

Catarina
Figueiredo



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

“Hands-On” Vs “Hands-Off” Durante O Período Expulsivo Na
Preservação Da Integridade Perineal

Projeto de Estágio de Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas na Área da Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

Catarina Sofia Valente Figueiredo

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**“Hands-On” Vs “Hands-Off” Durante O Período Expulsivo Na
Preservação Da Integridade Perineal**

**Projeto de Estágio de Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas na Área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

**"Hands-On" Vs "Hands-Off" During the Expulsive Period in the
Preserving Perineal Integrity**

**Internship Project for the Development of Specialised Clinical Skills in the
Area of Maternal and Obstetric Health Nursing**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório de estágio de natureza profissional orientado pela
Professora Doutora Sónia Brandão e coorientado pela Professora
Emília Bulcão

Autora: Catarina Sofia Valente Figueiredo

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

Com o fim deste percurso só tenho de agradecer a todas as professoras que sempre estiveram prontas a ajudar, a dar alento e a ouvirem-me. Um especial obrigado à Professora Doutora Sónia Brandão, Professora Doutora Alexandrina Cardoso e Professora Doutora Emília Bulcão.

A todas as minhas orientadoras do estágio, que sempre me deram abertura para aprender mais um bocadinho.

Aos meus pais, que sempre lutaram pelos meus sonhos como se fossem deles e nunca me deixaram desistir e nem deixar de acreditar em mim mesmo quando eu já não acreditava. Sem eles não estaria aqui hoje, isso é mais que certo.

Ao meu Tiago, que sempre me impulsionou a ser mais e melhor, mostrando que afinal o caminho pode ser menos difícil quando o fazemos acompanhados pela pessoa certa.

Às minhas colegas de especialidade, ao nosso grupo que sempre se manteve de pé perante as adversidades e que mostrou que unidas vamos mais longe.

Às minhas grandes amigas, que sempre estiveram prontas para me ouvir, com uma palavra amiga acompanhada de um abraço.

Aos meus avós, que serão sempre a minha estrelinha.

A todas estas maravilhosas pessoas, o meu sincero obrigada.

ABREVIATURAS

MESMO- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto

EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

OE- Ordem dos Enfermeiros

PBE- Prática Baseada na Evidência

APPT- Ameaça de Parto Pré-Termo

RPM- Rotura Prematura de Membranas DGS- Direção-Geral da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

ACOG- *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

mmHg- Milímetros de Mercúrio

bpm- Batimentos por Minuto

°C- Graus Celsius

TP-Trabalho de Parto

ICN- *International Council of Nurses*

DGS- Direção-Geral da Saúde

cm- Centímetros

CTG- Monitorização Cardiotocográfica

ml-Mililitros

NICE- *National Institute of Clinical Excellence*

UI- Unidade internacional

%- Percentagem

mcg- Microgramas

mg- Miligramas

ml/h- Mililitros por Hora

º- Graus

RIL- Revisão Integrativa da Literatura

JBI- *Joanna Briggs Institute*

Mesh- *Medical Subject Heading*

Decs- Descritores em Ciências da Saúde

PRISMA- *Preferred Reporting Items for Systematic Review*

ICN- *International Council of Nurses*

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

RESUMO

O presente relatório de estágio descreve o processo de aprendizagem no desenvolvimento de competências durante o Curso de Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, realizado no ~~Centro Materno-Infantil do Norte~~, entre 6 de fevereiro de 2023 e 30 de novembro de 2023. Esta análise retrospectiva aborda a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionadas à prática profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, estabelecido e aprovado pela Ordem dos Enfermeiros, em conformidade com a Mesa de Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica. Este relatório de estágio contempla ainda uma abordagem à componente de investigação em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O estágio profissional abrangeu três áreas distintas de intervenção em enfermagem, especificamente a Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto, e Cuidados Pós-Parto e Parentalidade. Durante esses três contextos de aprendizagem, foram implementadas intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica mais recente, visando o desenvolvimento de competências no domínio dos cuidados especializados de enfermagem para todas as grávidas, parturientes, puérperas e seus recém-nascidos. Este relatório documenta as experiências vivenciadas em todos os locais de estágio, seguidas de uma análise reflexiva das práticas hospitalares.

Para o desenvolvimento das competências de investigação, foi elaborada uma Revisão Integrativa da Literatura, abordando as técnicas "Hands-On" versus "Hands-Off" durante o período expulsivo, com o intuito de mitigar lacerações perineais e minimizar as sensações adversas durante o pós-parto. Este estudo pretendeu destacar o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção de resultados obstétricos mais favoráveis para a puérpera.

Os protocolos atuais e a prática clínica sugerem a adoção da técnica "Hands-On" como a mais eficaz, contradizendo com os estudos desta Revisão. Assim, poderá ser importante ou elaborar uma revisão sistemática da literatura, permitindo sintetizar toda a evidência disponível sobre a prática ou efetuar estudos primários nomeadamente estudos randomizados apenas destas duas técnicas fornecendo uma maior evidência científica atual.

Palavras-Chave: Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem; Trabalho de Parto; "Hands-On"; "Hands-Off" e Integridade Perineal.

ABSTRACT

The present internship report describes the learning process of developing skills in the Master's Degree on Maternal and Obstetric Health Nursing, carried out at the ~~Centro Materno-Infantil de Norte~~, between the 6th of February 2023 and the 3rd of November 2023. This retrospective analysis addresses the acquisition and development of skills related to the professional practice of a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, according to the Regulation of Competencies for the Maternal and Obstetric Nurse Specialist, established and approved by the *Ordem dos Enfermeiros*, in accordance with the *Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica*. This internship report also includes a research component in Maternal and Obstetric Health Nursing.

Professional internship covered three distinct areas of nursing intervention, namely High-risk Pregnancy, Labor and Delivery, as well as Postpartum Care and Parenthood. During these three learning scenarios, nursing interventions were implemented based on the most recent scientific evidence, aiming to develop skills in specialized nursing care for all pregnant women, parturients, postpartum women, and their newborns. This report documents occurrences experienced in all internship locations, followed by a reflexive analysis of hospital practices.

For the development of research skills, an integrative literature review was elaborated, addressing "Hands-On" versus "Hands-Off" techniques during the expulsion phase, aimed at mitigating perineal lacerations and minimizing adverse sensations during the postpartum period. This study aimed to highlight the role of a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health in promoting positive obstetric outcomes for postpartum women.

Current protocols and clinical practice suggest that the "Hands-On" technique is the most effective, contradicting the studies in this review. It may therefore be important to either carry out a systematic review of the literature, making it possible to synthesise all the available evidence on the practice, or to carry out primary studies, namely randomised studies of just these two techniques, providing more current scientific evidence.

Keywords: Obstetric Nursing; Nursing Care; Labor; "Hands-On"; "Hands-Off" and Perineal Integrity.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	20
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	24
1.1. Contextualização do Estágio	25
1.2. Ameaça de Parto Pré-Termo	26
1.3. Caso Clínico- Internamento de Grávidas de Risco	27
1.3.1. Cenário Clínico	27
1.3.2. Domínios de Enfermagem.....	27
1.3.3. Aspetos de Enfermagem a Considerar Relativamente à Medicação Prescrita	27
1.3.4. Cuidados de Enfermagem	28
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	30
2.1. Contextualização do Estágio	31
2.2. Período de Dilatação- Primeiro Estadio do Trabalho de Parto.....	32
2.2.1. Indução do Trabalho de Parto	35
2.2.2. Fase Latente do Primeiro Estadio do Trabalho de Parto	36
2.2.3. Fase Ativa do Primeiro Estadio do Trabalho de Parto	39
2.3. Período Expulsivo- Segundo Estadio do Trabalho de Parto.....	41
2.4. Dequitação e Hemostase- Terceiro e Quarto Estadios do Trabalho de Parto.....	45
2.5. Adaptação à Vida Extrauterina	47
2.6. Casos Clínicos- Bloco de Partos.....	48
2.6.1. Primeiro Cenário Clínico	48
2.6.2. Segundo Cenário Clínico	68
2.6.3. Terceiro Cenário Clínico	86
2.6.4. Quarto Cenário Clínico	95
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM	105
3.1. Enquadramento Teórico	105
3.2. Tipo de Estudo	107
3.3. Metodologia	108
3.3.1. Etapas da Revisão Integrativa da Literatura	108
3.4. Apresentação dos Resultados e Discussão.....	111
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE ...	118
4.1. Contextualização do Estágio	118
4.2. Puerpério	119
4.3. Caso Clínico - Puerpério	121
4.3.1. Cenário Clínico	121

4.3.2.	Domínios de Enfermagem.....	121
4.3.3.	Aspetos de Enfermagem a Considerar Relativamente à Medicação Prescrita	121
4.3.4.	Cuidados de Enfermagem.....	122
4.4.	Recém-Nascido.....	127
4.5.	Caso Clínico Referente ao Recém-Nascido.....	129
4.5.1.	Cenário Clínico.....	129
4.5.2.	Domínios de Enfermagem.....	129
4.5.3.	Cuidados de Enfermagem.....	129
5.	CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	131
	CONCLUSÃO.....	134
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	135
	APÊNDICES.....	144

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Experiências de aprendizagem.....	32
TABELA 2: Experiências concernentes ao parto eutócico	43
TABELA 3: Formulação da pergunta PICO	109

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Fluxograma de seleção dos estudos	111
--	-----

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissional, integrada no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), referente ao ano letivo 2023/2024, foi proposta a elaboração de um relatório final que ilustre o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), na identificação, no planeamento de cuidados e intervenções de enfermagem centrados na mulher ao longo da gravidez, quer normal, quer com complicações, durante o seu trabalho de parto e parto, no período puerperal, assim como ao recém-nascido.

Na realização deste relatório de estágio, foram adotados os princípios estabelecidos no Regulamento de Competências e Padrões de Qualidade para cuidados especializados, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE) no Regulamento nº319/2019, publicado em 3 de maio de 2019. De acordo com as diretrizes da OE (2019), a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) requer a demonstração de competências específicas, incluindo o cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, o período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, pós-parto, climatério, a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Consciente de que o desenvolvimento das competências ao longo dos estágios está intrinsecamente ligado à prática baseada em evidência (PBE), esta abordagem foi fundamental em todo o percurso, de forma a fundamentar a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na mais recente evidência científica, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, refletindo-se tanto na avaliação diagnóstica quanto nas intervenções realizadas, especialmente nos cuidados de enfermagem especializados.

No sentido de prestar cuidados baseados em evidência científica, foi considerado relevante analisar criticamente a escolha entre as intervenções "Hands-On" e "Hands-Off" no que diz respeito à preservação da integridade perineal durante o período expulsivo. O interesse por esta temática surgiu durante o estágio no Bloco de Partos, onde foi possível observar diferentes abordagens por parte dos profissionais de saúde. Embora a maioria dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) favorecesse a técnica "Hands-On" como a mais eficaz, durante a observação empírica, foi possível observar que a técnica "Hands-Off" resultou num desfecho perineal semelhante. Assim, diante deste contexto, surgiu o interesse em investigar ambas as técnicas e a evidência existente sobre o tema, de forma a compreender os seus princípios e todos os outros elementos que podem influenciar na minimização de lacerações perineais, com o objetivo de oferecer um período puerperal mais

benéfico à mulher e também contribuir para capacitar os EESMO a selecionar uma intervenção de enfermagem que dê uma melhor resposta às necessidades individuais e específicas de cada mulher durante o período expulsivo.

Tendo por base este documento, o objetivo deste relatório é destacar as competências comuns e específicas do EESMO desenvolvidas durante o período de estágio.

O estágio de natureza profissional teve lugar num grande Hospital da zona Norte do País, entre 6 de fevereiro de 2023 e 30 de novembro de 2023, abrangendo três módulos diferenciados: Bloco de Partos, Puerpério e Internamento de Medicina Materno-Fetal, num total de 800 horas.

Como objetivos desta unidade curricular foram delineados: 1. Promoção da responsabilização pessoal na construção dos respetivos itinerários e projetos de vida profissional, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e de promoção de um espírito empreendedor; 2. Identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas centradas nas necessidades em cuidados à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; 3. Consolidação da capacidade para a resolução de problemas em contexto de multidisciplinaridade; 4. Mobilização da evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de saúde materna, obstetrícia e ginecologia; 5. Promoção de uma consciência profissional sobre o papel do EESMO; 6. Elaboração e discussão do presente relatório, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo.

Durante os estágios foram várias as competências adquiridas e desenvolvidas, enquanto os conhecimentos teóricos foram consolidados. Paralelamente, foi realizado o treino associado às técnicas de prestação de cuidados. Destaca-se a importância do contexto clínico não apenas para contextualizar os conhecimentos, mas também para fomentar uma prática reflexiva baseada na evidência mais recente. Este relatório descreve não só as experiências em ambiente hospitalar durante o percurso académico, enquanto estudante do MESMO, bem como as intervenções realizadas sob supervisão e fundamentadas na evidência científica mais atual.

Este relatório de estágio encontra-se dividido em 5 capítulos: primeiramente a introdução, os quatro seguintes abordam as atividades e competências desenvolvidas ao longo de todos os estágios realizados, Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Parto e Puerpério, em que cada uma dessas áreas é identificada por um título selecionado com base nas experiências vivenciadas e nos aspetos considerados mais pertinentes em cada fase. Entre o capítulo Trabalho de Parto e Parto e o Puerpério é, também, feita uma abordagem teórica dos temas nomeadamente a justificação dos domínios que irão ser utilizados ao longo de todos os casos clínicos. De notar que todos os nomes utilizados nestes casos são fictícios. A revisão integrativa da literatura sobre o tema explorado é apresentada no quarto capítulo, uma vez que a temática

aborda o período expulsivo e a problemática foi identificada durante o decorrer do estágio no Bloco de Partos, justificando o seu seguimento. Seguidamente, é apresentada a Análise Reflexiva de Competências e Conclusão.

Este relatório não descreve apenas o trajeto percorrido, mas tenta também contribuir para intervenções de enfermagem mais eficazes para o alvo de cuidados, podendo em alguns casos essas mesmas intervenções contrastar com os protocolos da instituição, tema que será abordado ao longo dos capítulos, fundamentando-o sempre na evidência mais atual.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

Uma das competências do EESMO diz respeito, não só a conceber como também ao planejar e implementar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica, detetando e resolvendo precocemente complicações, promovendo assim o bem-estar materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Nesse contexto clínico, os cuidados de enfermagem prestados tiveram como objetivos promover a adaptação à gravidez, preparando o casal para o parto e para a transição para a maternidade/paternidade, além de identificar precocemente sinais ou sintomas de possíveis complicações. As experiências adquiridas foram integradas às intervenções de enfermagem, as quais foram direcionadas para responder às necessidades específicas deste estágio. Esse foco permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências em cuidados especializados, resultando numa capacitação efetiva para lidar com possíveis complicações relacionadas com o processo gravídico e a transição para a parentalidade.

A gravidez é um processo que se caracteriza por inúmeras transformações fisiológicas consequentes de uma adaptação dos sistemas corporais a uma nova condição. Estas transformações iniciam-se ao longo da primeira semana de gestação prolongando-se até ao final da gravidez (Fassarella, et al., 2020). Contudo, uma percentagem de grávidas desenvolve intercorrências e complicações neste período, podendo resultar em riscos quer para a mãe quer para o feto, necessitando de um maior acompanhamento (Fassarella et al., 2020).

A gravidez de risco é caracterizada como sendo uma gravidez em que a incidência de desfechos adversos, quer para o feto quer para a mãe, é superior à gravidez normal (Pedrosa, 2020). A classificação de risco da gravidez, apresenta um carácter dinâmico e pode ser dividida em três níveis: baixo, médio e alto risco, conforme a tabela de Goodwin Modificada. Esta tabela tem em consideração parâmetros como a história obstétrica anterior, as patologias associadas e complicações na gravidez atual.

Nenhuma gravidez é vivida de forma igual, nem mesmo pela mesma mulher, sendo cada gravidez única (Direção-Geral da Saúde, s.d.). A adaptação à parentalidade é definida como um conjunto de comportamentos que visam o ajustamento à gravidez e na apresentação de comportamentos de cada mulher/homem para se preparar para a parentalidade, interiorizando as expectativas da família, amigos e sociedade em relação aos comportamentos parentais considerados adequados ou inadequados (ICN, 2019).

O EESMO deve adotar um papel de acompanhamento contínuo e atento à grávida/casal grávido ao longo desta adaptação implementando intervenções de enfermagem que visem a promoção saudável da parentalidade e gravidez, para que sejam capazes de exercer o papel parental com mestria (Pedrosa, 2020).

1.1. Contextualização do Estágio

O estágio foi desenvolvido num Hospital da zona Norte do país, entre 17 de outubro de 2023 e 30 de novembro de 2023, no Internamento de Ginecologia e Medicina Materno-Fetal.

Este serviço encontra-se dividido em duas secções: uma dedicada a mulheres com patologia do foro ginecológico, com internamento pré e pós-operatório, e, outra secção para internamento de grávidas com patologia associada que requerem vigilância e monitorização.

Por vezes, eram internadas mulheres submetidas a interrupção médica da gravidez ou que sofreram perda gestacional e, por motivos emocionais e éticos, não eram internadas no Internamento de Puerpério.

As unidades estavam organizadas com enfermarias de uma ou duas camas e com lotação para nove grávidas.

No que concerne ao motivo de internamento, verificaram-se vários diagnósticos tais como: pré-eclâmpsia; subida tensional; diabetes gestacional não controlada; colestase gravídica; alteração dos fluxos uteroplacentários; restrição do crescimento intrauterino; oligoâmnios; morte fetal em gravidez gemelar; ameaça de parto pré-termo (APPT) e rotura prematura de membranas (RPM).

Durante o período de estágio, foram prestados cuidados de enfermagem especializados a um total de 89 grávidas, abrangendo uma variedade de patologias obstétricas. Entre essas patologias, as que se verificaram em maior número foram a APPT e a RPM.

Sendo a APPT uma das patologias mais frequentes ao longo deste estágio foi descrito, de forma sucinta, um processo de Conceção de Cuidados, com as intervenções de enfermagem especializadas correspondentes.

1.2. Ameaça de Parto Pré-Termo

A Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT) é caracterizada por contrações uterinas regulares e dolorosas antes das 37 semanas de gestação, com a possibilidade de se desencadear um parto prematuro. O parto prematuro é definido como o nascimento antes das 37 semanas de gestação associado a um alto risco de morbidade e mortalidade neonatal (OMS, 2023).

A identificação da APPT passa pela avaliação dos sintomas tais como, contrações uterinas regulares e dolorosas na região abdominal ou pélvica, referida como intermitente, com aumento de frequência e intensidade habitualmente ao longo do tempo (Sharma et al., 2016). Pode também ser acompanhada por dor lombar, sendo este também um sintoma bastante frequente (Bacci et al., 2019). Segundo a ACOG (2023), o diagnóstico da APPT passa por um exame obstétrico de forma a identificar se existe ou não dilatação cervical, e as contrações devem ser monitorizadas. Outros sintomas que podem ocorrer são a perda hemática vaginal e/ou perda de líquido amniótico e a presença de pressão no fundo da barriga (Ministério da Saúde, 2017).

Após o diagnóstico de APPT, o principal objetivo é prevenir o parto pré-termo e todas as complicações associadas para o recém-nascido. Uma abordagem comum neste contexto clínico envolve a administração de corticosteroides, com o propósito de promover a maturação pulmonar fetal, e a administração de tocolíticos, de forma a diminuir ou inibir as contrações uterinas, contribuindo para melhores desfechos neonatais (Antenatal Corticosteroid Clinical Trial Group, 2019; Conde-Agudelo et al., 2011; Lee et al., 2020).

Uma variedade de diagnósticos de enfermagem está associada à APPT, no entanto, um em particular destaca-se, a ansiedade (Val da Silva, 2019). Durante o período de internamento, foi observado um conjunto de preocupações relacionadas com o diagnóstico, incluindo a possibilidade de o recém-nascido ser internado no serviço de neonatologia, a diminuição da percepção dos movimentos fetais (causada maioritariamente pela administração de Betametasona) e a atribuição de um significado negativo à presença de contrações uterinas.

O papel do EESMO, para além de executar intervenções resultantes de prescrição médica, passa por executar intervenções autónomas que facilitem o processo de transição para a parentalidade na grávida, como por exemplo a gestão de expectativas, e manter o bem-estar materno-fetal, através da monitorização cardiotocográfica.

1.3. Caso Clínico- Internamento de Grávidas de Risco

1.3.1. Cenário Clínico

Catarina, grávida de 27 anos, primigesta, com 29 semanas e 5 dias de gestação, encontra-se internada no serviço de Medicina Materno-Fetal por Ameaça de Parto Pré-Termo. Foi admitida após recorrer ao Serviço de Urgência com perda de líquido amniótico, de características normais. Nega alergias conhecidas e não tem história clínica relevante.

Durante o internamento, é medicada com Sulfato Ferroso que gere autonomamente. Durante o turno da manhã (8h-14h), está programada a administração da primeira dose de Betametasona intramuscular, com o objetivo de promover a maturação pulmonar fetal.

1.3.2. Domínios de Enfermagem

Os domínios de enfermagem de relevo identificados para este cenário clínico foram os seguintes: Gestação, referente à gravidez com complicações; e Atitudes Terapêuticas, referente à monitorização cardiotocográfica.

1.3.3. Aspetos de Enfermagem a Considerar Relativamente à Medicação Prescrita

1.3.3.1. Betametasona

A administração de Betametasona é uma prática comum utilizada para estimular o desenvolvimento pulmonar fetal em gestações com alto risco de parto prematuro. Este

corticosteroide sintético atua acelerando a maturação pulmonar fetal ao promover a produção de surfactante nos pulmões do feto (Roberts et al., 2017).

Para assegurar a segurança durante a administração deste fármaco, é fundamental realizar uma avaliação abrangente do estado materno e fetal. Esta avaliação engloba a monitorização dos sinais vitais da mãe, a monitorização cardiotocográfica fetal e a realização de exames complementares, como a ecografia, com o intuito de identificar eventuais complicações obstétricas que possam influenciar a decisão de administrar este fármaco (ACOG, 2016).

No entanto, é imprescindível que a grávida compreenda tanto os possíveis benefícios quanto os riscos associados à administração deste medicamento. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desempenha um papel fundamental ao dotar a grávida de conhecimentos sobre os objetivos da administração deste fármaco, os potenciais efeitos adversos e a importância da monitorização antes e após sua administração (ACOG, 2016).

1.3.4. Cuidados de Enfermagem

HORA: 09h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 122/71 mmHg (milímetros de mercúrio) ▪ Frequência Cardíaca: 78 bpm (batimentos por minuto) ▪ Temperatura: 36,2°C (graus Celsius)

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Gestação
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Iniciar monitorização cardiotocográfica.

HORA: 09h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Gestação
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Gravidez
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência cardíaca fetal: 137 bpm ▪ Acelerações: presentes

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desacelerações: ausentes ▪ Variabilidade: Entre 5-25 bpm <p>-Terminar monitorização cardiotocográfica.</p>
--	---

HORA: 10h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Gestação
DADOS:	A Catarina irá iniciar a administração de Betametasona de forma a cumprir o protocolo de maturação pulmonar e por essa mesma razão, questionou se esta medicação tem algum efeito adverso para o seu bebé.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Gravidez
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre o fármaco durante a gravidez
INDICADORES DE RESULTADOS	Que a grávida seja capaz de reconhecer os efeitos adversos da betametasona para o feto.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Ensinar sobre resposta à medicação</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar o efeito da betametasona em relação aos movimentos fetais: é possível que surja uma diminuição dos movimentos fetais e até mesmo uma diminuição da variabilidade fetal após a administração num intervalo entre 2 a 3 dias (Ishrat, Perween & Khan, 2024).

HORA: 11h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Gestação
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Gravidez
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Administrar betametasona, por via intramuscular.

HORA: 11h35

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Gestação
DADOS:	A Catarina refere uma certa apreensão em relação à possibilidade de a sua gravidez terminar antes do tempo previsto e, por essa razão, o seu filho necessitar de internamento no serviço de neonatologia.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre gravidez com complicações
INDICADORES DE RESULTADOS	Que a grávida conheça o serviço de neonatologia e o seu funcionamento
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Ensinar sobre internamento de recém-nascido pré-termo</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar funcionamento do serviço de neonatologia: horário de visitas preconizado pelo serviço (Entre as 09h30 e 13h30; das 14h30 até às 19h30 e das 20h30 até às 22h).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO TRABALHO DE PARTO E PARTO

Ao longo da sua vida, o ser humano passa a maior parte do tempo em constante mudança, vivenciando eventos críticos que determinam passagens de um estado para outro, ao longo do ciclo de desenvolvimento, conferindo sentido ao trajeto de vida, sendo esta a definição de transição (Meleis, 2010).

Durante o período de gestação e no pós-parto, observa-se uma transição significativa: a transição para a parentalidade, caracterizada pela redefinição de papéis e funções, bem como pelo ajustamento de capacidades, assinalada pelo nascimento de um filho. Esta experiência está associada à obtenção de uma realização pessoal, fomentando uma sensação de plenitude e satisfação. Todavia, a dificuldade reside na necessidade constante de adaptação à medida que o filho cresce e se desenvolve (Pedrosa, 2020).

De acordo com o Regulamento nº 391/2019 da OE, é esperado que o EESMO não só promova a saúde da mulher durante o trabalho de parto, como otimize a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Com base nesta premissa é expectável que este implemente intervenções que promovam um trabalho de parto e parto que correspondam às expectativas e necessidades de cada mulher e do seu recém-nascido.

Ao mesmo tempo, a OMS (2018), acresce ainda que as mulheres ambicionam uma experiência de parto que esteja alinhada com as suas crenças e expectativas pessoais e socioculturais, isso implica ter o parto num ambiente seguro, tanto clinicamente, quanto psicologicamente, com apoio contínuo e emocional, tanto do seu acompanhante, quanto da equipe multidisciplinar, proporcionando uma sensação de realização pessoal e controlo por meio da participação ativa na tomada de decisões.

O Trabalho de Parto (TP) é definido como um conjunto de fenómenos fisiológicos que levam à dilatação do colo uterino, à progressão fetal, ao longo do canal de parto, e à sua expulsão (parto), bem como à expulsão da placenta e membranas amnióticas. Este conjunto de fenómenos é iniciado por contrações uterinas regulares, dolorosas, desencadeando a extinção e dilatação cervical (Silva, 2018).

Segundo o *International Council of Nurses* (ICN), o trabalho de parto pode ser definido como um conjunto de “*processos perinatais do organismo, desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta*” (ICN, 2019).

Estes fenômenos podem ser divididos em quatro estádios, dos quais: o primeiro representa a dilatação e extinção do colo do útero; o segundo tem início com a dilatação e extinção completa, culminando na expulsão do recém-nascido, denominada por período expulsivo; o terceiro estádio inicia-se após o nascimento até à dequitação; o último estádio que corresponde ao período pós-dequitação, designado de hemóstase ou puerpério imediato (Silva, 2018).

Todos estes momentos serão posteriormente abordados ao longo deste capítulo.

A Organização Mundial da Saúde (2018) recomenda modelos de continuidade de cuidados liderados por EESMO durante todo o período pré-parto, parto e pós-parto, intervindo o menos possível, preservando sempre os desejos e convicções de cada mulher e sua pessoa significativa, mantendo igualmente a segurança materna e do recém-nascido.

2.1. Contextualização do Estágio

Durante o período compreendido entre 6 de fevereiro de 2023 e 6 de julho de 2023, foi realizado o estágio no Bloco de Partos de um Hospital da zona Norte do país.

O serviço é dividido em Serviço de Urgência de Obstetria e Ginecologia e Núcleo de Partos. O Núcleo de Partos está subdividido em 7 salas de partos individuais e uma sala com seis camas, sendo três delas destinadas a mulheres em Indução do TP e as outras três a mulheres em início de TP (fase latente).

A estrutura física das salas de parto permite a privacidade da parturiente, uma vez que se tratam de quartos individuais com casa de banho privativa, para além de monitorização cardiotocográfica sem fios. Esta realidade permite o cuidado centrado na individualidade de cada mulher, tendo por base o respeito e o direito individual de cada indivíduo à autodeterminação (DGS, 2023; McCormack et al., 2015; OMS, 2018).

Durante toda a permanência no núcleo de partos é permitido o acompanhamento da parturiente independentemente do local onde esteja internada, uma vez que, o apoio contínuo ao longo de todo o parto promove a redução da taxa de cesariana, parto instrumentado e a redução do uso de analgesia epidural, para além de aumentar a satisfação materna em relação à experiência de parto (Bohren et al., 2021). Na maioria dos casos, a pessoa escolhida era o pai, sendo uma escolha expectável dado ser um momento de partilha entre o casal e demonstrar a importância do envolvimento do pai no trabalho de parto e parto.

Porém, uma destas salas de parto era, maioritariamente, utilizada para casos de abortamento por se encontrar no início do corredor, de forma a não sujeitar aquela mulher/casal a percorrer o serviço e à possibilidade de se cruzar com parturientes.

Na **Tabela 1**, apresenta-se o número de experiências clínicas nas quais tive a oportunidade de colaborar, em conjunto com a equipe multidisciplinar. Cada uma dessas experiências representou um momento de aprendizagem único e pessoal, focado nas necessidades de cada parturiente e respetiva pessoa significativa.

EXPERIÊNCIAS RELATIVAS À ASSISTÊNCIA AO PARTO					
46 partos					
Partos Eutócicos			Partos Distócicos por Ventosa		
Períneo Íntegro	Com laceração	Com episiotomia	Períneo Íntegro	Com laceração	Com episiotomia
12	19	9	0	0	6
Total: 40 partos			Total: 6 partos		

Tabela 1: Experiências de aprendizagem

Durante o estágio, foram implementadas e desenvolvidas práticas e intervenções que irão ser detalhadas ao longo deste capítulo. As experiências desenvolvidas tiveram como objetivo a promoção de uma transição para a parentalidade positiva e satisfatória, uma vez que este é um momento de grande importância para o casal, com um impacto significativo nas suas vidas. A vivência do trabalho de parto por parte da mulher é influenciada por inúmeros fatores, como experiências passadas, expectativas, contexto cultural, conhecimento sobre trabalho de parto e parto e suporte emocional, quer familiar, de amigos ou profissionais de saúde (Pedrosa, 2020).

2.2. Período de Dilatação- Primeiro Estadio do Trabalho de Parto

Segundo a OMS (2018), podemos dividir o primeiro estadio do trabalho de parte em duas fases: a fase latente e a fase ativa. A fase latente é caracterizada pela presença de contrações uterinas e evolução, mais lenta, da dilatação e extinção do colo do útero, até atingir uma dilatação de 5 centímetros. Esta fase é geralmente mais prolongada, em comparação com as etapas subsequentes.

A fase ativa é caracterizada pelo tempo necessário para que o colo do útero atinja a dilatação completa e ocorra a extinção, acompanhado por contrações uterinas regulares e dolorosas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), não há um consenso universal quanto à

duração desta primeira fase do trabalho de parto. No entanto, a OMS recomenda que a fase ativa não se estenda por mais de 12 horas em mulheres primíparas e 10 horas em mulheres múltiparas.

Há, no entanto, outras definições destes conceitos, a Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015) refere que a fase latente se inicia no momento da percepção de contratilidade uterina rítmica e regular terminando com os 4 centímetros (cm) de dilatação cervical. A duração desta fase é variável, contudo tem uma duração máxima de 20 horas para nulíparas e 14 horas para múltiparas. Relativamente à fase ativa esta inicia-se após os 4 cm de dilatação até à dilatação e extinção completa do colo do útero. É esperado que a evolução do trabalho de parto seja similar em mulheres nulíparas e múltiparas, até aos 6 centímetros de dilatação, sendo expectável que a progressão seja mais rápida em múltiparas a partir daí (DGS, 2015).

Compreender as diferentes fases do TP, como a fase latente e a fase ativa, torna-se fundamental para uma abordagem inicial e eficaz no serviço de urgência uma vez que a avaliação do estadió do trabalho de parto delinea a implementação de intervenções num contacto inicial.

Aquando da admissão no serviço de urgência, todas as grávidas são submetidas a uma avaliação inicial, tendo em conta o motivo pelo qual se dirigiram ao serviço. São posteriormente realizados exames complementares de diagnóstico, tais como a monitorização CTG, de forma a avaliar o bem-estar fetal, além da prestação de qualquer outro cuidado que se considere necessário.

Existem diversos motivos pelos quais as grávidas são admitidas no serviço de urgência, sendo os mais comuns a sensação de contratilidade (sensação de barriga dura e dolorosa), podendo estar associado ou não ao trabalho de parto, a rotura de membranas e a hemorragia vaginal. Após a realização do CTG, são considerados a frequência e a intensidade das contrações, bem como a monitorização dos batimentos cardíacos fetais. Com base na avaliação do traçado cardiotocográfico, uma decisão é tomada em relação à necessidade de internamento hospitalar.

No caso de identificação de rotura de membranas, a grávida era encaminhada para o Núcleo de Partos. Conforme destacado por Graça (2017), a ocorrência de rotura de membranas antes da descida da apresentação fetal representa um risco iminente de prolapso do cordão umbilical, que é reconhecido como uma das emergências obstétricas.

Após o diagnóstico ser identificado e a parturiente ser admitida no Núcleo de Partos, ela e o seu acompanhante eram encaminhados a pé para o serviço. No local, a parturiente trocava a sua roupa por uma bata hospitalar fornecida pela instituição e fazia-se acompanhar por uma mala, contendo a primeira roupa do recém-nascido, bem como roupa interior e uma camisa para vestir após o parto.

Após a instalação da mulher e convivente significativo no Núcleo de Partos, quer em sala de parto ou na sala destinada à fase latente, procedia-se à colheita de dados através de entrevista com o intuito de conhecer detalhadamente a história da parturiente, ou seja, antecedentes pessoais e obstétricos, medicação habitual, alergias, grupo sanguíneo, como decorreu a gravidez atual e anteriores (idade gestacional e índice obstétrico). No final de todas estas questões era colocado um Cateter Venoso Periférico e dadas a conhecer as regras de funcionamento do serviço.

A seguir, a mulher era questionada acerca das suas preferências e expectativas face ao parto, se tinham frequentado sessões de preparação para o parto e parentalidade e se possuíam Plano de Parto.

O Plano de Parto é um documento que deve ser elaborado pela mulher/casal, em que se encontrem descritos os seus desejos, preferências e expectativas não só em relação ao trabalho de parto e parto, mas também ao pós-parto. Deve ser preenchido pela mulher, mas também pela pessoa significativa que a irá acompanhar nesta fase, concedendo confiança ao casal e criação de um ambiente seguro (OE, 2019). Ao receber este documento, o EESMO verificava todos os pontos delineados e discutia-os com o casal. Inicialmente, o objetivo primordial consistia em avaliar o nível de conhecimento do próprio casal sobre todos os pontos do Plano de Parto e, quando apropriado, fornecer informações adicionais para esclarecimento. Além disso, era parte integrante do processo compartilhar informações pertinentes sobre os potenciais riscos e benefícios associados às escolhas que o casal poderia fazer ao longo de todo o TP. É importante reconhecer que o Plano de Parto não deve ser considerado como uma decisão final, mas sim como uma ferramenta que permite o diálogo contínuo entre a mulher ou o casal e a equipe multidisciplinar. O Plano de Parto deve ser flexível o suficiente para acomodar mudanças de preferência ou necessidades durante o processo (Afshar et al., 2016; Silva & Lopes, 2020).

Após o acolhimento da parturiente e do seu convivente significativo e a sua instalação no serviço, era proposta a iniciação de monitorização cardiotocográfica com o intuito da vigilância do bem-estar fetal.

Ao longo do primeiro estadió do TP, as grávidas permaneciam maior parte do tempo monitorizadas através de CTG externa com o intuito da vigilância fetal, mas também para compreender o padrão de contratilidade uterina.

Durante a fase latente do trabalho de parto, a monitorização cardiotocográfica era realizada de forma intermitente, promovendo a liberdade de movimentos e a deambulação. Na fase ativa, a monitorização do CTG era contínua, porém sem fios, o que permitia a mobilidade dentro da sala de partos.

Embora a OMS (2018) não recomende a monitorização contínua durante a primeira fase do trabalho de parto, no Hospital onde realizei estágio essa prática era realizada por rotina. Além disso, a equipe multidisciplinar realizava exames vaginais para recolher dados sobre a posição do colo do útero, a extinção e a dilatação de modo a registar a evolução do TP.

Ao longo do meu percurso de estágio, foi possível compreender que o exame vaginal era o método mais frequente para a avaliação da progressão do TP.

A realização do exame vaginal foi sempre um desafio durante o estágio, dado ser um procedimento que causava desconforto às parturientes, tornando-se invasivo para as mães, embora proporcionasse uma recolha importante de informação. A evidência científica apoia a realização do exame vaginal como parte da rotina de monitorização, sugerindo intervalos de 4 horas entre os exames durante a fase ativa do primeiro estadio do TP, exceto em casos patológicos (ACOG, 2019; OMS, 2018).

No entanto, alguns autores sugerem que, em casos de TP prolongado, nos quais tanto a mãe quanto o feto estejam clinicamente estáveis, a dilatação cervical e a duração do TP não devem ser os únicos critérios considerados para determinar se o trabalho de parto está a progredir de forma normal podendo ser explorados métodos alternativos, tais como a observação de mudança nas expressões faciais, no humor, na postura corporal, nos sons emitidos e a observação da linha púrpura que se desenvolve na região sagrada da mãe ao longo da evolução do TP (Bohren et al., 2017; Ávila & Feitoza, 2021).

2.2.1. Indução do Trabalho de Parto

A indução do trabalho de parto (TP) é descrita como a estimulação artificial da contratilidade uterina com o objetivo de iniciar o TP quando este não ocorre naturalmente (Graça, 2017). Esta prática é adotada quando os riscos materno-fetais justificam a sua realização em detrimento de esperar que o TP se desencadeie naturalmente (de Melo et al., 2020).

De acordo com a DGS (2015), a necessidade de indução do TP ou maturação cervical deve ser avaliada individualmente, considerando todos os fatores de risco para a saúde materna e fetal, uma vez que está associada a um maior risco de complicações, como hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina e aumento do risco de hipóxia fetal e rotura uterina. Além disso, esta prática está relacionada a uma maior incidência de partos instrumentados e uso de analgesia epidural.

A indução do TP pode ser realizada de três formas principais: maturação cervical com recurso a prostaglandinas (dinoprostona ou misoprostol, sendo este último o mais utilizado no local de estágio); dilatação mecânica por meio de uma sonda de Folley (a dilatação com sonda de Folley não é uma prática adotada no Núcleo de Partos); e administração de perfusão de ocitocina sintética (Graça, 2017).

No caso do método de indução do TP escolhido ser a administração de prostaglandinas, após se verificar o bem-estar materno-fetal e a parturiente se encontrar na fase latente de TP, a deambulação continua a ser permitida. Contudo, no caso de o método escolhido seja a perfusão de ocitocina, por via endovenosa, a adoção de medidas não farmacológicas, como o caso da deambulação pode estar condicionada.

Conforme o protocolo do Hospital da zona Norte do país, a indução do trabalho de parto é realizada inicialmente através da administração de misoprostol. No entanto, se não houver evolução após 24 horas, considera-se a administração de dinoprostona. A administração de ocitocina é tida em conta, caso não ocorra evolução em 48 horas.

A indução do TP, adotando medidas farmacológicas, pode acarretar riscos no que concerne ao bem-estar materno-fetal. A administração de medicação para a indução do trabalho de parto apresenta um risco elevado de taquissístolia e ocorrência de desacelerações da frequência cardíaca fetal, conforme indicado pela Direção-Geral da Saúde (2015).

A taquissístolia é definida pela ocorrência de pelo menos 5 contrações num intervalo de 10 minutos, o que pode limitar as trocas gasosas durante o intervalo entre as contrações e desencadear uma hipóxia fetal (Graça, 2017).

Quando este fenómeno é registado, a administração do fármaco indutor é imediatamente suspensa e é administrado Salbutamol intravenoso, conforme estabelecido no protocolo de serviço.

2.2.2. Fase Latente do Primeiro Estadio do Trabalho de Parto

Após ser admitida no Núcleo de Partos, a parturiente era sujeita a diversas atividades de monitorização do bem-estar tanto da mãe, quanto do feto, durante a primeira fase do TP.

A adequação de intervenções de enfermagem, ao longo da fase latente, deve dar resposta às necessidades da parturiente, pois é expectável que neste momento as contrações se tornem mais regulares e, conseqüentemente, exista uma maior extinção e dilatação do colo uterino

(OMS, 2017). No que concerne ao tipo de intervenções propostas e a sua implementação, a DGS (2019) preconiza que a avaliação dos sinais vitais deva ser realizada em intervalos de 4h e realizada monitorização CTG de forma contínua, contudo, a OMS (2018) refere que a monitorização do bem-estar fetal deve ser intermitente ao longo desta fase do TP.

No Hospital onde tive a oportunidade de realizar estágio, por protocolo, a monitorização dos sinais vitais é realizada no início de cada turno e a vigilância materno-fetal (monitorização cardiotocográfica) é realizada de forma intermitente a cada 2 horas. Esta prática oferecia a possibilidade de realização de métodos não farmacológicos para lidar com a dor, sem qualquer restrição de movimentos, e a possibilidade de se dirigir para fora da sala para a realização das refeições.

No Núcleo de Partos também era dúvida de muitas parturientes a questão da alimentação. É recomendada a ingestão de líquidos claros, tais como água, chá e sumos de fruta sem polpa, numa gravidez de baixo risco, quando o trabalho de parto está a evoluir de acordo com o esperado (ACOG, 2017; OMS, 2018; DGS 2019). Esta prática foi observada no local de estágio, uma vez que, nesta fase, as parturientes eram encorajadas a ingerir refeições ligeiras, água, chá e águas gelificadas caso preferissem.

Ao longo da transição da fase latente para a fase ativa, é expectável que as contrações uterinas se tornem mais regulares e ocorra uma maior extinção e dilatação do colo uterino (OMS, 2017). Como resultado, foi verificada uma constante verbalização de maiores queixas algicas por parte das parturientes.

Relativamente à dor durante o TP, esta pode ter uma origem somática e visceral, decorrentes da contratilidade uterina e dilatação cervical, sendo localizada maioritariamente na zona inferior do abdómen, irradiando a região lombar, sacrada, cristas ilíacas, glúteos e coxas (Pedrosa, 2020).

Neste sentido, numa primeira abordagem, era questionado às parturientes sobre se tinham conhecimento de alguma estratégia que as ajudasse a controlar a dor, visando implementar intervenções de enfermagem que promovessem o empoderamento para o autocontrolo da dor. Segundo Silva (2018), a perceção da dor por vezes é aumentada devido ao medo e ansiedade que impulsionam um aumento da tensão muscular.

Nesta fase, o EESMO tem um papel fundamental na implementação de métodos não farmacológicos tais como técnicas de relaxamento, exercícios de respiração e massagens, de forma a aliviar o desconforto, promovendo um ambiente de conforto e calma e oferecendo suporte contínuo. Uma revisão de 2020 destacou que essas intervenções podem reduzir a necessidade de analgesia e melhorar a experiência de parto para as mulheres (Bohren et al., 2021; Haanschoten et al., 2020).

Relativamente às técnicas de relaxamento, a mais comum é a respiração controlada que envolve a inspiração e a expiração ritmada e profunda durante as contrações. Esta técnica permite que a parturiente lide melhor com a dor, ajudando-a a suportar as contrações ao longo de todo o TP (Ko et al., 2017).

Outras técnicas como a utilização de uma fonte de calor, normalmente associada à massagem também se revelam eficazes na redução da percepção da dor (Nasreen et al., 2018; Smith et al., 2018).

A utilização da massagem consiste na aplicação de movimentos suaves e rítmicos nas áreas de maior desconforto, como por exemplo a região lombar, adotando diferentes técnicas de massagem tais como a fricção e a pressão. Contudo, no que concerne aos movimentos, estes podem variar de acordo com as preferências da parturiente. Os movimentos suaves e circulares podem ser aplicados em áreas de tensão muscular, enquanto a aplicação de pressão firme e constante pode aliviar a dor e promover o relaxamento (Smith et al., 2018). A massagem com pressão moderada e adequada mostrou-se eficaz na redução da intensidade da dor, estimulando a libertação de endorfinas (neurotransmissores responsáveis pela redução da dor e aumento do bem-estar) (Nasreen et al., 2018).

Para além disso, no caso da massagem e aplicação de calor serem realizadas pelo acompanhante, esta experiência pode promover uma maior conexão entre o casal, fortalecendo os laços emocionais (Chen et al., 2020; Toohill et al., 2020).

No que diz respeito a intervenções promotoras da evolução do TP, o método mais observado e implementado foi a deambulação e adoção de posições verticais. No serviço existe um corredor onde as parturientes se podem dirigir para esse mesmo efeito acompanhadas pelo seu convivente significativo.

Estudos têm demonstrado que a deambulação está associada a uma diminuição na duração do TP e a uma menor necessidade de analgesia epidural (Smith et al., 2013). Além disso, a escolha de movimentos livres durante todo o TP leva a uma diminuição da possibilidade de intervenções durante o TP e até mesmo de culminar numa cesariana (Mann et al., 2020).

No que concerne à verticalidade, a adoção de posições verticais, como o ficar de pé, utilizar uma bola de parto ou até mesmo deambular, está associada igualmente a uma diminuição da duração do TP, menor necessidade analgesia e uma maior probabilidade de parto eutócico (Reitter et al., 2018). De acrescentar que a mobilidade e a verticalidade proporcionam um maior controlo e bem-estar emocional às parturientes, diminuindo os níveis de ansiedade proporcionando uma maior sensação de empoderamento ao longo do TP (Dekker et al., 2019).

A promoção da mobilidade e da posição vertical pode estar associada ao uso de uma bola de parto, pois movimentos como sentar-se e balançar-se na bola promovem a mobilidade da bacia, facilitando a descida da apresentação fetal pelo canal de parto (Sosa et al., 2019).

A utilização da bola de parto pode reduzir a intensidade da percepção da dor durante o trabalho de parto, uma vez que a adoção de movimentos suaves e oscilatórios sobre a bola ajudam a aliviar a tensão muscular, promovendo o relaxamento e contribuindo para um ambiente mais confortável para a parturiente (Miquelutti et al., 2020). Além disso, ainda associou a uma redução na necessidade de analgesia farmacológica, como o caso da medicação por via epidural (Simkin et al., 2017).

No entanto, a administração de analgesia pelo cateter epidural demonstrou ser o método mais escolhido pelas parturientes ao longo do estágio, muitas vezes associado aos métodos anteriormente referidos.

Este método é considerado o mais eficaz no controlo da dor, associada ao TP, e com menos efeitos nocivos, quer para a mãe, quer para o feto. Contudo, está associado a um aumento da duração do segundo estadio do TP e também, ao aumento da taxa de partos instrumentados (Pedrosa, 2020).

2.2.3. Fase Ativa do Primeiro Estadio do Trabalho de Parto

De acordo com a OMS (2018), a fase ativa inicia-se aquando da extinção completa do colo do útero e com uma dilatação superior a 5 cm.

Nesta fase, como estipulado neste Hospital, a parturiente era encaminhada para uma das salas de parto individuais na companhia do seu convivente significativo, onde permaneceriam até serem transferidos para o serviço de puerpério, no caso de ocorrer um parto vaginal.

Habitualmente, este encaminhamento era realizado com o intuito da colocação do cateter epidural, após a parturiente conhecer todos os riscos e benefícios desta prática, explicada pelo Médico Anestesiasta.

A colocação e administração de medicação por cateter epidural é uma prática comum na instituição para alívio da dor durante o TP e, embora se demonstre eficaz, existem alguns riscos associados que devem ser considerados. A administração de anestésicos locais por via epidural pode resultar em hipotensão materna (Carvalho et al., 2020). Para além disso, pode resultar

também em náuseas, prurido e, em casos mais raros, depressão respiratória materna e neonatal (Hawkins et al., 2019; Lim et al., 2018).

Durante a técnica de colocação de cateter epidural, uma das complicações que pode surgir é a punção da dura mater, o que pode causar cefaleia pós-punção da dura (Wong et al., 2019).

Apesar de poderem existir complicações associadas à colocação do cateter epidural e à administração de medicação por esta via, a analgesia epidural demonstrou ser o método mais escolhido pelas parturientes para controlo da dor durante o TP.

Existem vários estudos que destacam o benefício do uso de medicação epidural no alívio da dor e, que referem que o uso desta não está associado a um aumento do risco de cesariana ou até de complicações neonatais graves, tal como a acidose fetal (Wu et al., 2019; Leong et al., 2020).

Durante a colocação do cateter epidural por parte do Médico Anestesiologista, o EESMO tem um papel de colaboração, ou seja, na preparação do material necessário, posicionamento da parturiente (sentada ou deitada em decúbito lateral), suspensão de perfusão de ocitocina, se fosse o caso, e monitorização da frequência cardíaca fetal, por períodos.

De forma a prevenir a hipotensão materna ao longo de todo o procedimento era iniciada uma perfusão de um Soro Polieletrólítico de 1000 ml (mililitros).

Outro efeito adverso que se verificava com o início da perfusão medicamentosa era o bloqueio motor que, por conseguinte, levava a que a parturiente se restringisse ao leito.

Nem sempre essa realidade se verificava, pois, ao administrar apenas Sufentanil, não ocorria bloqueio motor, permitindo que a parturiente mantivesse a liberdade de movimentos que tinha até então.

Após a colocação do cateter, de acordo com o protocolo da instituição, era iniciada perfusão contínua de analgesia (Sufentanil) com administração em bólus de anestésico (Ropivacaína), conforme a dor caracterizada pela parturiente e prescrição médica.

Posteriormente, procedia-se à vigilância do aparecimento de possíveis reações adversas, como anteriormente mencionadas, bem como vigilância da eliminação urinária. No caso de não ocorrer micção espontânea num período de 2 horas após o início da perfusão, por via epidural, recorria-se à algáliação e vigilância do débito urinário.

A atuação do EESMO nesta fase, para além de disponibilizar um ambiente mais agradável e familiar possível para a mulher/casal, também passava pela promoção da mobilidade e verticalidade da parturiente, dando oportunidade a que esta ouvisse o seu corpo e adotasse os movimentos que este lhe pedia. Assim, a parturiente era incentivada a movimentar a bacia, de forma a promover a insinuação da apresentação fetal. Os movimentos passavam pela utilização

da bola de parto, realizando movimentos circulares, laterais e na forma do infinito. Estes movimentos podem reduzir a necessidade de intervenções médicas e promover um parto vaginal mais seguro (Gupta et al., 2020).

Outro movimento promovido era o agachamento, pois permite o aumento do diâmetro da bacia superior, facilitando a descida e encravamento da apresentação fetal, levando a uma redução da duração do TP, promovendo, assim, a satisfação materna (Souza et al., 2016).

Durante o TP, as parturientes passam por diferentes sentimentos, desde a excitação e felicidade até à ansiedade e medo. Estes sentimentos são influenciados por inúmeros fatores, incluindo experiências de parto anteriores, apoio social, expectativas e ambiente envolvente (Bohren et al., 2017).

Estudos têm demonstrado que o apoio emocional durante o TP está associado a resultados positivos, incluindo a redução da dor percebida, menor necessidade de analgesia farmacológica e maior satisfação com a experiência de parto (Bohren et al., 2017).

Outro aspeto importante é a promoção da autonomia e tomada de decisão informada por parte da parturiente ao longo do TP. Mulheres que se sentem capacitadas a tomar decisões sobre as estratégias que podem adotar nesta fase, têm uma experiência mais positiva e estão mais satisfeitas com o seu parto (Sandall et al., 2016).

2.3. Período Expulsivo- Segundo Estadio do Trabalho de Parto

De acordo com a OMS (2018), o segundo estadio do TP é compreendido entre o período de dilatação completa até ao momento da expulsão fetal, na qual a parturiente tem uma vontade de realizar esforços expulsivos involuntária, estando presente o Reflexo de *Ferguson*, resultantes da contratilidade uterina.

A duração deste período é variável, tendo em consideração a paridade de cada mulher, ou seja, nas nulíparas pode-se estender até três horas e múltíparas até uma hora, acrescentando sempre mais uma hora no caso de presença de analgesia epidural, não devendo ultrapassar as quatro horas em nenhuma das situações (NICE, 2017). Em situações que ultrapassem 4 horas, é pedida a intervenção da equipa médica que, na maior parte dos casos, acaba por instrumentar o parto.

Contudo, é expectável que existam fatores que possam influenciar este período, tais como a eficácia das contrações uterinas, a intensidade frequência e duração; variedade fetal e o seu tamanho, ou seja, uma posição desfavorável como é o caso da posição occipito-posterior, pode

dificultar a progressão do TP e o tamanho do feto em relação à bacia pélvica materna pode influenciar a capacidade de descida e rotação fetal; o estado emocional materno, pois o medo, a ansiedade e o *stress* podem desencadear a liberação de hormonas como o cortisol, que podem inibir a produção de ocitocina e, conseqüentemente, a eficácia das contrações uterinas; e a posição escolhida pela parturiente, pois posições que promovam uma maior abertura pélvica vão facilitar a progressão do TP (Anim-Somuah et al., 2011; Anim-Somuah et al., 2018; Zhang et al., 2010). Porém, é sempre recomendado que as mulheres escolham a posição que querem parir (OMS, 2018).

A parturiente, nesta fase, deve optar por ouvir o seu corpo, escolhendo a posição que acha facilitadora para a expulsão fetal e para lidar com as contrações uterinas, dando oportunidade aos profissionais de saúde que assistem o seu parto, de avaliar os sinais iminentes de laceração perineal e progressão fetal (OMS, 2018; DGS, 2023).

Nesta fase, as contrações uterinas são mais intensas e a parturiente pode experienciar o Reflexo de *Ferguson*. Este reflexo é desencadeado pelas fibras nervosas sensoriais no colo do útero que são estimuladas pelo estiramento, resultando em liberação de ocitocina, o que vai promover a eficácia das contrações e, conseqüentemente, a descida e a expulsão fetal (Thies-Lagergren et al., 2014).

Porém, devido à administração de medicação epidural e, conseqüente bloqueio motor, muitas parturientes não experienciavam este reflexo. Nestes casos, o EESMO realizava esforços expulsivos dirigidos, apesar de ser contraindicado pela OMS (2018).

Os esforços expulsivos dirigidos é uma técnica que pode ser utilizada para auxiliar a descida da apresentação fetal, contudo inúmeros estudos têm revelado potenciais efeitos negativos tais como o aumento da pressão intrauterina e a compressão do cordão umbilical, que podem resultar em complicações quer para a mãe quer para o recém-nascido. Para além disso, está associado a um aumento da probabilidade de lacerações perineais graves e de presença de episiotomia (Sooklim et al., 2017).

Durante a realização dos esforços expulsivos, é esperado que a apresentação fetal percorra todo o canal de parto, adaptando-se às estruturas maternas. Ao longo deste percurso, são realizados, no total, seis movimentos: o encravamento, a descida, a flexão da cabeça, a rotação interna, a extensão da cabeça e finalmente a rotação externa. A realização deste percurso era avaliada através do exame vaginal que permitia identificar a progressão da descida da apresentação fetal, posição e a sua variedade.

A posição materna escolhida tem repercussões no tempo que esta descida demora. As posições verticais, como ficar de pé ou agachada, levam a uma redução do período expulsivo, aumentando a probabilidade de parto eutócico e diminuindo a incidência de lacerações

perineais graves. Esta realidade leva a uma maior satisfação materna no pós-parto (Eggbø et al., 2019; Wood et al., 2017).

Já a posição de litotomia apresenta desvantagens para a progressão do TP, devido à compressão da veia cava e artéria aorta, podendo conduzir a hipotensão e bradicardia materna podendo desencadear um quadro de hipóxia fetal, devido a alterações no fluxo uteroplacentário. Em termos de percurso da apresentação fetal, este também está dificultado por ser obrigado a subir durante a expulsão para ultrapassar a curvatura pélvica (Silva, 2018).

Apesar de esta ser uma posição protocolada no Hospital onde estagiei, pela facilidade que oferece a nível observacional da progressão do TP e no caso de ser necessário intervir, não foi sempre utilizada, e resultante disso, foi realizada a **Tabela 2** que demonstra as posições adotadas pelas mulheres nos partos eutócicos que tive a oportunidade de assistir, tendo todas as parturientes sido incentivadas a adotar a posição que lhes oferecesse mais conforto e segurança.

EXPERIÊNCIAS CONCERNENTES AO PARTO EUTÓCICO			
Litotomia	De Cócoras	Quatro Apoios	Lateralizada
33	5	1	1
Total: 40 partos			

Tabela 2: Experiências concernentes ao parto eutócico

Durante o período expulsivo, era realizada de forma contínua a monitorização cardiotocográfica até à exteriorização da cabeça, de forma a manter a vigilância fetal o maior período de tempo e diminuindo a probabilidade de situações de sofrimento fetal (NICE, 2017).

Aquando da apresentação fetal à vulva era realizada a Técnica “Hands-On”, conforme protagonizado pela OMS (2018) e DGS (2023), protegendo o períneo com uma mão e a outra a controlar a saída da apresentação fetal.

Ao longo do coroamento, eram avaliadas as condições perineais e avaliada a necessidade de executar uma episiotomia.

A episiotomia é uma incisão cirúrgica do períneo realizada para aumentar a extensão perineal. Contudo, é uma prática que deve ser executada de forma consciente e seletiva pois promove uma recuperação pós-parto mais lenta e um maior desconforto durante o período de cicatrização (Jiang et al., 2017; Carroli et al., 2017; OMS 2018; Fodstad et al., 2019).

A sua realização deve ser aquando do pico da contração, no momento do coroamento, num corte único médio-lateral esquerdo, diminuindo o risco de lesão da mucosa anal (OMS 2018).

Ao longo dos 40 partos eutócicos assistidos, foram realizadas 9 episiotomias em períneos que, à nossa observação, não apresentaram distensão suficiente para a saída da apresentação fetal.

No entanto, esta prática foi uma das grandes dificuldades que senti ao longo de todo o estágio no bloco de partos, pois existiu sempre um sentimento de indecisão se a escolha tomada teria sido a mais acertada para aquela mulher. Contudo, todas as episiotomias realizadas obtiveram o consentimento prévio da parturiente.

Após a exteriorização da cabeça, era verificada a presença de circulares do cordão umbilical, sendo pedido à parturiente para nesta fase não realizar esforços expulsivos. Caso tivéssemos perante uma circular procedia-se ao seu desenrolar, mas não sendo possível era realizada uma laqueação à vulva, com a clampagem do cordão umbilical. Esta situação foi realizada uma vez ao longo de todo o estágio.

Para além dos 40 partos eutócicos, foi possível participar em 6 partos distócicos com recurso a ventosa. Nestes casos, o papel do EESMO é colaborar com a equipa médica e apoiar a parturiente/casal durante a intervenção (Pedrosa, 2020).

Aquando da expulsão do feto é confirmada a hora atual e dita em voz alta e registada posteriormente. Sempre que possível, o recém-nascido era colocado sobre o peito da mãe felicitando-a e ao seu envolvente significativo presente na sala.

Após ser colocado sobre a mãe, era realizada a limpeza e a estimulação do dorso do recém-nascido, de baixo para cima, permitindo a mobilização de secreções. Por conseguinte, era colocado um campo pré-aquecido por cima do seu corpo, de modo a evitar a perda de calor.

De seguida, e ainda no colo da mãe, era realizada a laqueação do cordão umbilical, questionando sempre quem pretendia efetuar o corte do cordão umbilical. Na maioria das vezes, era o pai que realizava o corte do cordão umbilical, no entanto, às vezes este era realizado pela parturiente ou pelo profissional de saúde.

O corte do cordão umbilical deve ser realizado após este parar de pulsar, pois está indicado que o corte tardio está associado a uma maior transferência de sangue placentário para o recém-nascido, resultando numa maior reserva de ferro e hemoglobina ao longo dos primeiros meses de vida. Esta condição leva a uma redução do risco de anemia e melhora os resultados de desenvolvimento cognitivo a longo prazo (Andersson et al., 2015).

Além disso, o corte tardio está associado a uma redução na incidência de complicações neonatais tais como a hemorragia intraventricular e a necessidade de transfusão sanguínea, especialmente no caso de prematuros (Rabe et al., 2019).

De acordo com a OMS (2018) e a DGS (2023), caso não ocorra intercorrências, o corte do cordão umbilical deve ser realizado após 1 a 2 minutos do nascimento, com recurso a um clampe, colocado a cerca de 3 centímetros do abdómen fetal.

Em certos casos, o casal tinha como opção criar preservar as células do cordão umbilical e, por essa mesma razão, nesta fase era realizada a colheita do sangue do cordão umbilical para posteriormente ser entregue à instituição escolhida pelo casal. No caso de o grupo sanguíneo ser O e/ou com o fator Rh negativo, também era realizada a colheita, mas com o intuito de ser identificado o grupo sanguíneo do recém-nascido, a fim de prevenir a doença hemolítica do próprio.

Em simultâneo, ao primeiro, quinto e décimo minuto de vida do recém-nascido é também avaliado o Índice de *APGAR*. Este instrumento avalia a adaptação à vida extrauterina, tendo como dados de avaliação a coloração, tônus muscular, irritabilidade reflexa, esforços respiratórios e frequência cardíaca. Cada um deles é avaliado e pontuado de 0 a 2, totalizando uma pontuação máxima de 10 pontos, tendo em consideração que quanto maior a pontuação mais bem-adaptado se verifica (ACOG, 2015).

Esta ferramenta é um preditor confiável de mortalidade e morbidade neonatal precoce. Segundo Lee et al. (2017), existe uma forte associação entre baixas pontuações e desfechos neonatais adversos, incluindo o risco aumentado de internamento no serviço de neonatologia.

Esta escala revela-se uma ferramenta de avaliação inicial de forma a identificar recém-nascidos que necessitem de intervenções médicas adicionais. É expectável que uma pontuação de *APGAR* baixa no primeiro minuto esteja associada a um maior risco de necessidade de reanimação neonatal e complicações a curto prazo (Saugstar et al., 2018).

Durante a primeira hora de vida do recém-nascido, o contacto pele com pele era promovido com o intuito de prevenir a hipotermia no recém-nascido e promover a amamentação (OMS, 2018). No entanto, este contacto deve ser realizado de uma forma permanente, o que não acontecia pois ao longo desta hora era realizada a avaliação antropométrica do próprio bebé e os cuidados perineais à puérpera, interrompendo o contacto pele com pele.

2.4. Dequitação e Hemostase- Terceiro e Quarto Estádios do Trabalho de Parto

Logo após o nascimento, inicia-se o terceiro estadio do TP, intitulado de dequitação, ou seja, a expulsão da placenta.

Durante os primeiros 30 minutos, era adotada uma atitude expectante, aguardando pelo descolamento da placenta, acompanhado pelo sinal de *Kustner*, indiciando a expulsão da placenta.

No momento da dequitação, era observável o seu tipo, *Schultze* ou *Duncan*, e era efetuada a manobra de *Dublin*, que consiste na rotação contínua da placenta, realizando uma pequena torção evitando, assim, a fragmentação das membranas. A mais comum foi a *Schultze*, ou seja, a fase fetal a ser primeiramente expulsa.

Após este momento, para além de confirmada a presença de três vasos no cordão umbilical (duas artérias e uma veia), era também confirmado se a placenta se encontrava completa e se não tinha ocorrido a retenção de cotilédones (constituintes da placenta), o que poderia resultar numa atonia uterina (DGS, 2023).

Neste momento era iniciada uma perfusão de 10 UI (Unidade Internacional) de ocitocina em 1000 ml de Soro Polieletrólítico com Glucose a 5%, por via endovenosa, num ritmo de perfusão de 500 ml/hora, conforme preconizado pela DGS (2023).

Após a expulsão da placenta, deve ser vigiada a perda hemática vaginal, a contração uterina, a formação do globo de segurança de *Pinard* e proceder ao exame vaginal, pesquisando a presença de lacerações perineais e no canal de parto e sinais de hemorragia ativa (DGS, 2023).

No caso de presença de episiotomia ou laceração que precise de ser corrigida cirurgicamente era realizada a sua correção. Para este efeito, era trocado o campo cirúrgico e todo o equipamento de proteção individual e pedido consentimento prévio à puérpera.

Após este procedimento, era avaliada novamente a presença do globo de segurança de *Pinard* e a respetiva contração uterina.

Finalmente, eram realizados os cuidados de higiene perineais com Soro Fisiológico 0,9%, removido o cateter epidural, se fosse esse o caso, e trocada a roupa à parturiente (DGS, 2023).

Numa fase posterior era oferecida uma refeição ligeira e realizado o primeiro levante com supervisão do EESMO, caso não apresentasse bloqueio motor.

No que concerne à monitorização dos sinais vitais, estes eram avaliados a cada 15 minutos tal como a vigilância da contração uterina, durante a primeira hora pós-parto (DGS, 2023).

Relativamente ao recém-nascido, este era mantido o máximo de tempo possível em contacto pele com pele com a mãe, contudo aquando dos cuidados perineais da puérpera era realizada a avaliação antropométrica do bebé por outro EESMO, em conjunto com o Médico Pediatra. Esta avaliação consistia na monitorização do peso corporal, perímetro cefálico e comprimento. Após estes procedimentos era administrada a Vitamina K e pomada oftálmica, segundo o protocolo hospitalar. Após isso, eram colocadas as pulseiras de identificação e risco de fuga.

2.5. Adaptação à Vida Extrauterina

Após o nascimento, o recém-nascido desencadeia uma série de adaptações à vida extrauterina. Na sua primeira hora de vida, inicia-se a chamada *Golden Hour*, que envolve três elementos principais: o contacto direto e imediato entre a mãe e o recém-nascido, o corte tardio do cordão umbilical e o início da amamentação (Cordeiro, 2022).

A prática do contacto pele com pele é essencial para promover a vinculação entre mãe e bebé, independentemente do tipo de alimentação do recém-nascido. Este contacto na primeira hora de vida demonstrou facilitar o sucesso da amamentação, estabilizar a temperatura do recém-nascido e reduzir o choro (Cordeiro, 2022). Para além disso, leva a uma diminuição e estabilização da frequência cardíaca e respiração do bebé aumentando a probabilidade de sucesso na amamentação (Moore et al., 2016).

Além dos benefícios para o recém-nascido, o contacto pele com pele tem sido também associado a melhorias na saúde materna, tais como uma redução dos níveis de stress materno e uma maior sensação de competência como mãe e autoconfiança em cuidar do recém-nascido (Widström et al., 2019).

É responsabilidade do EESMO garantir este contacto pele com pele, contínuo e imediato, sendo reconhecido como uma medida prioritária na qualidade da assistência de enfermagem (Cordeiro, 2022). No entanto, é importante referir que, ao longo do estágio, foi observada uma interrupção ou atraso desta prática devido a outras práticas hospitalares, como a avaliação antropométrica e o exame físico do recém-nascido, o que não deve de ocorrer devido aos inúmeros benefícios que esta técnica oferece quer ao recém-nascido quer à puérpera.

Ao longo das primeiras duas horas de vida, são prestados cuidados imediatos ao recém-nascido que incluem a clampagem do coto umbilical, o exame físico, a administração de vitamina K para profilaxia da doença hemorrágica e a aplicação de colírio para prevenção da conjuntivite neonatal (Carvalho & Pellenz, 2019).

2.6. Casos Clínicos- Bloco de Partos

2.6.1. Primeiro Cenário Clínico

A Catarina, de 25 anos, primigesta, foi admitida no Bloco de Partos por Rotura Prematura de Membranas às 08h05 do próprio dia com 35 semanas e 3 dias de gestação. Apresenta-se acompanhada pelo marido.

É fumadora, de 5 cigarros por dia, e tem como antecedentes pessoais Síndrome Depressivo medicada com Sertralina 50 mg uma vez por dia. Desconhece alergias.

Não chegou a realizar o Rastreio do *Streptococcus* do Grupo B.

A sua primeira ecografia foi realizada antes das 12 semanas de gestação, tendo a gravidez decorrido até então sem intercorrências.

O recém-nascido nasceu dia 23 de março de 2023, às 35 semanas e 4 dias de gestação, às 03h35, com APGAR de 7/8/9, com peso de 2780 gramas ao nascimento e com 50 cm de comprimento, por Parto Distócico por Ventosa.

Por volta das 05h50 foi realizada a transferência para o Serviço de Puerpério para a continuidade de cuidados.

2.6.1.1. Domínios de Enfermagem

Ao longo da prestação de cuidados foram identificados os seguintes focos de atenção: Sistema Cardiovascular, com o intuito da monitorização de sinais vitais; Parto, referente ao período que vivencia; Atitudes Terapêuticas, referente ao cateter venoso periférico, sonda vesical; cateter epidural e monitorização cardiotocográfica; Eliminação Urinária, um dos focos de atenção ao longo do trabalho de parto; Nascimento; Puerpério; Comportamentos para Amamentar, referentes à amamentação; e Pele referente à presença de episiorrafia.

2.6.1.2. Aspetos de Enfermagem a Considerar Relativamente à Medicação

Perfusão de Ropivacaína e Sufentanil

A Ropivacaína é um anestésico local, administrado através do cateter epidural, de longa duração e, na concentração de 0,2%, que pode ser administrada por bólus, sendo administrado 10 ml, no máximo a cada 60 minutos, ou pode ser administrado em perfusão durante o trabalho de parto, em conjunto com Sufentanil.

O Sufentanil é um analgésico opióide utilizado para o alívio da dor durante o trabalho de parto. É administrado através do cateter epidural, em conjunto com a Ropivacaína 0,2%. A perfusão consiste em 10 mcg (microgramas) de Sufentanil e 20 mg (miligramas) de Ropivacaína.

É necessário considerar ao longo da administração desta perfusão a monitorização dos sinais vitais da parturiente, uma vez que existe o risco de bradicardia e hipotensão, o que pode corresponder numa diminuição da oxigenação fetal e conseqüente bradicardia fetal, pelo que a monitorização do bem-estar fetal é também fundamental. Estes fármacos podem ainda ter influência na contratilidade uterina diminuindo a intensidade das contrações. Esta perfusão pode também provocar uma diminuição da sensibilidade dos membros inferiores o que impossibilita a manutenção de posições verticais devido ao risco aumentado de queda.

Ocitocina

De modo a contrariar a diminuição da intensidade das contrações uterinas, foi iniciada uma perfusão de Ocitocina (1 ampola de 10UI) diluída num Soro Polieletrólítico com Glucose 5% de 1000ml.

Após a dequitação, foi iniciada uma nova perfusão de ocitocina, uma ampola de 10 UI num Soro Polieletrólítico com Glucose 5%, administrada a um ritmo de 500 mL/h (DGS, 2023).

Ampicilina

A Ampicilina é um antibiótico administrado por via endovenosa. É um tipo de penicilina que é administrado em bólus de 4h/4h, diluído num Soro Fisiológico de 100 ml. É administrado quando o resultado da colheita do *Streptococcus B* é positivo. Esta colheita é realizada entre 35 e 37 semanas de gestação. Neste caso, como a parturiente tem uma rotura prematura de membranas às 35 semanas e 3 dias, não tinha ainda realizado esta colheita, por isso, considera-se como se o resultado fosse positivo, sendo administrado profilaticamente.

2.6.1.3. Cuidados de Enfermagem

HORA: 20h45

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Atitudes Terapêuticas
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Cateter Venoso Periférico
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico -Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico -Otimizar cateter venoso periférico

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Atitudes Terapêuticas
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Cateter Epidural
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 121/63 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 63 pulsações por minuto ▪ Temperatura: 36,2°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
DADOS: Posição do colo do útero: intermédia. Consistência do colo do útero: mole. Extinção do colo do útero: 80%. Dilatação do colo do útero: 4 cm. Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos. Duração da contração uterina: 20 Segundos. Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto. Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea. Posição fetal: direita. Apresentação fetal: cefálica. Sem perda sanguínea vaginal. Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado.	

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto

<p>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 124 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a parturiente na utilização do disco insuflável para apoio da pelve, possibilitando-a na adoção de movimentos para a frente e para trás (nutação e contranutação do sacro) para ajudar na descida da apresentação fetal. ▪ Auxiliar na alternância de posições dado esta sentir uma ligeira diminuição de sensibilidade nos membros inferiores, consequente da perfusão de medicação pelo cateter epidural. -Gerir ingestão de líquidos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar água, chá e/ou água gelificada de modo a promover a hidratação preferindo alimentos de fácil digestão durante o trabalho de parto. -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeitar que a Catarina ouça o seu corpo e adote as posições que este lhe pede. ▪ Disponibilizar dispositivos facilitadores do trabalho de parto (disco insuflável) que podem ser utilizados no leito. ▪ Sugerir movimentos da bacia no leito. -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar se a pessoa significativa tem alguma dúvida em relação à evolução do trabalho de parto e como este se encontra. ▪ Questionar se tem alguma dúvida em relação à evolução do trabalho de parto e como este se encontra. ▪ Incentivar o companheiro a auxiliar a Catarina nos movimentos da bacia com recurso ao disco insuflável. -Gerir ambiente físico para promover relaxamento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover um ambiente calmo, seguro e relaxante durante todo o trabalho de parto. ▪ Reduzir a intensidade da luz e garantir a privacidade da parturiente, questionando sobre luminosidade e temperatura ambiente. ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com a parturiente e o acompanhante, utilizando uma linguagem simples e clara de modo a evitar barreiras na comunicação. -Gerir analgesia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar se a perfusão contínua de medicação (Ropivacaína e Sufentanil) é suficiente para si e se se encontra confortável.
--	--

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre o disco insuflável e a sua utilização Melhorar o conhecimento sobre a relação entre a mobilidade da bacia e a progressão do trabalho de parto
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente compreenda a relação entre a mobilidade da bacia e o evoluir do trabalho de parto Que a parturiente seja capaz de utilizar o disco insuflável
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar à Catarina, durante a utilização do disco insuflável, que pode adotar uma posição com os pés juntos e os joelhos afastados um do outro de modo a facilitar a descida da apresentação fetal, facilitando a abertura da zona superior da bacia. <p>-Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar o uso do disco insuflável para apoio flexível da pelve com recurso a movimentos da mesma, para a frente e para trás e para ambos os lados, de modo a demonstrar à parturiente a flexibilidade quer do próprio disco quer da pelve e a liberdade de movimentos que consegue adquirir no leito facilitando a descida da apresentação fetal. <p>-Instruir exercícios de mobilidade da bacia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios promotores da mobilidade da pelve tendo em conta a fase do trabalho de parto. ▪ Demonstrar exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da bacia: deitada, em decúbito lateral de modo a provocar assimetria ou em decúbito dorsal adotando movimentos dos ísquios para a direita e para a esquerda (OE, 2023).

HORA: 22h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 157 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes <p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem globo vesical ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar exame vaginal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição do colo do útero: intermédia ▪ Consistência do colo do útero: intermédia ▪ Extinção do colo do útero: 80% ▪ Dilatação do colo do útero: 7 cm ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: acima do 1º Plano de <i>Hodge</i> -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: Dor do período de dilatação cervical ▪ Sem Presença de globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a Catarina a encontrar uma posição favorável no controlo da dor. -Gerir ingestão de líquidos -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar a pessoa significativa se se encontra confortável. ▪ Incentivar a pessoa significativa na aplicação de calor na região lombo-sagrada da parturiente. ▪ Incentivar o companheiro na realização da massagem na região lombo-sagrada -Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir que a Catarina consiga ouvir o seu corpo e adote a posição corporal que é mais confortável para si. ▪ Disponibilizar uma botija de água quente para colocar na região lombo-sagrada. ▪ Realizar uma massagem na região lombar. -Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a Catarina a alternar posições de modo a procurar a posição corporal mais confortável. ▪ Disponibilizar uma massagem na região lombo-sagrada pois esta envolve o manuseio dos tecidos moles do corpo, com o objetivo de relaxar os músculos que se encontram tensos, proporcionando um alívio da dor. Pode ser adotada em dois momentos: entre as contrações, uma massagem suave para promover a libertação de endorfinas reduzindo a tensão muscular e facilitando o relaxamento; e durante as contrações de modo a modular a perceção da dor sentida (OE, 2023). -Gerir analgesia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contactado Médico Anestesiologista por parturiente referir sentir dor de grau 7 na Escala Numérica da Dor. ▪ Aumentado ritmo da perfusão de Sufentanil e Ropivacaína, pelo cateter epidural, de 4 mL/h para 8mL/h. -Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir que a Catarina consiga ouvir o seu corpo e adote a posição corporal que é mais confortável para si. ▪ Disponibilizar uma botija de água quente para colocar na região lombo-sagrada. ▪ Realizar uma massagem na região lombar. <p>-Aplicar calor na região lombo-sagrada</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar uma botija de água quente na região lombo-sagrada. O calor provoca o aumento da temperatura local da pele e ativa a circulação que, por sua vez, reduz os espasmos musculares e aumenta o limiar da dor (OE, 2023). <p>-Massajar região lombo-sagrada</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Massajar, com a utilização das mãos, a região lombar com movimentos circulares aplicando pressão nessa zona. <p>- Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a Catarina a alternar posições de modo a procurar a posição corporal mais confortável. ▪ Disponibilizar uma massagem na região lombo-sagrada pois esta envolve o manuseio dos tecidos moles do corpo, com o objetivo de relaxar os músculos que se encontram tensos, proporcionando um alívio da dor. Pode ser adotada em dois momentos: entre as contrações, uma massagem suave para promover a libertação de endorfinas reduzindo a tensão muscular e facilitando o relaxamento; e durante as contrações de modo a modular a perceção da dor sentida (OE, 2023).
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade na utilização de calor e massagem como estratégia de alívio da dor Melhorar a capacidade de relaxamento através da respiração
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de compreender a utilização de calor e a massagem como método de alívio da dor Que a puérpera seja capaz de ter um padrão respiratório favorável para o relaxamento
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Instruir estratégias de relaxamento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajudar a parturiente a respirar de uma forma calma e tranquila de forma a encontrar um padrão respiratório favorável. ▪ Orientar a Catarina a encontrar o seu padrão respiratório com recurso a exercícios: A prática da respiração focalizada pode aumentar a confiança e a capacidade da mulher para lidar com as contrações durante o trabalho de parto. Ao estar consciente do seu ritmo respiratório, a Catarina consegue ajustar a sua respiração à intensidade da dor. A combinação de uma respiração lenta e ritmada, juntamente com massagem, tem um efeito hipnótico. Durante cada contração, incentiva-se a mulher a concentrar-se na sua respiração, expirando completamente e, conforme necessário, emitindo sons de acordo com as suas próprias necessidades (OE, 2023).

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluir a pessoa significativa nos exercícios respiratórios. <p>-Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar na aplicação de uma botija de água quente na região lombo- sagrada. ▪ Realizar uma massagem, com as mãos, na região lombo- sagrada, em movimentos circulares.
--	--

HORA: 00h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 148 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes <p>-Avaliar evolução de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: Dor do período de dilatação cervical ▪ Presença de globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a parturiente a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo. ▪ Assistir a Catarina na utilização da bola em formato de amendoim, com a cabeceira da cama elevada a 30°, com os joelhos afastados e os pés unidos, promovendo a abertura da pelve e aumento do diâmetro entre os ísquios e, por conseguinte, uma maior sensação de conforto (OE, 2023). <p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajudar a parturiente a encontrar uma posição que lhe ajude a lidar com a dor do trabalho de parto. ▪ Disponibilizar dispositivos facilitadores do trabalho de parto, bola em formato de amendoim, com os joelhos afastados e os pés juntos, com recurso à cabeceira da cama que está elevada a 30°. <p>-Envolver pessoa significativa no trabalho de parto</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a presença e apoio da pessoa significativa para a parturiente. <p>-Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar uma bola em formato de amendoim. ▪ Promover uma respiração calma, tranquila e rítmica de modo a conseguir lidar com a dor de trabalho de parto. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar a Catarina na alternância de posições no leito. ▪ Encorajar a parturiente a adotar uma respiração rítmica e calma de modo a diminuir uma sensação dolorosa e aumentando os níveis de relaxamento. <p>-Gerir analgesia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirmar ritmo da perfusão de Ropivacaína e Sufentanil e se este é o suficiente no alívio da dor.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Eliminação Urinária
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Retenção Urinária
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Inserir cateter urinário

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de utilizar a bola em formato de amendoim para a progressão do trabalho de parto Melhorar a capacidade de realizar movimentos de assimetria para o evoluir do trabalho de parto
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de utilizar a bola em formato de amendoim Que a parturiente seja capaz de realizar movimentos da bacia
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <p>-Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar, com recurso à bola em formato de amendoim e a cabeceira elevada a 30°, que pode juntar os pés e ter os joelhos afastados um do outro facilitando a descida da apresentação fetal. <p>-Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar o uso da bola em formato de amendoim, com a bola colocada entre as coxas, com a perna que se encontra em contacto com o leito ligeiramente fletida e a outra perna sobre a zona mais estreita da bola em ângulo reto entre o joelho e a anca e o pé apoiado na cama. <p>-Instruir exercícios de mobilidade da bacia</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios promotores da mobilidade da bacia com recurso à bola em formato de amendoim, promovendo os movimentos dos ísquios.
--	--

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de realizar exercícios respiratórios promotores de relaxamento Melhorar a capacidade de realizar exercícios de mobilidade utilizando a bola em formato de amendoim
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de realizar exercícios respiratórios promotores de relaxamento Que a puérpera seja capaz de utilizar a bola em formato de amendoim
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas</p> <p>-Instruir estratégias de relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar na respiração rítmica e tranquila e envolver a pessoa significativa nos exercícios respiratórios. <p>-Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar o uso da bola em formato de amendoim.

HORA: 01h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 156 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes <p>-Realizar exame vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição do colo do útero: intermédia ▪ Consistência do colo do útero: mole ▪ Extinção do colo do útero: 100% ▪ Dilatação do colo do útero: 10 cm ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: acima do 1º Plano de <i>Hodge</i> <p>-Avaliar evolução de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: Dor do período de dilatação cervical ▪ Líquido amniótico de características normais

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esforços expulsivos eficazes ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora. <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a parturiente a adotar a posição que ela deseja (decúbito lateral direito). <p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir à parturiente que ouça o seu corpo e adote a posição que este lhe pede. <p>-Envolver pessoa significativa no trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o apoio da pessoa significativa e a sua envolvimento no parto. <p>-Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a parturiente nos esforços expulsivos. ▪ Preparar sala e material para o parto.
--	--

HORA: 01h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 159 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes <p>-Realizar exame vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: 1º Plano de <i>Hodge</i> <p>-Avaliar evolução de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: Dor de período expulsivo ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Esforços expulsivos eficazes ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir. <p>-Assistir no posicionar</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a Catarina a colocar o membro inferior esquerdo por cima de um apoio fixo da cama de modo a esta conseguir unir os joelhos promovendo a abertura da parte inferior da bacia. <p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a Catarina a elevar o membro inferior esquerdo e a unir os joelhos de modo a promover o aumento do diâmetro entre os ísquios para facilitar a descida da apresentação fetal. <p>-Envolver pessoa significativa no trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Envolver o companheiro no suporte do membro inferior elevado. <p>-Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elogiar a Catarina nos esforços expulsivos.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de a parturiente colocar os membros inferiores numa posição facilitadora para a descida da apresentação fetal
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de colocar os membros inferiores numa posição facilitadora para a descida da apresentação fetal
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <p>-Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a importância do aumento do diâmetro entre os ísquios na progressão da descida da apresentação fetal.

HORA: 02h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 158 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes <p>-Realizar exame vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: 2º Plano de <i>Hodge</i> <p>-Avaliar evolução de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: Dor de período expulsivo ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Esforços expulsivos ineficazes

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir. <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a parturiente a alternar entre decúbitos laterais para aliviar a pressão no membro inferior direito. <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a parturiente a elevar o membro inferior contrário e unir os joelhos igualmente. <p>-Envolver pessoa significativa no trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar se a pessoa significativa se encontra confortável. ▪ Envolver o companheiro no suporte do membro inferior contrário. <p>-Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a Catarina durante os esforços expulsivos.
--	--

HORA: 02h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 161 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes <p>-Avaliar evolução de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: Dor de período expulsivo ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Esforços expulsivos ineficazes ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a Catarina a alternar a posição para decúbito dorsal, com a cabeceira elevada e os joelhos unidos. <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a Catarina a unir os joelhos e a afastar os pés. <p>-Envolver pessoa significativa no trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o apoio e suporte da pessoa significativa. <p>-Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a parturiente durante os esforços expulsivos. <p>-Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informado Médico Obstetra da ausência da progressão do trabalho de parto.

HORA: 03h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 164 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes -Realizar exame vaginal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição fetal: direita ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Variedade fetal: Occipito-direita anterior ▪ Descida do feto: 3º Plano de <i>Hodge</i> -Avaliar evolução de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: Dor de período expulsivo ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Esforços expulsivos ineficazes -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a parturiente a adotar a sua posição de conforto e a que deseja ter o parto. -Gerir ingestão de líquidos -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir que a parturiente ouça o seu corpo e adote a posição corporal desejada. ▪ Assistir a parturiente a adotar uma posição mais vertical, com o apoio da cabeceira da cama. -Envolver pessoa significativa no trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Envolver o companheiro no apoio durante os esforços expulsivos. -Assistir no parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a Catarina durante os esforços expulsivos. -Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parturiente avaliada pelo Médico Obstetra. Inicia esforços expulsivos sob a orientação da mesma.

HORA: 03h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 162 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes <p>-Avaliar evolução de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: Dor de período expulsivo ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Esforços expulsivos ineficazes ▪ Posição no parto: litotomia
--	--

HORA: 03h35

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Envolver pessoa significativa no trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar os parabéns pelo nascimento do filho e pela sua presença ao longo do parto. <p>-Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secar o recém-nascido. ▪ Estimular a primeira respiração do recém-nascido. ▪ Tapar a cabeça com recurso a um gorro.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
DADOS: Hora do nascimento: 03h35 Índice de APGAR- score ao 1º minuto: 7 Índice de APGAR- score ao 5º minuto: 8 Índice de APGAR- score ao 10º minuto: 9	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Nascimento
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Executar clameamento do cordão umbilical após o primeiro minuto de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clampar o cordão umbilical com a distância de 2 dedos entre a pele do recém-nascido e o clamp. ▪ Assistir o companheiro no corte do cordão umbilical. <p>-Executar técnica de pele com pele</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar o recém-nascido sobre o peito da mãe, com a cabeça lateralizada e posicionado de forma a não comprimir o tórax. ▪ Certificar que o recém-nascido não apresenta nem a boca, nem o nariz tapado. ▪ Assistir a Catarina a colocar o mamilo acessível ao bebé. ▪ Informar o casal que deve estar concentrado no seu bebé vigiando o seu comportamento, iniciando as nove fases do contacto pele com pele. ▪ Vigar o tônus, coloração, respiração e posição do recém-nascido em intervalos de 15 minutos consecutivos.

HORA: 03h55

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
DADOS:	Tipo de Dequitação: espontânea- Mecanismo de <i>Schultze</i> Hora da Dequitação: 03h55 Características da placenta: sem alterações observáveis Estado do períneo: ferida cirúrgica (episiotomia) Perda sanguínea vaginal- quantidade: moderada Contração do útero: útero contraído

HORA: 04h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none">▪ Tensão Arterial: 100/59 mmHg▪ Frequência Cardíaca: 59 pulsações por minuto▪ Temperatura: 36,6°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none">▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído.▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada.▪ Conhecimento sobre complicações pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre as características imediatas dos lóquios
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera seja capaz de reconhecer as características imediatas dos lóquios
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Ensinar sobre evolução dos lóquios <ul style="list-style-type: none">▪ Explicar que nesta fase é natural que tenha perda hemática vaginal e que esta se caracteriza por lóquios. Nesta fase é expectável que esta perda seja mais abundante, mas que irá diminuindo com o passar dos dias e que se apresente com uma coloração vermelha.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar
DADOS:	Oferece a mama quando reconhece sinais de fome Adota posição confortável para facilitar o mamar: Não

Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade Utiliza estratégias para estimular o mamar: Não Pega adequada: Não	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre os sinais de boa pega Melhorar o conhecimento sobre a posição de lado para amamentar que pode adotar no puerpério imediato
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera reconheça os sinais de boa pega Que a puérpera seja capaz de adotar a posição de lado para amamentar
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre pega adequada <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar elementos observados no recém-nascido que evidenciam boa pega: os lábios superior e inferior estarem bem abertos; o lábio inferior é virado para fora contra a mama; o queixo toca a mama e o nariz está perto da mama; as bochechas encontram-se arredondadas; a língua sai sobre o lábio inferior e fica abaixo da aréola durante a mamada (Campo-Verde et al., 2018). -Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a posição para amamentar que pode adotar no pós-parto imediato (deitada de lado): Coloca-se em decúbito lateral e coloca o recém-nascido voltado contra si; utiliza o braço que está sobre o leito para segurar as costas do recém-nascido e o outro utiliza para ajudar na pega.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Amamentação
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Assistir na amamentação

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Pele
DADOS: A parturiente apresenta uma episiorrafia, decorrente do parto.	
DIAGNÓSTICO	Ferida Cirúrgica
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Executar tratamento da ferida cirúrgica <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizada limpeza com Soro Fisiológico 0,9%.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Eliminação Urinária
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Eliminação Urinária
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Remover cateter urinário

HORA: 04h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none">▪ Tensão Arterial: 101/61 mmHg▪ Frequência Cardíaca: 62 pulsações por minuto▪ Temperatura: 36,6°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none">▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada

HORA: 04h45

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none">▪ Tensão Arterial: 102/61 mmHg▪ Frequência Cardíaca: 62 pulsações por minuto▪ Temperatura: 36,6°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none">▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada

HORA:05h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none">▪ Tensão Arterial: 102/66 mmHg▪ Frequência Cardíaca: 61 pulsações por minuto▪ Temperatura: 36,6°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none">▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Atitudes Terapêuticas
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Cateter Epidural
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Remover cateter epidural

HORA: 05h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 102/69 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 62 pulsações por minuto ▪ Temperatura: 36,6°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído ▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada

HORA: 05h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 103/71 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 60 pulsações por minuto ▪ Temperatura: 36,6°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído ▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada

HORA: 05h45

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 103/69 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 62 pulsações por minuto ▪ Temperatura: 36,6°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído ▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada

2.6.1.4. Cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido

HORA: 03h35

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Recém-Nascido
DADOS:	Hora do nascimento: 03h35
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Nascimento
OBJETIVOS	Promover a adaptação à vida extrauterina
INDICADORES DE RESULTADO	Prevenir complicações na adaptação à vida extrauterina
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Gerir ambiente <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir a intensidade da luz e o nível de ruído; ▪ Colocar a sala de parto a uma temperatura entre os 25 a 28°C. -Realizar estimulação tátil <ul style="list-style-type: none"> ▪ No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. -Executar clameamento do cordão umbilical <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aguardar mais de um minuto, após o nascimento, para clampar o cordão com recurso a um clampe descartável a cerca de 2 a 3 cm do abdómen fetal; ▪ Colocar a pinça de <i>Kocher</i> afastada do clampe a cerca de 1 cm; ▪ Permitir ao pai realizar o corte do cordão umbilical entre o clampe e a pinça de <i>Kocher</i>. -Avaliar Índice de <i>APGAR</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1º minuto: 7 ▪ 5º minuto: 8 ▪ 10º minuto: 9 -Monitorizar dados antropométricos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso Corporal: 2780 gramas ▪ Comprimento: 50 cm ▪ Perímetro Cefálico: 45 cm

	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicar pomada oftálmica -Administrar Vitamina K <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar 1 mg de Vitamina K, por via intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo -Executar técnica de contacto pele com pele com a mãe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembrar aos pais que devem seguir o comportamento do recém-nascido, dando início às 9 fases do contacto pele com pele.
--	---

HORA: 04h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Reflexo de Sucção
DADOS: Com acanolamento da língua Com peristaltismo da língua Com força de sucção A coordenar os movimentos de sucção, deglutição e respiração	

2.6.2. Segundo Cenário Clínico

A Catarina, de 36 anos, II gesta I para, 39 semanas e 4 dias de gestação, foi admitida no Bloco de Partos, cerca das 02h do dia 02/03/23, com o diagnóstico médico de Início de Trabalho de Parto. Apresenta-se acompanhada pelo marido.

Realizou o rastreio ao *Streptococcus* do Grupo B que teve como resultado negativo.

Não refere antecedentes pessoais de história clínica de relevo e nega alergias.

Por volta das 03h25 ocorreu a rotura de membranas espontânea, com líquido amniótico de características normais.

O último exame vaginal foi realizado por volta das 7h, onde apresentava 5 cm de dilatação e 50% do colo extinto.

O nascimento ocorreu no dia 02/03/23 às 13h35, por Parto Eutócico.

2.6.2.1. Domínios de Enfermagem

Ao longo da prestação de cuidados foram identificados os seguintes focos de atenção: Sistema Cardiovascular, com o intuito da monitorização de sinais vitais; Parto, referente ao período que vivencia; Atitudes Terapêuticas, referente ao cateter venoso periférico, cateter epidural e monitorização cardiotocográfica; Eliminação Urinária; Nascimento; Puerpério; e Comportamentos para Amamentar, referentes à amamentação.

2.6.2.2. Aspetos de Enfermagem a Considerar Relativamente à Medicação Prescrita

Ropivacaína

Os aspetos relevantes acerca deste fármaco estão descritos no cenário clínico anterior, no ponto 2.6.1.2.

Ocitocina

Após a dequitação, é recomendada pela Direção Geral da Saúde (2023), administração de Ocitocina 10 UI, por via endovenosa, em bólus, de forma a prevenir a atonia uterina, e consequentemente, a hemorragia vaginal ativa.

2.6.2.3. Cuidados de Enfermagem

HORA: 08h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Atitudes Terapêuticas
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Cateter Venoso Periférico
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico -Otimizar cateter venoso periférico

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Atitudes Terapêuticas
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Cateter Epidural
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico -Otimizar cateter epidural

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 107/66 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 81 pulsações por minuto ▪ Temperatura: 36,1°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS: Posição do colo do útero: intermédia. Consistência do colo do útero: mole. Extinção do colo do útero: 50%. Dilatação do colo do útero: 5 cm. Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos. Duração da contração uterina: 20 Segundos. Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical. Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea. Apresentação fetal: cefálica. Descida do feto: acima do 1º Plano de <i>Hodge</i> Sem perda sanguínea vaginal. Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 124 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador. ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir. -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a Catarina na saída do leito para a deambulação pelo quarto, promovendo a verticalidade e mobilidade. -Gerir ingestão de líquidos

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ao longo do turno foi disponibilizado chá, água e águas gelificadas, ou seja, alimentos de fácil digestão, promovendo a hidratação durante todo o trabalho de parto. <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir que a Catarina ouça o seu corpo e faça o que este lhe pede. ▪ Sugerir que esta deambule pelo quarto, promovendo a verticalidade e mobilidade. A escolha de posições verticais e a realização de movimentos corporais durante o trabalho de parto ajuda na progressão do trabalho de parto, diminuindo a sua duração. Isto deve-se ao facto de na posição vertical, por relação da gravidade, a força atua no sentido descendente, ajudando na descida da apresentação fetal. Para além disso, a verticalidade oferece à parturiente uma melhor oxigenação materno-fetal devido à não compressão aorticava (OE, 2023). <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar se o companheiro se encontra e se tem alguma dúvida que deseja que seja esclarecida. ▪ Incentivar que acompanhe a Catarina ao longo da deambulação. <p>-Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a parturiente a encontrar a posição em que se sinta mais confortável e capaz para lidar com a dor de trabalho de parto. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar na alternância da posição de deitada para a verticalidade e deambulação. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionar um ambiente acolhedor, seguro e tranquilo, que transmita serenidade durante todo o trabalho de parto. ▪ Reduzir a intensidade da luz garantindo a privacidade da parturiente e do casal, questionando acerca da luminosidade, mas, também, da temperatura ambiente. ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com o casal, adotando uma linguagem simples e clara de forma a evitar barreiras na comunicação. <p>-Gerir analgesia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionada parturiente se conseguia lidar com a dor ou se preferia a administração de um novo bólus de medicação pelo cateter epidural.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a o conhecimento sobre a relação entre a deambulação e verticalidade e a progressão do trabalho de parto Melhorar a capacidade na escolha de posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto

INDICADORES DE RESULTADO	<p>Que a parturiente seja capaz de reconhecer a relação entre a deambulação e a verticalidade e a progressão do trabalho de parto</p> <p>Que a parturiente seja capaz de escolher posições corporais facilitadoras do trabalho de parto</p>
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar que a ação da gravidade pode ser vantajosa na progressão do trabalho de parto: para além da ação da gravidade na descida da apresentação fetal, esta também promove a pressão da apresentação fetal na parte inferior do útero, promovendo uma produção de ocitocina que contribui para contrações mais eficazes. De acrescentar, que as posições verticais permitem o relaxamento do períneo e dos ossos sacroilíacos, devido aos movimentos de encravamento e descida fetal, aumentando os movimentos da pelve facilitando a descida da apresentação fetal (OE, 2023). ▪ Instruir que pode deambular e aquando das contrações pode adotar uma posição inclinada para a frente, encostando-se ao seu companheiro ou até à parede, promovendo o encravamento da apresentação fetal (OE, 2023). - Instruir exercícios de mobilidade da bacia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios promotores da mobilidade da bacia em pé: colocar os pés ligeiramente afastados e os joelhos ligeiramente fletidos e com a pelve desenhar movimentos circulares para a esquerda e direita, frente e para trás e desenhar o infinito (OE, 2023).

HORA: 09h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 155 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 30 segundos - Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical ▪ Sem globo vesical ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; mas não é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, é o momento próprio para intervir. - Assistir no posicionar

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar na procura de uma posição corporal favorável no controlo da dor. <p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a pessoa significativa na aplicação de calor na região dolorosa da parturiente. <p>-Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar uma botija de água quente para colocar na região lombo-sagrada. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferecer botija de água quente. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p> <p>-Gerir analgesia</p> <p>- Aplicar calor na região lombo-sagrada</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar calor na região lombo-sagrada, através de uma botija de água quente.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade na utilização do calor como medida não farmacológica para alívio da dor
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de utilizar o calor como medida não farmacológica para alívio da dor
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>- Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas</p> <p>- Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar na aplicação de uma botija de água quente na região lombo-sagrada.

HORA: 10h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 155 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 30 segundos <p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical ▪ Sem globo vesical ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; mas não é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, é o momento próprio para intervir. <p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar que esta realize a massagem na região lombo-sagrada. <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir que esta encontre a posição que o corpo dela lhe pede. <p>-Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar uma massagem na região lombo-sagrada. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar uma massagem na região lombo-sagrada com o objetivo de relaxar todos os tecidos musculares, contribuindo para o alívio da dor de trabalho de parto. Os movimentos foram feitos quer no intervalo das contrações, facilitando o relaxamento, quer durante a contração de forma a modular a dor sentida. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p> <p>-Gerir analgesia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirmar se deseja a administração de medicação pelo cateter epidural de forma a aliviar a dor. <p>-Massajar região lombo-sagrada</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Massajar, com recurso às mãos, a região lombar realizando movimentos circulares pressionando toda essa zona.
--	--

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de utilizar a massagem como método de alívio da dor não farmacológico
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de utilizar a massagem como método de alívio da dor não farmacológico
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	- Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar uma massagem na região lombo-sagrada, com recurso a movimentos circulares.
--	--

HORA: 11h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 154 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 30 segundos -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto ▪ Sem globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a sentar-se na bola de parto e realizar movimentos laterais (nutação e contranutação do sacro) e circulares e a desenhar o formato do infinito, ajudando na progressão do trabalho de parto. -Gerir ingestão de líquidos -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Envolver o companheiro a auxiliar a Catarina no uso da bola de parto, estando de frente para ela com as mãos dadas apoiando-a nos movimentos da bacia. -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar dispositivo facilitador do trabalho de parto (bola de parto). ▪ Sugerir movimentos da bacia, com recurso à bola de parto. -Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar uma bola de parto. -Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a utilização da bola de parto para a realização de movimentos de "bacia livre".

	<p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p> <p>-Gerir analgesia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirmar se medicação administrada foi suficiente para o alívio da dor de trabalho de parto.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de utilizar a bola de parto como método de progressão do trabalho de parto
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de utilizar a bola de parto como método de progressão do trabalho de parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>- Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <p>- Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar, durante a utilização da bola de parto, que pode adotar uma posição sentada com os pés juntos e os joelhos afastados de forma a facilitar a descida da apresentação fetal, aumentando o diâmetro entre os ísquios. <p>-Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar o uso da bola de parto com recurso a movimentos da mesma, para a frente e para trás e para ambos os lados, desenhando, também, o símbolo do infinito de forma a demonstrar à Catarina a flexibilidade da sua bacia e a liberdade de movimentos que pode adquirir para facilitar a progressão do trabalho de parto. <p>-Instruir exercícios de mobilidade da bacia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da bacia, com recurso à bola de parto: sentada, com as pernas ligeiramente afastadas e os pés juntos, realiza movimentos circulares em ambos os sentidos de forma a sentir os ísquios a aproximarem-se e a afastarem-se (OE, 2023).

HORA: 12h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 155 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 30 segundos

	<p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical ▪ Sem globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; mas não é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, é o momento próprio para intervir. <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a adotar a posição de quatro apoios, com a bola de parto pousada na cama, abraçando-a. <p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o companheiro a realizar uma massagem na região lombar. <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir que ouça o seu corpo e adote a posição que este lhe pede. ▪ Encorajar nos movimentos da pelve, em quatro apoios, de forma à parturiente sentir a aproximação e o afastamento dos ísquios, aliviando, também a dor na região lombar (OE, 2023). <p>-Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar uma massagem na região lombar. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar uma massagem na região lombar, no intervalo das contrações. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p> <p>-Gerir analgesia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionada se conseguia lidar com a dor de trabalho de parto. <p>-Massajar região lombo-sagrada</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Massajar, com as mãos, a região lombar, com a parturiente em quatro apoios, sobre a bola de parto.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de realizar movimentos de natação e contranatação do saco, utilizando a bola de parto, na posição de quatro apoios
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de realizar movimentos de natação e contranatação do sacro, utilizando a bola de parto, na posição de quatro apoios
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	- Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar, durante a utilização da bola de parto como suporte na posição de quatro apoios, que pode afastar os joelhos e movimentar a anca com movimentos para a frente e para trás de forma a realizar a natação e contranatação do sacro (OE, 2023). -Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar o uso da bola de parto apoiada sobre a cama, na posição de quatro apoios, com o tronco sobre a bola de forma a movimentar a pelve. -Instruir exercícios de mobilidade da bacia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da bacia utilizando a bola de parto sobre o tronco, na posição de quatro apoios, oferecendo liberdade à pelve.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade da parturiente para utilizar a massagem como método de alívio da dor Melhorar a capacidade da parturiente para realizar movimentos da bacia durante o período da contração
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de reconhecer a massagem como método de alívio da dor Que a parturiente seja capaz de realizar movimentos da bacia durante o período da contração
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas - Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar uma massagem na região lombar, no intervalo das contrações, promovendo o relaxamento. ▪ Orientar na movimentação da pelve durante a contração, de forma a facilitar a progressão da apresentação fetal (OE, 2023).

HORA: 12h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 159 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 4 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 60 segundos

	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo ▪ Sem globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; mas não é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora. -Realizar exame vaginal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição do colo do útero: intermédia ▪ Consistência do colo do útero: mole ▪ Extinção do colo do útero: 100% ▪ Dilatação do colo do útero: 10 cm ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: 1ºPlano de <i>Hodge</i> -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a adotar a posição que ela deseja para os esforços expulsivos. -Gerir ingestão de líquidos -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Envolver o companheiro no parto e incentivar o seu apoio. -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Permitir que ouça o seu corpo e que adote a posição que lhe parece mais favorável para si. -Gerir ambiente físico para promover relaxamento -Assistir no parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparar a sala e o material para o parto. ▪ Encorajar a Catarina nos esforços expulsivos.
--	---

HORA: 13h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 161 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 60 segundos -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sem globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Esforços expulsivos ineficazes ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. <p>-Realizar exame vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: 3ºPlano de <i>Hodge</i> <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a colocar os pés num ponto fixo da cama de forma a conseguir realizar os esforços expulsivos mais eficazes. <p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a pessoa significativa na união dos joelhos da parturiente e apoiá-la no intervalo das contrações. <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir que coloque os joelhos unidos e os pés afastados de forma a aumentar o diâmetro entre os ísquios. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a colocar os joelhos unidos e os pés afastados de forma a aumentar o diâmetro inferior da pelve para ajudar na progressão da apresentação fetal. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p> <p>-Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elogiar a parturiente durante os esforços expulsivos. ▪ Encorajar a parturiente e dando os parabéns pelo esforço e progressão que realizou até agora. ▪ Questionar se deseja tocar na cabeça do recém-nascido aquando do coroamento.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de adotar uma posição corporal favorável para a progressão da descida fetal
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de adotar uma posição corporal favorável para a progressão da descida fetal
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>- Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <p>- Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir para a união dos joelhos e os pés ligeiramente afastados nesta fase, de forma a aumentar o diâmetro inferior da bacia.

<p>DOMÍNIO DE ENFERMAGEM</p>	<p>Parto</p>
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</p>	<p>Trabalho de Parto</p>
<p>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 160 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 60 segundos -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo ▪ Sem globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Esforços expulsivos eficazes ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. -Realizar exame vaginal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição fetal: direita ▪ Variedade fetal: Occipito-esquerda Anterior ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: 4ºPlano de <i>Hodge</i> -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a colocar-se de cócoras, conforme a vontade da parturiente. -Gerir ingestão de líquidos -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir que ajude a parturiente na verticalidade do tronco, auxiliando com as suas mãos na região dorsal. -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a parturiente a colocar-se numa posição mais verticalizada, com o apoio da cabeceira elevada, e de forma a auxiliar a descida da apresentação fetal. -Gerir ambiente físico para promover relaxamento -Assistir no parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar que já se consegue observar a cabeça do seu bebé e que é normal sentir o aumento da pressão pois é sinal de que este está a realizar o seu caminho pelo canal vaginal para nascer. ▪ Encorajar nos esforços expulsivos. ▪ Verificar presença de circulares do cordão: apresenta uma circular larga cordão umbilical, mas foi possível retirá-la do pescoço do recém-nascido sem efetuar laqueação prévia.

	<ul style="list-style-type: none"> -Implementar medidas de proteção no períneo <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar uma mão no períneo junto da fúrcula e com a outra mão controlar a saída da apresentação.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de adotar uma posição corporal facilitadora da progressão do trabalho de parto
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de adotar uma posição corporal facilitadora do trabalho de parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a importância de manter os joelhos afastados na progressão do trabalho de parto.

HORA: 13h35

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Esforços expulsivos eficazes ▪ Posição no parto: cócoras ▪ Tipo de parto: Eutócico- conforme a expectativa -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Congratular pelo nascimento da filha e pelo seu apoio ao longo de todo o trabalho de parto. -Assistir no parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar o recém-nascido no colo da mãe e posteriormente secá-lo e estimular a primeira respiração. ▪ Tapar a cabeça do recém-nascido com um gorro.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
DADOS: Hora do nascimento: 13h35 Índice de APGAR- score ao 1º minuto: 9 Índice de APGAR- score ao 5º minuto: 10 Índice de APGAR- score ao 10º minuto: 10	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Nascimento
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Executar clameamento do cordão umbilical após o primeiro minuto de vida

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir o companheiro no corte do cordão umbilical. ▪ Clampar o cordão umbilical com a distância de 2 dedos entre a pele do recém-nascido e o clampe. <p>-Executar técnica de pele com pele</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar o recém-nascido sobre o peito da mãe, posicionando-o e forma a não comprimir o tórax e com a cabeça ligeiramente lateralizada. ▪ Colocar gorro na cabeça do bebé. ▪ Confirmar que a mãe se encontra acordada e atenta ao recém-nascido, tal como o companheiro, e confirmar se o recém-nascido apresenta a boca e o nariz destapados. ▪ Assistir a puérpera a colocar o mamilo acessível ao recém-nascido. ▪ Confirmar, o nível de atenção do casal e dar início às nove fases do contacto pele com pele. ▪ Vigiar tónus, coloração, respiração e posição do bebé a cada 15 minutos. ▪ Colocar um lençol pré-aquecido sobre o dorso do recém-nascido que não se encontra em contacto com a pele da mãe.
--	---

HORA: 13h55

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Assistir na expulsão uterina</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir na dequitação: Segurar a placenta enquanto é expulsa, rodando em círculos de 360° até à completa expulsão das membranas. ▪ Confirmar se a placenta se encontra completa e se o cordão umbilical apresenta uma veia e duas artérias. <p>-Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspeccionar o períneo ▪ Realizar limpeza da zona perineal com Soro Fisiológico 0,9%.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
<p>DADOS: Tipo de Dequitação: espontânea- Mecanismo de <i>Schultze</i> Hora da Dequitação: 13h55 Características da placenta: sem alterações observáveis Estado do períneo: íntegro Perda sanguínea vaginal- quantidade: escassa Contração do útero: útero contraído</p>	

HORA: 14h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 124/74 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 77 pulsações por minuto ▪ Temperatura: 36,5°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído ▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar
DADOS: Oferece a mama quando reconhece sinais de fome Adota posição confortável para facilitar o mamar Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade Utiliza estratégias para estimular o mamar Pega adequada: Não	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre os sinais de boa pega
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera seja capaz de reconhecer os sinais de boa pega
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Ensinar sobre pega adequada <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar elementos observados no recém-nascido que evidenciam boa pega: os lábios superior e inferior estarem bem abertos; o lábio inferior é virado para fora contra a mama; o queixo toca a mama e o nariz está perto da mama; as bochechas encontram-se arredondadas; a língua sai sobre o lábio inferior e fica abaixo da aréola durante a mamada (Campo-Verde et al., 2018).

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Amamentação
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Assistir na amamentação

2.6.2.4. Cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido

HORA: 13h35

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Recém-Nascido
DADOS: Hora do nascimento: 13h35	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Nascimento
OBJETIVOS	Promover a adaptação à vida extrauterina
INDICADORES DE RESULTADO	Prevenir complicações na adaptação à vida extrauterina
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Gerir ambiente <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir a intensidade da luz e o nível de ruído; ▪ Colocar a sala de parto a uma temperatura entre os 25 a 28°C. -Realizar estimulação tátil <ul style="list-style-type: none"> ▪ No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. -Executar clameamento do cordão umbilical <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aguardar mais de um minuto, após o nascimento, para clampar o cordão com recurso a um clampe descartável a cerca de 2 a 3 cm do abdómen fetal; ▪ Colocar a pinça de <i>Kocher</i> afastada do clampe a cerca de 1 cm; ▪ Permitir ao pai realizar o corte do cordão umbilical entre o clampe e a pinça de <i>Kocher</i>. -Avaliar Índice de <i>APGAR</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1º minuto: 9 ▪ 5º minuto: 10 ▪ 10º minuto: 10 -Monitorizar dados antropométricos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso Corporal: 2925 gramas ▪ Comprimento: 49 cm ▪ Perímetro Cefálico: 42 cm -Aplicar pomada oftálmica -Administrar Vitamina K <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar 1 mg de Vitamina K, por via intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo -Executar técnica de contacto pele com pele com a mãe <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembrar aos pais que devem seguir o comportamento do recém-nascido, dando início às 9 fases do contacto pele com pele.

HORA: 13h35

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Reflexo de Sucção
DADOS: Com acanolamento da língua Com peristaltismo da língua Com força de sucção A coordenar os movimentos de sucção, deglutição e respiração	

2.6.3. Terceiro Cenário Clínico

A Catarina, de 33 anos, primigesta, 41 semanas e 5 dias de gestação, foi admitida no Bloco de Partos para Indução do Trabalho de Parto, às 9h00 do dia 13 de Abril de 2023. Veio acompanhada pelo marido.

Nega alergias e não tem história clínica relevante. Efetuou o Rastreio do *Streptococcus* do Grupo B que tem como resultado negativo.

A sua primeira ecografia foi realizada antes das 12 semanas de gestação e até então a gravidez tem ocorrido sem intercorrências.

2.6.3.1. Domínios de Enfermagem

Ao longo da prestação de cuidados foram identificados os seguintes focos de atenção: Sistema Cardiovascular, com o intuito da monitorização de sinais vitais; Parto, referente ao período que vivencia; Eliminação Urinária e Atitudes Terapêuticas, referente ao cateter venoso periférico, cateter epidural e monitorização cardiotocográfica.

2.6.3.2. Cuidados de Enfermagem

HORA: 14h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Atitudes Terapêuticas
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Cateter Venoso Periférico
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico -Otimizar cateter venoso periférico

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 115/61 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 61 pulsações por minuto ▪ Temperatura: 36,2°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS: Posição do colo do útero: posterior. Consistência do colo do útero: intermédia. Extinção do colo do útero: início da extinção. Dilatação do colo do útero: 4 cm. Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos. Duração da contração uterina: 10 Segundos. Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical. Integridade das membranas amnióticas: íntegras. Apresentação fetal: cefálica. Descida do feto: acima do 1º Plano de <i>Hodge</i> Sem perda sanguínea vaginal. Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 123 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

	<ul style="list-style-type: none"> -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir na utilização da bola de parto para os exercícios da mobilidade da bacia realizando movimentos laterais e circulares (nutação e contranutação do sacro). -Gerir ingestão de líquidos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar uma água gelificada. -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeitar a opinião da parturiente e encorajar a ouvir o seu corpo. ▪ Disponibilizar uma bola de parto para a realização de exercícios de mobilidade da bacia, promovendo a progressão do trabalho de parto. ▪ Incentivar a utilização da bola de parto de forma a promover os movimentos da bacia. -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a envolvimento da pessoa significativa ao longo do trabalho de parto. ▪ Incentivar a auxiliar a parturiente na utilização da bola de parto, estando de frente para ela e de mãos dadas apoiando-a ao longo dos movimentos da pelve. -Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a utilização da bola de parto de forma a promover os movimentos da bacia. -Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar nos movimentos da bacia, com a utilização da bola de parto, de forma a aliviar a dor na região lombar. -Gerir ambiente físico para promover relaxamento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ao longo do turno, foi proporcionado um ambiente tranquilo e seguro, transmitindo ao casal um ambiente mais familiar e acolhedor. ▪ Utilizar linguagem simples e clara, de forma a desmitificar conceitos evitando barreiras na comunicação.
--	--

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade da parturiente de adotar uma posição corporal facilitadora do trabalho de parto Melhorar a capacidade de a parturiente realizar exercícios de mobilidade da bacia com recurso à bola de parto
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de adotar uma posição corporal facilitadora do trabalho de parto Melhorar a capacidade da parturiente realizar exercícios de mobilidade da bacia com recurso à bola de parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

	<p>-Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir, durante a utilização da bola de parto, que deve manter os joelhos afastados e os pés unidos de forma a promover a abertura da parte superior da bacia facilitando o encravamento da apresentação fetal. <p>-Instruir exercícios de mobilidade da bacia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Com recurso à bola de parto, explicar que pode realizar movimentos circulares e/ou laterais, ou até mesmo o símbolo do infinito, mas com os joelhos afastados e os pés juntos de forma a promover a progressão da apresentação fetal.
--	--

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de a parturiente movimentar a bacia promovendo o relaxamento
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de realizar movimentos da bacia de forma a promover o relaxamento
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas</p> <p>-Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir nos movimentos da bacia na bola de parto, durante as contrações, promovendo não só o relaxamento, mas também a progressão da apresentação fetal.

HORA: 15h45

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 123 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes <p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir. <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir na alternância de posição, promovendo o movimento da bacia.

	<ul style="list-style-type: none"> -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir na união do joelho ao abdómen, promovendo a assimetria. -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar se o companheiro tem alguma dúvida. -Gerir ambiente físico para promover relaxamento <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir a intensidade da luz da sala de parto.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de adotar uma posição corporal facilitadora da assimetria da bacia Melhorar a capacidade de adotar exercícios de mobilidade da bacia em decúbito lateral
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de adotar uma posição corporal facilitadora da assimetria da bacia Que a parturiente seja capaz de adotar exercícios de mobilidade da bacia em decúbito lateral
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto -Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a assimetria dos ísquios de forma a facilitar a progressão do trabalho de parto. -Instruir exercícios de mobilidade da bacia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios de mobilidade da bacia, deitada em decúbito lateral direito: movimentar o joelho esquerdo até ao abdómen, e com recurso à almofada, promover a assimetria.

HORA: 16h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 127 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para

	<p>progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Gerir ingestão de líquidos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar um chá. -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar na deambulação pelo corredor, promovendo não só o movimento da bacia, mas também a verticalidade. -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a companhia durante a deambulação. -Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar a parturiente para um duche de água quente -Assistir no uso de hidroterapia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir ir tomar um duche de água quente, promovendo o relaxamento corporal.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de reconhecer a relação entre estar numa posição mais verticalizada e a progressão do trabalho de parto Melhorar a capacidade de realizar movimentos da bacia numa posição mais verticalizada
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de adotar uma posição mais vertical Que a parturiente seja capaz de realizar movimentos da bacia numa posição mais verticalizada
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto -Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a relação entre os movimentos da bacia, a ação da verticalidade (pela gravidade), e a progressão da apresentação fetal. -Instruir exercícios de mobilidade da bacia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios de pé, com os joelhos fletidos e os pés afastados, pode realizar movimentos com a anca para a frente e para trás, circulares ou desenhar o infinito (como se estivesse a dançar).

HORA: 17h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 121 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos. ▪ Duração da contração uterina: 20 Segundos. <p>-Realizar exame vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição do colo do útero: intermédia. ▪ Consistência do colo do útero: intermédia. ▪ Extinção do colo do útero: 50%. ▪ Dilatação do colo do útero: 4 cm ▪ Apresentação fetal: cefálica <p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical. ▪ Sem globo vesical ▪ Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; mas não é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, é o momento próprio para intervir. <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir a encontrar uma posição favorável no controlo da dor. <p>-Gerir ingestão de líquidos</p> <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar o apoio da pessoa significativa. ▪ Questionar se tem alguma dúvida. <p>-Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar para que ouça o seu corpo e adote a posição corporal facilitadora para o controlo da dor. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar na alternância de posições de forma a encontrar a posição corporal mais favorável para a o alívio da dor. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir a intensidade da luz da sala.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de alternar posições para o alívio da dor de trabalho de parto

INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de alternar posições de forma a aliviar a dor de trabalho de parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas -Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar na alternância de posições no leito.

HORA: 18h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 134 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos. ▪ Duração da contração uterina: 20 Segundos. <p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical. ▪ Sem globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir. <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a sentar-se na bola de parto e a realizar os movimentos da bacia. <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar uma bola de parto. ▪ Sugerir que movimente a bacia em movimentos circulares e de frente e trás. <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir que o companheiro esteja de frente para a bola de parto de mãos dadas à parturiente, auxiliando nos movimentos da bacia. <p>-Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar para que ouça o seu corpo e adote a posição corporal facilitadora para o controlo da dor.

	-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a utilização da bola de parto.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de realizar movimentos da bacia a partir da bola de parto
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de realizar movimentos da bacia a partir da bola de parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto -Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a relação entre os movimentos da bacia e a progressão da apresentação fetal. -Instruir exercícios de mobilidade da bacia <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios da bacia, com recurso à bola de parto, fazendo com que a anca se mova para a frente e para trás, circulares ou desenhar o infinito.

HORA: 19h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 132 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas a cada 10 minutos. ▪ Duração da contração uterina: 30 Segundos. -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical. ▪ Sem globo vesical ▪ Líquido amniótico de características normais ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir. -Assistir no posicionar

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a sentar-se na bola de parto e a realizar os movimentos da bacia. <p>-Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir movimentos da bacia de pé, apoiada de frente para a parede. <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir que o companheiro esteja atrás da parturiente realizando uma massagem na região lombar. <p>-Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sugerir que ouça o seu corpo e adote as posições que este lhe pede. ▪ Sugerir que, aquando da contração, incline o tronco ligeiramente para a frente, pressionando a parede. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a movimentar a pelve, no intervalo das contrações.
--	--

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de realizar movimentos de nutação e contranutação do sacro de pé
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente seja capaz de realizar movimentos de nutação e contranutação do sacro de pé
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <p>-Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir para adotar uma posição mais verticalizada. <p>-Instruir exercícios de mobilidade da bacia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios da bacia em pé, utilizando movimentos circulares (nutação e contranutação do sacro).

2.6.4. Quarto Cenário Clínico

A Catarina, de 21 anos, IX gesta III para, com 38 semanas e 5 dias de gestação, foi admitida no Bloco de Partos, pelas 05h50 do dia 06/02/23, com o diagnóstico médico de Início de Trabalho de Parto. Apresenta-se acompanhada pela irmã.

Realizou Rastreio ao *Streptococcus* do Grupo B que foi negativo. Não refere antecedentes pessoais de história clínica de relevo e nega alergias.

Foi realizado o exame vaginal no serviço de urgência aquando da entrada que apresentava 8 cm de dilatação e 80% do colo extinto.

O nascimento ocorreu nesse mesmo dia às 07h45, através de um Parto Eutócico.

2.6.4.1. Domínios de Enfermagem

Ao longo da prestação de cuidados foram identificados os seguintes focos de atenção: Eliminação Urinária; Sistema Cardiovascular, a fim de monitorização de sinais vitais; Parto, referente ao período que vivencia; Atitudes Terapêuticas referente ao Cateter Venoso Periférico e Monitorização Cardiotocográfica; Nascimento; Puerpério e Pele referente à presença de laceração de grau II, corrigida cirurgicamente.

2.6.4.2. Cuidados de Enfermagem

HORA: 06h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Atitudes Terapêuticas
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Cateter Venoso Periférico
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico -Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico -Otimizar cateter venoso periférico

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 115/59 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 58 bpm ▪ Temperatura: 36,4°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
DADOS: Posição do colo do útero: intermédia. Consistência do colo do útero: mole.	

Extinção do colo do útero: 80%.
 Dilatação do colo do útero: 8 cm.
 Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos.
 Duração da contração uterina: 40 Segundos.
 Dor de trabalho de parto: com dor de trabalho de parto.
 Integridade das membranas amnióticas: íntegra.
 Posição fetal: direita.
 Apresentação fetal: cefálica.
 Sem perda sanguínea vaginal.
 Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 161 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. ▪ Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir. -Gerir ingestão de líquidos <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilizar uma garrafa de água. -Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Respeitar que a Catarina ouça o seu corpo e adote as posições que este lhe pede. ▪ Sugerir que esta deambule pelo quarto e realize movimentos da bacia em pé. -Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivar a parturiente a encontrar a posição em que se sinta mais confortável e capaz para lidar com a dor de trabalho de parto. -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar se a pessoa significativa tem alguma dúvida em relação à evolução do trabalho de parto e como esta se encontra. -Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a deambulação pelo quarto. -Gerir ambiente físico para promover relaxamento

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover um ambiente calmo, seguro e relaxante durante todo o trabalho de parto ▪ Reduzir a intensidade da luz e garantir a privacidade da parturiente, questionando sobre luminosidade e temperatura ambiente. ▪ Estabelecer uma relação terapêutica com a parturiente e a acompanhante, utilizando uma linguagem simples e clara de modo a evitar barreiras na comunicação.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre a ligação entre a ação da gravidade e a progressão do trabalho de parto Melhorar o conhecimento sobre a relação entre a mobilidade da bacia e a progressão do trabalho de parto
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente compreenda a relação entre a mobilidade da bacia e o evoluir do trabalho de parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a ligação entre a ação da gravidade e a progressão do trabalho de parto. ▪ Instruir que deambule e aquando das contrações adote uma posição inclinada para a frente, promovendo o encravamento da apresentação fetal. <p>-Instruir exercícios de mobilidade da bacia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios promotores da mobilidade da pelve tendo em conta a fase do trabalho de parto. ▪ Demonstrar exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da bacia em pé: desenhar movimentos circulares e o infinito (OE, 2023).

HORA: 06h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 149 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 30 segundos <p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; mas não é o momento próprio para intervir.

	<p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar na procura de uma posição corporal favorável no controlo da dor. ▪ Auxiliar na realização de agachamentos. <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar se tem alguma questão ou se se encontra confortável. <p>-Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover a deambulação e alternância de posições. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p>
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre a ligação entre a ação da gravidade e a progressão do trabalho de parto Melhorar o conhecimento sobre a relação entre a mobilidade da bacia e a progressão do trabalho de parto
INDICADORES DE RESULTADO	Que a parturiente compreenda a relação entre a mobilidade da bacia e o evoluir do trabalho de parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Instruir a alternância de posições de forma a promover a progressão da descida da apresentação fetal. <p>-Instruir exercícios de mobilidade da bacia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar exercícios promotores da consciencialização da mobilidade da bacia de cócoras: promover a realização de agachamentos movimentando a bacia com movimentos livres (OE, 2023).

HORA: 07h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 159 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 40 segundos <p>-Realizar exame vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição do colo do útero: intermédia

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consistência do colo do útero: mole ▪ Extinção do colo do útero: 100% ▪ Dilatação do colo do útero: 10 cm ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: 1º Plano de <i>Hodge</i> <p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical ▪ Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encorajar a ouvir o seu corpo e colocar-se na posição em que deseja ter o parto. <p>-Envolver a pessoa significativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionar se tem alguma questão ou se se encontra confortável. <p>-Assistir no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparar a sala e o material de parto. ▪ Encorajar nos esforços expulsivos. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p>
--	---

HORA: 07h15

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>-Avaliar bem-estar fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 166 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 60 segundos <p>-Avaliar evolução do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo ▪ Esforços expulsivos eficazes ▪ Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea ▪ Características do Líquido Amniótico: normais <p>-Realizar exame vaginal</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Descida do feto: 3º Plano de <i>Hodge</i> <p>-Assistir no posicionar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a colocar os pés num ponto fixo da cama de forma a conseguir realizar os esforços expulsivos mais eficazes. <p>-Gerir ambiente físico para promover relaxamento</p>

	<ul style="list-style-type: none"> -Assistir no parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Elogiar a parturiente durante os esforços expulsivos. ▪ Questionar se deseja vir buscar o seu bebê.
--	--

HORA: 07h35

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar bem-estar fetal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frequência cardíaca fetal: 162 bpm ▪ Variabilidade: 5-25 bpm ▪ Acelerações: com acelerações ▪ Desacelerações: sem desacelerações repetitivas ▪ Movimentos fetais: presentes ▪ Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas a cada 10 minutos ▪ Duração da contração uterina: 60 segundos -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo ▪ Esforços expulsivos eficazes ▪ Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea ▪ Características do Líquido Amniótico: normais -Realizar exame vaginal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresentação fetal: cefálica ▪ Posição fetal: Occipito-esquerda posterior ▪ Descida do feto: 4º Plano de <i>Hodge</i> -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a colocar os pés num ponto fixo da cama de forma a conseguir realizar os esforços expulsivos mais eficazes. -Gerir ambiente físico para promover relaxamento -Assistir no parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verificar presença de circulares do cordão. ▪ Auxiliar a parturiente a vir buscar o seu bebê.

HORA: 07h45

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar evolução do trabalho de parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo ▪ Esforços expulsivos eficazes ▪ Posição de parto: Litotomia ▪ Características do Líquido Amniótico: normais

	<ul style="list-style-type: none"> -Envolver a pessoa significativa <ul style="list-style-type: none"> ▪ Congratular pelo nascimento da sua sobrinha. -Assistir no posicionar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a colocar os pés num ponto fixo da cama de forma a conseguir realizar os esforços expulsivos mais eficazes. -Assistir no parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secá-la e estimular primeira respiração. ▪ Auxiliar a Catarina a chegar o recém-nascido mais junto a si. ▪ Tapar a cabeça da bebé com um gorro.
--	--

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
DADOS: Hora do nascimento: 07h45 Índice de APGAR- score ao 1º minuto: 8 Índice de APGAR- score ao 5º minuto: 9 Índice de APGAR- score ao 10º minuto: 10	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Nascimento
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Executar clampeamento do cordão umbilical após o primeiro minuto de vida <ul style="list-style-type: none"> ▪ Clampar o cordão umbilical com a distância de 2 dedos entre a pele do recém-nascido e o clampete. -Executar técnica de pele com pele <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocar o recém-nascido sobre o peito da mãe, posicionando-o e forma a não comprimir o tórax e com a cabeça ligeiramente lateralizada. ▪ Colocar gorro na cabeça da bebé. ▪ Confirmar que a mãe se encontra acordada e atenta ao recém-nascido, tal como a irmã, e confirmar se o recém-nascido apresenta a boca e o nariz destapados. ▪ Assistir a puérpera a colocar o mamilo acessível ao recém-nascido, iniciando as nove fases do contacto pele com pele. ▪ Vigiar tónus, coloração, respiração e posição da bebé a cada 15 minutos. ▪ Colocar um lençol pré-aquecido sobre o dorso do recém-nascido que não se encontra em contacto com a pele da mãe.

HORA: 07h50

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Assistir na expulsão uterina <ul style="list-style-type: none"> ▪ Assistir na dequitação: Segurar a placenta enquanto é expulsa, rodando em círculos de 360º até à completa expulsão das membranas. ▪ Confirmar se a placenta se encontra completa e se o cordão umbilical apresenta uma veia e duas artérias.

	-Assistir no parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspeccionar o períneo: Apresenta uma laceração de grau I. ▪ Realizar limpeza da zona perineal com Soro Fisiológico 0,9%.
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
DADOS:	
Tipo de Dequitação: espontânea- Mecanismo de <i>Duncan</i>	
Hora da Dequitação: 07h50	
Características da placenta: sem alterações observáveis	
Estado do períneo: laceração de grau II ¹ , corrigida cirurgicamente	
Perda sanguínea vaginal- quantidade: escassa	
Contração do útero: útero contraído	

HORA: 08h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 110/60 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 61 bpm ▪ Temperatura: 36,3°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Puerpério
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contração do útero pós-parto: útero contraído ▪ Quantidade de lóquios: conforme a esperada

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Pele
DADOS: A parturiente apresenta uma laceração de grau II, decorrente do parto.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Ferida Cirúrgica
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Executar tratamento da ferida cirúrgica <ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizada limpeza com Soro Fisiológico 0,9%. ▪ Suturar ferida cirúrgica.

2.6.4.3. Cuidados de Enfermagem ao Recém-Nascido

HORA: 07H45

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Recém-Nascido
DADOS: Hora do nascimento: 07h45	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Nascimento
OBJETIVOS	Promover a adaptação à vida extrauterina
INDICADORES DE RESULTADO	Prevenir complicações na adaptação à vida extrauterina
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>Gerir ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diminuir a intensidade da luz e o nível de ruído; ▪ Colocar a sala de parto a uma temperatura entre os 25 a 28°C. <p>Realizar estimulação tátil</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. <p>Executar clameamento do cordão umbilical</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aguardar mais de um minuto, após o nascimento, para clampar o cordão com recurso a um clampe descartável a cerca de 2 a 3 cm do abdómen fetal; ▪ Colocar a pinça de <i>Kocher</i> afastada do clampe a cerca de 1 cm; ▪ Realizar o corte do cordão umbilical entre o clampe e a pinça de <i>Kocher</i>. <p>Avaliar Índice de APGAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1º minuto: 8 ▪ 5º minuto: 9 ▪ 10º minuto: 10 <p>Monitorizar dados antropométricos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso Corporal: 3100 gramas ▪ Comprimento: 51 cm ▪ Perímetro Cefálico: 43 cm <p>Aplicar pomada oftálmica</p> <p>Administrar Vitamina K</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Administrar 1 mg de Vitamina K, por via intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo <p>Executar técnica de contacto pele com pele com a mãe</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lembrar aos pais que devem seguir o comportamento do recém-nascido, dando início às 9 fases do contacto pele com pele.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

3.1. Enquadramento Teórico

De acordo com o Regulamento do Enfermeiro Especialista estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (2019), são competências comuns todas as *“partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*.

Assim, de forma a ir de encontro a este objetivo foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), aperfeiçoando os conhecimentos obtidos na área da investigação.

Os cuidados de saúde na área da obstetrícia visam garantir a saúde materna e neonatal, sendo a integridade perineal uma componente crítica nesse processo. Lesões na região perineal durante o parto podem resultar em complicações significativas como incontinência e disfunção sexual (Andrews et al., 2019; O’Leary et al., 2020).

Estas lacerações têm um impacto negativo na qualidade de vida das parturientes, podendo aumentar o risco de depressão pós-parto, ansiedade e afetar a capacidade da mulher em cuidar do seu recém-nascido (Felice & Shea, 2018).

Antes de iniciar a RIL torna-se claro a necessidade de definir conceitos de forma a clarificar os resultados obtidos.

“Hands-Off”

Esta técnica consiste, durante o período expulsivo, numa atitude exclusivamente expectante, observando apenas os movimentos sucessivos de rotação externa, do nascimento dos ombros e do resto do corpo do recém-nascido. Nesta fase, o profissional que assiste o parto deve apoiar a cabeça do bebé com uma mão e o tronco com a outra.

No caso de a rotação externa da cabeça ou a saída dos ombros não ocorrer espontaneamente, ou caso o recém-nascido apresentar sinais de hipóxia, o profissional deve rodar manualmente

a cabeça agarrando-a e aplicando uma tração suave para baixo. Uma vez libertado o ombro anterior, é utilizada uma tração suave para libertar o ombro posterior.

Após ambos os ombros se encontrarem expostos, o pescoço do recém-nascido é segurado com uma mão, enquanto a outra segue ao longo das costas, com as pernas ou os pés agarrados conforme são libertados (Costa & Riesco, 2006; Fahami, Shokoohi & Kianpour, 2012; Rozita et al., 2014; Califano et al., 2022).

“Hands-On”

Esta técnica é caracterizada por, quando a cabeça do recém-nascido está a coroar, o profissional de saúde coloca os dedos indicador, médio, anelar e mínimo da mão esquerda juntos na occipital, com a palma virada para a região anterior do períneo. Desta forma, a expulsão é controlada, mantendo a flexão da cabeça, protegendo a região anterior do períneo e apoiando bilateralmente os músculos ísquio-cavernoso e bulbo cavernoso, a zona uretral e os grandes e pequenos lábios. Simultaneamente, a mão direita é espalmada e colocada sobre o períneo posterior, com o indicador e o polegar, formando um “U”, exercendo pressão sobre a região posterior do períneo durante a coroação. O profissional não deixa nenhuma zona sem proteção, nomeadamente a região da fúrcula. Durante a saída dos ombros e do restante corpo, a mão direita é mantida no lugar, protegendo a região posterior do períneo, enquanto a mão esquerda sustenta a cabeça do recém-nascido, permitindo a rotação externa e a saída dos ombros espontaneamente. No caso de isso não ocorrer, o profissional continua com a pressão perineal posterior e, com a mão esquerda, puxa suavemente para baixo para libertar o ombro anterior. Uma vez liberto este ombro, aplica-se uma tração suave para cima, de forma a facilitar a libertação do posterior. Após os ombros terem sido libertos, o profissional retira a mão direita do períneo e apoia o pescoço do bebé com uma mão, enquanto apoia o resto do corpo com a outra mão (McCandlish et al., 1998; Bodner-Adler et al., 2002; Costa & Riesco, 2006; Foroughipour et al., 2011; Rozita et al., 2014).

Manobra de Ritgen

Esta técnica caracteriza-se por, quando a cabeça do recém-nascido se apresenta à vulva, é exercida uma pressão para a frente sobre o seu queixo. Durante esta ação, a mão esquerda controla a velocidade do coroamento da cabeça do bebé (Fahami, Shokoohi & Kianpour, 2012).

“Hands-Poised”

Esta técnica consiste em colocar as mãos a realizar uma leve pressão sobre a cabeça do recém-nascido, no caso de uma expulsão rápida, mas sem tocar no períneo de forma a permitir a saída espontânea dos ombros (McCandlish et al., 1998; Bodner-Adler et al., 2002; Foroughipour et al., 2011).

A adoção da técnica “Hands-On” na fase expulsiva, durante o TP, envolve a aplicação de suporte manual direto ao períneo da parturiente. Defensores desta abordagem argumentam que esta técnica pode reduzir o risco de lacerações graves, fornecendo o controle e suporte adequados (Carvalho et al., 2018). Para além de que, de acordo com Aasheim et al. (2017) a intervenção manual tem uma influência positiva na diminuição da incidência de lacerações perineais de terceiro e quarto grau.

No entanto, a técnica “Hands-Off”, defende uma intervenção mínima no períneo, permitindo que a expulsão do feto ocorra naturalmente. Esta perspetiva enfatiza o respeito à autonomia da parturiente (Dahlen et al., 2017). Contudo, alguma evidência que sugerem que a ausência de suporte manual pode estar associada a um aumento na incidência de lacerações perineais (Lappen et al., 2019).

Por conseguinte, compreender os efeitos e consequências de ambas estas técnicas pode não apenas otimizar a assistência obstétrica, mas também contribuir para a tomada de decisões mais informadas por parte dos profissionais de saúde e das próprias parturientes.

Apesar de existirem vários estudos que comparam ambas as técnicas e a respetiva incidência de lacerações perineais, quer em relação a resultados clínicos, quer em relação às experiências subjetivas das parturientes e profissionais envolvidos, é possível de se verificar lacunas significativas na prática clínica (Carvalho et al., 2018; Lappen et al., 2019).

A realização de uma RIL sobre este tema teve como objetivo o conhecimento existente e fornecer informação sobre o impacto das diferentes abordagens (“Hands-Off” Vs “Hands-On”), na fase expulsiva do TP.

3.2. Tipo de Estudo

Uma RIL é um método de pesquisa que procura sintetizar o conhecimento existente sobre um determinado tema, combinando resultados de estudos experimentais, ou não, e literatura cinzenta de modo a alcançar uma visão mais completa sobre um determinado tema (Pereira et al., 2019).

A escolha entre as técnicas “Hands-On” e “Hands-Off” ainda não é uma escolha consensual e parte muito da escolha pessoal do profissional de saúde que assiste o parto, pelo que explorar este tema, pode contribuir não só para o desenvolvimento das minhas competências na área da

investigação, mas também para fornecer informação que permita justificar as intervenções de enfermagem efetuadas.

3.3. Metodologia

3.3.1. Etapas da Revisão Integrativa da Literatura

De forma a manter o nível de rigor necessário para este estudo, foi necessário respeitar a lista de etapas denominadas por Protocolo de Pesquisa, Questão de Investigação, determinar critérios de Inclusão e Exclusão, desenvolver a Estratégia de Pesquisa e determinar o Método de Avaliação, Extração dos dados, Síntese e Resumo.

3.3.1.1. Questão de Investigação

Conforme destacado por Souza et al. (2010), é fundamental eleger uma pergunta inicial de forma a orientar os passos subsequentes da RIL, incluindo a seleção dos estudos, os métodos de identificação e as informações reunidas.

Nesse sentido, a estrutura PICO é frequentemente empregada, onde cada letra representa: P para população, I para intervenção, C para comparação e O para *outcomes*/resultados (JBI, 2011). A formulação da pergunta PICO começa com a escolha adequada das palavras-chave e dos conceitos pertinentes, geralmente utilizando descritores como *MeSH* e *DeCS*.

Em seguida, elabora-se a frase *booleana*, que consiste na combinação dos descritores para formular a pergunta PICO. Assim, foi formulada a questão de investigação deste estudo: “Qual a técnica mais eficaz (“Hands-On” Vs “Hands-Off”) no período expulsivo, na preservação da integridade perineal?”. Esta formulação pode ser consultada na **Tabela 3**.

Formulação da Pergunta PICO		
ACRÓNIMO	Definição	Descritores/Termos Mesh
P Participantes	Parturientes no período expulsivo	<i>Labor stages, second [Title/Abstract]</i> <i>Second labor stage [Title/Abstract]</i> <i>Second labor stages [Title/Abstract]</i> <i>Stage, second labor [Title/Abstract]</i> <i>Stages, second labor [Title/Abstract]</i> <i>Labor, second stage [Title/Abstract]</i> <i>Second stage labor [Title/Abstract]</i>
I Intervenção	Técnica <i>Hands On</i>	"Hands On"
C Comparação	Técnica <i>Hands Off</i>	"Hands Off"
O <i>Outcomes/Resultados</i>	Integridade Perineal	<i>Perineum injury</i> <i>Perineum trauma</i> <i>Laceration</i>

Tabela 3: Formulação da pergunta PICO

3.3.1.2. Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão devem assegurar que a amostra seja representativa, sendo indicadores importantes para a confiabilidade e credibilidade dos resultados apresentados. A abordagem ideal é incorporar todos os estudos encontrados ou realizar uma seleção aleatória. No entanto, se essas opções não forem viáveis, devido ao grande número de estudos encontrados, é fundamental expor e discutir claramente os critérios para inclusão e exclusão de artigos (Souza et al., 2010).

Assim, foram definidos para Critérios de Inclusão estudos empíricos originais que estudaram a técnica "Hands-On" comparativamente à técnica "Hands-Off", durante o período expulsivo com o intuito de promover/preservar a integridade perineal. Serão incluídos todos os estudos independentemente do tipo de estudo e do seu desenho e do tamanho da amostra.

Como Critérios de Exclusão foram delineadas intervenções com o objetivo de promover a integridade perineal iniciadas antes do trabalho de parto, estudos que não tenham um grupo de controle e partos instrumentados.

3.3.1.3. Localização e Seleção dos Estudos

A inclusão do maior número possível de estudos numa RIL é importante para diminuir o viés. Isso ocorre porque uma revisão com um maior número de estudos é mais provável de ser representativa do conhecimento científico sobre o tópico em questão, além de permitir que os revisores identifiquem e controlem os vieses associados a estudos individuais (Mendes et al., 2018).

Assim, durante este estudo foram utilizadas três bases de dados internacionais, a *PubMed*, *CINHAL Complete* e *SCOPUS*, permitindo, assim, uma combinação de resultados maior.

Numa primeira fase é elaborada uma leitura dos títulos e resumos de todos os estudos que foram encontrados através da pesquisa, assim como os critérios de inclusão correspondentes, filtrando o número de artigos. Esta fase é, preferencialmente, realizada por pelo menos dois investigadores independentes para aumentar a viabilidade do estudo em questão e por conseguinte a confiabilidade.

Na segunda fase é realizada uma análise, na íntegra, de todos os estudos que cumpriram todas as regras do processo de seleção. Ao longo deste processo foi utilizada a plataforma *RAYYAN*, ferramenta essa que auxilia as pesquisas da RIL de modo a organizar o processo e análise de cada artigo por todos os investigadores incluídos.

De modo a ilustrar como foi realizada a seleção dos estudos, seguidamente apresenta-se o fluxograma (**Figura 1**), baseado no *Preferred Reporting Items for Systematic Review* (PRISMA).

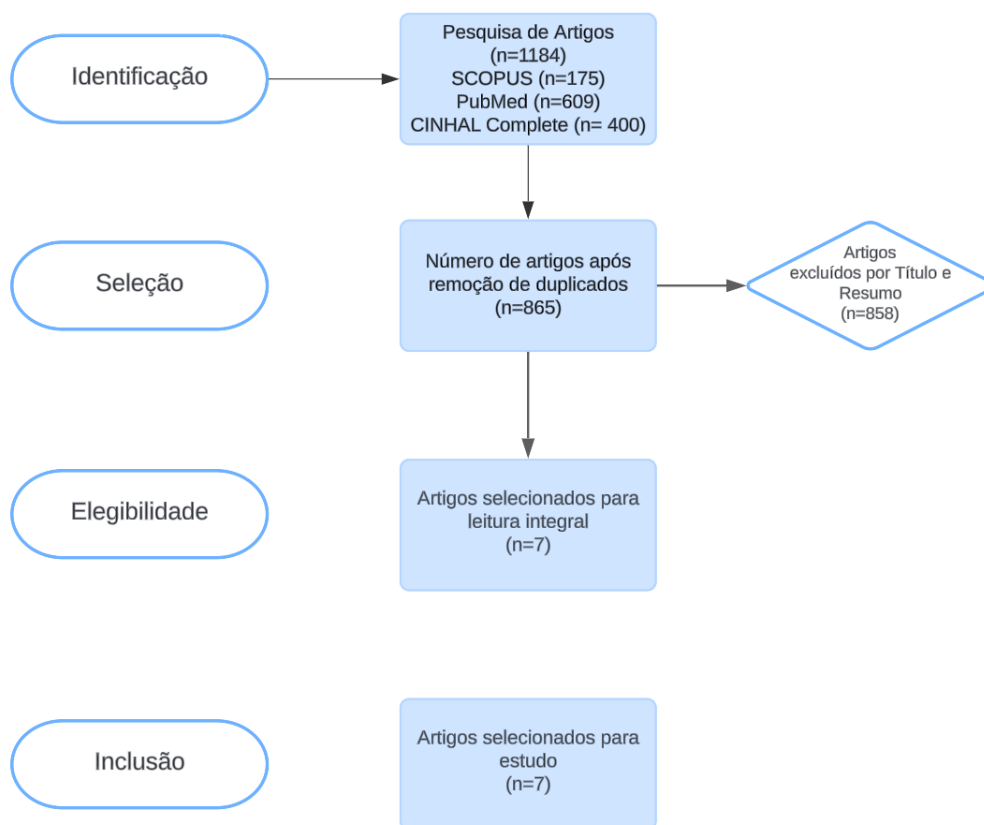


Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos

3.4. Apresentação dos Resultados e Discussão

Da pesquisa bibliográfica efetuada obteve-se 1184 artigos, dos quais resultaram em 7 artigos para leitura do título e resumo. Desses 7 estudos, todos foram integralmente lidos, acabando por serem selecionados na totalidade.

Os artigos selecionados apresentam uma grande dispersão temporal, com o estudo mais recente a ser realizado em 2022 (Califano et al., 2022) e o mais antigo em 1998 (McCandlish et al., 1998). No que concerne a nível geográfico, três destes estudos são realizados no continente europeu, sendo eles Itália (Califano et al., 2022), Áustria (Bodner-Adler et al., 2002) e Inglaterra (McCandlish et al., 1998), outro no Brasil (Costa & Riesco, 2006), e os restantes, ou seja, 3 estudos, no Médio Oriente, mais propriamente, no Irão (Fahami, Shokooni & Kianpour, 2012; Foroughipour et al., 2011; Rozita et al., 2014). Todas estas informações podem ser consultadas no **Apêndice I**.

Foram incluídos 6 estudos randomizados (Bodner-Adler et al., 2002; Califano et al., 2022; Costa & Riesco, 2006; Foroughipour et al., 2011; McCandlish et al., 1998; Rozita et al., 2014) e apenas um quasi-experimental (Fahami, Shokooni & Kianpour, 2012).

A avaliação da qualidade metodológica de todos os artigos foi efetuada, através dos instrumentos de avaliação crítica da *Joanna Briggs Institute* (JBI). Estes instrumentos de avaliação encontram-se preenchidos para cada artigo e podem ser consultados no **Apêndice II**.

As intervenções implementadas foram díspares umas das outras, verificando-se a comparação entre as técnicas “Hands-On” e “Hands-Off” na incidência de lacerações perineais e a sua gravidade (Costa & Riesco, 2006; Rozita et al., 2014), com o primeiro estudo (Costa & Riesco, 2006) a comparar adicionalmente os resultados neonatais e no outro (Rozita et al., 2014) a necessidade de episiotomia, respetivamente; comparação dos efeitos das técnicas “Hands-Off”, Manobra de *Ritgen* e Massagem perineal nas complicações do TP (Fahami, Shokoohi & Kianpour, 2012); três estudos que relatam a comparação das técnicas “Hands-On” e “Hands-Poised”, um na prevalência da dor perineal nos dez dias pós-parto (McCandlish et al., 1998), outro no risco de trauma perineal e resultados neonatais (Bodner-Adler et al., 2002), e, por fim, outro no risco do trauma perineal apenas em primíparas (Foroughipour et al., 2011); e finalmente, a eficácia da técnica “Hands-Off”, em mulheres primíparas, na redução da taxa de laceração perineal (Califano et al., 2022).

Em todos os estudos foi verificada a existência de um grupo de controlo e pelo menos um de intervenção, permitindo a comparação da intervenção mais eficaz em estudo.

Porém, foi possível verificar que existe uma certa discrepância entre o tamanho das amostras entre os estudos, sendo que o estudo que incluí mais participantes foi N=5471 participantes e os dois menores englobarem N=70 participantes. Com isto, não foi possível identificar um padrão existente, ilustrando a heterogeneidade das abordagens metodológicas.

No primeiro estudo (Costa & Riesco, 2006) é apresentada uma amostra de 70 participantes que foram distribuídos aleatoriamente de forma cega por dois grupos equivalentes pelo Grupo de Controlo (técnica “Hands-Off”) e pelo Grupo Experimental 1 (técnica “Hands-On”). Ao longo do estudo não foram observadas diferenças significativas entre ambos os grupos e as conclusões dos investigadores foram que ambas as técnicas não tiveram impacto na frequência ou gravidade do trauma perineal em mulheres primíparas. A falta de evidência científica torna inconclusivo o apoio ou refutação ao uso de qualquer uma dessas técnicas para preservar a integridade perineal durante o parto. Os resultados deste estudo indicam, também, que o trauma perineal pode estar mais associado a fatores como a posição materna durante o período expulsivo, administração de ocitocina sintética, esforços expulsivos maternos e presença de uma pessoa significativa do que realmente à técnica de proteção perineal individual adotada (Costa & Riesco, 2006).

No segundo estudo (Fahami, Shokooni & Kianpour, 2012), foi possível comparar o efeito das técnicas perineais “Hands-Off”, Manobra de *Ritgen* e massagem perineal, nas complicações do TP, numa amostra de 99 participantes distribuídos aleatoriamente de forma cega por três grupos, cada um com 33 participantes: Grupo Experimental 1 (técnica “Hands-Off”), Grupo Experimental 2 (Manobra de *Ritgen*) e Grupo Experimental 3 (massagem perineal). Foi possível verificar que o Grupo Experimental 2 apresentou resultados significativamente diferentes aos outros dois grupos no que concerne à frequência de lacerações e dos graus respetivos, a intensidade da dor perineal 24 horas pós-parto e 6 semanas após o parto. Assim, puderam concluir que a técnica “Hands-Off”, durante a fase expulsiva, mostrou-se menos associada à presença de lacerações, frequência relativa dos graus e à intensidade da dor perineal quer nas primeiras 24 horas quer após 6 semanas pós-parto. Foi até mais eficaz do que a massagem perineal durante o parto (Fahami, Shokooni & Kianpour, 2012).

No terceiro estudo (Rozita et al., 2014), foram comparadas as incidências de lacerações perineais e a sua gravidade e a necessidade de episiotomia nas técnicas “Hands-On” e “Hands-Off”, em 600 participantes, distribuídos aleatoriamente de forma cega por dois grupos experimentais: Grupo Experimental 1 (N=300) e Grupo Experimental 2 (N=300). Os resultados obtidos mostraram que em ambos os grupos a incidência de lacerações perineais foi semelhante. Relativamente à taxa de incidência de realização de episiotomias foi ligeiramente maior no grupo da técnica “Hands-On”, com uma diferença de 7%. Adicionalmente, as lacerações periuretrais, que não precisam de correção cirúrgica, tiveram um maior impacto no grupo correspondente à técnica “Hands-Off”. Os investigadores puderam concluir que não existiram diferenças significativas entre ambos os grupos em idade materna, tempo médio de parto, peso ao nascimento, circunferência da cabeça do recém-nascido e Índice de APGAR no primeiro e quinto minutos ao nascimento. Também não foram observadas diferenças significativas nas lacerações perineais entre ambos os grupos, contudo, as lacerações de primeiro grau foram as mais comuns em ambos os grupos. O grupo que vivenciou a técnica “Hands-Off” apresentou uma incidência menor de traumas de terceiro grau e episiotomias, mas mais lacerações periuretrais comparativamente ao outro grupo (Rozita et al., 2014).

No quarto estudo (McCandlish et al., 1998) foi comparado o efeito de dois métodos, a técnica “Hands-On” e “Hands-Poised”, utilizados durante o parto vaginal na prevalência da dor perineal relatada aos 10 dias após o parto. A amostra foi formada por 5471 participantes, distribuídos aleatoriamente de forma cega por dois grupos: Grupo Experimental 1 (n=2740) e Grupo Experimental 2 (n=2731), respetivamente. Foi verificado que após 10 dias do parto, 97% dos participantes preencheram os respetivos questionários. De entre essas respostas, o grupo “Hands-Poised” teve uma taxa superior de relato de dor nas últimas 24 horas de 3% de diferença, contudo, apresentou uma taxa de episiotomia menor. A remoção manual da placenta verificou-se com uma taxa superior também nesse grupo. Não foram identificadas outras

diferenças estatisticamente significativas entre os dois métodos. Concluíram, então, que a diminuição da dor observada pelo grupo “Hands-On” foi significativa (McCandlish et al., 1998).

No quinto estudo (Califano et al., 2022), foi testada a hipótese de que, em mulheres nulíparas, a técnica “Hands-Off” poderia reduzir a taxa de laceração perineal, comparativamente à técnica “Hands-On”. Os 70 participantes foram distribuídos aleatoriamente de forma cega por dois grupos: Grupo de Controlo (n=35) e Grupo Experimental 1 (n=35) e foi possível observar que a técnica “Hands-Off” apresentou uma redução significativa na ocorrência de lacerações perineais de qualquer grau e episiotomias comparativamente com o Grupo de Controlo. Em particular, o Grupo Experimental teve uma taxa muito menor de lacerações perineais em comparação com o Grupo de Controlo (42,9% versus 94,3%). Não foram observadas diferenças significativas em lacerações de terceiro e quarto graus entre os grupos. Assim, concluíram que, em mulheres nulíparas a técnica “Hands-Off” reduz a taxa de lacerações perineais (Califano et al., 2022).

No sexto estudo (Foroughipour et al., 2011) foi possível avaliar o efeito das técnicas “Hands-On” e “Hands-Poised” relativamente ao trauma perineal e no resultado do parto em mulheres primíparas. A amostra foi formada por 100 participantes distribuídos aleatoriamente por dois grupos: Grupo Experimental 1 (n=50) e Grupo Experimental 2 (n=50). Foi possível observar que não houve diferenças significativas nas características demográficas, duração das fases do TP, indução ou hemorragia periparto entre ambos os grupos. A taxa de dor pós-parto leve a moderada foi maior no grupo “Hands-On”, mas a dor severa não apresentou diferença significativa. Não houve também diferenças nos resultados neonatais entre ambos os grupos. Também foi possível verificar que ambas as técnicas não apresentaram diferenças substanciais nos resultados obstétricos e neonatais. Os investigadores puderam concluir que a técnica “Hands-Poised” está associada a um menor trauma perineal, principalmente no que diz respeito à menor necessidade de episiotomia e hemorragia pós-parto (Foroughipour et al., 2011).

No sétimo e último estudo (Bodner-Adler et al., 2002), foi possível investigar a influência da técnica “Hands-On” versus a técnica “Hands-Poised” no risco de trauma perineal durante o parto vaginal e nos resultados neonatais. A amostra foi de 1161 participantes distribuídos aleatoriamente por dois grupos: Grupo Experimental 1 (n=619) e Grupo Experimental 2 (n=542). Foi possível observar que não houve diferenças significativas na incidência de lacerações perineais entre ambos os grupos, no entanto a técnica “Hands-On” apresentou uma taxa significativamente maior de lacerações perineais de terceiro grau e episiotomias em comparação com o outro grupo. No que concerne aos resultados neonatais, não foram observadas diferenças significativas. Os investigadores concluíram que a técnica “Hands-Poised” é a mais adequada na preservação da integridade perineal durante o parto e é uma alternativa segura e eficaz para as parturientes (Bodner-Adler et al., 2002).

Com isto, é possível identificar que os objetivos delineados ao longo destes diferentes estudos têm como denominador a preservação da integridade perineal, contudo alguns estudos ainda revelam a necessidade de realização de episiotomia, intimamente ligado com a integridade perineal, dor no pós-parto e desfechos neonatais, como o caso do *score* do Índice de APGAR.

As ferramentas utilizadas em todos os estudos foram muito idênticas tendo por base a observação ao longo do parto. No caso de presença de dor pós-parto, a ferramenta utilizada foi a realização de questionários de forma a obter respostas.

No que diz respeito aos resultados, é possível verificar que a técnica “Hands-On” é a que apresenta uma incidência maior de lacerações perineais, à exceção do estudo de Costa e Riesco (2006) que refere não existir grandes diferenças entre as técnicas “Hands-On” e “Hands-Off”. Esta última técnica em maior parte dos estudos mostrou ter uma menor incidência de lacerações e menor associação à dor no pós-parto em relação a todas as outras técnicas mensuradas.

É também possível verificar que todos os estudos utilizaram o EESMO como o profissional que assistia o parto, o que valida ainda mais os resultados apresentados pois foi sempre a mesma categoria profissional a realizar as técnicas.

A discussão sobre as técnicas “Hands-On” e “Hands-Off”, durante a fase expulsiva do TP, é um tema amplamente debatido na área da obstetrícia. Ambas as abordagens têm os seus defensores e críticos e a escolha entre elas pode ser influenciada por uma variedade de fatores. Isso inclui as preferências individuais da parturiente, as práticas estabelecidas pela instituição onde é praticada e, crucialmente, pela evidência científica disponível.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de realizar uma reflexão sobre a prática obstétrica na instituição, na qual englobo 40 partos que tive a oportunidade de assistir. Desses partos, 12 parturientes apresentaram o períneo íntegro, enquanto 19 sofreram lacerações perineais, conforme detalhado na **Tabela 1**. Além disso, nove episiotomias foram realizadas nessa amostra. No contexto deste Hospital, a técnica predominantemente adotada e protocolada durante a fase expulsiva é a técnica “Hands-On”. No entanto, observou-se que essa abordagem não foi eficaz na preservação da integridade perineal. De ressaltar que a amostra analisada pode também ser considerada pequena para conclusões definitivas.

É relevante destacar que, dos 40 partos eutócicos realizados, a maioria (33 partos) ocorreu na posição de litotomia, que é considerada não ser favorável para a saída do recém-nascido, podendo também exercer mais pressão sobre os tecidos maternos perineais. Por outro lado, os partos realizados em outras posições, como de cócoras, em quatro apoios e lateralizada, resultaram em menor incidência de lacerações perineais e em períneos íntegros. Essa observação sugere que a posição materna, durante a fase expulsiva, pode desempenhar um papel significativo na integridade perineal.

A OMS (2018), durante a segunda fase do TP, recomenda técnicas destinadas a reduzir o traumatismo perineal e facilitar um parto espontâneo. Essas abordagens incluem a utilização de outras técnicas como massagem perineal, aplicação de compressas quentes e a técnica “Hands-On”, tendo em consideração as preferências individuais da mulher e as opções disponíveis para o profissional que assiste o parto. De acordo com as recomendações da OMS (2018), a evidência científica sugere que a massagem perineal pode aumentar as hipóteses de preservar a integridade do períneo e reduzir o risco de lacerações perineais graves. Além disso, as compressas perineais quentes têm sido associadas a uma redução das lacerações perineais de terceiro e quarto grau. Por outro lado, uma abordagem “Hands-On” durante o parto provavelmente reduz o risco de lacerações perineais de primeiro grau. A maioria das mulheres aceita estas técnicas perineais preventivas e valoriza os resultados positivos que elas proporcionam.

Conforme as orientações da DGS (2023), quando a apresentação fetal aflora à vulva, é recomendada a realização de massagem perineal. Essa massagem deve ser feita 3 a 5 vezes, com duração de cerca de 30 segundos de cada vez, durante os intervalos entre as contrações. Após a massagem, é importante realizar a proteção perineal, ou seja, a técnica “Hands-On”, e controlar a descida da apresentação quando esta começar a distender a vulva.

Contudo, de acordo com uma revisão sistemática da literatura realizada por Pierce-Williams, Saccone e Berghella (2021), que incluiu cinco estudos, envolvendo um total de 7287 mulheres, os resultados indicam que a técnica “Hands-On”, durante o parto eutócico espontâneo, apresentou uma maior incidência de lacerações de terceiro grau e episiotomias comparativamente à técnica “Hands-Off”. Contudo, ambas as técnicas não apresentaram diferenças significativas na presença de lacerações independentemente do seu grau. Portanto, os investigadores concluíram que ambas as técnicas, “Hands-On” e “Hands-Off”, apresentam uma incidência semelhante no que concerne à integridade perineal. Estes resultados fornecem dados importantes para a prática clínica, destacando a importância de considerar diferentes abordagens durante o TP de forma a minimizar o trauma perineal e promover resultados maternos favoráveis.

De acrescentar, que foi consultado um estudo bastante particular pois utilizou um modelo biomecânico para simular diferentes técnicas de proteção perineal. Com isto, os investigadores puderam avaliar como ambas as técnicas afetam a tensão dos tecidos perineais durante a segunda fase do TP (Jansova, et al., 2014).

Os resultados revelaram que a técnica de proteção individual manual, quando adequadamente aplicada, resultou numa redução significativa da tensão dos tecidos perineais em comparação com a técnica “Hands-Off”. Especificamente, a aplicação adequada do polegar e do indicador da mão dominante-posterior do profissional demonstrou ser eficaz na diminuição da tensão em toda a espessura do períneo (Jansova et al., 2014).

Este estudo, concluí que uma intervenção relativamente simples, como a aplicação correta das mãos durante o parto, pode ter um impacto significativo na redução do traumatismo perineal, uma preocupação comum durante o parto vaginal (Jansova, et al., 2014).

A comparação entre as técnicas “Hands-On” e “Hands-Off” na proteção perineal durante o parto vaginal levanta questões importantes sobre a aplicação adequada dessas técnicas e a sua eficácia na redução do trauma perineal. Uma preocupação levantada é se os estudos que avaliaram a técnica “Hands-On” garantiram a sua aplicação correta para minimizar a tensão nos tecidos perineais. Enquanto a técnica “Hands-Off” é mais facilmente comparável entre estudos devido à sua natureza não intervencionista. A aplicação eficaz da técnica “Hands-On” pode variar e influenciar os resultados.

É notável que a técnica “Hands-On” seja a mais amplamente recomendada e utilizada de acordo com os protocolos da DGS (2023), OMS (2018) e instituições de saúde como o Hospital da zona Norte do país onde estagiei. A frequência do uso dessa técnica, por parte de vários profissionais, resulta num aumento do número de casos registados e num viés por não ser realizada sempre pelo mesmo profissional.

Apesar dessas considerações, os protocolos atuais e a prática clínica predominante sugerem que a técnica “Hands-On” seja a mais adotada. Com base nisso, é razoável concluir que essa técnica é eficaz na preservação da integridade perineal. No entanto, é importante continuar a avaliar criticamente a aplicação e os resultados das técnicas perineais (de preferência com o mesmo profissional a adotar a técnica, o que se torna impossível) durante o parto vaginal para garantir a melhor prática clínica e os melhores resultados para as parturientes.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO PÓS-PARTO E PARENTALIDADE

4.1. Contextualização do Estágio

Este estágio teve lugar no serviço de Puerpério de um Hospital da zona Norte do país, entre 12 de setembro de 2023 e 3 de outubro de 2023, onde foi possível acompanhar 100 puérperas e os respetivos recém-nascidos.

Após as duas primeiras horas pós-parto, as puérperas são transferidas para esta unidade, numa cadeira de rodas, caso não haja bloqueio motor, ou numa cama, acompanhadas pelo recém-nascido, num berço, onde permanecem até receberem alta para o domicílio.

Este serviço acomoda todas as puérperas, independentemente do tipo de parto, sendo o dia da alta determinado de acordo com o tipo de parto- três dias para cesariana e dois dias para o parto eutócico. É composto por 38 quartos, metade dos quais são individuais, enquanto os restantes são compartilhados por duas puérperas. Cada quarto, seja individual ou compartilhado, possui uma casa de banho privativa.

É incentivada a presença do pai ou outra pessoa significativa durante o internamento, com a possibilidade de alojamento se o quarto for individual. A presença do pai nesta fase é considerada crucial para uma transição suave para a parentalidade, fortalecendo os laços tanto com o bebé quanto com a mãe. A participação do pai nas primeiras horas de vida do bebé promove um maior envolvimento paterno a longo prazo, contribuindo para o desenvolvimento cognitivo e socio-emocional positivo do recém-nascido (Sarkadi et al., 2020; Whittam et al. 2020).

Este Hospital é integrante da Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés, aderindo às diretrizes que promovem a amamentação e a lactação, mesmo em casos de separação entre o recém-nascido e a puérpera; alimentação exclusiva com leite materno, exceto em circunstâncias específicas; permissão para que mãe e filho permaneçam juntos 24 horas por dia; mamadas livres e proibição do uso de chupetas ou tetinas para o recém-nascido.

4.2. Puerpério

O período do puerpério, segundo a Organização Mundial da Saúde (2022), abrange o período desde o nascimento do recém-nascido, até às seis semanas subsequentes ao parto, totalizando 42 dias.

Segundo Leite et al. (2022), o termo "puerpério", originário do latim "puer" e "parere", que significam criança e parir, respetivamente, denota objetivamente a fase que compreende o nascimento do bebé, a expulsão da placenta e o retorno até ao estado pré-gravídico do aparelho reprodutor feminino. Esta fase é expectável que dure entre seis a oito semanas.

Durante esse período, é fundamental que as novas famílias vivenciem uma transição positiva, visando a melhoria do bem-estar da mãe e do recém-nascido. Para alcançar esse objetivo, é essencial que as famílias recebam informações adequadas, tranquilidade e apoio consistentes por parte dos profissionais de saúde, tendo em consideração as suas necessidades e o seu contexto cultural.

Contudo, é esperado que ocorram alterações corporais que requerem vigilância por parte do EESMO. A Organização Mundial da Saúde (2022) recomenda que durante as primeiras 24 horas após o parto, todas as puérperas sejam regularmente avaliadas quanto à hemorragia vaginal, tónus uterino, altura do fundo uterino, temperatura e frequência cardíaca. Durante este período, é comum observar uma bradicardia transitória, que geralmente reverte espontaneamente (Tran et al., 2023). A monitorização da tensão arterial, para além de avaliada durante o período de hemóstase, deve ser novamente reavaliada 6 horas após.

Ao longo de todo o período do puerpério, que se estende até às 6 semanas, devem ser avaliadas as características dos lóquios, eliminação urinária e intestinal, cicatrização da episiorrafia, e presença de dor (OMS, 2022).

No que diz respeito ao alívio da dor perineal, a OMS (2022) recomenda a administração oral de paracetamol como primeira escolha. No entanto, estudos demonstram que a aplicação de gelo local é mais eficaz nas primeiras 24 horas após o parto. A aplicação de gelo na região perineal por 15 a 20 minutos induz uma parestesia e anestesia local, proporcionando alívio eficaz durante as primeiras 24 a 72 horas após o parto (Brito et al., 2021).

Todavia, o momento do nascimento não desencadeia apenas alterações hormonais e corporais, marca também o início de uma adaptação a uma nova realidade: a parentalidade.

A adaptação à parentalidade é caracterizada como uma transição, um período de aprendizagem e ajustes para uma mudança a nível pessoal, profissional e conjugal. Essa transição inicia-se

durante a gravidez e estende-se até que os pais desenvolvam confiança, bem-estar e mestria no papel de pai e mãe. Embora não tenha um período definido, essa transição caracteriza-se por ser irreversível (Cardoso, 2011).

No entanto, no domínio dos "Comportamentos de ligação mãe/pai-filho", não se espera que a mãe demonstre sentimentos de afetividade pelo recém-nascido nas primeiras 24 horas pós-parto. Em vez disso, é mais provável que ela apresente um temperamento introspetivo e automatizado (Leite et al., 2022).

Já em relação à amamentação, de acordo com o ICNP (2019), a lactação refere-se ao processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher adulta, fornecendo nutrientes essenciais para o lactente. Durante a gravidez ocorre o desenvolvimento progressivo da glândula mamária, com os alvéolos a serem células secretoras de leite e os ductos lactíferos transportarem-no até ao mamilo. As glândulas de Montgomery, localizadas na aréola mamária, produzem um tecido de gordura que protege a mama durante a amamentação (UNICEF, 2012).

A lactogénese ocorre em duas fases: a lactogénese I, na segunda metade da gravidez, que envolve a produção de colostro, enquanto a lactogénese II inicia-se após o parto, com a diminuição dos níveis de progesterona e estrogénio. Durante as primeiras semanas de puerpério, a prolactina e a ocitocina são as principais hormonas responsáveis pela produção e ejeção de leite, com a prolactina a aumentar a produção durante a amamentação e a ocitocina a estimular a contração das células musculares ao redor dos alvéolos para a ocorrência de ejeção de leite (UNICEF, 2012; Lopes, 2019).

O colostro, o primeiro leite produzido após o parto, é rico em nutrientes e imunoglobulinas, contribuindo para o desenvolvimento e proteção do recém-nascido. Possui também um efeito laxante, promovendo a excreção de mecónio e redução dos níveis de bilirrubina (Lopes, 2019).

O EESMO deve, durante este período, supervisionar a amamentação, dotando a puérpera não só dos conhecimentos e capacidades necessárias ao sucesso da amamentação, mas promovendo também a autoconfiança da mulher, o que tem impacto no aumento da taxa de aleitamento materno exclusivo e da duração da amamentação (Loke & Chan, 2013).

4.3. Caso Clínico - Puerpério

4.3.1. Cenário Clínico

A Catarina, de 30 anos, com índice obstétrico 1/0/0/1, grupo sanguíneo Arh-, vivenciou um Parto Eutócico, com analgesia epidural, às 39 semanas de gestação, no dia 29 de setembro de 2023 às 16h17. Apresenta uma ferida no períneo decorrente de uma laceração de 1º Grau.

No turno da tarde (14h-20h) do dia 30 de setembro de 2023 encontra-se nas primeiras 12-24 horas pós-parto.

4.3.2. Domínios de Enfermagem

Ao longo da prestação de cuidados foram identificados os seguintes focos de atenção: Sistema Cardiovascular, com o intuito da monitorização de sinais vitais; Puerpério, referente ao período pós-parto que vivencia; Atitudes Terapêuticas, referente ao cateter venoso periférico; Dor, no âmbito da dor perineal sentida; Pele, referente à ferida cirúrgica no períneo; Lactação e Comportamentos para amamentar, referentes à amamentação; Adaptação à Parentalidade, no âmbito da transição que está a decorrer; e, por fim, Eliminação Urinária.

4.3.3. Aspectos de Enfermagem a Considerar Relativamente à Medicação Prescrita

Paracetamol

O paracetamol promove a analgesia pela elevação do limiar da dor. O seu efeito tem início entre 15 a 30 minutos após a administração oral e permanece por um período de 4 a 6 horas.

Este fármaco não apresenta qualquer risco significativo para o recém-nascido uma vez que a quantidade suscetível de ser excretada no leite materno é muito pequena (OMS, 2022).

4.3.4. Cuidados de Enfermagem

HORA: 14h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Atitudes Terapêuticas
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico -Otimizar cateter venoso periférico

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Monitorizar sinais vitais <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensão Arterial: 106/65 mmHg ▪ Frequência Cardíaca: 67 pulsações por minuto ▪ Temperatura: 36,2°C

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Dor
DADOS: A Catarina refere dor perineal, caracterizada em 4 na Escala Numérica da Dor, impossibilitando-a de permanecer sentada sobre a área perineal.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Aplicar frio -Posicionar para aliviar a dor <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre sentar-se: É aconselhado que se evite sentar sobre a ferida cirúrgica. É recomendada a utilização uma boia/almofada tipo “donut” para prevenir a pressão e a dor perineal.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Pele
DADOS: A Catarina apresenta uma ferida cirúrgica resultante de uma laceração de 1º Grau, na zona perineal	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre os cuidados à ferida cirúrgica (escolha de vestuário adequado)
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera seja capaz de realizar uma escolha de vestuário adequada
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre vestuário adequado: Preferenciar o uso de roupa interior de algodão.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre a higiene perineal

	Melhorar o conhecimento sobre as características imediatas dos lóquios
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera compreenda a técnica da higiene perineal Que a puérpera seja capaz de reconhecer as características imediatas dos lóquios
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Ensinar sobre higiene perineal <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre higiene perineal: Deve-se realizar a limpeza da região perineal no sentido ântero-posterior, com água e sabão. ▪ O penso deve ser trocado sempre que tiver micção, se encontrar saturado ou em intervalos de 4h, mantendo um ambiente seco da ferida. -Ensinar sobre as características dos lóquios <ul style="list-style-type: none"> ▪ Numa fase inicial, os lóquios são denominados de hemáticos, e são constituídos essencialmente por e têm a duração entre 3 a 4 dias (Val da Silva, 2019).

HORA: 16h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre os sinais de boa pega Melhorar o conhecimento sobre posições para amamentar Melhorar o conhecimento sobre sinais de fome e saciedade Melhorar o conhecimento sobre o ritmo de sucção no recém-nascido
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera seja capaz de reconhecer os sinais de boa pega Que a puérpera seja capaz de escolher várias posições para amamentar Que a puérpera seja capaz de identificar os sinais de fome e saciedade e padrão de sucção do recém-nascido
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	-Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação -Ensinar sobre sinais de fome <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre sinais de fome: que o recém-nascido se encontre acordado; inquieto; procura abocanhar qualquer objeto que toque a região peri-bocal; procura o mamilo e suga vigorosamente nos dedos (Campo-Verde et al., 2018). ▪ Ensinar sobre sinais tardios de fome: O choro do recém-nascido é um sinal importante das suas necessidades, sendo crucial que os pais o possam interpretar adequadamente. Quando este está com fome o seu choro é caracterizado por soluços contínuos e curtos, geralmente acompanhados por movimentos da cabeça de um lado para o outro e levando as mãos à boca. Este tipo de choro é persistente, porém não muito alto. -Ensinar sobre sinais de saciedade <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre sinais de saciedade: sucção mais lenta; a RN larga espontaneamente a mama; fica relaxada ou adormece após a refeição, chora com moderação e está interessada na socialização. -Ensinar sobre pega adequada

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar elementos observados no recém-nascido que evidenciam uma boa pega: os lábios superior e inferior estarem bem abertos (como se o recém-nascido estivesse a bocejar); o lábio inferior é virado para fora contra a mama, contudo o superior pode estar virado para fora ou neutro; o queixo deve tocar a mama e o nariz encontrar-se por perto; as bochechas devem se encontrar arredondadas e a língua sai sobre o lábio inferior e fica abaixo da aréola durante a mamada (Campo-Verde et al., 2018). ▪ Explicar a relação da pega adequada com o sucesso da amamentação: O sucesso da amamentação encontra-se interligado a uma pega eficaz pois a forma como o recém-nascido pega na mama influencia a produção de leite (Prime et al., 2012). <p>-Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre o posicionamento da mãe: Pode adotar inúmeras posições, mas tendo sempre em conta que o mais importante é sentir-se confortável nessa posição. De notar que a mão que segura a mama deve estar em “C” e não em pinça (Almeida, Rocha & Faleiro, 2017). ▪ Ensinar sobre o posicionamento do recém-nascido: Este deve ter o corpo alinhado, ou seja, orelha, ombro e anca devem formar uma linha reta e a face anterior do corpo virada e próxima ao corpo da mãe, evitando assim a rotação do pescoço de modo que este seja levado à mama e não o contrário; mantendo sempre todo o corpo apoiado; aquando da aproximação à mama facilita se o recém-nascido vier de baixo para cima, com a face de frente para a mama e o seu nariz ao mesmo nível do mamilo (Bystrova et al, 2009). <p>-Ensinar sobre padrão de sucção</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre o ritmo de sucção no recém-nascido: O padrão de sucção no recém-nascido apresenta inicialmente um ritmo mais rápido e menos profundo na mamada, a meio torna-se mais lento, mas mais profundo e para finalizar não faz sucção produtiva acabando por utilizar a mama como chupeta. <p>-Ensinar sobre cuidados à mama</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar medidas protetoras do mamilo e aréola: Após cada mamada, manualmente, extrair umas 2 a 3 gotas de leite e colocar à volta do mamilo e aréola e deixar secar a ar ambiente (DGS, 2023). ▪ Explicar medidas de higiene das mamas: Os mamilos devem ser lavados uma vez por dia, apenas com água corrente, decorrente da higiene pessoal (DGS, 2023).
--	---

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para amamentar
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de escolha de posições para amamentar Melhorar a capacidade de identificação de sinais de fome e saciedade, realizar uma boa pega e identificação de um padrão de sucção
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera seja capaz de amamentar Que a puérpera seja capaz de escolher várias posições para amamentar

	Que a puérpera seja capaz de identificar os sinais de fome e saciedade, padrão de sucção e sinais de boa pega
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar evolução da capacidade para amamentar -Assistir na amamentação <ul style="list-style-type: none"> ▪ Auxiliar a conseguir uma pega adequada de forma a facilitar a produção de ocitocina e de prolactina promovendo o esvaziamento da mama. -Instruir a amamentar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar durante a mamada a posição de "Bola de Rugby" que consiste no recém-nascido estar ao contrário no colo, ou seja, com a cabeça na mão da mãe e o corpo virado para trás, ficando entre o cotovelo e o flanco da mão e apoiado pelo braço. -Treinar amamentar <ul style="list-style-type: none"> ▪ Treinar a posição de "Rugby" nesta mamada de forma à Catarina conseguir treinar várias posições para amamentar que pode adotar.

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação à parentalidade
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre a ingestão nutricional do recém-nascido
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera seja capaz de compreender a ingestão nutricional do recém-nascido
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Ensinar sobre ingestão nutricional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a quantidade de leite a cada refeição e frequência: No dia em que nasce, o estômago do recém-nascido é muito pequeno o que significa que só consegue armazenar cerca de 5 a 7 ml. Este deve mamar quando tem fome, ou seja, em livre demanda e que é expectável que aumente a quantidade de leite que ingere por volta do terceiro dia. Geralmente, o recém-nascido tende a mamar cerca de 8 vezes por dia durante o primeiro mês de vida.

HORA: 17h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação à parentalidade
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento sobre o tratamento do coto umbilical
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera seja capaz de realizar o tratamento ao coto umbilical
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> - Ensinar sobre tratamento do coto umbilical <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar a evolução do coto umbilical: No primeiro dia é expectável que apresente um aspeto mais gelatinoso, mas que com o passar do tempo vá alterando a tonalidade (começa a ficar mais escuro) e com um aspeto mais mumificado ou seja, mais duro, acabando por cair por si. ▪ Explicar como realizar o <i>dry care</i>: A limpeza pode ser realizada aquando do banho com água e compressa, sendo o princípio manter o coto limpo e seco. De forma a manter um

	ambiente seco é recomendado fechar a fralda por baixo do coto umbilical, realizando uma dobra de forma a expor o coto umbilical, visto que a fralda pode comprimir e reter a humidade. Se este se encontrar húmido, com secreções ou sujo com fezes e/ou urina o recomendado é que seja limpo mais do que uma vez por dia.
--	--

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação à parentalidade
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido
OBJETIVOS	Melhorar a capacidade de limpeza do coto umbilical Melhorar a capacidade sobre a troca de fralda do recém-nascido
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera seja capaz de limpar o coto umbilical Que a puérpera seja capaz de trocar a fralda ao recém-nascido
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Instruir a tratar do coto do cordão umbilical <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar como lavar o coto: Podemos iniciar a lavagem pela base do coto umbilical para a extremidade, durante o banho ou caso não ocorra os cuidados de higiene podemos utilizar compressas e água morna para ajudar a limpar as secreções. -Instruir a trocar fralda <ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstrar como trocar a fralda: Antes de trocar a fralda, deve reunir todo o material necessário para a troca de fralda. A limpeza pode ser realizada com água morna e compressas ou toalhetes adequados para a pele do recém-nascido. Por conseguinte, afastar ligeiramente os grandes lábios, limpar a parte externa que se encontra em contacto com a fralda no sentido vagina-ânus. -Treinar a tratar do coto do cordão umbilical <ul style="list-style-type: none"> ▪ Treinar a limpeza do coto umbilical, dando oportunidade à mãe para limpar com uma compressa utilizando a técnica <i>dry care</i>.

HORA: 19h00

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação à parentalidade
DADOS:	Foi iniciado o Plano Nacional de Vacinação do recém-nascido com a administração da Vacina contra a Hepatite B.
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido
OBJETIVOS	Melhorar o conhecimento do Plano Nacional de Vacinação do recém-nascido durante o primeiro mês Melhorar o conhecimento sobre o efeito das vacinas
INDICADORES DE RESULTADO	Que a puérpera conheça o início do Plano Nacional de vacinação Que a puérpera reconheça os efeitos das vacinas
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<ul style="list-style-type: none"> -Avaliar evolução do conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido -Ensinar sobre vacinação <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar sobre o efeito das vacinas: São preparações de antigénios, que quando administradas provocam uma resposta imunitária protetora específica de um ou mais agentes

	<p>infeciosos. Com a vacina, o organismo vai reconhecer aquele vírus ou bactéria e criar anticorpos específicos que os protegerão caso, no futuro, tenham contacto com esses microrganismos ativos (Plano Nacional de Vacinação, 2020).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicar esquema de vacinação: A primeira vacina é administrada nos primeiros dias após o nascimento (Hepatite B), sendo a próxima aos 2 meses de idade. (Plano Nacional de Vacinação, 2020).
--	---

4.4. Recém-Nascido

Durante o período neonatal, desde o nascimento até aos 28 dias de vida, a vigilância frequente e a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade contribuem para a redução da mortalidade infantil. Este é um período particularmente crítico e desafiador para o recém-nascido, uma vez que envolve várias adaptações fisiológicas ao meio extrauterino (Carvalho & Pellenz, 2019).

No caso apresentado, o recém-nascido tem uma idade gestacional de 39 semanas, situando-se entre as 37 e 40 semanas, sendo considerado um recém-nascido de termo e torna-se fundamental direcionar a atenção para assegurar um crescimento e desenvolvimento saudáveis ao longo do período neonatal, reconhecendo o crescimento como um processo complexo e contínuo, influenciado por uma variedade de fatores genéticos, ambientais e nutricionais (Soares, 2017).

O crescimento representa um fenómeno vital, intrínseco à condição humana, que se desenrola de uma maneira progressiva e contínua desde a concepção até à plena maturidade. Durante a fase fetal, o desenvolvimento é essencialmente influenciado pela nutrição fornecida pela mãe. Contudo, ao nascer, o recém-nascido passa a depender de uma interação complexa entre fatores genéticos, alimentação, regulação hormonal e ambiente circundante. A avaliação do crescimento nesse período requer a análise de três medidas antropométricas cruciais: peso, perímetro cefálico e comprimento corporal (Soares, 2017).

Até aos seis meses de idade, é recomendado que o recém-nascido seja alimentado exclusivamente com leite materno, pois este fornece todos os nutrientes e líquidos necessários para satisfazer as suas necessidades. De acordo com a UNICEF (2012), a amamentação deve ser realizada em livre demanda, permitindo que o bebé mame sempre que estiver com fome.

Para garantir uma nutrição adequada ao bebê através da amamentação, é essencial que a sucção seja eficaz. Este processo tem início quando o recém-nascido identifica o mamilo materno e inicia movimentos coordenados da língua e mandíbula.

Durante a mamada, é esperado que o bebê intercale períodos de sucção sucessivos com breves pausas, com duração de aproximadamente seis a sete segundos. Conforme o avançar da mamada, esses períodos de sucção têm tendência a tornar-se mais curtos, intercalados com pausas mais prolongadas, sinal de que o recém-nascido está satisfeito (Puccini, 2017).

Assim como em outros sistemas, a transição para a vida extrauterina provoca mudanças estruturais na epiderme do recém-nascido, sendo necessário uma avaliação cuidadosa da pele. Durante esse período, o recém-nascido pode apresentar uma variedade de colorações, incluindo rosada, pálida ou ictérica. Além disso, podem surgir as chamadas manchas mongólicas, que são áreas de coloração castanha, azulada ou roxa, localizadas geralmente na região lombar, sagrada, tronco e/ou extremidades. Essas manchas resultam da migração e acumulação de melanócitos na pele e tendem a desaparecer ao longo do tempo (Carvalho, 2015).

O vernix caseoso é uma substância protetora e esbranquiçada que recobre a pele do recém-nascido e desaparece naturalmente alguns dias após o nascimento. Não é necessário removê-lo, uma vez que é reabsorvido pelo corpo e oferece vantagens protetoras, como hidratação, regulação térmica e auxílio na cicatrização de feridas (Carvalho, 2015).

No que concerne à eliminação intestinal, é expectável que a primeira dejeção ocorra entre as primeiras 12 a 24 horas após o nascimento devido ao processo fisiológico de adaptação do sistema gastrointestinal. Durante a alimentação, e mesmo durante o seu nascimento, ocorrem estímulos para a passagem de mecônio, incluindo a ingestão de colostro e atividade peristáltica intestinal (Huang & Swann, 2017). O número de dejeções diárias em média é duas a três, ao terceiro e quarto dia (Xie et al., 2019).

Em relação à eliminação urinária é esperado que este apresente pelo menos uma micção no primeiro dia de vida. A urina inicial pode se apresentar mais concentrada, amarelada, mas vai se tornando mais diluída ao longo dos primeiros dias de vida (Felder-Puig et al., 2020).

No que concerne ao Plano Nacional de Vacinação, é recomendado que todos os bebês, idealmente no prazo de 24 horas após o nascimento, recebam a primeira dose da vacina contra a Hepatite B (OMS, 2022). A imunização do recém-nascido contra o vírus da Hepatite B, dentro de um intervalo de 24 horas após o nascimento, é uma medida crucial referida por várias evidências. A OMS (2018) destaca a importância dessa prática para prevenir a transmissão vertical do vírus, que pode ocorrer de mãe para filho durante o parto.

4.5. Caso Clínico Referente ao Recém-Nascido

4.5.1. Cenário Clínico

O Recém-Nascido, do sexo feminino, nasceu no dia 29 de setembro de 2023, às 16h17, através de um Parto Eutócico, às 39 semanas de gestação.

Ao nascimento apresentou um Índice de APGAR 9/10/10. Tinha perímetro cefálico de 34 cm, 47 cm de comprimento e pesava 2720 gramas.

No turno da tarde (14h-20h) do dia 30 de setembro de 2023 encontra-se nas primeiras 12-24 horas de vida.

4.5.2. Domínios de Enfermagem

Durante a prestação de cuidados foram identificados os focos de atenção: Sistema Respiratório, de forma a identificar alterações na frequência respiratória ou até mesmo, esforço respiratório; Sistema Cardiovascular com o intuito da avaliação dos pulsos em todos os membros nas primeiras 24 horas de vida; Recém-nascido, de acordo com o período de vida que vivencia; Reflexo de Sucção, e Deglutição, de encontro com a nutrição do bebê; Eliminação Urinária e Eliminação Intestinal.

4.5.3. Cuidados de Enfermagem

HORA: 14h30

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Reflexo de sucção
DADOS:	Acanolamento da língua ineficaz (Não).

Peristaltismo da língua ineficaz (Não).
Força de sucção ineficaz (Não).

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Respiratório
DADOS: Ritmo respiratório regular. Movimento respiratório simétrico. Coloração da mucosa: rosada.	

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Sistema Cardiovascular
DADOS: Temperatura de todas as extremidades normal. Coloração de todas as extremidades normal.	

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Deglutição
DADOS: Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos) (Não). Perda de conteúdo da cavidade oral (Não). Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral (Não). Movimento assimétrico da língua e lábios (Não). Alteração da voz após a deglutição (Não). Refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral (Não). Tosse associada à deglutição (Não). Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante a deglutição (Não). Posição anormal da cabeça durante a deglutição (Não).	

5. CONTRIBUTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Após dois anos de dedicação a um exigente percurso formativo, alcançaram-se os objetivos delineados ao longo do mesmo. Durante este período, foram adquiridas e aprimoradas competências nos diversos domínios de atuação do EESMO, com foco no acompanhamento da mulher, do casal e da família ao longo de uma transição crucial nas suas vidas.

Durante o estágio de natureza profissional, desenvolveram-se competências e ampliaram-se os conhecimentos em áreas como a gravidez, tanto fisiológica tanto com complicações, trabalho de parto e parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido. O acompanhamento dessas transições permitiu a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos durante o percurso académico, adaptando-os às necessidades individuais de cada mulher, casal ou família. Essa abordagem pessoal enriqueceu ainda mais a experiência do estágio, desafiando-me a considerar as particularidades de cada mulher, os seus desejos e crenças.

Destaco também a oportunidade de ter tido tutoras de estágio que incentivaram o desenvolvimento do meu pensamento crítico e me permitiram tomar decisões com base nos meus conhecimentos e práticas. Esse ambiente colaborativo promoveu uma abordagem centrada na evidência e na tomada de decisão consciente, adaptada a cada caso.

No que concerne ao desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, são competências partilhadas por todos os Enfermeiros Especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

O Regulamento nº 140/2019, da Ordem dos Enfermeiros, define quatro domínios como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista das quais Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados e Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais. Estas foram desenvolvidas através da prestação de cuidados com base nos princípios éticos, na privacidade do cliente, no respeito pelas suas preferências, confidencialidade e diferenças pessoais, sociais e culturais, através de momentos de reflexão, de forma a identificar práticas que pudessem colocar em causa a segurança dos clientes. Os cuidados foram prestados de forma priorizada, organizando-os de acordo com o processo de enfermagem e em cooperação com a equipa multidisciplinar e baseados em evidência científica.

A aquisição e desenvolvimento de competências do EESMO teve por base o Regulamento nº 391/2019 de Competências Específicas do EESMO, publicado pela Ordem dos Enfermeiros no dia 3 de maio de 2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), em consonância com as exigências da diretiva do Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros 2018), tendo sido obedecida as seguintes exigências:

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. A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. A prática da sutura inclui a saturação de episiotomias e rasgões simples do períneo, que pode ser realizada de forma simulada se tal for indispensável;*
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. *Observação e cuidados a recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais, incluindo crianças nascidas antes do tempo e depois do tempo, bem como recém-nascidos de peso inferior ao normal e recém-nascidos doentes;*
10. *Cuidados a mulheres que apresentem patologias no domínio da ginecologia e da obstetrícia;*
11. *Iniciação aos cuidados em medicina e cirurgia- A iniciação incluirá um ensino teórico e exercícios clínicos. (Ordem dos Enfermeiros, 2018)*

As competências adquiridas ao longo do estágio foram alcançadas de forma progressiva, apesar da não sequencialidade cronológica dos módulos. O período no Bloco de Partos foi particularmente desafiador, mas também muito gratificante, marcado pela novidade do ambiente e pela complexidade dos cuidados prestados. O apoio recebido da tutora e da equipe multidisciplinar foi fundamental para superar as dificuldades e integrar-me na equipa.

Assistir a um parto eutócico foi uma experiência marcante, proporcionando um momento inesquecível para a família e reforçando a minha escolha pela especialidade.

A elaboração da RIL foi uma ferramenta importante para praticar a PBE nas minhas intervenções com base na melhor evidência científica, embora tenha enfrentado desafios na pesquisa e seleção de artigos, que foram superados com o apoio da docência.

No módulo de gravidez com complicações, lidar com a incerteza do desfecho da gestação e oferecer apoio à grávida foram desafios significativos, exigindo cuidado na escolha das palavras e na gestão de expectativas.

Na fase de adaptação à parentalidade, o contacto com o recém-nascido representou uma novidade, mas novamente o apoio da equipe multidisciplinar foi fundamental para superar esses desafios.

Por fim, a elaboração deste relatório mostrou-se uma ferramenta complementar ao estágio, permitindo uma reflexão sobre as minhas intervenções e decisões, bem como o impacto delas na vida das mulheres cuidadas. Contribuiu não apenas para o desenvolvimento de competências, mas também para a aquisição de novos conhecimentos, possibilitando a implementação de cuidados de enfermagem especializados e individualizados.

CONCLUSÃO

Em síntese, este relatório delinea as atividades realizadas ao longo de um ano de intenso percurso no âmbito do MESMO. Representa o desfecho de uma etapa que conduz à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica, cumprindo todos os requisitos estabelecidos pelo Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2018).

As atividades desenvolvidas durante o estágio foram minuciosamente descritas ao longo deste relatório, evidenciando o cumprimento dos objetivos inicialmente estabelecidos, sempre alinhados com a evidência científica mais atual e orientados pelo princípio da PBE. Embora não tenha sido possível abordar todas as experiências vivenciadas, foram selecionadas aquelas consideradas mais pertinentes ao longo deste percurso.

Em todas as áreas exploradas, o objetivo primordial foi sempre responder às necessidades de cada mulher, assegurando a excelência dos cuidados prestados e analisando posteriormente as respostas obtidas para aprimorar práticas futuras.

A escolha da temática para a RIL refletiu a curiosidade suscitada pela adoção de diferentes técnicas pelos profissionais, procurando compreender qual seria a melhor escolha para cada mulher e como a atuação do EESMO influencia não apenas o parto, mas também a vivência do pós-parto.

O sentido de responsabilidade esteve sempre presente, considerando a importância de fornecer a melhor resposta possível às necessidades das mulheres durante esta fase tão significativa das suas vidas.

Apesar dos desafios enfrentados ao longo deste percurso, que envolveu conciliar a vida académica, profissional e social, posso afirmar que foi uma jornada marcante, tanto do ponto de vista profissional quanto pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6), CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3
- ACOG, The American College Of Obstetricians and Gynecologists. (2023) *Preterm Labor and Birth*. Retirado de: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/preterm-labor-and-birth>
- Afshar, Y., Mei, J., & Gregory, K. (2016). Birth plans: Birth preferences or labor manifesto. *Gynecology & Obstetrics Case Reports*, 2(1), 12.
- Almeida, S. T. D., da Rocha, A. D., & Faleiro, A. (2017). *Falando em amamentação*.
- American Academy of Pediatrics (AAP) & American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). *Guidelines for Perinatal Care (8th ed.)*. Elk Grove Village, IL: AAP.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). *ACOG Committee Opinion No. 677: Antenatal corticosteroid therapy for fetal maturation*. *Obstetrics and gynecology*, 128(4), e187-e194.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). *Prevention of Group B Streptococcal Early Onset Disease in Newborns: Committee opinion No. 782*. *Obstet Gynecol*, 134(1), 19-41. Doi: 10.1097/AOG.0000000000003334.
- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GYNACOLOGISTS. *Approaches to limit intervention during labor and birth. Comitee opinion 687. Fevereiro 2017*.
- Andersson, O., Hellström-Westas, L., & Domellöf, M. (2015). Clamping the umbilical cord: A review of the effects of timing and methods of clamping on mother and baby. *Neonatology*, 107(1), 1-8. <https://doi.org/10.1159/000368988>
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), CD000331.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Jones, L. (2011). Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(12), CD000331.
- Antenatal Corticosteroid Clinical Trial Group. (2019). Effects of antenatal corticosteroids given prior to 26 weeks' gestation: a systematic review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 59(3), 306-311.
- Ávila, S. R., & Feitoza, A. R. (2021). Novas possibilidades na avaliação da progressão do trabalho de parto: Uma revisão narrativa. *Em A. N. Editor (Ed.), A obra-prima: A arte de cuidar no início da vida* (pp. 156-165). DOI:10.37885/211006469
- Bacci, M. G., Miranda, A. C., Cignini, M., & Nappi, R. E. (2019). Risk factors for preterm birth: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 132(4), 327-337.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD003766.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., Cuthbert, A., & Vogel, J. P. (2021). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub7>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., Cuthbert, A., & Vogel, J. P. (2017). Positions in labour for women with a singleton, term, cephalic presentation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub3>

- Brito, A. P. A., Caldeira, C. F., & Salvetti, M. G. (2021). Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. (55) e03691. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019023303691>
- Bystrova, K., Matthiesen, A. S., Vorontsov, I., Widström, A. M., Ransjö-Arvidson, A. B., Uvnäs-Moberg, K., & Widström, A. M. (2009). *Maternal axillar and breast temperature after giving birth: Effects of delivery ward practices and relation to infant temperature*. *Birth*, 36(2), 115-124.
- Califano, G., Saccone, G., Diana, B., Ruvolo, C. C., Ioffredo, D., Nappi, C., ... & 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.
- Campo-Verde, N. F., Carrera-Sánchez, G. L., Molina-Endara, P. M., Tinoco-Ariño, S. M., & Molina-Endara, P. (2018). Assessment of breastfeeding techniques applied by puerperal women. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), 84-96.
- Cardoso, A. M. R. (2011). Tornar-se mãe, tornar-se pai: Estudo sobre avaliação de competências parentais (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa).
- Carroli, G., Mignini, L. (2017). Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(11), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Carvalho, B., Koyyalamudi, V., Sonty, R., Riley, E., & Cohen, S. E. (2020). Hypotension during epidural labor analgesia. *Anesthesia & Analgesia*, 130(3), 594-603. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004385>
- Carvalho, G. E., & Pellenz, D. C. (2019). ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO. *REVISTA SABERES DA UNIJIPA*, 13(2).
- Carvalho, L. F., Brito, L. G., de Oliveira, S. M. J. V., & Nobre, M. R. C. (2018). Hands-on versus hands-off techniques for perineal protection during birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD007906.
- Carvalho, V. (2015). Visão geral da pele do recém-nascido e cuidados com esta pele. In *Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Consenso de cuidado com a pele do Recém-nascido*. Retirado de: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf
- Chen, C. H., Chang, M. Y., Wang, H. H., & Huang, M. C. (2020). The effects of massage on labor pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Medicine*, 99(30), e21321. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021321>
- Conde-Agudelo, A., Romero, R., & Kusanovic, J. P. (2011). Nifedipine in the management of preterm labor: a systematic review and metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*, 204(2), 134-e1.
- Cordeiro, C. A. (2022). Estratégias Promotoras da Vinculação Mãe-Bebé Após o Parto (dissertation). Évora.
- da Costa, A. D. S. C., & Riesco, M. L. G. (2006). A comparison of “hands off” versus “hands on” techniques for decreasing perineal lacerations during birth. *Journal of midwifery & women's health*, 51(2), 106-111.
- Dahlen, H. G., Homer, C. S., & Cooke, M. (2017). *Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: A randomized controlled trial*. *Birth*, 44(2), 153-161.
- de Melo, R. A., Amando, A. R., de Oliveira Costa, L., dos Santos Araújo, M., de Moraes, R. J. L., & Fernandes, F. E. C. V. (2020). Vivência de puérperas no processo de indução do trabalho de parto: Experience of people in the process of inducing labor children. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 92(30).

Dekker, R., Lee, E., & Middeldorp, J. M. (2019). The role of ambulation in the first stage of labor: A randomized controlled trial. *Birth*, 46(1), 85-92. <https://doi.org/10.1111/birt.12382>

Direção Geral da Saúde. (2023). *Amamentação*. Recuperado de <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-da-mulher/amamentacao/>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º 001/2015 de 19/01/2015*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º 001/2015 de 19/01/2015*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.º 002/2015 de 19/01/2015*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Orientação n.º 007/2019: Acompanhamento do trabalho de parto de baixo risco pelas parteiras*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Norma n.º 018/2020 de 27/09/2020*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Orientação: Saúde materna e obstétrica*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (s.d.). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco [PDF]*. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Eggebo, T. M., Sando, I. C., Ahmed, M., Bjordal, E., Eide, B. I., Øian, P., & Rådestad, I. (2019). Effects of birth position on birth experience and duration of second stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(3), 279-287. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12947>

Fahami, F., Shokoohi, Z., & Kianpour, M. (2012). The effects of perineal management techniques on labor complications. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 17(1), 52-57.

Fassarella, B. P. A., Almeida, G., Teles, D. A., Ortiz, L. D. S., Da Silva, I. S., do Carmo Neves, K., ... & da Silva Evangelista, D. (2020). Cuidados de enfermagem direcionados à gestante portadora de doença hipertensiva específica da gravidez. *Research, Society and Development*, 9(9), e343996768-e343996768.

Felder-Puig, R., Quehenberger, V., Greimel, E., Griebler, R., Schober, P., Diouf, A. K., & von der Hardt, K. (2020). Early postnatal urine output predicts subsequent urine output and need for phototherapy in preterm infants. *Acta Paediatrica*, 109(11), 2316-2321. <https://doi.org/10.1111/apa.15378>

Felice, J. P., & Shea, J. A. (2018). Quality-of-life measurement in the context of obstetrics. *Clinics in obstetrics and gynecology*, 61(1), 58-71.

Fodstad, K., Staff, A. C., Laine, K. (2019). Episiotomy preferences, indication, and classification - A survey among Nordic doctors. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(8), 1051-1058. <https://doi.org/10.1111/aogs.13580>

Foroughipour, A., Firuzeh, F., Ghahiri, A., Norbakhsh, V., & Heidari, T. (2011). The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 16(8), 1040.

- Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal (5ª ed)*. Lisboa: Lidel
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2020). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5(5), CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>
- Haanschoten, A., van Dijk, M., van der Pal-de Bruin, K. M., Pompe, G., & Scheepers, H. (2020). Non-pharmacological interventions for pain relief during labor: A systematic review of systematic reviews. *European Journal of Pain*, 24(1), 81-97. <https://doi.org/10.1002/ejp.1494>.
- Hawkins, J. L., Chang, J., Palmer, S. K., Gibbs, C. P., Callaghan, W. M., & Kuklina, E. V. (2019). Anesthesia-related maternal mortality in the United States: 1979-2002. *Obstetrics & Gynecology*, 113(6), 1352-1357. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181a1c04e>
- Huang, C., & Swann, J. R. (2017). The fetal gastrointestinal tract. In A. Thapar, M. Lindley, & N. J. Talley (Eds.), *Functional gastrointestinal disorders* (pp. 113-122). Cambridge University Press.
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. Recuperado de <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. Retirado de: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>.
- Ishrat, 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>
- Jansova, M., Kalis, V., Rusavy, Z., Zemcik, R., Lobovsky, L., & Laine, K. (2014). Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *International urogynecology journal*, 25, 65-71.
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Joanna Briggs Institute. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers 'Manual 2011 Edition [PDF]*. Retirado de: <https://docplayer.net/1411720-Joanna-briggs-institute-reviewers->
- Joanna Briggs Institute. (2017). *Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials*. Recuperado de https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI_RCTs_Appraisal_tool2017_0.pdf
- Joanna Briggs Institute. (n.d.). *Checklist for Quasi-Experimental Appraisal Tool*. Recuperado de https://jbi.global/sites/default/files/2020-08/Checklist_for_Quasi-Experimental_Appraisal_Tool.pdf
- Ko, J. Y., Kim, Y. H., Kim, Y. H., & Kim, H. J. (2017). The effects of breathing exercise types on labor pain and duration of labor: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, (32), 84-89.
- Lappen, J. R., Hackney, D. N., Bailit, J. L., & Kominiarek, M. A. (2019). Maternal and neonatal outcomes by attempted mode of operative vaginal delivery among women with obesity. *Obstetrics and Gynecology*, 134(6), 1146-1153.
- Lee, H. C., Subeh, M., Gould, J. B. (2017). Low Apgar score and mortality in extremely preterm neonates born in the United States. *Acta Paediatrica*, 106(12), 1869-1875. <https://doi.org/10.1111/apa.13959>
- Lee, S. Y., Kim, M. Y., Moon, J. Y., Oh, S. Y., & Hong, J. S. (2020). A systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of tocolysis for management of preterm labor. *PLoS One*, 15(8), e0237485.
- Leite, M. D. S., Feitosa, A. D. N. A., Costa, K. L. P., de Brito, L. M., da Nóbrega Gonçalves, A. J., Sampaio, R. L., ... & de Almeida Martins, J. M. L. (2022). Sentimentos maternos durante o

puerpério: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 11(1), e2011123206-e2011123206.

Leong, W. L., Koh, Z. X., Yap, K. H., Lim, M. P., Sultana, R., Sia, A. T., Sng, B. L. (2020). Epidural analgesia versus patient-controlled analgesia for pain relief in labour: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 127(6), 691-701. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16005>

Levy, L. & Bértolo, H. (2012) *Manual do Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a Unicef/Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Recém-nascidos. Retirado de: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lim, G., Facco, F. L., Nathan, N., Waters, J. H., & Wong, C. A. (2018). A review of the impact of neuraxial anesthesia on maternal and neonatal outcomes: Is neuraxial anesthesia Associated with an increased risk of maternal and neonatal morbidity? *Anesthesia & Analgesia*, 127(3), 635-644. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000003504>

Loke, A. Y., & Chan, L. K. S. (2013). Maternal breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding behaviors of newborns in the practice of exclusive breastfeeding. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42(6), 672-684.

Lopes, J. (2019). Promoção do aleitamento materno: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Retirado de: https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4880/1/Josefina%20Lopes_PDFa.pdf

Mann, S., Yue, L., Nguyen, T., Bautista, D., Horowitz, C., Ghant, M. S., & Eswaran, H. (2020). A systematic review of the impact of labor and delivery interventions on labor progression and birth outcomes. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 6, 8. <https://doi.org/10.1186/s40748-020-00124-5manual-2011-edition.html>

Mayerhofer, Klaus & Bodner-Adler, Barbara & Bodner, Klaus & Rabl, Michaela & Kaider, Alexandra & Wagenbichler, Peter & Joura, Elmar & Husslein, Peter. (2002). Traditional care of the perineum during birth: A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *The Journal of reproductive medicine*. 47. 477-82.

McCandlish, R., Bowler, U., van Asten, H., Berridge, G., Winter, C., Sames, L., ... & Elbourne, D. (1998). A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour. *BJOG: an international journal of obstetrics & gynaecology*, 105(12), 1262-1272.

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). *Person-centredness - the 'state' of the art*. *International Practice Development Journal*, 5(1), 1-15. Retirado de: <https://ro.uow.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=4821&context=smhpapers>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice* (1ª ed.). Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Mendes, K. D. S., Silveira, M. M. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764.

Ministério da Saúde (2017). *Atenção à saúde da gestante: Pré-natal e parto*.

Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., Makuch, M. Y., de Aquino, M. M., & Nakamura, M. U. (2020). Use of the exercise ball to improve labor and birth: A systematic review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(2), 194-204. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13079>

- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD003519.
- Nasreen, S., Khan, F. N., Sikander, K., & Nasreen, S. (2018). Effectiveness of relaxation therapy on pain intensity among primigravida mothers during the first stage of labour in selected hospitals at Lahore, Pakistan. *Annals of King Edward Medical University*, 24(1), 114-120.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2017). *Intrapartum care: Care of healthy women and babies*. London: NICE.
- O'Leary, O. F., Glover, V., & O'Connor, T. G. (2020). Prenatal stress and the programming of the HPA axis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 117, 204-216.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Plano de Parto: escolhas que marcam a vida. *Lisboa, OE*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%Aancias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia de boas práticas: Promoção da preparação para o parto (Versão 4)*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf
- Organização Mundial da Saúde (2023). *Parto prematuro*. [Folheto informativo]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2?sequence=1>
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2?sequence=1>
- Pedrosa, A. R. M. (2020). A hidroterapia como método natural de alívio da dor durante o trabalho de parto: Relatório de estágio de natureza profissional. *Porto, Portugal: Escola Superior de Enfermagem do Porto*.
- Pereira, D. B., Couto, E. V., Cardoso, M. D. F., Oliveira, D. T. D., Silva, R. J. D., & Silva, S. M. D. (2019). Revisão integrativa da literatura: uma revisão bibliográfica. *Revista CEFAC*, 21(3), e20180066. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201918006618>
- Pierce-Williams, R. A., Saccone, G., & Berghella, V. (2021). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(6), 993-1001.
- Prime, D. K., Geddes, D. T., Spatz, D. L., Robert, M., & Trengove, N. J. (2012). Investigation of the “lactation squeeze” technique for collecting foremilk and hindmilk from the breast during breastfeeding. *Journal of Human Lactation*, 28(3), 349-359.
- Puccini, F. (2017). Anatomofisiologia da sucção e da deglutição do bebe em computação gráfica 3D como instrumento educacional (Dissertação de mestrado). *Faculdade de Odontologia de*

Bauru, São Paulo. Retirado de: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-28062016-71900/publico/FlaviaRebeloSilvaPuccini_Rev.pdf

Rabe, H., Diaz-Rossello, J. L., Duley, L., Dowswell, T. (2019). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9), CD003248. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub4>

Reitter, A., Daviss, B. A., Bisits, A., Schollenberger, A., Vogl, T., Herrmann, E., Louwen, F., & Zangos, S. (2018). Does pregnancy and/or shifting positions create more room in a woman's pelvis? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(1), 126.e1-126.e9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.10.003>

Rezaei, R., Saatsaz, S., Chan, Y. H., & Nia, H. S. (2014). A comparison of the “hands-off” and “hands-on” methods to reduce perineal lacerations: a randomised clinical trial. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64, 425-429.

Roberts, D., Brown, J., Medley, N., & Dalziel, S. R. (2017). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(4), CD004667.

Sarkadi, A., Kristiansson, R., Oberklaid, F., & Bremberg, S. (2020). The association between father involvement and infant neurodevelopment: A systematic review. *Acta Paediatrica*, 109(2), 265-278. <https://doi.org/10.1111/apa.14817>

Saugstad, O. D., Aune, D., Aguar, M., Kapadia, V. S., Finer, N., Vento, M. (2018). Systematic review and meta-analysis of optimal initial fraction of oxygen levels in the delivery room at ≤ 32 weeks. *Acta Paediatrica*, 107(9), 1424-1431. <https://doi.org/10.1111/apa.14334>

Sharma, D., Shastri, S., & Sharma, P. (2016). Intrauterine growth restriction: Antenatal and postnatal aspects. *Clinical Medicine Insights: Pediatrics*, (10), 67-83. <https://doi.org/10.4137/CMPed.S40070>

Silva, A., & Araújo, M. (2023). Revisão integrativa da literatura: uma metodologia para a síntese de evidências científicas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57(2), 1-9.-

Silva, M. A. P. (2018). Intervenções de enfermagem em contexto hospitalar facilitadoras do processo de luto após perda gestacional: Relatório de estágio (*Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto*).

Silva, M. A. P. (2018). Intervenções de enfermagem em contexto hospitalar facilitadoras do processo de luto após perda gestacional. (Relatório de estágio, *Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Silva, T. M. D., & Lopes, M. I. (2020). A expectativa do casal sobre o plano de parto. *Revista de Enfermagem Referência*, (2), e19095.

Simkin, P., Ancheta, R., Killeen, J., Simpson, K. R., Thormahlen, G. G., & Cain, B. (2017). *Randomized trial of a birthing ball in the labor ward*. *Birth*, 44(2), 153-159. <https://doi.org/10.1111/birt.12281>

Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. (2013). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD003521. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003521.pub3>

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., & Dahlen, H. G. (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD009514.

Soares, R. (2017). Crescimento e os seus problemas. In Oliveira, G, Saraiva, J, *Lições de Pediatria* (pp. 173-209). Coimbra: Imprensa da universidade de Coimbra. Retirado de: <https://digitalis-dsp.uc.pt/handle/10316.2/43101>

Sooklim, K., Thinkhamrop, J., Lumbiganon, P., & Laopaiboon, M. (2017). Routines in the third stage of labour for reducing maternal morbidity and mortality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(11), CD008080. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008080.pub3>

Sosa, R., Kennell, J., Klaus, M., & Urrutia, J. (2019). The effect of vertical positioning on the progress of labor. *Journal of Perinatal Education*, 28(4), 211-219. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.4.211>

Souza, J. P., Gülmezoglu, A., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B., ... & Qureshi, Z. (2016). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*, 14(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0720-4>

Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106.

Thies-Lagergren, L., Kvist, L. J., & Christensson, K. (2014). Activation of the expulsive reflex in relation to birth outcome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(2), 166-177. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12325>

Toohill, J., Callander, E., Gamble, J., Creedy, D. K., & Fenwick, J. (2020). A cost effectiveness analysis of partner supported skin-to-skin contact in prevention of postnatal depressive symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 72. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2760-7>

Tran KC, Fayowski CD, Chaworth-Musters T, et al. (2023). Post-partum maternal bradycardia: A case series and literature review. *Obstetric Medicine*. (0). doi:10.1177/1753495X231178407

Val da Silva, M. (2019). Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto (*Tese de mestrado, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*). Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27968/1/Relat%c3%b3rio%20Definitivo-%20Mariana%20Val%20da%20Silva.pdf>

Whittam, M., Wilson, C., & Simpson, S. (2020). The transition to fatherhood: Impact on male partners of women with postpartum psychosis. *Journal of Family Issues*, 41(2), 198-220. <https://doi.org/10.1177/0192513X19874111>

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., Nissen, E., & Theodorsson, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204.

Wong, C. A., Ratliff, J., Kunda, R., Carvalho, J. C. A., & Duffy, B. L. (2019). A prospective cohort study of headache incidence after epidural steroid injections for pain management in laboring patients. *Anesthesia & Analgesia*, 129(2), e42-e44. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004244>

Wood, J., Lotterman, J. H., Lieberman, E., & Ecker, J. L. (2017). Position during the second stage of labor and delivery outcomes: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(1), 28-40. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.09.075>

World Health Organization (WHO). *Hepatitis B*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>.

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: Author. [Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO]

Wu, Y., Chen, X., Wu, X., Zhang, Q., Xue, X., Ma, M., Lin, W., Zhang, Y., Wu, J., Tan, L., Wei, Y., Zheng, F., & Hu, Z. (2019). The effect of epidural labor analgesia on maternal and neonatal outcomes: A retrospective cohort study. *Pain Research & Management*, 2019, 3069851. <https://doi.org/10.1155/2019/3069851>

Xie, C., Lu, W., Lu, L., Hu, W., Lv, Z., & Huang, X. (2019). Frequency and characteristics of defecation in Chinese newborns during early life. *Medicine*, 98(39), e17342. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017342>

Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., ... & Consortium on Safe Labor. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 116(6), 1281-1287.

APÊNDICES

APÊNDICE I- TABELA DE ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

TABELA DE ANÁLISE DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

N ^a	Nome do Estudo	Autor/Ano	Tipo de Estudo	País
E1	<i>A Comparison of “Hands Off” Versus “Hands On” Techniques for Decreasing Perineal Lacerations During Birth</i>	Adriana de Souza Caroci da Costa e Maria Luiza Gonzalez Riesco 2006	Estudo Controlado Randomizado	Brasil
E2	<i>The effects of perineal management techniques on labor complications</i>	Fariba Fahami, Zohreh Shokoohi, Mariam Kianpour 2012	Estudo Quasi-Experimental	Irão
E3	<i>A Comparison of the “Hands-Off” and “Hands-On” Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial</i>	Rezaei Rozita, Saatsaz Sussan, Chan Yiong Huak, Nia Hamid Sharif 2014	Estudo Controlado Randomizado	Irão
E4	<i>A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour</i>	Rona McCandlish, Ursula Bowler, Hedwig van Asten, Georgina Berridge, Cathy Winter, Lesley Sames, Jo Garcia, Mary Renfrew, Diana Elbourne 1998	Estudo Controlado Randomizado	Inglaterra
E5	<i>Hands-on vs hands-off technique for the prevention of perineal injury: a randomized clinical trial</i>	Gianluigi Califano, Gabriele Saccone, Bianca Diana, Claudia Collà Ruvolo, Daniela Ioffredo, Carmen Nappi, Antonella Annella, Elisabetta Gragnano, Maurizio Guida, Fulvio Zullo, Mariavittoria Locci 2022	Estudo Randomizado	Itália
E6	<i>The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome</i>	Azam Foroughipour, Farah Firuzeh, Ataolah Ghahiri,	Estudo Controlado Randomizado	Irão

		Vajihe Norbakhs, Tayebah Heidari 2011		
E7	<i>Traditional care of the perineum during birth: A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women</i>	Barbara Bodner-Adler, Elmar A Joura, Klaus Bodner, Peter Husslein 2002	Estudo Prospetivo Randomizado	Áustria

**APÊNDICE II- TABELAS DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS
ESTUDOS**

Instrumento de avaliação crítica para estudos Randomizados Controlados (JBI, 2017)

E1- “A Comparison of “Hands Off” Versus “Hands On” Techniques for Decreasing Perineal Lacerations During Birth”

Avaliação da qualidade metodológica (<i>Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials- JBI, 2017</i>)	YES	NO	UNCLEAR	NA*
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?		X		
3. Were treatment groups similar at the baseline?		X		
4. Were participants blind to treatment assignment?	X			
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?		X		
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			
Overall appraisal	10/13			

*Não Aplicável

Score	Nível de Qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto
Avaliação Global	Incluído

Instrumento de avaliação crítica para estudos Quasi-Experimentais (JBI, 2020)

E2- “The effects of perineal management techniques on labor complications”

Avaliação da qualidade metodológica (JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies- JBI, 2020)	YES	NO	UNCLEAR	NA*
1. Is it clear in the study what is the ‘cause’ and what is the ‘effect’ (i.e. there is no confusion about which variable comes first)?	X			
2. Were the participants included in any comparisons similar?	X			
3. Were the participants included in any comparisons receiving similar treatment/care, other than the exposure or intervention of interest?	X			
4. Was there a control group?		X		
5. Were there multiple measurements of the outcome both pre and post the intervention/exposure?	X			
6. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
7. Were the outcomes of participants included in any comparisons measured in the same way?	X			
8. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
9. Was appropriate statistical analysis used?	X			
Overall appraisal	8/9			

*Não Aplicável

Score	Nível de Qualidade
0-3	Baixo
4-6	Moderado
7-9	Alto
Avaliação Global	Incluído

Instrumento de avaliação crítica para estudos Controlados Randomizados (JBI, 2017)

E3- “A Comparison of the “Hands-Off” and “Hands-On” Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial”

Avaliação da qualidade metodológica (JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials- JBI, 2017)	YES	NO	UNCLEAR	NA*
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?			X	
3. Were treatment groups similar at the baseline?		X		
4. Were participants blind to treatment assignment?			X	
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	X			
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?			X	
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			
Overall appraisal	9/13			

*Não Aplicável

Score	Nível de Qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto
Avaliação Global	Incluído

Instrumento de avaliação crítica para estudos Controlados Randomizados (JBI, 2017)

E4- “A randomised controlled trial of care of the perineum during second stage of normal labour”

Avaliação da qualidade metodológica (JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials- JBI, 2017)	YES	NO	UNCLEAR	NA*
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?		X		
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?	X			
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	X			
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?		X		
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			
Overall appraisal	11/13			

*Não Aplicável

Score	Nível de Qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto
Avaliação Global	Incluído

Instrumento de avaliação crítica para estudos Controlados Randomizados (JBI, 2017)

E5- *“Hands-on vs hands-off technique for the prevention of perineal injury: a randomized clinical trial”*

Avaliação da qualidade metodológica (JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials- JBI, 2017)	YES	NO	UNCLEAR	NA*
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?	X			
3. Were treatment groups similar at the baseline?	X			
4. Were participants blind to treatment assignment?	X			
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	X			
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			
Overall appraisal	13/13			

*Não Aplicável

Score	Nível de Qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto
Avaliação Global	Incluído

Instrumento de avaliação crítica para estudos Controlados Randomizados (JBI, 2017)

E6- “The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome”

Avaliação da qualidade metodológica (JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials- JBI, 2017)	YES	NO	UNCLEAR	NA*
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?			X	
3. Were treatment groups similar at the baseline?		X		
4. Were participants blind to treatment assignment?			X	
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?			X	
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			
Overall appraisal	7/13			

*Não Aplicável

Score	Nível de Qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto
Avaliação Global	Incluído

Instrumento de avaliação crítica para estudos Controlados Randomizados (JBI, 2017)

E7- *“Traditional care of the perineum during birth: A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women”*

Avaliação da qualidade metodológica (JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials- JBI, 2017)	YES	NO	UNCLEAR	NA*
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	X			
2. Was allocation to treatment groups concealed?		X		
3. Were treatment groups similar at the baseline?		X		
4. Were participants blind to treatment assignment?			X	
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?		X		
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	X			
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	X			
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	X			
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	X			
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	X			
11. Were outcomes measured in a reliable way?	X			
12. Was appropriate statistical analysis used?	X			
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	X			
Overall appraisal	9/13			

*Não Aplicável

Score	Nível de Qualidade
0-4	Baixo
5-9	Moderado
10-13	Alto
Avaliação Global	Incluído