/Apresentação do projeto para aprovação						
Gravação e edição de visita virtual						
Elaboração de marcador de livro						
Elaboração de póster						
Implementação do projeto						
Avaliação (6 meses após implementação da visita virtual)						

## BIBLIOGRAFIA

- Caporali, C., Pisoni, C., Gasparini, L., Ballante, E., Zecca, M., Orcesi, S., & Provenzi, L. (2020). A global perspective on parental stress in the neonatal intensive care unit: a meta-analytic study. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 40(12), 1739–1752. <https://doi.org/10.1038/s41372-020-00798-6>
- Gaucher, N. *et al.* (2016) “Personalized antenatal consultations for preterm labor: Responding to mothers' expectations,” *The Journal of Pediatrics*, 178. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.08.006>
- Griffin, T. *et al.* (1997) “Parental evaluation of a tour of the Neonatal Intensive Care Unit during a high-risk pregnancy,” *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 26(1), pp. 59–65. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1997.tb01508.x>
- Ruhe, K., van den Hoogen, A., Bröring-Starre, T., Wielenga, J. M., & van Weissenbruch, M. M. (2022). Getting a grip in the middle of chaos: Preparing for preterm parenthood during a high-risk pregnancy - Parental experiences and needs. *Acta paediatrica* 111(7), 1324–1330. <https://doi.org/10.1111/apa.16361>



**Apêndice VII - Projeto Utilização da Técnica do Rebozo durante o Trabalho de Parto**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica**  
**Estágio – Núcleo de Partos**  
**Centro Materno-Infantil do Norte**

**PROJETO UTILIZAÇÃO DA TÉCNICA DO REBOZO**  
**DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

**Estudante**

Tatiana Maria dos Reis Santos Governo (ep10403)

**Orientadores(as)**

Enfermeira Paula Miller

**Enfermeiro(a) Tutor(a)**

Enfermeira Carla Machado  
Enfermeira Olinda Bragança

## ÍNDICE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	259
PLANEAMENTO .....	262
CRONOGRAMA.....	263
BIBLIOGRAFIA.....	264

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, que descreve as competências específicas do EEESMO, o EEESMO assume a responsabilidade de assistir a mulher durante o trabalho de parto e parto. Assim, o EEESMO tem como função a promoção da saúde da mulher e recém-nascido, nomeadamente ao nível da promoção do conforto e bem-estar da parturiente e da implementação de intervenções que promovam o controlo da dor da mulher em trabalho de parto.

O papel do EEEMO neste âmbito é realçado Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2022) que aponta para os “Ganhos em capacidades sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto” e a “Taxa de recurso a estratégias não farmacológicas” como indicadores sensíveis aos cuidados especializados prestados pelo EEESMO.

Tendo por base os Princípios da Organização Mundial de Saúde (OMS) para os Cuidados Perinatais, a assistência à mulher em trabalho de parto deve “promover processos reprodutivos normais e as capacidades inerentes da mulher”, prestando os cuidados necessários com o mínimo de intervenção possível, mas que, quando a intervenção é necessária, deve dar-se prioridade a procedimentos menos invasivos quando a evidencia científica demonstra que estes são suficientes para ir ao encontro das necessidades da parturiente (Chalmers et al, 2001).

No que diz respeito ao controlo da dor da mulher em trabalho de parto, a OMS recomenda a utilização de técnicas de relaxamento, como a utilização da respiração e música, mas também de técnicas de massagem ou aplicação de calor, mediante a vontade da mulher. A eficácia destes métodos é descrita na evidencia científica que indica que estas técnicas diminuem o desconforto associado ao trabalho de parto, aliviam a dor e promovem uma experiência de parto positiva (OMS, 2018).

O rebozo é uma das técnicas não farmacológicas de alívio da dor passíveis de utilização durante o trabalho de parto. A técnica do rebozo teve origem na América Latina, mais especificamente no México, onde esta era utilizada por parteiras para facilitar a rotação interna fetal através do relaxamento da musculatura pélvica (Elmore et al., 2020; Ritter et al., 2020).

Existem várias utilizações para a técnica do rebozo durante a gravidez, parto e pós-parto (Wijayanti et al, 2023). No entanto, este projeto foca-se na sua aplicação durante o trabalho de parto.

A técnica do rebozo pode ser realizada de várias formas e com a parturiente em diversas posições. Duas das formas mais comuns de aplicação da técnica do rebozo são: *shake the apples*, na qual o tecido é colocado na região nadegueira da parturiente, desde a raiz da coxa até à região lombar, com esta posicionada em quatro apoios, e são realizados movimentos controlados e rápidos de um lado para o outro; e *sifting*, na qual o pano envolve todo o abdómen da mulher e, em posição de quatro apoios, é realizada uma ligeira elevação e gentilmente se agita a barriga da mulher de um lado para o outro (Widiatrilupi, 2023). No entanto, existem outras formas de aplicação e adaptações desta técnica para mulheres que não consigam estar na posição de quatro apoios, podendo estar deitada, de pé ou sentada (Cohen & Thomas, 2015; Prata et al., 2022).

Durante o trabalho de parto, a técnica do rebozo demonstra resultados ao nível da redução da intensidade da dor, redução da ansiedade materna, promoção de uma experiência positiva de parto, bem como alguns estudos apontam para a sua utilidade na promoção da descida da apresentação e rotação interna fetal.

No que diz respeito ao alívio da dor, diversos estudos procuraram analisar a eficácia da técnica do rebozo, tendo chegado à conclusão de que, após a intervenção, as parturientes reportavam níveis de dor mais baixos e um controlo da dor mais satisfatório (Iversen et al., 2017; Purwanti, 2020; Ritter et al., 2020; Saadoon et al., 2023).

Estudos apontam também para uma redução dos níveis de ansiedade da parturiente, resultante não só do alívio da dor mas também da sensação de relaxamento provocada pela técnica do rebozo (Purwanti, 2020; Saadoon et al., 2023).

Algumas participantes demonstraram desconforto durante a técnica ou desagrado em relação à mesma (Iversen et al., 2017; Saadoon et al., 2023). Algumas das razões apontadas para estas reações negativas são o desconforto associado à posição de quatro apoios, e não quanto à técnica em si, e um aumento da sensação de pressão na região anal exercida pela apresentação fetal (Iversen et al., 2017; Saadoon et al., 2023).

Outro dos benefícios associados ao rebozo são uma redução do tempo de trabalho de parto (Suryani et al., 2023; Widiatrilupi, 2023), sendo que esta redução parece estar associada ao

relaxamento muscular e dos ligamentos da região lombar e pélvica, que vão facilitar a descida da apresentação e a correção da posição quando o feto se encontra em posições menos facilitadoras para o parto eutócico (Cohen & Thomas, 2015; Iversen et al., 2017; Prata et al., 2022; Widiatrilupi, 2023; Wijayanti et al, 2023).

No entanto, esta técnica não pode ser aplicada em todas as situações. São contraindicações para a utilização do rebozo: a necessidade de monitorização cardiotocográfica contínua por estado fetal não tranquilizador; hemorragia vaginal anormal, apresentação pélvica com rotura de membranas por risco de prolapso do cordão, desconforto materno associado à técnica ou qualquer contraindicação ao parto vaginal (Cohen & Thomas, 2015; Prata et al., 2022).

Tendo em conta os benefícios apontados na evidência científica e os relatos de experiências positivas obtidos quando apliquei a técnica durante o presente estágio, surge a ideia de adquirir tecido para utilização pelas EESMO no Núcleo de Partos do Centro Materno-Infantil do Norte (sendo que, na ausência do mesmo, a técnica pode ser executada com um lençol ou toalha) e a formação da equipa de modo a promover o aumento da taxa de utilização deste método não farmacológico de controlo da dor.

## PLANEAMENTO

---

<b>Público-alvo</b>	Parturientes no 1º estágio de trabalho de parto
<b>Objetivos</b>	Promover o relaxamento muscular e alívio da dor de trabalho de parto
<b>Metodologia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Aquisição de tecido para utilização na técnica de rebozo em cada uma das boxes de parto</li><li>❖ Formação, no núcleo de partos, com o objetivo de despertar a equipa de enfermagem para os benefícios do rebozo</li></ul>
<b>Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Tecido(s) para corte</li><li>❖ Criação de 7 panos para utilização na técnica de rebozo</li><li>❖ Local para realização da formação</li><li>❖ Computador e projetor para a apresentação</li></ul>
<b>Custos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>❖ Custos associados à aquisição do(s) tecido(s) – 25€</li></ul>

---

## CRONOGRAMA

	Setembro - Novembro	Dezembro	Janeiro	Abril
Brainstorming				
Realização de pesquisa bibliográfica				
Elaboração do planeamento				
Entrega/Apresentação do projeto				
Realização da Formação no Núcleo de Partos			25.01.2024	
Criação de 7 panos para utilização na técnica de rebozo				
Entregas dos 7 panos ao Núcleo de Partos				

## BIBLIOGRAFIA

- Chalmers, B., Mangiaterra, V., & Porter, R. (2001). Who principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, 28(3), 202–207. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x>
- Cohen, S. R., & Thomas, C. R. (2015). Rebozo technique for fetal malposition in Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(4), 445–451. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12352>
- Elmore, C., McBroom, K., & Ellis, J. (2020). Digital and manual rotation of the persistent occiput posterior fetus. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(3), 387–394. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13118>
- Iversen, M. L., Midtgaard, J., Ekelin, M., & Hegaard, H. K. (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.10.005>
- OMS. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Prata, J. A., Pamplona, N. D., Progianti, J. M., Mouta, R. J., Correia, L. M., & Pereira, A. L. (2022). Tecnologias Não invasivas de Cuidado utilizadas por enfermeiras obstétricas: Contribuições Terapêuticas. *Escola Anna Nery*, 26. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0182>
- Purwanti, A. S. (2020). Effect of Application Rebozo Techniques on Pain Intensity and Anxiety Levels to the Mother Gives Birth 1st Phase of Active. *International Conference on Health Science* (pp. 70-76).

- Regulamento nº 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República, 2ª série* (Nº 85 de 3 de maio de 2019), p. 13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ritter, S. K., Gonçalves, A. de, & Gouveia, H. G. (2020). Práticas Assistenciais em Partos de Risco habitual assistidos Por Enfermeiras obstétricas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0284>
- Saadoon, O. H. M. M., A., Y., & Mohammed, S. F. (2023). Effect of applying rebozo techniques on pain intensity and anxiety among primiparous women during the active phase of labor. *Egyptian Journal of Health Care*, 14(2), 476–486. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2023.297805>
- Suryani, S., Marini, T., Hutabarat, J., Mamik, M., & Darti, N. A. (2023). Effect of rebozo reaction on the length of labor in primiparous mothers in PMB deli serdang year 2021. *International Journal of Engineering Business and Social Science*, 1(03), 220–226. <https://doi.org/10.58451/ijebss.v1i03.36>
- Widiatrilupi, R. M. V. (2023). The influence of rebozo technique on the duration of active phase of stage I labor in Primigravida mothers. *Babali Nursing Research*, 4(3), 393–400. <https://doi.org/10.37363/bnr.2023.43259>
- Wijayanti, I. T., Sulistyaningsih, S. H., Khasanah, U., Marfu'ah, S., Altika, S., & Fadlilah, S. (2023). Rebozo Technique Effectively Reduces Maternal Pain during Childbirth Stage 1 Active Phase. *International Medical Journal*, 30(2), 96–98.



**Apêndice VIII – Tabela de Resultados da Revisão Integrativa**

	Autor/Ano/País	Objetivo	Metodologia	Amostra	Intervenção	Resultados	Avaliação Metodológica
1	Varela et al., 2014 India	Examinar o impacto do CPP na sensibilidade para o cuidado ao RN pré-termo	Estudo Piloto	37 pais de RN pré-termo com IG corrigida de 3 a 18 meses  - <b>Grupo 1</b> – 14 pais que realizaram CPP durante pelo menos 1h durante 7 dias - <b>Grupo 2</b> – 23 pais que não realizaram CPP	Observação de uma interação pai-filho de pelo menos 60min e avaliação da mesma através da metodologia <i>Q-Sort of Primary Caregiver Behaviour</i> .	Pais do grupo 1 demonstraram scores de sensibilidade significativamente mais elevados ( $p=0,006$ ) do que os pais que não haviam realizado CPP.  Não foram identificadas diferenças nos scores de sensibilidade associadas ao género do bebé.	
2	Cong et al., 2015 EUA	Examinar a modelação do stress e ansiedade parental pela ocitocina durante o CPP	Estudo clínico randomizado (crossover)	26 pais (mãe e pai) de <b>RN pré-termo</b> estáveis  - <b>Grupo 1</b> (14 triádes): dia 1 - CPP materno, dia 2 - CPP paterno; <b>Grupo 2</b> (12 triádes): dia 1 - CPP paterno, dia 2 - CPP materno	CPP com o pai ou a mãe durante 60min, em 2 dias consecutivos  Avaliação de níveis salivares, parentais e do RN, de ocitocina e cortisol 10min pré-CPP, aos 30min de CPP e 30min após o CPP  Aplicação da escala <i>Visual Anxiety Scale (VAS)</i> 10min pré-CPP, aos 30min de CPP e 30min após o CPP	Os <b>níveis de ocitocina paterna</b> durante o CPP aumentaram significativamente quando comparados com os níveis pré-CPP.  Ao contrário dos níveis de ocitocina materna, os níveis de ocitocina paterna mantiveram-se elevados 30min após o CPP. Pais com experiência anterior de CPP com o seu bebé apresentaram níveis mais elevados de ocitocina no período pré-CPP ( $p<0,05$ ).  Os <b>níveis paternos de cortisol</b> sofreram uma redução significativa durante o CPP. Ao contrário dos níveis maternos, os níveis paternos de cortisol aumentaram no período pós-CPP.  O <b>score VAS</b> nos pais sofreu uma redução significativa durante o CPP, tendo voltado a aumentar no período pós-CPP. No entanto, este aumento não foi tao significativo como o aumento do score materno de VAS, que voltou aos valores <i>baseline</i> no período pós-CPP.  Foi observada uma <b>correlação</b> entre os níveis de cortisol pré-CPP paternos e maternos ( $p<0,05$ ). Esta correlação foi também observada nos níveis de ansiedade pré ( $p<0,05$ ), durante ( $p<0,05$ ) e pós-CPP ( $p<0,01$ ).	9/10

3	Salmani & Champiri, 2016 Irão	Determinar o efeito do CPP na tensão em pais com filhos prematuros hospitalizados na neonatologia	Estudo Quase-Experimental	25 pais de <b>RN pré-termo</b> , em ventilação espontânea e sem hemorroidas níveis 3 ou 4, hospitalizados numa neonatologia	60 min de CPP diário, durante 2 semanas  Aplicação da <b>Parental Stress Scale (PSS)</b> , antes da intervenção e após as 2 semanas de CPP, dividida em 4 subescalas: Sons na Neonatologia; Aspeto e comportamento do RN; Ligação pai-filho e aceitação do papel parental; Interação e comportamento do staff	Comparando os scores da PSS antes e após intervenção, observou-se uma redução estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) em todas as subescalas.  O score PSS total sofreu igualmente uma redução estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) após a intervenção.	8/9
4	Sweeney et al., 2017 EUA	Avaliar o impacto o CPP nos níveis de ansiedade parental, (taxa de amamentação) e confiança parental à alta	Estudo Séries de Caso (observacional, prospetivo)	139 pais e mães de <b>RN pré-termo</b> estáveis hospitalizados na neonatologia, dos quais 133 realizaram CPP - 55 pais 78 mães	Pelo menos 2 sessões de CPP com duração mínima de 30min  Utilização da <b>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</b> antes e após o CPP  Confiança à alta foi avaliada por 1 questão com resposta tipo Likert com 5 níveis de conforto relativamente aos cuidados ao RN após a alta	Os scores STAI sofreram uma redução estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ), sendo que a componente de ansiedade-estado sofreu uma redução superior (12,0) do que a componente de ansiedade-traço (5,8).  Esta redução ocorreu independentemente do género, ou seja, ocorreu de forma estatisticamente similar em pais e mães.  A idade e salário anual demonstraram efeitos significativos nos valores de STAI, com pais mais novos (ansiedade-estado) e em situações económicas mais precárias (ansiedade-traço) a demonstrar scores de STAI mais elevados.  91% dos participantes que realizaram CPP demonstraram-se confiantes nos cuidados ao RN no momento da alta.	10/10

5	Chen et al., 2017 Taiwan	Examinar como o CPP entre pai e RN afeta a vinculação	Estudo clínico randomizado	83 pais de RN de termo saudáveis:  - 41 pais no grupo de intervenção - 42 pais no grupo de controlo	<p>Panfleto sobre Cuidados ao Bebê para Pais – Ambos</p> <p><b>- Grupo de intervenção:</b> 3 dias consecutivos com sessões de CPP (duração pelo menos 15min)</p> <p><b>- Grupo de controlo:</b> Cuidados standard, pais foram auxiliados a segurar os seus bebês ao colo.</p> <p>Utilização da <b>Father-Child Attachment Scale (FCAS)</b>, dividida em 4 subescalas: exploração, toque, cuidado e fala/comunicação</p> <p>Foi pedido aos pais de ambos os grupos de anotarem o tempo passado na unidade com os seus bebês.</p>	<p>No grupo de intervenção, o score FCAS aumentou em todas as subescalas entre a avaliação pré e pós-CPP.</p> <p>No grupo de controlo, apenas o score da subescala “Toque” sofreu um aumento significativo entre as duas avaliações.</p> <p>A diferença entre avaliações demonstrou-se mais significativa no grupo de intervenção. O tempo médio que os pais passaram na unidade com os seus bebês foi maior no grupo de intervenção.</p> <p>Após ajuste para covariantes, o grupo de intervenção apresentou um <b>score 6.66 pontos mais elevado</b> que o grupo de controlo.</p>	10/11
6	Jones & Santamaria, 2017 Austrália	Investigar o efeito do CPP na frequência cardíaca e tensão arterial parental	Estudo Cohort (Observacional)	22 mães e 4 pais de RN pré-termo estáveis	<p>CPP com o RN sem limite de tempo</p> <p>Monitorização da frequência cardíaca e tensão arterial antes, aos 15 e 30min de CPP e após CPP</p>	<p>A <b>frequência cardíaca</b> dos pais sofreu uma redução de 5,8bpm durante o CPP, ligeiramente menos do que nas mães (6,3bpm).</p> <p>A <b>tensão arterial sistólica</b> reduziu em média 1mmHg durante o CPP, comparado com uma redução de 2,5mmHg nas mães.</p> <p>Nos pais, observou-se que os valores de tensão arterial sistólica se mantiveram mais baixos no período pós-CPP, tendo a diferença entre a monitorização pré e pós-CPP sido 7,3mmHg (valor que nas mães foi 1,7mmHg).</p> <p>A <b>tensão arterial diastólica</b> reduziu em média 4mmHg enquanto nas mães esta redução foi de 3,2mmHg.</p> <p>*valores de p não apresentados para os pais isoladamente</p>	9/10

7	Varela et al., 2017 Canadá	Explorar respostas fisiológicas ao stress em pais durante a 1ª experiência de CPP com o seu RN pré-termo	Estudo Quase-Experimental	49 pais de <b>RN pré-termo</b> estáveis (IG <33+3 ao nascimento), numa relação com a mãe do bebé e sem problemas de saúde mental	<p>Avaliação dos níveis de cortisol salivar, tensão arterial e frequência cardíaca paterna em 6 momentos (T) da 1ª experiência de CPP (duração 1h):</p> <p>1 – Entrada na unidade  2 – Imediatamente antes  3 – Aos 30 minutos  4 – Aos 60 minutos  5 – 15min após fim do CPP  6 – 30min após fim do CPP</p>	<p>Os níveis de <b>cortisol</b> salivar sofreram um <b>aumento inicial</b> entre T1 e T2 (9.96 - 10.55, potencialmente devido a ansiedade e expectativa paterna. Posteriormente, diminuíram ao longo da intervenção (10.55 – 8.26), atingindo o <b>valor mínimo aos 15min após</b> fim do CPP.</p> <p>Os valores de <b>tensão arterial</b> diminuíram ao longo da intervenção (135/78.66 – 123/72.75), atingindo o <b>valor mínimo aos 60min</b> de CPP.</p> <p>A <b>frequência cardíaca</b> paterna diminui ao longo da intervenção (75.77 – 68.93), atingindo o seu <b>valor mínimo aos 30min após</b> fim do CPP.</p>	8/9
8	Vittner et al., 2017 EUA	<p>1- Examinar alterações nos níveis salivares de ocitocina e cortisol em pais e bebés durante o CPP</p> <p>2- Examinar o efeito do CPP no stress e ansiedade parental</p>	Estudo clínico randomizado (crossover)	<p>28 pais (mãe e pai) de <b>RN pré-termo</b> estáveis</p> <p>- <b>Grupo 1</b> (15 tríades): dia 1 - CPP materno, dia 2 - CPP paterno;</p> <p><b>Grupo 2</b> (13 tríades): dia 1 - CPP paterno, dia 2 - CPP materno</p>	<p>CPP durante 60min, com o pai ou mãe</p> <p>Avaliação de níveis salivares, parentais e do RN, de ocitocina e cortisol antes, durante e 45min após o CPP</p> <p>Preenchimento da escala <b>Visual Anxiety Scale</b> antes, durante e 45min após o CPP</p> <p>Interação com o pai e mãe (separadamente), gravada e avaliada segundo a <b>Dyadic Mutuality Code</b> antes da alta</p>	<p>Os <b>níveis de ocitocina</b> paternos demonstraram-se significativamente mais altos (<math>p &lt; 0,001</math>) durante o CPP, em comparação com as avaliações pré e pós-CPP.</p> <p>Os <b>níveis de cortisol</b> baixaram continuamente nas 3 avaliações, no entanto esta redução não foi estatisticamente significativa (<math>p=0,07</math>).</p> <p>Os níveis de ocitocina e cortisol demonstraram-se negativamente correlacionados (0,001).</p> <p>Os <b>níveis de ansiedade</b> paterna demonstraram-se significativamente mais baixos (<math>p&lt;0,003</math>) durante o CPP, em comparação com as avaliações pré e pós-CPP.</p> <p>Não foram encontradas relações entre o nível de ansiedade e os níveis de ocitocina e cortisol.</p> <p>Com o instrumento DMC foram avaliadas a sincronia e recetividade dos pais com o seu bebé durante a interação gravada. 15 pais (58%) demonstrou níveis médios, 4 pais (16%) demonstrou baixos níveis de sincronia e recetividade e 7 pais (26%) demonstrou níveis de elevada sincronia e recetividade.</p> <p>Esta sincronia demonstrou-se positivamente relacionada (<math>p&lt;0,01</math>) com os níveis de ocitocina paterna e do RN, com</p>	11/11

						díades com níveis mais altos de ocitocina a demonstrar maior sincronia.	
9	Vittner et al., 2019 EUA	Examinar a relação entre o envolvimento parental e os níveis de cortisol e ocitocina durante o CPP	Estudo Piloto Exploratório	28 pais (mãe e pai) de <b>RN pré-termo</b> estáveis  - <b>Grupo 1</b> (15 triádes): dia 1 - CPP materno, dia 2 - CPP paterno; <b>Grupo 2</b> (13 triádes): dia 1 - CPP paterno, dia 2 - CPP materno	CPP com o pai ou a mãe durante 60min, em 2 dias consecutivos  Avaliação de níveis salivares, parentais e do RN, de ocitocina e cortisol 15min pré-CPP, aos 60min de CPP e 45min após o CPP  Aplicação da escala <b>Parental Risk Evaluation Engagement Model Instrument (PREEMI)</b> antes da alta  Aplicação da escala <b>Visual Anxiety Scale</b> antes, durante e 45min após o CPP	Foi encontrada uma <b>correlação negativa</b> estatisticamente significativa ( $p=0,03$ ) entre os <b>níveis de ocitocina</b> paterna e o <b>envolvimento paterno</b> à alta.  Os <b>níveis de ansiedade</b> pré e pós-CPP encontram-se <b>negativamente correlacionados</b> ( $p=0,01$ e $p=0,02$ , respetivamente) com os níveis de <b>envolvimento paterno</b> .	
10	Huang et al., 2019 China	Investigar os efeitos do CPP com o pai nos RN e pais após cesariana	Estudo clínico randomizado	100 pais, sem problemas de pele ou saúde mental, com <b>RN de termo</b> , saudável, após parto por cesariana eletiva - 50 pais no grupo de intervenção - 50 pais no grupo de controlo	- <b>Grupo de intervenção:</b> CPP com o pai após nascimento, durante 30min - <b>Grupo de controlo:</b> RN colocado no berço, acompanhado pelo pai  Utilização das escalas: • <b>Self-Rating Anxiety Scale (SAS)</b> • <b>Self-Rating Depression Scale (SDS)</b> • <b>Role Attainment of Father (RAF)</b> , aplicada no momento da alta. Subescalas: Vinculação parental; Reconhecimento do papel parental; Comportamentos de cuidado parental	Os pais no grupo de intervenção apresentaram scores SAS e SDS significativamente mais baixos ( $p<0.05$ ) que os pais no grupo de controlo, após a intervenção.  No grupo de intervenção, os scores SAS e SDS sofreram uma redução mais acentuada que os pais no grupo de controlo.  Os scores RAF foram mais altos, em todas as subescalas, no grupo de intervenção do que no grupo de controlo.	10/11

11	Dongre et al., 2020 India	Avaliar o efeito do CPP na redução do stress paterno em pais de RN prematuros	Estudo Quase-Experimental (Observacional, Prospetivo, Pré e Pós)	30 pais de RN pré-termo estáveis (IG 28-35 semanas, PN <1500g)	<p>CPP durante 90min, em 3 dias consecutivos</p> <p>Aplicação da <b>Parental Stress Scale (PSS)</b>, dividida em 4 subescalas: Sons na Neonatologia; Aspeto e comportamento do RN; Ligação pai-filho e aceitação do papel parental; Interação e comportamento do staff</p> <p>PSS aplicada antes do CPP e após 3 sessões de CPP</p>	<p>O <b>score total de PSS</b> sofreu uma redução estatisticamente significativa (<math>p=0,0062</math>) após realização de CPP.</p> <p>No que diz respeito aos scores das subescalas, apenas a <b>“Interação e comportamento do staff”</b> sofreu uma redução estatisticamente significativa (<math>p=0,0013</math>).</p>	8/9
12	Günay & Şimşek, 2020 Turquia	Investigar as emoções e sentimentos em pais que realizam CPP com os seus bebés na neonatologia	Estudo qualitativo descritivo	12 pais de RN pré-termo estáveis	<p>Informação dada aos pais sobre os benefícios e aplicação do CPP - apresentação de 45min e material de leitura dado aos participantes sobre o CPP</p> <p>CPP durante 15 a 30min, 2x/dia, durante 15 dias</p> <p>2 semanas mais tarde foram realizadas entrevistas com perguntas abertas</p>	<p>Após análise das entrevistas, foram identificadas 3 emoções base, com 6 subtemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Emoções de paternidade</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentir que o bebé lhes pertence – os pais sentiram o seu bebé como seu, sentiram-se como pais e não estranhos.</li> <li>▪ Sentir o calor e cheiro do bebé - os pais reportaram sentir o calor, o cheiro e a presença do seu bebé</li> </ul> </li> <li>• <b>Confiança no papel paternal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autoconfiança - o primeiro contacto com os seus bebés aumentou nos pais a crença de que seriam capazes de exercer o seu papel de pai</li> <li>▪ Cuidados ao bebé - após o CPP, os pais reportaram um novo sentimento de responsabilidade nos cuidados aos seus bebés</li> </ul> </li> <li>• <b>Felicidade no novo papel de pai</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ver o bebé acalmar – os pais reportaram felicidade na prática do CPP e ao ver que os seus bebés também estavam felizes. Os pais experienciaram momentos de muita emoção no CPP, tendo a maioria chorado de felicidade.</li> <li>▪ Abraçar o bebé e tocar a sua pele - os pais reportaram sentir e tocar a pele do seu bebé durante o CPP</li> </ul> </li> </ul>	9/10

13	Toprak & Erenel, 2020 Turquia	Avaliar o efeito do CPP entre o pai e o bebé, após parto por cesariana, na ligação pai-filho e envolvimento paterno nos cuidados aos 12 meses de vida	Estudo Cohort (longitudinal)	48 pais de RN saudáveis nascidos por cesariana - 25 pais no grupo de intervenção - 23 pais no grupo de controlo (pais que não quiseram realizar CPP)	<p>Grupo de intervenção – CPP 2x/semana durante o 1º ano de vida</p> <p>Grupo de controlo – pais encorajados a interagir com o seu bebé sem restrições</p> <p>Aplicação da escala <i>Postnatal Paternal–Infant Attachment Questionnaire (PPAQ)</i>, com as subescalas “paciência e tolerância”, “interação prazerosa” e “afeto e orgulho”</p> <p>Aplicação de questionário para determinar nível de envolvimento paterno nos cuidados ao bebé, nos primeiros dias pós-parto e aos 12 meses.</p>	<p>No que diz respeito ao <b>envolvimento paterno</b>, aos 12 meses, os pais do grupo de intervenção demonstravam-se significativamente mais envolvidos que os pais no grupo de controlo em atividades como: levar o bebé à vacinação (p=0,008), monitorizar o desenvolvimento físico do bebé (p=0,005) e mostrar disponibilidade para estar envolvido em todos as áreas de cuidado ao bebé (p=0,005).</p> <p>Por outro lado, os pais do grupo de controlo demonstraram um maior envolvimento na mudança da fralda, banho e vestir o bebé aos 12 meses que ao nascimento.</p> <p>Os scores de PPAQ, nas subescalas de “interação prazerosa” (p=0.01) e “afeto e orgulho” (p=0,042), demonstraram-se significativamente mais altos nos pais do grupo de intervenção do que nos pais do grupo de controlo.</p>	9/10
----	----------------------------------	---	------------------------------	--	---	--	------

14	Vogl et al., 2021 EUA	Examinar os efeitos do CPP com o pai, no pai e bebê, em comparação ao CPP com a mãe	Estudo piloto	15 tríades com RN pré-termo estável  - <b>Grupo 1</b> (7 tríades): dia 1 - CPP materno, dia 2 - CPP paterno; - <b>Grupo 2</b> (8 tríades): dia 1 - CPP paterno, dia 2 - CPP materno	Sessão de CPP, durante 90min, com o pai ou mãe (dias consecutivos)  Monitorização da variabilidade da frequência cardíaca (HRV), tempo de apneia e de respiração Cheyne-Strokes do RN pré, durante e após CPP  Aplicação das escalas <b>Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)</b> e <b>Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)</b> em 4 tempos (pré-intervenção, dia anterior à alta, 2 semanas após a alta e 4 semanas após a alta) e aplicação da escala <b>Parenting Sense of Competence Scale (PSOC)</b> em 3 momentos (dia anterior à alta, 2 semanas após a alta e 4 semanas após a alta)	O <b>score RDAS</b> , que demonstra a satisfação, coesão e afeto na relação entre a díade, demonstrou-se estável e acima do <i>threshold</i> ( $\geq 49$ ) em todas as avaliações, demonstrando uma boa relação entre pai-filho e mãe-filho.  O <b>score PBQ</b> , que avalia o comportamento e a vinculação, demonstrou-se estável e abaixo do <i>threshold</i> ( $< 25$ ) em todas as avaliações, demonstrando uma vinculação adequada em todas as tríades.  O <b>score de PSOC</b> , que avalia a autoeficácia parental, demonstrou-se estável e com valores elevados de autoeficácia para a maioria dos pais.  Não foram identificadas diferenças significativas entre os scores paternos e maternos.  Os RN demonstraram diferenças significativas em HRV, tanto no CPP com o pai como com a mãe. Não foram observadas diferenças no número de apneias quando comparando os períodos pré, durante e pós-CPP. O número de episódios de respiração Cheyne-Strokes demonstrou uma tendência para a redução durante o CPP, sendo que esta não foi significativa ( $p=0,08$ ).	
15	Lehtonen et al., 2022 15 países	Avaliar a associação entre o contato físico precoce e sintomatologia depressiva nos pós-parto	Estudo Cohort prospectivo	542 mães e 351 pais de RN pré-termo estáveis	Pais (e mães) completaram um diário com o tempo passado na neonatologia e com o tempo passado com o RN ao colo e em CPP, durante 14 dias (ou até à alta, se antes dos 14 dias)  Aplicação da escala <b>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</b> , antes da alta e 4 meses após a data provável para o parto (DPP)	Os pais estiveram presentes, em média, 7h por dia com o RN, dos quais 23 min se passaram com o RN ao colo e 1h14min a realizar CPP.  A média do score EPDS, no pai, foi de 3,3 a 7,9 antes da alta e de 1,6 a 7,5 aos 4 meses após DPP. À data da alta, 8,3% dos pais excediam o <i>threshold</i> ( $> 10$ ), apresentando um risco aumentado para desenvolver quadro de depressão. Aos 4 meses, apenas 5,8% dos pais excedia o <i>threshold</i> .  Não foram encontradas relações entre o tempo passado na neonatologia, o tempo passado com o bebê ao colo e o tempo passado em CPP e o score de EPDS. Também não foram identificadas relações entre os tempos de contato paterno com o RN e a percentagem de pais a ultrapassar o <i>threshold</i> da escala.	9/10

16	Toprak & Erenel, 2022 Turquia	Determinar o efeito do CPP entre pai e RN após cesariana eletiva	Estudo Quase-Experimental	60 pais - 30 pais - Grupo de intervenção - 30 pais - Grupo de controlo	<p>Grupo de intervenção – CPP com o pai durante 30min após parto por cesariana</p> <p>Grupo de controlo – Cuidados <i>standard</i></p> <p>Gravação da interação pai-filho</p> <p>Avaliação da interação pai-filho através de formulário de observação (sorrir, atitude do bebé, preocupação paterna, esforços paternos para acalmar o bebé, carícias, comunicação e contato visual)</p> <p>Entrevista com questões abertas sobre as emoções paternas, o papel paternal, a comunicação com o RN durante o CPP</p>	<p>Os pais do grupo de intervenção sorriram mais durante o CPP do que os pais no grupo de controlo (<math>p=0,001</math>) e os RN apresentaram-se mais calmos do que os do grupo de controlo (<math>p=0,003</math>).</p> <p>Durante a entrevista, pais em ambos os grupos mencionaram sentimentos de felicidade, proteção para com o RN e entusiasmo.</p> <p>Os pais do grupo experimental referiram que o CPP tinha sido uma experiência diferente mas muito bonita e que tinha contribuído para uma primeira interação positiva com os seus bebés.</p>	8/9
17	Uribe-Torres et al., 2022 Chile	Observar o comportamento paterno e níveis de ocitocina paternos no parto	Estudo de Corte Transversal (Misto qualitativo-quantitativo)	16 pais de RN saudáveis  (Cesariana eletiva ou por estado fetal não tranquilizador – critério de exclusão)	<p>Observação do comportamento paterno no momento do nascimento</p> <p>Observação do comportamento paterno no contato físico com o RN (após 30min de CPP com a mãe)</p> <p>Colheita de saliva para avaliação nos níveis de ocitocina nos 2 momentos</p>	<p>A maioria dos pais (<math>n=11</math>) apresentou observação, carícias e comunicação carinhosa com o RN no momento do nascimento.</p> <p>Os restantes 5 apenas observaram, com alguns momentos de comunicação verbal.</p> <p>No que diz respeito à escolha de contato físico, que poderia variar em não realizar contato, segurar no colo ou realizar CPP, todos os pais optaram por realizar CPP com os seus bebés.</p> <p>Os níveis de ocitocina paterna sofreram um aumento entre os dois momentos, no entanto este não foi estatisticamente significativo (<math>p&gt;0,05</math>).</p>	6/7

18	Chavan et al., 2023 India	Avaliar o impacto do CPP na vinculação pai-filho	Estudo Séries de Caso (observacional, prospectivo)	30 pais de RN de baixo peso estáveis (PN <1500g)	<p>7 dias consecutivos de CPP, com a duração mínima de 2h</p> <p>Utilização da escala <i>Postpartum Bonding Questionnaire</i>, com os subtemas: Vinculação comprometida, rejeição e raiva, ansiedade relativa aos cuidados e risco de abuso</p> <p>A escala foi aplicada antes e após o período de intervenção</p>	<p>Após o período de intervenção, observou-se uma redução nos seguintes subtemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vinculação comprometida</b>, o score pós-CPP foi significativamente mais baixo do que o score pré-intervenção (3,50 para 2, p=0,003). 2 pais apresentaram um score acima do <i>threshold</i> (&gt;11) com 13 e 15, que diminuíram significativamente (9 e 12, respetivamente).</li> <li>• <b>Rejeição e raiva</b>, o score pós-score foi significativamente mais baixo (2 para 0, p=0,022). 1 pai teve um score acima do <i>threshold</i> (&gt;16) que diminuiu significativamente (17 para 1).</li> <li>• <b>Ansiedade relativa aos cuidados</b>, o score sofreu uma redução estatisticamente significativa após o CPP (0,5 para 0, p=0,005). 2 pais apresentaram scores acima do <i>threshold</i> (&gt;9) com 12 e 10, tendo ambos os scores diminuído para 6 após o CPP.</li> </ul> <p>No que diz respeito ao subtema <b>Risco de abuso</b>, nenhum dos pais demonstrou agressão para com os seus bebés pré ou pós-CPP.</p>	10/10
----	------------------------------	--	--	--	--	--	-------

## **Apêndice IX – Avaliação da Qualidade Metodológica**

**Cong et al., 2015 - Ensaio clínico randomizado**

	Yes	No	Unclear	NA
Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
Was allocation to treatment groups concealed?				X
Were treatment groups similar at the baseline?	X			
Were participants blind to treatment assignment?	X			
Were those delivering treatment blind to treatment assignment?				X
Were outcomes assessors blind to treatment assignment?			X	
Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			
Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			

**Salmani & Champiri, 2016 – Estudo Quase-Experimental**

	Yes	No	Unclear	NA
Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
Were the participants included in any comparisons similar?	X			
Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?		X		
Was there a control group?		X		
Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			

**Sweeney et al., 2016 – Case Series**

	Yes	No	Unclear	NA
Were there clear criteria for inclusion in the case series?	X			
Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants included in the case series?	X			
Were valid methods used for identification of the condition for all participants included in the case series?	X			
Did the case series have consecutive inclusion of participants?	X			
Did the case series have complete inclusion of participants?	X			
Was there clear reporting of the demographics of the participants in the study?	X			
Was there clear reporting of clinical information of the participants?	X			
Were the outcomes or follow up results of cases clearly reported?	X			
Was there clear reporting of the presenting site(s)/clinic(s) demographic information?	X			
Was statistical analysis appropriate?	X			

**Chen et al, 2017 – Ensaio clínico randomizado**

	Yes	No	Unclear	NA
Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
Was allocation to treatment groups concealed?				X
Were treatment groups similar at the baseline?	X			
Were participants blind to treatment assignment?	X			
Were those delivering treatment blind to treatment assignment?				X
Were outcomes assessors blind to treatment assignment?			X	
Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			
Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			

**Jones & Santamaria, 2017 – Estudo Cohort**

	Yes	No	Unclear	NA
Were the two groups similar and recruited from the same population?	X			
Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	X			
Was the exposure measured in a valid and reliable way?	X			
Were confounding factors identified?		X		
Were strategies to deal with confounding factors stated?				X
Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	X			
Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X			
Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	X			
Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	X			
Were strategies to address incomplete follow up utilized?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			

**Varela et al, 2017 – Estudo Quase-Experimental**

	Yes	No	Unclear	NA
Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
Were the participants included in any comparisons similar?	X			
Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?		X		
Was there a control group?		X		
Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			

**Vittner et al., 2017 – Ensaio Clínico Randomizado**

	Yes	No	Unclear	NA
Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
Was allocation to treatment groups concealed?				X
Were treatment groups similar at the baseline?	X			
Were participants blind to treatment assignment?	X			
Were those delivering treatment blind to treatment assignment?				X
Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			
Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			

**Huang et al, 2019 – Ensaio clínico randomizado**

	Yes	No	Unclear	NA
Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
Was allocation to treatment groups concealed?				X
Were treatment groups similar at the baseline?	X			
Were participants blind to treatment assignment?	X			
Were those delivering treatment blind to treatment assignment?				X
Were outcomes assessors blind to treatment assignment?			X	
Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			
Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			

**Dongre et al., 2020 – Estudo Quase-Experimental (Observacional)**

	Yes	No	Unclear	NA
Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
Were the participants included in any comparisons similar?	X			
Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?				X
Was there a control group?		X		
Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			

**Günay & Şimşek, 2020 – Estudo qualitativo**

	Yes	No	Unclear	NA
Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X			
Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X			
Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X			
Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X			
Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X			
Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X			
Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?		X		
Are participants, and their voices, adequately represented?	X			
Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X			
Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X			

### Toprak & Erenel, 2020 – Estudo Longitudinal

	Yes	No	Unclear	NA
Were there clear criteria for inclusion in the case series?	X			
Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants included in the case series?	X			
Were valid methods used for identification of the condition for all participants included in the case series?	X			
Did the case series have consecutive inclusion of participants?	X			
Did the case series have complete inclusion of participants?	X			
Was there clear reporting of the demographics of the participants in the study?	X			
Was there clear reporting of clinical information of the participants?	X			
Were the outcomes or follow up results of cases clearly reported?	X			
Was there clear reporting of the presenting site(s)/clinic(s) demographic information?	X			
Was statistical analysis appropriate?	X			

### Toprak & Erenel, 2022 – Estudo Quase-Experimental

	Yes	No	Unclear	NA
Is it clear in the study what is the 'cause' and what is the 'effect' (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
Were the participants included in any comparisons similar?	X			
Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?		X		
Was there a control group?	X			
Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
Were outcomes measured in a reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			

**Lehtonen et al., 2022 - Estudio Cohort**

	Yes	No	Unclear	NA
Were the two groups similar and recruited from the same population?	X			
Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	X			
Was the exposure measured in a valid and reliable way?	X			
Were confounding factors identified?		X		
Were strategies to deal with confounding factors stated?				X
Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	X			
Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X			
Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	X			
Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	X			
Were strategies to address incomplete follow up utilized?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			

**Uribe-Torres et al., 2022 - Estudio de Corte Transversal**

	Yes	No	Unclear	NA
Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	X			
Were the study subjects and the setting described in detail?	X			
Was the exposure measured in a valid and reliable way?	X			
Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	X			
Were confounding factors identified?		X		
Were strategies to deal with confounding factors stated?				X
Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	X			
Was appropriate statistical analysis used?	X			

**Chavan et al., 2023 – Case Series**

	<b>Yes</b>	<b>No</b>	<b>Unclear</b>	<b>NA</b>
Were there clear criteria for inclusion in the case series?	X			
Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants included in the case series?	X			
Were valid methods used for identification of the condition for all participants included in the case series?	X			
Did the case series have consecutive inclusion of participants?	X			
Did the case series have complete inclusion of participants?	X			
Was there clear reporting of the demographics of the participants in the study?	X			
Was there clear reporting of clinical information of the participants?	X			
Were the outcomes or follow up results of cases clearly reported?	X			
Was there clear reporting of the presenting site(s)/clinic(s) demographic information?	X			
Was statistical analysis appropriate?	X			