

ENSINAR SOBRE SAÚDE SEXUAL NO PÓS-PARTO

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na
área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de estágio

Ivânia Manuela Faria Oliveira

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

ENSINAR SOBRE SAÚDE SEXUAL NO PÓS-PARTO

Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

TEACHING ON POSTPARTUM SEXUAL HEALTH

Project for the development of specialized clinical skills in the field of Maternal and Obstetric Health Nursing.

Estágio de natureza profissional orientado pela Professora Doutora Ana Paula Prata e coorientado pela Professora Emília Bulcão

Ivânia Manuela Faria Oliveira

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

Findo este percurso da minha vida, que marcou de forma muito significativa o meu crescimento profissional e pessoal, não poderia deixar de agradecer a todos o que tornaram esta longa caminhada possível e mais leve.

A todas as professoras que contribuíram para a minha aprendizagem, especialmente à professora Doutora Ana Paula Prata pelo acompanhamento, incentivo, dedicação, exigência, disponibilidade e paciência para me escutar, apoiar e orientar ao longo deste percurso.

À professora Emília Bulcão, pelo apoio e suporte na fase inicial deste processo.

À enfermeira Cândida Maciel, enquanto enfermeira diretora do ACeS Porto Oriental e coordenadora do CVC, pelo apoio constantemente demonstrado que permitiu que este caminho fosse um pouco mais fácil de gerir.

Aos meus colegas da UCC Bonfim, pela compreensão e apoio contínuos, que muito facilitaram o meu percurso.

A todos os EEESMO que tive como orientadores, por todas as oportunidades de aprendizagem, crescimento e reflexão proporcionados.

Aos meus pais, às minha irmãs e sobrinhas, pelo apoio incondicional e pela compreensão das ausências forçadas.

À minha avó, que me apoiou desde o início deste percurso e que por muito pouco não viu a sua conclusão.

A ti. Pelo apoio de todas as horas, pelo suporte nas alturas mais desafiantes, pela força para continuar, que permitiram que o caminho se tornasse mais leve e mais feliz. Sem o teu apoio não teria sido possível. Obrigada.

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

A todos, o meu mais sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

Este relatório contempla o trabalho desenvolvido ao longo do estágio de natureza profissional, no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica, que decorreu num hospital de apoio perinatal diferenciado do norte do país, entre fevereiro e novembro de 2023.

A prática desenvolvida ao longo do estágio permitiu vivenciar experiências junto de mulheres e casais, no âmbito do trabalho de parto, parto e pós-parto; da gravidez com complicações e na promoção da adaptação à gravidez e parentalidade, visando a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias no contexto da enfermagem de saúde materna e obstétrica. Neste relatório encontram-se descritas as experiências, fundamentadas com a evidência científica mais atual.

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

A sexualidade é um aspeto da vida da mulher e do casal, que frequentemente afeta a sua qualidade de vida, sendo a promoção da saúde sexual no período pós-parto um objetivo da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Neste sentido, com a finalidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica no pós-parto efetuou-se uma revisão integrativa da literatura com o objetivo de mapear a evidência científica acerca de como intervir sobre a saúde sexual no período pós-parto.

Palavras-chave: enfermagem, saúde sexual, pós-parto.

ABSTRACT

This report encompasses two internships throughout the areas of attention on midwifery. The internships occurred in a differentiated hospital in the country's North between February and November 2023.

The practice of the internship allowed me to experience along with women and couples in the context of labour, birth and postpartum, pregnancy with complications and the promotion of the adaptation to pregnancy and parenthood. Its primary goal was to acquire and develop the required skills for the context of nursing practice of maternal health and obstetrics. This report describes these experiences, highlighting the most recent scientific evidence that supports them.

In the role of Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing, this professional follows the couple throughout the entire pregnancy process, labour and postpartum. The professional's interventions must be based on the most current scientific evidence and meet each couple's specific requirements.

The promotion of sexual health in the postpartum period is an important goal for the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing, given that sexuality is an aspect of the woman and couple which frequently impacts life quality. Aiming to contribute to an improvement in maternal and obstetric health nursing care at postpartum, I conducted an integrative literature review with the goal of finding scientific evidence about how to intervene in sexual health in the postpartum period.

Keywords: nursing, sexual health, postpartum.

ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APA - American Academy of Pediatrics

BP - Bloco de partos

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes Gestacional

DGS - Direção Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

FIL - Fator inibidor da lactação

HPP - Hemorragia Pós-Parto

MCEESMO - Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

ODP - Occipito Direita Posterior

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PTOG - Prova de Tolerância Oral à Glicose

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

TP - Trabalho de Parto

TVP - Trombose Venosa Profunda

UNICEF - United Nations Children's Fund

WHO - World Health Organization

WPSHP - Women's Postpartum Sexual Health Program

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. INTERVENÇÃO DO EEESMO PERANTE UMA VARIEDADE OCCIPITO-POSTERIOR	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	22
3.3. Medicação	22
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	23
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	24
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	24
3.5. Domínios	25
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	26
3.6. Dados	27
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	29
3.7. Diagnósticos	30
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	31
3.8. Especificação das intervenções	33
4. ASSISTÊNCIA À MULHER NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO E NO PARTO	37
4.1. Enquadramento teórico	37
4.2. Clientes	38
4.3. Medicação	38
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	38
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	39
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	39
4.5. Domínios	39
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	40
4.6. Dados	43
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	46
4.7. Diagnósticos	47
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	48
4.8. Especificação das intervenções	53
5. A BOLA DE AMENDOIM NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO	57
5.1. Enquadramento teórico	57
5.2. Clientes	58
5.3. Medicação	58

5.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	58
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	58
5.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	59
5.5. Domínios	59
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	59
5.6. Dados	61
5.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	63
5.7. Diagnósticos	64
5.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	65
5.8. Especificação das intervenções	67
6. INTERVENÇÃO DO EEESMO NO PARTO DISTÓCICO POR VENTOSA	71
6.1. Enquadramento teórico	71
6.2. Clientes	72
6.3. Medicação	72
6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	72
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	72
6.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	73
6.5. Domínios	73
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	73
6.6. Dados	75
6.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	77
6.7. Diagnósticos	78
6.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	79
6.8. Especificação das intervenções	81
7. PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NUM SERVIÇO DE PUERPÉRIO	85
7.1. Enquadramento teórico	85
7.2. Clientes	85
7.3. Medicação	85
7.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	86
7.4. Domínios	86
7.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	86
7.5. Dados	91
7.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	92
7.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	93
7.6. Diagnósticos	95
7.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	97
7.7. Especificação das intervenções	100
8. INTERVENÇÃO DO EEESMO NO RECÉM-NASCIDO NUM SERVIÇO DE PUERPÉRIO	105
8.1. Enquadramento teórico	105

8.2. Clientes	105
8.3. Domínios	105
8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	105
8.4. Dados	108
8.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	108
8.5. Diagnósticos	108
8.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	109
8.6. Especificação das intervenções	109
9. A DIABETES GESTACIONAL: PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ	111
9.1. Enquadramento teórico	111
9.2. Clientes	111
9.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	112
9.3.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	112
9.4. Domínios	112
9.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	113
9.5. Dados	115
9.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	116
9.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	117
9.6. Diagnósticos	118
9.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	120
9.7. Especificação das intervenções	122
10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	125
11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	141
12. BIBLIOGRAFIA	145
ANEXOS	157

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1: Experiências obtidas ao longo do estágio.....	125
Tabela 2: Programa de educação em saúde sexual no pós-parto desenvolvido por Evcili e colaboradores (2020).....	132
Tabela 3: Programa interativo de educação em saúde sexual no pós-parto desenvolvido por Darooneh e colaboradores (2022).....	133
Tabela 4: “ <i>Women’s Postpartum Sexual Health Program</i> ” desenvolvido por McBride e colaboradores (2017).....	134
Tabela 5: Modelo <i>Ex-PLISSIT</i> aplicado ao pós-parto (Malakouti et al., 2020).....	135
Tabela 6: Programa desenvolvido por Karimi e col. (2021) aplicando o Modelo <i>BETTER</i>	136

Figuras

Figura 1: PRISMA	ANEXO I
-------------------------------	---------

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Este relatório de estágio insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O Regulamento do segundo ciclo de estudos preconiza a realização de um estágio de natureza profissional com a elaboração e discussão de um relatório de atividades. Este apresenta as atividades desenvolvidas que permitem a aquisição das competências profissionais, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), para o exercício profissional como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), bem como a justificação das intervenções à luz da evidência científica mais atual.

Segundo a OE (2021a), o EEESMO tem como competências específicas cuidar a mulher e homem, inseridos na família e comunidade, no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; durante o período pré-natal; durante o trabalho de parto (TP) e durante o período pós-parto, assegurando os cuidados do recém-nascido no sentido de potenciar o seu crescimento e desenvolvimento normais. Tem ainda como competências cuidar a mulher durante o período do climatério; cuidar a mulher de modo a promover uma transição saúde/doença (ginecológica) saudável; cuidar a mulher, em situações de risco e luto perinatal.

As transições e comportamentos que interferem com a saúde, como é o caso da gravidez e da parentalidade, são o foco de atenção dos enfermeiros, nomeadamente dos EEESMO (Chick & Meleis, 1986 cit. por Cardoso, 2011). De acordo com Meleis (2010), uma transição é um período de mudança que envolve alterações profundas no indivíduo, abrangendo não apenas o resultado, mas todo o processo vivido durante a mudança. A gravidez, como parte integrante do ciclo vital e como um processo biológico, representa uma transição significativa na vida das pessoas.

O nascimento de um filho provoca alterações no ciclo vital da família, exigindo adoção de novos papéis e reorganização de outros. Faz parte da competência do EEESMO facilitar a transição para a parentalidade, a incorporação do papel parental, melhorando os conhecimentos e habilidades para o seu desempenho (Cardoso et al., 2015).

O segundo ano do curso MESMO da ESEP contempla duas unidades curriculares de componente de ensino clínico: o estágio de natureza profissional com relatório e o estágio de assistência pré-natal. Assim, ao longo desse período tive oportunidade de desenvolver atividades em contexto de estágio no âmbito da adaptação à gravidez e parentalidade, da gravidez com complicações, do TP e parto e do pós-parto, visando a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias no contexto da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

O estágio de natureza profissional com relatório decorreu num hospital de apoio perinatal diferenciado no norte de país, entre fevereiro e novembro de 2023, subdividido em três áreas distintas: assistência à mulher em TP e parto que decorreu no Bloco de Partos (BP) e serviço de urgência de ginecologia e obstetrícia, num total de 500 horas; assistência à mulher/casal no pós-parto e parentalidade que decorreu no Serviço de Puerpério contemplando um total de 100 horas e assistência à mulher na gravidez com complicações que decorreu no Serviço de Internamento de medicina materno-fetal num total de 200 horas.

O estágio de assistência pré-natal contemplou a prestação de cuidados à mulher/casal na consulta externa do mesmo hospital, totalizando 60 horas; e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) da mesma região, contemplando um total de 140 horas.

A incorporação das melhores evidências nos cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica contribui para melhorar os resultados de saúde dos clientes, reduzir custos e melhorar a satisfação dos clientes e dos profissionais (OE, 2021a). Ao longo deste relatório procuro utilizar a evidência científica mais atual como suporte à prática realizada.

Para a elaboração do relatório foi utilizado, como recurso, a plataforma E4Nursing, através da qual são apresentados casos clínicos, estes são descritos pela ordem em que se sucederam durante o processo de aprendizagem. São assim descritos quatro casos clínicos que se focam nos cuidados à mulher durante o TP e parto; um caso clínico que descreve os cuidados prestados no pós-parto à puérpera/casal e ao recém-nascido, incluindo os cuidados com foco no exercício do papel parental; por fim, um caso clínico que descreve os cuidados prestados à mulher durante a transição para a parentalidade numa situação de risco, como uma gravidez com complicações em contexto de internamento hospitalar.

Seguidamente, apresento uma breve caracterização dos contextos onde decorreram os diferentes estágios, no que à organização de trabalho diz respeito e relativamente ao cumprimento das dotações seguras.

No capítulo seguinte com vista a demonstrar os contributos dos estágios para o desenvolvimento de competências especializadas, são descritas as experiências desenvolvidas. Dado que é impossível transmitir todas as experiências e crescimento, tanto pessoais como profissionais, adquiridos ao longo deste período de formação, gostaria de destacar uma intervenção particularmente relevante no âmbito da promoção da autogestão no pós-parto: “Ensinar sobre saúde sexual no pós-parto”, uma vez que, conforme observado em contexto da prática clínica e corroborando Lee & Tsai (2012) & Hiçyılmaz & Coşkun (2022), esta intervenção habitualmente, se limita a transmitir informação quanto ao tempo de retoma da atividade sexual e à escolha do método contraceptivo.

O período pós-parto é um momento que traz novos desafios para o casal, em especial para a

mulher, pois, além de ter de negociar mudanças no relacionamento, tem de se ajustar à aparência e fisiologia do seu corpo no pós-parto, à privação do sono, às alterações hormonais e, ainda, a uma recuperação potencialmente dolorosa e/ou prolongada de um parto vaginal ou cesariana (McBride et al., 2017).

Para as mulheres nos mais variados contextos, culturas e países, a mudança de papéis e a evolução das responsabilidades no período pós-parto têm um impacto negativo no desejo sexual e na satisfação sexual. Evcili e colaboradores (2020), relataram uma variedade de problemas que afetam a experiência geral das mulheres ao retornar a atividade sexual, incluindo: dispareunia, diminuição da libido, problemas para atingir o orgasmo, imagem corporal negativa, fadiga e privação de sono, insatisfação no relacionamento, responsabilidades domésticas e preocupação em satisfazer o parceiro. Assim, após o parto, a sexualidade é um aspecto difícil e importante da vida da mulher e do casal, que frequentemente afeta a sua qualidade de vida (Hiçyılmaz & Coşkun, 2022).

Esta é uma área na qual o EEESMO pode fazer a diferença, contribuindo para a promoção da saúde sexual e satisfação das mulheres e dos casais.

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

A unidade orgânica de obstetrícia e medicina materno-fetal do hospital onde decorreu o estágio tem o estatuto de hospital de apoio perinatal diferenciado, é um centro de diagnóstico pré-natal homologado pela Direção-Geral de Saúde (DGS) e faz parte de um hospital central com todas as valências diferenciadas.

O serviço de urgência de obstetrícia, onde decorreu o módulo de assistência à mulher em TP e parto, está dividido em diferentes áreas. Na entrada, há dois gabinetes médicos, uma sala de triagem e uma sala com capacidade para realizar cardiocotografia (CTG) onde podem permanecer até três grávidas em simultâneo. Após a decisão clínica de internamento, se as parturientes estivessem na fase latente do primeiro período do TP eram transferidas para a sala de cuidados intermédios que dispõe de três camas. Se estivessem na fase ativa do primeiro período do TP, transitavam para um quarto individual denominado "*sala de parto*". Existem seis quartos individuais, ainda que apenas cinco sejam utilizados para TP. Neste serviço está, também, localizado o bloco operatório, constituído por duas salas, onde se realizam os partos distócicos por cesariana quer programados, quer urgentes ou emergentes.

Relativamente ao acompanhamento, enquanto a mulher permanecia na área de urgência e triagem, não era permitida a presença de acompanhante, no entanto, existindo decisão de internamento era permitido ficar uma pessoa, de forma permanente, com a grávida. A presença da pessoa significativa na cesariana também era permitida e incentivada.

A mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica (MCEESMO) define que na assistência intra-parto o rácio EEESMO/utente deve ser um EEESMO para duas parturientes no primeiro período do TP e um EEESMO por parturiente no segundo período do TP (OE, 2019). Independentemente do turno, o número de EEESMO no BP era sempre de cinco elementos o que permitia cumprir o rácio preconizado.

Relativamente ao serviço de puerpério, este é composto por quartos com duas ou três camas, com WC, equipados com berços, armários individuais para os pertences da puérpera e bancadas com banheira para realizar os cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido. O alojamento conjunto é oferecido desde o nascimento. O número de EEESMO era de três por turno, ficando cada um com seis puérperas e bebés. Na distribuição do trabalho, não era feita a distinção entre puerpério normal ou puerpério patológico conforme preconiza o MCEESMO. Neste serviço além de EEESMO existiam, ainda, dois enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica.

É permitido a presença de uma pessoa significativa no serviço de internamento de puerpério de forma contínua, inclusive no período noturno, sendo que a pessoa mais frequentemente

presente era o pai do recém-nascido.

Para a promoção da amamentação, o serviço possui uma linha telefónica de apoio, a que as puérperas, após a alta hospitalar, podem recorrer para esclarecimento de dúvidas ou apoio nos desafios que possam surgir relacionados com a amamentação. O número telefónico da linha de apoio é carimbado no verso do boletim de saúde infantil do recém-nascido, no momento da alta, para ficar facilmente acessível.

O serviço de medicina materno-fetal, onde decorreu o estágio de assistência à mulher com complicações da gravidez, compreende cinco quartos: três com três camas cada, um com duas camas e um quarto com apenas uma cama, este último geralmente utilizado em situações de isolamento ou internamento de mulheres que sofreram abortamento ou foram submetidas a interrupção médica da gravidez. Além disso, possui, ainda, uma sala com quatro camas para receber grávidas em indução do trabalho de parto e uma sala onde são realizados exames médicos e intervenções de enfermagem. Nesta unidade, apenas trabalham EEESMO. Neste serviço, o rácio era de seis grávidas por EEESMO independentemente do turno, não havendo, todavia, distinção entre grávidas de médio risco e alto risco. Segundo o MCEESMO o rácio deveria ser de três grávidas de alto risco por EEESMO e seis grávidas de médio risco por EEESMO (OE, 2019).

3. INTERVENÇÃO DO EEESMO PERANTE UMA VARIEDADE OCCIPITO-POSTERIOR

Trabalho de parto e parto: caso clínico 1

3.1. Enquadramento teórico

Grávida com 39 semanas e três dias de idade gestacional, primigesta, portadora do grupo Sanguíneo A Rh positivo e *Streptococcus* grupo B Negativo, foi internada no dia anterior para indução do TP, o método escolhido foi maturação cervical com misoprostol vaginal, tendo cumprido o protocolo definido no serviço. Encontra-se neste momento no núcleo de partos, segundo informação da passagem de turno foi realizada avaliação tocológica às 13h, apresentava membranas amnióticas íntegras, com colo anterior, mole, 50% extinto, três centímetros de dilatação e apresentação acima do primeiro plano de Hodge. Iniciou ocitocina pelas 14:00 a 30ml/hora, conforme protocolo de serviço.

Não tem plano de parto escrito, todavia foram questionadas as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, sendo estes dados considerados durante a conceção de cuidados. A não existência de um plano escrito não significa que a mulher não tenha expectativas face ao parto, uma vez que segundo, Downe et al. (2018) citado por Cardoso et al. (2023a), geralmente, a mulher apresenta algum tipo de expectativa, podendo ser sobre o parto, o filho, a pessoa significativa, o ambiente os profissionais ou outra.

Manifesta expectativa de um parto vaginal, com a presença do pai do bebé e expectativa de realizar contacto pele com pele ao nascimento.

A escolha do caso clínico deveu-se ao facto dos cuidados prestados terem permitido a aquisição de competências no âmbito da promoção da saúde da mulher e do feto durante o TP, nomeadamente na:

- Identificação e monitorização do TP (OE, 2019);
- Atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019);
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (OE, 2019);
- Cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2019).

A escolha deste caso, deveu-se ao facto de se tratar de um acompanhamento realizado durante a fase latente e ativa do primeiro período do TP, com a particularidade de ter sido detetada uma variedade occipito-posterior, frequentemente, associada a piores resultados maternos do que as variedades occipito-anteriores (Le Ray et al., 2016).

A posição occipito-posterior da cabeça fetal durante o primeiro período do TP ocorre em 10-34% das apresentações cefálicas (Guittier et al., 2016). A maioria irá rodar espontaneamente para a posição anterior antes do parto, mas 5-8% das situações persistirão na posição occipito-posterior (Guittier et al., 2016). Esta variedade pode levar a um aumento de complicações, como um TP anormalmente longo, exaustão materna e fetal, parto instrumentado, lacerações perineais graves e cesariana de emergência (Guittier et al., 2016).

A intervenção implementada foi a sugestão da adoção da posição de SIMS voltada para o dorso fetal, sugerida por Bueno-Lopez e col. (2018) por ser eficaz a promover a rotação da apresentação para anterior, e ser facilmente aplicável.

Não foi possível perceber o resultado da intervenção, visto que o meu turno acabou e não foi possível prolongar. Existem outras intervenções que poderiam ter sido implementadas com vista a favorecer o parto eutócico. Bahmaei e col. (2023), estudaram o impacto da adoção da posição de quatro apoios e da posição de SIMS, na rotação da cabeça fetal, de posterior para anterior. Concluíram que, estas posições aumentam a rotação espontânea do occipício para a posição anterior, melhorando as taxas de parto vaginal, bem como a redução na duração da fase ativa do TP e na dor lombar.

A posição de quatro apoios, ajuda na rotação da cabeça fetal ao reduzir a pressão cervical, portanto, a flexão e rotação da cabeça fetal ocorrem com mais facilidade. A posição de quatro apoios foi associada a movimentos de balanço pélvico, que é conhecido por facilitar a adaptação da cabeça fetal à bacia materna, ajudando a facilitar a rotação da cabeça fetal para anterior. Esta posição contribui também, para a diminuição da dor lombar, fazendo com que a mulher se sinta mais confortável (Bahmaei et al., 2023).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 31 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-04 15:00:00	Ocitocina 10 UI em NaCLdext5% a 30ml/h (segundo protocolo)	
2023-03-04 18:15:00	Ropivacaína 10mg/ml pelo catéter epidural	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A ocitocina pertence ao grupo de medicamentos denominados oxitócicos (medicamentos que favorecem o início do TP, estimulando as contrações). Está indicada na indução do TP, no final do tempo de gravidez e no controlo da hemorragia pós-parto (HPP) (Infarmed, 2021).

A administração de ocitocina durante o TP apresenta como principal risco, o facto de poder provocar contratilidade uterina excessiva, conhecida como taquissistolia. A taquissistolia caracteriza-se por mais de cinco contrações em dois períodos sucessivos de 10 minutos, ou mais de 15 contrações em 30 minutos. A taquissistolia pode levar a hipóxia fetal, uma vez que o intervalo entre as contrações é crucial para a que o feto recupere adequadamente a oxigenação. Enquanto o TP espontâneo geralmente permite aproximadamente 90 segundos de recuperação após cada contração para uma oxigenação fetal adequada, quando a ocitocina é utilizada, esse período pode estender-se para uma média de 138 segundos, por isso, é fundamental evitar a taquissistolia, mesmo na ausência de sinais de hipóxia fetal, na CTG. Antes de iniciar a administração de ocitocina, é importante verificar-se um padrão normal de atividade uterina na CTG, sem taquissistolia, e "*manter uma vigilância rigorosa da atividade uterina e do bem-estar fetal durante todo o processo*" (Nunes et al., 2021).

Num estudo de Bernitz e colaboradores (2023), estes salientaram que tanto a utilização de doses elevadas de ocitocina sintética durante o parto, quanto a duração prolongada do TP, mostraram estar associados ao aumento da HPP. Por este motivo, sugerem prudência na administração de ocitocina sintética durante o TP, já que comprovaram que doses superiores a 20 mU/min (60ml/h) durante o TP estavam associadas a um risco aumentado de HPP, independentemente da duração da indução.

A ropivacaína é um anestésico local de longa ação, do tipo amida, que exerce efeitos tanto anestésicos como analgésicos. As reações adversas relatadas, mais frequentemente, são a náusea e a hipotensão, não sendo possível distinguir aquelas que são causadas pelo medicamento ou pelo bloqueio epidural (Infarmed, 2022).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2023), quando as parturientes recebem analgesia

epidural, é preconizada, a avaliação do nível sensitivo e motor do bloqueio 20 minutos após cada bólus e a cada hora durante a perfusão contínua, utilizando a escala de Bromage: significando zero, ausência de bloqueio motor; um, bloqueio parcial; dois, bloqueio quase completo e três, bloqueio completo.

Deve-se contatar o Anestesiologista se a pontuação na escala de Bromage for superior a dois. Pode ser incentivada a mobilização se se verificar uma pontuação de zero na escala de Bromage. O primeiro levante após cada bólus deve ser supervisionado por um EEESMO (DGS, 2023).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

04-03-2023 15:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Intervenções de Enfermagem

04-03-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

04-03-2023 15:00 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]

04-03-2023 15:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

04-03-2023 18:15

Cateter epidural

Intervenções de Enfermagem

04-03-2023 18:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

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

Cateter venoso periférico

A cateterização intravenosa em mulheres admitidas na sala de parto é comum devido a considerações práticas como a hidratação intravenosa, frequentemente necessária, a administração de antibióticos ou ocitocina durante o TP e ainda, como precaução no caso de hemorragia (Tan et al., 2016).

Na mulher em TP, as veias distais estão mais ingurgitadas, em resultado do edema periférico do final da gravidez. Nestes casos, habitualmente, os cateteres são necessários por curtos

períodos. Assim, o sucesso da inserção, a dor durante a inserção e a funcionalidade do cateter, a curto prazo, são os aspectos mais relevantes a ter em consideração (Tan et al., 2016).

É encorajada a inserção do cateter no antebraço em vez da mão, uma vez que se crê causar menos dor, para além disso, o fluxo de eventuais perfusões é melhor, visto que a veia é maior e a ponta do cateter não fica bloqueada pelo movimento do pulso, tornando o cateter mais fácil de fixar e com posicionamento mais confortável para a mulher (Tan et al., 2016).

Relativamente aos cuidados de enfermagem relacionados com o cateter venoso periférico, importa realizar a avaliação sistemática do seu local de inserção, com vista a despistar a presença de sinais inflamatórios, como edema, calor, rubor e dor. Estes podem indicar compromisso da permeabilidade do cateter, impossibilitando a sua utilização em caso necessidade emergente e ainda causar desconforto à parturiente (Tendeiro et al., 2023).

Cateter epidural

A analgesia por cateter epidural é considerada o padrão de ouro para analgesia durante o TP, sendo recomendada pela World Health Organization (WHO) (Halladay et al., 2022).

Durante o TP, a contração uterina e a dilatação cervical estimulam fibras aferentes nociceptivas que conduzem o estímulo pelos nervos espinais T10-L1, produzindo uma dor visceral mal localizada. À medida que a cabeça fetal desce, estirando o períneo e a vagina, o nervo pudendo e as raízes espinais S2-S4 também são ativadas. Para modificar essas vias aferentes e alcançar analgesia, anestésicos locais e opiáceos podem ser administrados no espaço epidural por meio de um cateter epidural (Halladay et al., 2022).

O espaço epidural é um espaço potencial que contém gordura, vasos sanguíneos e raízes nervosas espinais, e está localizado entre o ligamento amarelo e a dura-máter. A medula espinal termina por volta de L1/L2. O cateter epidural durante o TP é inserido abaixo do nível da medula espinal para minimizar o risco de lesão nervosa (Halladay et al., 2022).

Existem várias complicações possíveis, decorrentes da colocação do cateter epidural, como: injeção intravascular; toxicidade sistémica do anestésico local; cefaleia pós-punção da dura-máter; infeção; abscesso; hematoma e bloqueio incompleto (Halladay et al., 2022).

Relativamente aos cuidados de enfermagem relacionados com o cateter epidural estes passaram pela vigilância quanto a sinais de infeção no local de inserção; sinais de saída de líquido; verificação da integridade do penso do cateter e vigilância da resposta da mulher à terapêutica analgésica.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
04-03-2023 15:00	Parto	
04-03-2023 15:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
04-03-2023 15:00	Eliminação urinária	
04-03-2023 18:15	Sistema cardiovascular	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Parto

O TP refere-se ao processo fisiológico através do qual o feto, o líquido amniótico, a placenta e as membranas amnióticas, são expulsos do útero através do canal vaginal. É definido pela presença de contrações uterinas regulares, associadas ao apagamento e dilatação do colo do útero e descida fetal (Hutchison et al., 2023). Divide-se em três períodos: o primeiro período que compreende as fases latente, ativa e transição, começa com o verdadeiro TP e estende-se até à dilatação total do colo do útero; o segundo período, que se inicia quando o colo do útero atinge a dilatação completa e prolonga-se até ao nascimento do recém-nascido; o terceiro período que corresponde à dequitação: separação da placenta da parede uterina, a sua descida e a sua expulsão através do canal de parto (Hutchison et al., 2023).

No caso apresentado foi realizado o acompanhamento durante as fases latente, ativa e transição do primeiro período do TP. Durante a fase ativa do primeiro período do TP foi detetada uma variedade occipito-posterior, conforme descrito anteriormente, tendo sido implementadas intervenções com o objetivo de facilitar o TP e promover o parto eutócico.

Trata-se de uma indução de TP, inicialmente com maturação do colo uterino com prostaglandinas (misoprostol vaginal) e atualmente sob perfusão de ocitocina. A indução consiste no processo de estimulação artificial do útero para iniciar o TP. Geralmente, é realizada através da administração de ocitocina, prostaglandinas ou através da rutura artificial de membranas amnióticas. Durante o processo de indução, a mulher tem mobilidade mais restrita e o procedimento em si pode causar desconforto (WHO, 2018a; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2021a).

Um TP induzido implica um maior número de exames vaginais para avaliação do colo do útero, antes e durante a indução. Esta avaliação ajuda a determinar o método de indução mais apropriado e permite monitorizar o progresso durante o processo. A intervenção pode estar associada a um aumento dos riscos de complicações, especialmente hemorragias, cesarianas,

hiperestimulação uterina, rotura uterina e outros resultados adversos (NICE, 2021a; WHO, 2018a). O TP induzido pode ser mais doloroso em comparação com o TP espontâneo (NICE, 2021a).

As mulheres com gravidezes não complicadas devem ser incentivadas a esperar pelo início espontâneo do TP. Esta abordagem baseia-se na compreensão de que o TP, geralmente, começa naturalmente antes das 42 semanas de gestação. De acordo com WHO (2018a) e NICE (2021a), a indução de TP não está recomendada em mulheres com uma idade gestacional inferior a 41 semanas e uma gravidez não complicada, no entanto esta pode ser uma opção de mulher, devendo ser discutidos os riscos, benefícios e explicadas todas as implicações e procedimentos associados.

Eliminação urinária

A bexiga distendida durante o TP pode impedir a descida da apresentação fetal, inibir as contrações e provocar uma diminuição do tônus da bexiga ou atonia uterina no pós-parto (Graça, 2017). Assim, vigiaram-se os sinais de retenção urinária e a micção espontânea foi incentivada. A DGS (2023) recomenda no caso de não ocorrer micção há mais de seis horas, avaliar-se a presença de globo vesical e caso este seja volumoso, propor esvaziamento vesical com cateter vesical.

Sistema Cardiovascular

O domínio sistema cardiovascular, neste caso clínico, visa a deteção de complicações, nomeadamente hipotensão, relacionada com a administração de ocitocina, por via endovenosa, para indução do TP e ainda pela administração de terapêutica analgésica pelo cateter epidural. O risco de hipotensão surge pelo facto de a ocitocina diminuir o tônus vascular arterial, resultando numa pressão arterial mais baixa e num aumento compensatório da frequência cardíaca. Estes efeitos podem ser potenciados pelos efeitos vasodilatadores da analgesia epidural (Rabow et al., 2018).

Segundo a DGS (2023), quando as parturientes recebem analgesia epidural, recomenda-se a avaliação do pulso radial e pressão arterial a cada cinco minutos após o bólus epidural, até 20 minutos após o bloqueio, e a cada 15 minutos depois disso.

Recomenda-se ainda a cateterização de veia periférica previamente à colocação do cateter epidural, e administração de solução polielectrolítica com glucose a 5% por via endovenosa, ao ritmo de 125 mL/hora.

3.6. Dados

Sistema cardiovascular

04-03-2023 18:15

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 121 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 83 mm Hg.

Parto

04-03-2023 15:00

Frequência da contração uterina: 3 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: membranas íntegras.

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

Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

Trabalho de parto

04-03-2023 17:00

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 80%.

Dilatação do colo do útero: 5 cm.

Apresentação fetal: cefálica.

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

Frequência cardíaca fetal: 135.00 bpm.

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .

Duração da contração uterina: 30 Segundos.

Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

Coping face à dor de trabalho de parto.

Sem globo vesical.

Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

04-03-2023 18:15

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 80%.

Dilatação do colo do útero: 6 cm.

Apresentação fetal: cefálica.

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

Frequência cardíaca fetal: 137.00 bpm.

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

Duração da contração uterina: 35 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

Dificuldade de coping face à dor de trabalho de parto [PIOROU].

Sem globo vesical [MANTEVE].

Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

Hora da rotura das membranas: 18:15:00.

Líquido amniótico de características normais.

04-03-2023 20:40

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 100%.

Dilatação do colo do útero: 9 cm.

Posição fetal: direita.

Apresentação fetal: cefálica.

Variedade fetal: ODP.

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

Frequência cardíaca fetal: 133.00 bpm.

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

Duração da contração uterina: 45 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

Sem globo vesical [MANTEVE].

Líquido amniótico de características normais.

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com as intervenções propostas

DOMÍNIO: Sistema cardiovascular

- Determinar evolução da pressão sanguínea

DOMÍNIO: Parto

Trabalho de Parto

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

DOMÍNIO: Eliminação urinária

- Determinar a evolução de sinais de retenção urinária

DOMÍNIO: Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter venoso periférico

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

Cateter epidural

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

3.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

04-03-2023 18:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Eliminação urinária

04-03-2023 17:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Parto

04-03-2023 15:00

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

04-03-2023 15:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto [SOS; 4/4h]

04-03-2023 20:40 - Assistir no posicionar

04-03-2023 15:00 - Gerir ingestão de líquidos

04-03-2023 15:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

04-03-2023 15:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

04-03-2023 17:00 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

04-03-2023 17:00 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

04-03-2023 17:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

04-03-2023 18:15 - Gerir analgesia

3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No início do turno, pelas 15:00, a parturiente encontra-se com monitorização contínua e ocitocina em perfusão, por via endovenosa. Está a utilizar a bola de parto há cerca de meia hora e questiona sobre movimentos e posições que pode adotar na bola para facilitar o TP.

Estudos indicam que a posição supina durante o primeiro período do TP pode ter efeitos adversos para a mãe, para o feto e para a progressão do TP. Uma revisão sistemática da Cochrane demonstrou que a posição vertical reduziu em cerca de uma hora o primeiro período do TP em comparação com a posição semi-sentada, sendo que as mulheres nesta última necessitaram de mais analgesia (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), 2019; WHO, 2018b; Lawrence et al., 2013).

Alguns estudos mostraram uma redução significativa na dor e na duração no primeiro período do TP com o uso da bola de parto (Mendes et al., 2022).

A bola de parto pode ser utilizada para promover a movimentação e a mobilidade pélvica, contribuindo para a descida e rotação fetal com consequente redução da duração do primeiro período do TP. A liberdade de movimentos proporcionada pela bola também explica o efeito na redução da dor, uma vez que permite que a mulher se torne mais ativa no TP, aumentando a sensação de autocontrolo e promovendo o desvio do foco da dor pela distração, ao mesmo tempo que contribui para o alívio de tensões musculares. Já a redução da duração do TP ocorre pelo fato de a posição vertical e sentada, associada ao movimento na bola, permitir que a gravidade atue na descida fetal, favorecida pela biomecânica pélvica. O movimento pélvico também é um fator que contribui para um melhor posicionamento fetal, acelerando o TP (Mendes et al., 2022).

Dada a necessidade verbalizada pela parturiente, foram sugeridas posições facilitadoras da progressão fetal, com recurso à utilização da bola de parto, uma vez que numa fase inicial do TP é importante a utilização de posições que facilitem o encravamento da apresentação fetal na bacia materna. Estes exercícios devem promover o afastamento dos ossos da bacia na pelve de entrada, sendo eles maioritariamente exercícios com as pernas abertas (em abdução do fémur), exercícios basculantes e movimentos de bacia livre (Calais-Germaine & Parés, 2009; Cardoso, et al., 2023a).

Nesta altura foi também oferecido gelatina, conforme a preferência da mulher e a disponibilidade do serviço, uma vez que atualmente já não se preconiza o jejum durante o TP, mas sim a ingestão de líquidos claros e outros alimentos, como sumos de fruta sem polpa,

gelatina ou refeições ligeiras (WHO, 2018b; DGS, 2023).

Incentivou-se o envolvimento da pessoa significativa ao longo do TP, uma vez que a evidência demonstra que a sua presença oferece uma maior segurança e uma experiência mais satisfatória, contribuindo para um ambiente mais harmonioso e menos traumático. De salientar que sua presença, reflete uma maior probabilidade de um parto vaginal mais curto e com menor recurso a medicação analgésica (Castro et al., 2022).

Tendo em conta a informação recebida na passagem de turno, que a última avaliação tocológica foi realizada às 13:00, foi programada nova avaliação da evolução do TP para quatro horas depois, pelas 17h00. Segundo a WHO (2018b), a recomendação da frequência do toque vaginal é a sua realização de quatro em quatro horas, a partir da fase ativa do primeiro período de TP, em mulheres de baixo risco, no entanto apesar de parturiente se encontrar na fase latente do TP, por protocolo de serviço, é recomendada a avaliação tocológica, pelo menos, de quatro em quatro horas.

A CTG é um método que contribui para a avaliação do bem-estar fetal pois permite o registo contínuo, em simultâneo, da frequência cardíaca fetal (FCF), das contrações uterinas e dos movimentos fetais ativos. A monitorização do bem-estar fetal através do cardiotocógrafo pode ser realizada de forma contínua ou intermitente. Na primeira existe uma vigilância contínua da FCF em que há uma maior restrição de movimentos; na segunda a monitorização é feita de forma intermitente permitindo liberdade de movimentos entre as avaliações. Vários estudos sugerem que não há vantagens na monitorização fetal contínua em comparação com a monitorização fetal intermitente em relação aos resultados neonatais, mesmo nas induções de TP (WHO, 2018b; NICE, 2023). No BP do hospital onde se realizou o estágio é preconizada a monitorização contínua de todas as grávidas em TP, sendo possível, utilizar monitorização contínua por telemetria. É também, permitido retirar a monitorização, por períodos curtos, para utilização do chuveiro.

Pelas 17:00 a parturiente refere dor mais intensa, mas verbaliza não querer, no momento, colocar cateter epidural. Com objetivo de promover o autocontrolo para lidar com a dor de TP, assistiu-se a parturiente a identificar estratégias de alívio da dor de TP, através de questões sobre o que usa, habitualmente em casa, para lidar com a dor. Foi questionada sobre o uso de água quente, massagem, posicionamento, utilização de música ou outras.

Existem várias técnicas específicas de alívio da dor que podem ser utilizadas durante o TP, algumas das quais não requerem treino especializado. Por exemplo, tomar um banho ou duche quente para ajudar a relaxar nos estádios iniciais do TP; deambular; mudar de posição de tempos a tempos. Algumas mulheres movem-se de lado para lado, agacham-se, ficam de pé, ajoelham-se ou sentam-se; recebem uma massagem na parte inferior das costas e nos ombros para contrariar a dor das contrações; utilizam um estimulador muscular - TENS, na parte inferior das costas; ouvem música da sua preferência (WHO, 2018b; ACOG, 2019).

A mulher referiu a massagem e a música, assim foi sugerida uma massagem pela pessoa significativa na região lombar e ombros, bem como o uso de música através dos seus "auriculares". Foi assegurada a privacidade e questionado sobre a intensidade das luzes e temperatura do quarto com o objetivo de induzir o relaxamento. A privacidade é crucial para reduzir a atividade do neocórtex e promover a libertação de ocitocina. A sensação de estar a ser observado está associada a um aumento da atividade neocortical e à subsequente libertação de adrenalina. O controlo da intensidade da luz é uma das maneiras mais simples de fornecer às mulheres controlo sobre o seu ambiente de parto (Cardoso et al., 2023a).

Pelas 18h15, verificou-se rotura espontânea de membranas e por esse motivo foi realizada nova avaliação tocológica. Avaliaram-se, ainda, as características do líquido amniótico relativamente à cor e ao cheiro.

Neste momento, a parturiente solicitou analgesia epidural. A WHO (2018b), recomenda analgesia epidural para alívio da dor durante o TP, de acordo com as preferências da mulher, em parturientes saudáveis com baixo risco de complicações. No entanto, a analgesia epidural pode contribuir para prolongar a duração do segundo período do TP e pode aumentar a probabilidade de parto instrumentado (NICE, 2023).

Pelas 20h50 por aumento da dor e "*sensação de pressão*" (sic) foi realizado novo toque vaginal. A dor é referida como localizada na região lombar. Através do toque vaginal foi detetado que a apresentação fetal se apresentava na variedade occipíto direita posterior (ODP). Para favorecer o parto eutócico, é necessário que a fontanela menor se encontre na metade anterior da pelve. Quando a cabeça fetal roda para posições posteriores, o occipital fica voltado para trás da pelve materna. A posição OP pode ser esquerda ou direita, de acordo com a localização da fontanela fetal em referência à mãe. Estas posições, associam-se a um TP mais doloroso e prolongado (Bueno-Lopez et al., 2018).

Quando que se detetou que a apresentação fetal se encontrava em ODP, foi sugerida a posição de SIMS. Segundo Simkin, Hanson, & Ancheta (2017), para favorecer a rotação da cabeça fetal, a mulher deve ficar posição na deitada de lado, com o dorso fetal "*voltado para a cama*". Se a variedade fetal for ODP, a mulher deve deitar-se do lado direito. A gravidade ajuda à rotação do occipício e do tronco fetal em direção à posição anterior. Esta posição pode favorecer a rotação da apresentação, no sentido de facilitar o parto eutócico, pois permite que haja um aumento dos diâmetros pélvicos ao proporcionar uma assimetria na pelve (Bueno-Lopez et al., 2018).

3.8. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame tocológico (Lavar as mãos; pedir consentimento e explicar a necessidade de realização do exame; explicar procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos; assegurar privacidade; realizar toque vaginal)
- No toque vaginal avaliou-se a extinção, a dilatação, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal (atitude, a situação, a apresentação e o ponto de referência) e a progressão da apresentação fetal pelos planos de Hodge.
- Avaliar traçado cardiotocográfico: determinação da linha de base da FCF (deve estar entre 110-160bpm); da variabilidade (deve ser moderada entre 5 a 25bpm); verificar a presença de desacelerações recorrentes e ainda o padrão de frequência da contração uterina para descartar taquissístolia (cinco ou mais contrações uterinas a cada 10 minutos)

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Com a parturiente sentada na bola, sugeri que esta abrisse as pernas rodando os joelhos para fora de forma a facilitar o encravamento da apresentação
- Sugeri procurar os movimentos com base nas suas próprias sensações. À medida que ganha confiança, o corpo encontrará os movimentos e direções necessários para aliviar a dor e facilitar a saída do bebé (Calais-Germaine & Parés, 2009).
- Ajudei a realizar movimentos enquanto está na bola - bascular a pélvis a partir dos movimentos da anca. Pode direcioná-los em diferentes direções. Fazer, por exemplo, pequenos círculos, pequenos "oitos" (Calais-Germaine & Parés, 2009).
- Supervisionei a utilizar bola de parto

Gerir ingestão de líquidos

- Questionei há quanto tempo se tinha alimentado, referiu que tinha ingerido um chá pelas 12:00. Ofereci uma gelatina, explicando que era importante manter-se hidratada durante o TP, e ir ingerindo água conforme a sua vontade (WHO, 2018b; DGS, 2023; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Demonstrei à pessoa significativa como se colocar por detrás da grávida, enquanto esta está sentada na bola, colocando as suas mãos por trás desta, de modo a dar suporte nos movimentos com a bola
- Demonstrei à pessoa significativa como realizar massagem
- Com a mulher na bola de parto, ajudei a identificar o lugar onde cintura é mais estreita para colocar as mãos — uma em cada lado na parte mais estreita, abaixo das costelas. Colocar a mão direita no lado mais distante, com os dedos a apontar para baixo. Colocar a mão esquerda no lado mais próximo dela, com os dedos apontando para cima. Pressionar com firmeza e questionar se gosta da sensação. Seguidamente, usando um ritmo lento e constante, fazer movimentos firmes com mãos subindo e cruzando suas costas em direção uma à outra. Cruzar uma mão sobre a outra e voltar aos pontos de partida. Mantendo, a mesma pressão, pressione novamente e repita o movimento de cruzamento várias vezes, conforme ela desejar. Informar que pode fazer isto durante ou entre as contrações pelo tempo que a mulher quiser e for confortável para si (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).
- Ajudei a pessoa significativa a realizar massagem no fundo das costas

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

- No local de inserção do cateter venoso periférico procuraram-se sinais de edema, rubor, calor e dor

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Questionei sobre a hora da última micção
- Solicitei que se colocasse em posição dorsal de modo a palpar o abdômen, procurando sinais de globo vesical

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

- Questionei sobre que estratégias usa habitualmente, em casa, para o alívio da dor, por exemplo, uso de água quente, massagem, posicionamento, utilização de música

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

- Uma vez que referiu utilizar a música e a massagem em casa, ajudei a utilizar estas estratégias, tendo a pessoa significativa manifestado vontade e entusiasmo em colaborar na massagem.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Assegurei privacidade, mantendo a porta fechada
- Reduzi a intensidade das luzes, conforme vontade manifestada pela parturiente
- Aumentei a temperatura do quarto, para proporcionar conforto, conforme vontade manifestada pela parturiente

Gerir analgesia

- Monitorizar dor de TP
- Administrar terapêutica analgésica conforme protocolo

Assistir no posicionar

- Ajudei a posicionar-se na posição de SIMS, deitada de lado, com o dorso fetal "voltado para a cama", para promover a rotação do feto para posição anterior. Sugeri que afastasse um pouco as pernas, flexionando a que estiver por cima, apoiar essa perna na cama com ligeira rotação do quadril (Simkin, Hanson, & Ancheta, 2017; Bueno-Lopez et. al, 2018).

4. ASSISTÊNCIA À MULHER NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO E NO PARTO

Trabalho de parto e parto: caso clínico 2

4.1. Enquadramento teórico

Grávida com 38 semanas e cinco dias de idade gestacional, trata-se de uma segunda gestação com um parto eutócico anterior, há três anos. É portadora do grupo sanguíneo A Rh positivo e tem resultado analítico de *Streptococcus* grupo B negativo. Deu entrada através da urgência de obstetrícia, em TP pelas 20h00, foi realizada avaliação tocológica nessa altura, apresentava colo mole, anterior, 80% extinto, com cinco centímetros de dilatação e apresentação acima do primeiro plano de Hodge.

Não tem plano de parto escrito. Apesar da parturiente não ter plano de parto escrito foram questionadas as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, sendo estes dados considerados durante a conceção de cuidados. Verbalizou que tem expectativa de parto vaginal com epidural, com a presença do pai do bebé, mas só quer colocar o cateter mais tarde, "*episiotomia, apenas se for necessário*" (sic). Tem expectativa de realizar contacto pele com pele ao nascimento e de amamentar na primeira hora de vida.

A escolha do caso clínico deveu-se ao facto dos cuidados prestados terem permitido a aquisição de competências no âmbito da promoção da saúde da mulher e do feto durante o TP, nomeadamente na:

- Identificação e monitorização do TP (OE, 2019);
- Atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019);
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (OE, 2019);
- Cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2019);
- Aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica (OE, 2019);
- Realização da avaliação imediata do recém-nascido, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (OE, 2019);
- Avaliação a integridade do canal de parto e aplicação de técnicas de reparação (OE,

2019).

A escolha deste caso, em particular, deveu-se ao facto de se tratar de um acompanhamento durante a fase ativa do TP, assistência no parto e pós-parto imediato, e ainda promoção da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 30 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-24 23:30:00	Solução polielectrolítica com glucose a 5%, 125ml/h	
2023-03-24 23:30:00	Ropivacaína 10mg/ml, pelo cateter epidural	
2023-03-25 02:45:00	Ocitocina 10 UI em 1000ml de Soro a 250 ml/h	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Mulheres em TP espontâneo não necessitam de hidratação com soluções endovenosas de forma contínua, por rotina. Embora seja considerada segura, a hidratação intravenosa limita a liberdade de movimentos e não se mostra necessária. A hidratação oral pode ser incentivada para satisfazer as necessidades de hidratação e calorias (ACOG, 2019). No entanto, a DGS (2023) recomenda a colocação de soro antes de colocação do cateter epidural, através da administração de solução polielectrolítica com glucose a 5% por via endovenosa, ao ritmo de 125 mL/hora.

Após o nascimento iniciou-se a administração de ocitocina 10UI, visto que este é o fármaco uterotónico recomendado para a prevenção da HPP (WHO, 2018b).

A HPP é a causa subjacente a um quarto das mortes maternas a nível global. É definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a perda de sangue igual ou superior a 500 mL nas

24 horas após o parto. Quando a perda é igual ou superior a 1000 mL classifica-se como HPP grave (Ferreira & Reynolds, 2021).

Relativamente aos aspetos a considerar relativamente à ropivacaína, foram descritos no caso um.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

24-03-2023 21:30

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Intervenções de Enfermagem

24-03-2023 21:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

24-03-2023 21:30 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]

24-03-2023 21:30 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

24-03-2023 23:30

Cateter epidural

Intervenções de Enfermagem

24-03-2023 23:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

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

Os aspetos a considerar relativamente ao cateter venoso periférico e ao cateter epidural estão descritos no caso um.

4.5. Domínios

Início

24-03-2023 21:30

24-03-2023 21:30

24-03-2023 21:30

Domínios

Parto

Sondas, Drenos e Cateteres

Eliminação urinária

Fim

Início	Domínios	Fim
24-03-2023 23:30	Sistema cardiovascular	
25-03-2023 02:33	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
25-03-2023 02:33	Nascimento	
25-03-2023 02:45	Puerpério	
25-03-2023 02:45	Comportamentos para amamentar	

4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Parto

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

Segundo a WHO (2018b), a duração esperada da fase ativa do primeiro período do TP depende do limiar de referência usado para o seu início. A duração média da fase ativa do primeiro período é de quatro horas em nulíparas e três horas em múltiparas, quando o ponto de partida de referência é a dilatação cervical de cinco centímetros.

O segundo período do TP começa com a dilatação cervical completa e termina com o nascimento do recém-nascido. Após a dilatação cervical estar completa, o feto desce para o canal vaginal com ou sem esforços expulsivos maternos, passa pelo canal de parto através de sete movimentos: encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão. Em mulheres sob efeito de analgesia epidural, o segundo período do TP geralmente dura menos de quatro horas em mulheres nulíparas e menos de três horas em mulheres múltiparas. Se o segundo período do TP durar mais que esse tempo, é considerado prolongado (Hutchison et al., 2023).

Nascimento

Segundo ICN (2019), nascimento corresponde a um "*evento ou episódio: Parir uma criança trazendo ao mundo um novo ser humano.*" A transição do feto para a vida extrauterina envolve uma série de alterações, fisiológicas que quando bem-sucedidas, garantem a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, quando termina o suporte pela placenta. Todos os órgãos estão envolvidos de alguma forma, mas as adaptações imediatas mais importantes são o estabelecimento da respiração e as mudanças nas pressões e fluxos dentro do sistema cardiovascular.

Nos primeiros minutos de vida, é esperado que o recém-nascido respire espontaneamente, chore, mantenha uma frequência cardíaca entre 100 e 180 bpm, demonstre flexão dos membros e tenha reflexos presentes (Simon et al., 2023). Com a respiração e circulação adequadas, a cor do recém-nascido muda, gradualmente, para rosada, sendo esperada uma

acrocianose transitória. Esta avaliação é realizada pelo índice de Apgar que deve ser realizado ao primeiro, quinto e décimo minuto (DGS, 2023).

Ao mesmo tempo que estas mudanças respiratórias estão a ocorrer, a circulação fetal também começa a adaptar-se aos padrões de circulação do recém-nascido. Com o clampeamento do cordão umbilical, a artéria umbilical, a veia e o *ductus venoso* fecham. A inspiração inicial diminui a pressão intratorácica, permitindo a diminuição da resistência pulmonar e o aumento do enchimento capilar pulmonar. Estas adaptações levam a uma diminuição das pressões do lado direito do coração, permitindo assim o encerramento funcional do *foramen oval*. Quando o pO₂ do recém-nascido aumenta para aproximadamente 50 mmHg, o *ductus venoso* encerra, permitindo uma maior circulação pulmonar e uma maior circulação de sangue oxigenado, resultando na mudança de coloração do recém-nascido para rosada nos primeiros minutos de vida (Hillman et al., 2012).

O recém-nascido também sofre adaptações no mecanismo de regulação da temperatura, no mecanismo de homeostasia da glicose e na aprendizagem de como coordenar o reflexo de sucção e deglutição para uma alimentação bem-sucedida. O papel do EEESMO passa por avaliar continuamente as adaptações esperadas do recém-nascido para promover uma transição saudável para a vida extrauterina (Hillman et al., 2012).

De acordo com as recomendações da WHO (2018b), durante a primeira hora após o nascimento, o recém-nascido deve estar em contacto pele com pele com a mãe para a manutenção da temperatura corporal e o início da amamentação. As vantagens para o bebé incluem uma diminuição das consequências negativas do "*stress do nascimento*", melhoria na termorregulação, e menos choro. O contato pele com pele tem demonstrado impacto positivo no início da amamentação e na amamentação exclusiva, reduzindo a suplementação com fórmula no hospital, levando a uma primeira mamada bem-sucedida mais cedo, bem como a uma sucção mais eficaz (Widström et al., 2019).

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Segundo ICN (2019), a ligação mãe/pai-filho define-se por "*Ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança*". A ligação dos pais ao recém-nascido é um processo que se desenvolve ao longo do tempo e em diferentes momentos consoante os pais. Para alguns, começa durante a gravidez, para outros no primeiro contato ou até mesmo depois de estarem em casa com o recém-nascido (Vieira, 2018).

A experiência da paternidade está inserida na parentalidade e faz parte do ciclo de vida do homem, estando diretamente relacionada ao nascimento do primeiro filho. A transformação do papel de pai ocorre antes mesmo do nascimento, começando com o desejo de ter filhos, um aspeto fundamental da parentalidade. Quando um homem recebe a notícia de que vai ser pai, experimenta uma mistura de emoções que persiste ao longo da gravidez. No início, pode

experienciar um sentimento de exclusão, mesmo que a gravidez tenha sido planejada e desejada por ambos. Além disso, durante a gestação, o pai não tem contato direto com o filho, ao contrário da mãe, que sente o crescimento do bebê através dos movimentos fetais. Muitas vezes, os pais sentem que seu papel se limita a ser um espectador durante a gravidez, o que aumenta a ansiedade em relação ao parto. No entanto, essas reações do pai podem ser positivas, pois promovem a ligação com o filho e fortalecem o vínculo entre o casal (Vieira, 2018).

O primeiro contato do pai com o recém-nascido é geralmente marcado por um profundo envolvimento, o que aumenta a sua autoestima. Os pais que participam ativamente do parto e têm um contato precoce com o recém-nascido demonstram mais comportamentos afetivos, como tocar e brincar (Vieira, 2018). O processo de vinculação, que encontra no nascimento um evento significativo, intensifica-se ainda mais durante o período pós-natal. No contexto do nascimento, é possível promover o envolvimento do pai, destacando-se a realização do corte do cordão umbilical. Segundo Brandão & Figueiredo (2012) o envolvimento do pai no parto através do corte do cordão umbilical, após o nascimento, pode promover o seu envolvimento emocional com o recém-nascido, assim, com o intuito de promover o envolvimento e a ligação pai-filho, foi sugerido ao pai, ser ele a realizar o corte do cordão umbilical.

Puerpério

O puerpério compreende o período de seis semanas após o parto, no qual ocorre uma regressão das alterações anatômicas e fisiológicas inerentes à gravidez. Divide-se em três períodos: puerpério imediato (primeiras duas horas), puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (até ao final da sexta semana) (Barradas et al., 2015). Relativamente ao puerpério imediato este inicia-se após a saída da placenta e compreende essencialmente a vigilância da contração uterina e da perda sanguínea vaginal (DGS, 2023).

O período pós-parto imediato carrega riscos significativos de complicações, como HPP e sépsis (Clarke-Deelder et al., 2023). A monitorização pós-parto, incluindo a monitorização dos sinais vitais e a vigilância da perda hemática, é importante para a identificação precoce de complicações.

A WHO (2022) afirma que, após o parto, todas as mulheres devem ter avaliação regular da perda hemática vaginal, contração uterina, altura do fundo uterino, temperatura e frequência cardíaca (pulso) durante as primeiras 24 horas, começando desde a primeira hora após o nascimento. É recomendado que as mulheres sejam monitorizadas quatro vezes durante a primeira hora após o parto, a cada hora entre a primeira a quarta hora pós-parto e a cada quatro horas desde a quarta hora pós-parto até às 24h (Clarke-Deelder et al., 2023).

Comportamentos para amamentar

Relativamente ao domínio comportamentos para amamentar, importa avaliar se a puérpera

reconhece as condições essenciais para uma amamentação eficaz, todavia, nesta fase precoce, a prioridade, passou pela promoção do contacto pele com pele, visto que foi esta a vontade manifestada pela mulher, ainda durante o TP e este favorece o início precoce da amamentação.

A amamentação precoce tem benefícios a longo prazo para a mãe e para o recém-nascido. A amamentação na primeira hora de vida ajuda a fornecer colostro ao recém-nascido, contribuindo para a prevenção de infeções neonatais como pneumonia e diarreia, reduzindo assim o risco de mortalidade neonatal (International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2023). O início precoce da amamentação pode contribuir para períodos mais longos de amamentação, com benefícios a longo prazo para a mãe, como o controlo de peso pós-parto e redução do risco de doenças como diabetes tipo II, cancro e doenças cardiovasculares (FIGO, 2023).

A WHO (2018b), recomenda que todos os recém-nascidos, sejam colocados na mama o mais rápido possível após o nascimento. Apesar dos nove estados descritos por Widström e col. (2019): choro ao nascer; relaxamento; despertar; atividade; rastejar; descanso; familiarização; sucção e adormecer, tornou-se importante assistir a puérpera na amamentação.

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

4.6. Dados

Sistema cardiovascular

24-03-2023 23:30

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 118 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 79 mm Hg.

Parto

24-03-2023 21:30

Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .

Duração da contração uterina: 30 Segundos.

Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

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

Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

Trabalho de parto

24-03-2023 22:15

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.
 Extinção do colo do útero: 80%.
 Dilatação do colo do útero: 6 cm.
 Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
 Frequência cardíaca fetal: 135.00 bpm.
 Descida do feto: 1.º plano de Hodge.
 Padrão de contractilidade uterina normal.
 Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
 Duração da contração uterina: 30 Segundos.
 Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg].
 Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
 Coping face à dor de trabalho de parto.
 Sem globo vesical.
 Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

24-03-2023 23:30

Posição do colo do útero: anterior.
 Consistência do colo do útero: mole.
 Extinção do colo do útero: 100%.
 Dilatação do colo do útero: 7 cm.
 Apresentação fetal: cefálica.
 Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
 Frequência cardíaca fetal: 138.00 bpm.
 Descida do feto: 1.º plano de Hodge.
 Padrão de contractilidade uterina anormal.
 Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
 Duração da contração uterina: 35 Segundos.
 Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].
 Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
 Dificuldade de coping face à dor de trabalho de parto [PIOROU].
 Sem globo vesical [MANTEVE].
 Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
 Hora da rotura das membranas: 23:30:00.
 Líquido amniótico de características normais.

25-03-2023 01:15

Dilatação do colo do útero: 10 cm.
 Posição fetal: esquerda.
 Apresentação fetal: cefálica.
 Variedade fetal: OEA.
 Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
 Frequência cardíaca fetal: 138.00 bpm.
 Descida do feto: 2.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

Duração da contração uterina: 45 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

Sem globo vesical [MANTEVE].

Líquido amniótico de características normais.

25-03-2023 02:33

Posição fetal: esquerda.

Apresentação fetal: cefálica.

Variedade fetal: OEA.

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

Frequência cardíaca fetal: 138.00 bpm.

Descida do feto: 4.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos .

Duração da contração uterina: 50 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

Coping face à dor de trabalho de parto [MANTEVE].

Sem globo vesical [MANTEVE].

Líquido amniótico de características normais.

Posição no parto: semi sentada.

Esforços expulsivos eficazes.

Tipo de parto: conforme a expectativa.

Tipo de dequitação: espontânea - Schultze.

Hora da dequitação: 02:45:00.

Características da placenta: sem alterações observáveis.

Estado do períneo: laceração 1.º grau.

Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Nascimento

25-03-2023 02:45

Tipo de parto: conforme a expectativa.

Nascimento

25-03-2023 02:33

Nascimento

Puerpério

25-03-2023 02:45

Puerpério

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

25-03-2023 02:33

Ligação mãe/pai-filho

Comportamentos para amamentar

25-03-2023 02:45

Amamentação

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com as intervenções propostas

DOMÍNIO: Sistema Cardiovascular

- Determinar evolução da pressão sanguínea

DOMÍNIO: Parto

Trabalho de Parto

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

DOMÍNIO: Eliminação urinária

- Determinar evolução de sinais de retenção urinária

DOMÍNIO: Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter venoso periférico

- Assegurar funcionamento do cateter venoso periférico
- Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

Catéter epidural

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

DOMÍNIO: Nascimento

Nascimento

- Promover a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina

DOMÍNIO: Puerpério

Puerpério

- Determinar a evolução da recuperação pós-parto
- Determinar precocemente sinais de complicações no pós-parto

DOMÍNIO: Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Ligação mãe/pai-filho

- Promover ligação mãe/pai-filho

DOMÍNIO: Comportamentos para amamentar

Amamentação

- Promover o amamentar/mamar

4.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

24-03-2023 23:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Eliminação urinária

24-03-2023 22:15 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Parto

24-03-2023 21:30

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

24-03-2023 21:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto [4/4h primeiro período do TP; 2/2 horas segundo período do TP; SOS]

25-03-2023 01:15 - Assistir no posicionar

24-03-2023 21:30 - Gerir ingestão de líquidos

24-03-2023 21:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

24-03-2023 21:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

25-03-2023 02:33 - Implementar medidas de proteção do períneo

25-03-2023 02:33 - Assistir no parto

24-03-2023 22:15 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

24-03-2023 22:15 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

24-03-2023 23:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

24-03-2023 23:30 - Gerir analgesia

25-03-2023 02:45 - Assistir na expulsão da placenta

25-03-2023 02:33

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

25-03-2023 02:33 - Executar clampeamento do cordão umbilical

25-03-2023 02:33 - Executar técnica de pele com pele

Nascimento

25-03-2023 02:33

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

25-03-2023 02:33 - Executar clampeamento do cordão umbilical

25-03-2023 02:33 - Executar técnica de pele com pele

Puerpério

25-03-2023 02:45

Puerpério

Intervenções de Enfermagem

25-03-2023 02:45 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

25-03-2023 02:33

Ligação mãe/pai-filho

Intervenções de Enfermagem

25-03-2023 02:33 - Assistir o pai a cortar o cordão umbilical

Comportamentos para amamentar

25-03-2023 02:45

Amamentação

Intervenções de Enfermagem

25-03-2023 02:45 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

25-03-2023 02:45 - Assistir na amamentação

4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No início do turno, pelas 21:30 a parturiente encontra-se a deambular pelo serviço acompanhada pela pessoa significativa, segundo a própria há cerca de vinte minutos, mantendo monitorização contínua com CTG por telemetria. Entretanto, solicita apoio para utilizar a bola de parto.

A evidência científica indica que o movimento e a mudança de posição durante o TP são benéficos, uma vez que contribuem para a mobilidade, aumentam o diâmetro da pelve e potenciam os efeitos da gravidade (WHO, 2018b; Ondeck, 2019; Simkin, Hanson, & Ancheta, 2017). A mobilidade no TP, de acordo com Ondeck (2019) é uma estratégia segura e saudável que apoia o parto fisiológico. Andar, dançar, baloiçar, e outros movimentos escolhidos pela mulher são estratégias que ajudam a lidar com as contrações uterinas (Gasquet, 2009; Lawrence et al., 2013; WHO, 2018b). A deambulação e a posição vertical são recomendadas e não estão associadas a um aumento de intervenções obstétricas ou efeitos negativos para as mulheres e recém-nascido. Destaca-se a importância de encorajar as mulheres a descobrir a posição mais confortável (ACOG, 2019; WHO, 2018b).

Relativamente ao uso da bola de parto, Mendes e colaboradores (2022) mostraram que a sua utilização concorre para uma redução significativa da dor durante o primeiro período do TP e uma redução significativa do primeiro período do TP. Vários mecanismos foram propostos para explicar os efeitos da bola de parto na dor e na duração do TP, incluindo o estímulo propriocetivo, a biomecânica pélvica e a liberdade de movimentos. Além disso, foram relatados outros benefícios do uso da bola de parto, como o aumento da autoeficácia para lidar com o TP, e da percepção de controlo durante o TP (Mendes et al., 2022).

Dada a necessidade verbalizada pela parturiente, foram sugeridas posições facilitadoras da progressão fetal, com recurso à utilização da bola de parto (Calais- Germaine & Parés, 2009; Cardoso et al., 2023a). Nesta altura foi também oferecido água, e incentivei a ingestão líquidos conforme a sua vontade (WHO, 2018b; DGS, 2023; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

Tendo em conta a informação recebida na passagem de turno, que a última avaliação tocológica foi realizada às 20:00, foi programada nova avaliação da evolução do TP para quatro horas depois, pelas 24h00. Segundo a WHO (2018b), a recomendação da frequência da avaliação tocológica é a sua realização de quatro em quatro horas, a partir da fase ativa do primeiro período de TP, em mulheres de baixo risco.

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

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

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

- Atitude: à relação das partes fetais entre si (pode ser de extensão ou flexão) (Nené et al., 2016).
- Situação: Relação entre o maior eixo materno e fetal. Pode ser longitudinal, transversa ou oblíqua (Nené et al., 2016).
- Apresentação: parte fetal que se situa no estreito superior da pelve. Pode ser cefálica, nádegas ou ombros (Nené et al., 2016).
- Ponto de referência: parte fetal identificável pelo toque vaginal e que é utilizado para

identificar a posição e a variedade. Pode ser a escama do occipital na apresentação cefálica, o mento na de face ou o sacro na de nádegas (Nené et al., 2016).

A avaliação da evolução do TP inclui, para além da avaliação tocológica, a avaliação do bem-estar-fetal; a avaliação do padrão de contractilidade uterina: frequência, intensidade e duração da contração; avaliação da dor e da presença de globo vesical. A parturiente tinha monitorização contínua conforme preconizado pela instituição.

Pelas 22:15 a parturiente refere dor mais intensa. Verbaliza não querer, no momento, colocar cateter epidural. Com objetivo de promover o autocontrolo para lidar com a dor de TP, assistiu-se a parturiente a identificar estratégias de alívio da dor de TP, questionando sobre as que habitualmente utiliza quando tem dor, e sugerindo-se outras como, o uso da água quente, a massagem, a mudança de posição e a música, posicionamento, utilização de música ou outras. Existem várias técnicas específicas de alívio da dor que podem ser utilizadas durante o TP, algumas das quais não requerem treino especializado (WHO, 2018b; ACOG, 2019).

A parturiente referiu vontade de usar a água quente, pelo que foi acompanhada até ao chuveiro. A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo promovendo o relaxamento muscular e melhorando a perfusão uterina; diminui os níveis de adrenalina reduzindo a ansiedade e contribui no aumento da produção endógena de ocitocina, fazendo com que a contractilidade uterina aumente e o tempo de TP diminua, aumentando a sensação de controlo da dor e a satisfação (Santos et al., 2021).

Pelas 23:30, verificou-se rotura espontânea de membranas e por esse motivo foi realizada nova avaliação tocológica, avaliaram-se ainda as características do líquido amniótico, quanto à cor e cheiro. Entretanto a parturiente solicitou cateter epidural para analgesia. Após a colocação do cateter epidural manifestou vontade de ficar deitada e "*tentar descansar*" (*sic*). Foi assegurada privacidade e questionou-se sobre a luz, visto que o controlo da sua intensidade é uma das maneiras mais fáceis de fornecer às mulheres controlo sobre seu ambiente de parto (Cardoso et al., 2023a).

Pela 01:15, foi realizada nova avaliação tocológica por aumento da dor e da sensação de pressão. A parturiente encontra-se no segundo período do TP, segundo a WHO (2018b), nesta fase a mulher deve ser encorajada a adotar a posição em que se sinta mais confortável. Esta, pediu ajuda para se colocar de cócoras. A posição que a mulher adota durante o TP afeta o seu progresso. Há várias posições que a mulher pode adotar: em pé, sentada, deitada em decúbito lateral, de joelhos inclinada para a frente, de cócoras. Sendo permitida e encorajada a mobilidade durante todo o TP, por prática do serviço onde decorreu o estágio, no período expulsivo a mulher era assistida a posicionar-se na cama em posição semi-sentada.

O parto vaginal pode resultar em trauma perineal, pelo que a utilização de intervenções de proteção perineal pode reduzir a sua incidência. Existem várias intervenções, aplicação de calor,

a manobra de Ritgen, e a massagem perineal, entre outras. A massagem perineal promove a vasodilatação e o relaxamento muscular pelo que pode contribuir para a diminuição das lacerações e da dor no pós-parto (Shahoei et al., 2017; Abo-Bakr Ibrahim Abo-Eleneen, & Salah Shalaby, 2020; Marcos-Rodríguez, 2023; Rodrigues et al. 2023). No presente caso, não efetuei massagem perineal por não consentimento da mulher, foi então realizada a Manobra de Ritgen, que consiste na aplicação de pressão no períneo durante a saída da cabeça fetal, com o objetivo de diminuir a tensão e proteger o períneo. Esta manobra, embora seja comumente utilizada como uma medida para prevenir lacerações perineais graves durante o parto, a sua eficácia ainda é motivo de debate científico (Shahoei et al., 2017; Abo-Bakr Ibrahim Abo-Eleneen, & Salah Shalaby, 2020; Marcos-Rodríguez, 2023; Rodrigues et al. 2023).

Após o nascimento, o recém-nascido foi colocado no abdómen materno, com um lençol aquecido, sendo seco e estimulado. O clampeamento do cordão foi realizado tardiamente, tal como recomendado pela WHO (2018b), que define que este não deve ser clampado antes de um minuto após o nascimento.

Em recém-nascidos de termo, o clampeamento tardio do cordão umbilical aumenta os níveis de hemoglobina ao nascimento e melhora as reservas de ferro nos primeiros meses de vida, o que pode ter um efeito favorável do desenvolvimento do bebé (ACOG, 2020a). Parece, no entanto, haver um pequeno aumento na incidência de icterícia que requer fototerapia em recém-nascidos de termo submetidos a clampeamento tardio do cordão umbilical (ACOG, 2020a).

No serviço, o procedimento no terceiro período do TP ia ao encontro do recomendado pela NICE (2023) e WHO (2018b), pelo que foi realizada uma gestão ativa do terceiro período do TP, com a administração de uterotónico, ocitocina 10 UI por via endovenosa, clampagem tardia do cordão umbilical e tração controlada do cordão após sinais de separação da placenta.

Segundo Brandão & Figueiredo (2012) convidar o pai a cortar o cordão umbilical, pode promover o seu envolvimento emocional com o recém-nascido, assim questionei o pai sobre a sua disponibilidade e interesse para cortar o cordão umbilical, atividade que ele concretizou, mostrando-se emocionado e satisfeito.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (2020), o contato pele com pele consiste em colocar o recém-nascido estável e seco sobre o peito ou abdómen da mãe, imediatamente ou precocemente após o nascimento. Esta intervenção tem múltiplos benefícios: promove a ligação mãe-bebé; regula a frequência cardíaca, a respiração e a temperatura corporal do recém-nascido promovendo uma melhor adaptação à vida extrauterina; favorece o estabelecimento da amamentação; permite a colonização da pele do recém-nascido com o microbioma materno, proporcionando proteção contra infeções (WHO, 2018b). No entanto, é necessária vigilância devido a casos raros descritos de Colapso Súbito Inesperado Pós-natal (SPN, 2023).

O contacto pele com pele foi promovido imediatamente após o nascimento. A avaliação do índice de Apgar (respiração; frequência cardíaca; tônus; irritabilidade reflexa; choro e coloração), ao primeiro minuto, quinto e décimo minuto de vida foi realizada com recém-nascido no abdómen materno. Esta intervenção é corroborada por Widström et al. (2019), que refere ser possível a avaliação do índice de Apgar, bem como quaisquer outras avaliações necessárias, num recém-nascido de termo saudável sem o perturbar, permitindo que o contato pele a pele com a mãe continue sem interrupções. É mais eficaz e vantajoso avaliar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe, pois estes têm menos probabilidade de chorar, permanecem aquecidos e não desperdiçam energia (Widström et al., 2019).

Relativamente ao posicionamento é recomendado: posicionar o recém-nascido no abdómen ou peito da mãe, inicialmente, a cabeça deverá estar lateralizada; o recém-nascido deve estar posicionado de modo a conseguir levantar a cabeça para que o nariz e a boca fiquem livres; o mamilo deve estar acessível ao recém-nascido; deve ter-se atenção ao *clamp* do coto do cordão umbilical; o recém-nascido deve estar coberto com um lençol seco e quente e deve manter o rosto visível; deve certificar-se de que o nariz e a boca não estejam obstruídos pela mama ou pelo lençol (SPN, 2020).

Neste período podem também ser observados no recém-nascido as fases instintivas, que englobam o chorar, relaxar, acordar, entrar em ação, repousar, gatinhar, familiarizar-se, mamar e adormecer (Widström et al., 2019). É recomendado que todos os recém-nascidos, sejam colocados na mama o mais rápido possível após o nascimento (WHO, 2018b), assim, no sentido de promover a amamentação na primeira hora de vida, o recém-nascido após ser colocado em contacto pele com pele, quando manifestou vontade de mamar, assisti a puérpera na amamentação.

Os procedimentos ao recém-nascido, como o pesar, medir, medir o perímetro cefálico, aplicação de colírio ocular, administração de vitamina K e identificação do recém-nascido com pulseira, foram realizados à posteriori, com o objetivo de não interferir neste momento tão sensível e crucial (DGS, 2023; NICE, 2023). Os primeiros minutos de vida de um recém-nascido são considerados como um período sensível, curto e crucial, que jamais se repetirá (Widström et al., 2019).

Como recomendado, nas primeiras duas horas após o parto foram avaliados a perda hemática vaginal, o pulso radial, a pressão arterial, e a contração uterina de 15 em 15 minutos (DGS, 2023).

Antes da transferência para o serviço de puerpério, que acontece quando a puérpera se apresenta estável do ponto de vista hemodinâmico, foi removido o cateter epidural, de acordo com as normas do serviço, intervenção corroborada pela DGS (2023).

Nesta altura foi também oferecida alimentação sólida à puérpera (DGS, 2023), incentivado e

assistido o primeiro levante. Assim, assisti-se a puérpera a ir ao WC, incentivando a primeira micção e a promoção do autocuidado pós-parto.

4.8. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame tocológico (Lavar as mãos; pedir consentimento e explicar a necessidade de realização do exame; explicar procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos; assegurar privacidade; realizar toque vaginal)
- No toque vaginal avaliou-se a extinção, a dilatação, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal (atitude, a situação, a apresentação e o ponto de referência) e a progressão da apresentação fetal pelos planos de Hodge.
- Avaliar traçado cardiotocográfico: determinação da linha de base da FCF (deve estar entre 110-160bpm); da variabilidade (deve ser moderada entre 5 a 25bpm); verificar a presença de desacelerações recorrentes e ainda o padrão de frequência da contração uterina para descartar taquissístolia (cinco ou mais contrações uterinas a cada 10 minutos)

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Incentivei a deambulação
- Providenciei bola de parto
- Sugeri procurar os movimentos com base nas suas próprias sensações. À medida que ganha confiança, o corpo encontrará os movimentos e direções necessários para aliviar a dor e facilitar a saída do bebê (Calais-Germaine & Parés, 2009).
- Ajudei a realizar movimentos enquanto está na bola - bascular a pélvis a partir dos movimentos da anca. Pode direcioná-los em diferentes direções. Fazer, por exemplo, pequenos círculos, pequenos "oitos" (Calais-Germaine & Parés, 2009).
- Com a mulher sentada na bola sugeri abertura das pernas com os joelhos para fora, de modo a facilitar o encravamento da apresentação (Calais-Germaine & Parés, 2009).
- Supervisionei a utilizar bola de parto

Gerir ingestão de líquidos

- Questionei há quanto tempo se tinha alimentado, referiu que tinha ingerido uma gelatina há meia hora e que naquele momento, apenas lhe apetecia água, ofereci água e expliquei que era importante manter-se hidratada durante o TP, e ir ingerindo água conforme a sua vontade (WHO, 2018b; DGS, 2023; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Ajudei a pessoa significativa a posicionar-se por detrás da mulher, de modo a oferecer suporte enquanto esta realiza movimento com a bola.

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Questionei sobre a hora última micção
- Solicitei que se colocasse em posição dorsal, palpei o abdómen, procurando sinais de globo vesical

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

- Questionei sobre o que utiliza, habitualmente em casa, para lidar com dor, dando exemplos, como o uso de água quente, a massagem, posições e utilização de música.

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

- Tendo referido a utilização de banho quente, em casa, sugeri a utilização do chuveiro com água quente, expliquei que implicava retirar a monitorização contínua, e que seria possível por um período curto, máximo 15 minutos, por regra do serviço, devido à necessidade monitorização. Assim, ajudei a mulher a descolar-se até à casa-de-banho, retirei a monitorização contínua e registei no partograma o motivo da suspensão temporária da monitorização.
- Deixei a mulher utilizar a água conforme a sua vontade, mas manifestei-me disponível para ajudar se esta precisasse.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Assegurei privacidade, deixando a mulher utilizar a água conforme a sua vontade, enquanto estava no chuveiro
- Assegurei privacidade, mantendo a cortina corrida (na sala de cuidados intermédios)
- Assegurei privacidade, mantendo a porta fechada (na sala individual de parto)
- Reduzi a intensidade das luzes, conforme vontade da mulher
- Aumentei a temperatura do quarto, após questionar sobre conforto relativamente à temperatura ambiente

Gerir analgesia

- Monitorizar dor de trabalho de parto
- Administrar terapêutica analgésica conforme protocolo

Assistir no posicionar

- Auxiliei a sentar-se na cama, adotando a posição de cócoras

Executar técnica de pele com pele

- Posicionei o recém-nascido, em decúbito ventral, sobre o peito materno, de modo a evitar a compressão do tórax, inicialmente, a cabeça deverá estar lateralizada
- O recém-nascido deve estar posicionado de modo a conseguir levantar a cabeça para que o nariz e a boca fiquem livres. O mamilo deve estar acessível ao recém-nascido.
- Cobri o recém-nascido com um lençol seco e quente, mas mantive o rosto visível, certificando-me que o nariz e a boca não estavam obstruídos pela mama ou pelo lençol
- Assisti a mãe a apoiar a mama, de modo a manter as vias aéreas do recém-nascido permeáveis, quando este começou a procurar o mamilo. Validei que ela compreendeu a informação.
- Lembrei os pais para se concentrarem no recém-nascido e seguirem o seu comportamento, explicando os nove comportamentos do recém-nascido durante o

contacto pele com pele.

- Avaliei a respiração, o tônus, a coloração e a posição do recém-nascido de 15/15min, enquanto o recém-nascido permaneceu em contacto pele com pele

Assistir no parto

- Assisti a mulher a posicionar-se na posição semi-sentada
- Preparei o material
- Elogiei e incentivei os esforços expulsivos
- Verifiquei presença de circular do cordão, aquando da saída da cabeça
- Registei a hora de nascimento: 25-03-2023 - 02:33
- Sequei e estimei o recém-nascido no abdómen da mãe;
- Avaliei a perda hemática genital, pulso radial e a pressão arterial, da mulher, após o nascimento.
- Realizei a limpeza da vulva e períneo com soro fisiológico
- Avaliei a integridade vulvar e perineal, tendo verificado a existência de uma laceração de primeiro grau;
- Executei a correção da laceração de 1º grau, realizando sutura contínua com fio absorvível;
- Realizei a limpeza da vulva e períneo com soro fisiológico

Executar clameamento do cordão umbilical

- Clampe o cordão umbilical
- Questionei o pai se queria cortar o cordão umbilical

Implementar medidas de proteção do períneo

- Posicionei a mão dominante no períneo, com o polegar e o indicador em ambos os lados da fúrcula. Em seguida, realizei um movimento de aproximação entre os dedos. Ao mesmo tempo, apliquei pressão no períneo com a outra mão para auxiliar na saída da cabeça do feto. A mão não dominante foi utilizada para controlar a velocidade de saída da cabeça e facilitar a sua extensão (Kleprlikova et al., 2019).

Assistir o pai a cortar o cordão umbilical

- Ajudei o pai a cortar o cordão umbilical.

Assistir na amamentação

- Com o recém-nascido em contacto pele com pele, tendo verificado que este manifestou vontade de mamar, ajudei a mulher a facilitar a adaptação do recém-nascido à mama.

Assistir na expulsão da placenta

- Avaliei se ocorreu descolamento placentário por mobilização transabdominal do fundo uterino e observação da retração do cordão (DGS 2023);
- Após confirmar o descolamento placentário, realizei extração placentária por tração controlada do cordão umbilical conjugada com esforços expulsivos maternos e massagem uterina externa (DGS, 2023);
- Avaliei macroscopicamente a placenta: inserção e número de vasos do cordão, comprimento do cordão, peso, inspeção da face materna e face fetal. Verifiquei que

estavam presentes todos os cotilédones na face materna, verifiquei que não existiam vasos seccionados no bordo placentário, na face fetal (DGS, 2023);

- Avaliei a formação do globo de segurança de Pinard (WHO, 2018b).

5. A BOLA DE AMENDOIM NO SEGUNDO PERÍODO DO TRABALHO DE PARTO

Trabalho de parto e parto: caso clínico 3

5.1. Enquadramento teórico

Grávida com 39 semanas e dois dias de idade gestacional, trata-se de uma segunda gestação com um parto eutócico anterior, há dois anos. É portadora do grupo sanguíneo O Rh positivo e tem resultado analítico de *Streptococcus* grupo B Positivo. Deu entrada através da urgência de obstetria, em TP pelas 20h00 do dia anterior. Teve rotura espontânea de membranas às 03:10 com líquido amniótico de características normais. Está a fazer profilaxia antibiótica por *Streptococcus* grupo B Positivo, a última toma de antibiótico foi às 7:30.

A última avaliação tocológica foi realizada pelas 7:30, apresentando dilatação completa e apresentação fetal ao nível do primeiro plano de Hodge. Colocou cateter epidural pelas 20h30 do dia anterior e a última administração de terapêutica foi às 7:00.

Não tem plano de parto escrito. Apesar da parturiente não ter plano de parto escrito foram questionadas as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, sendo estes dados considerados durante a conceção de cuidados. Verbalizou expectativa de parto vaginal, relata uma experiência anterior positiva. Pretende realizar contacto pele com pele ao nascimento.

A prestação de cuidados, neste caso clínico, permitiu a aquisição de competências no âmbito da promoção da saúde da mulher e do feto durante o TP, nomeadamente na:

- Identificação e monitorização do TP (OE, 2019);
- Atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado (OE, 2019);
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções adequadas à evolução do TP, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (OE, 2019);
- Cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (OE, 2019);
- Aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica (OE, 2019);
- Realização da avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (OE, 2019).

A escolha do caso deveu-se ao facto de este me ter permitido adquirir competências na assistência à mulher e pessoa significativa, durante o segundo período do TP, em particular na implementação de intervenções que visam a promoção do parto eutócico, quando a mulher se encontra com analgesia epidural e algum grau de bloqueio motor.

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 39 anos | Feminino

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-15 08:30:00	Solução polielectrolítica com glucose a 5%, 125ml/h	
2023-04-15 08:30:00	Ampicilina 1000mg, EV (4/4h)	
2023-04-15 08:30:00	Ropivacaína 10mg/ml pelo catéter epidural	
2023-04-15 09:53:00	Ocitocina 10 UI em 1000ml de Soro a 250 ml/h	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A ampicilina é um antibiótico beta-lactâmico que faz parte da família das aminopenicilinas. Os efeitos secundários frequentes são náuseas e diarreia, pode verificar-se também, dor no local de administração, ainda que a flebite seja rara (Infarmed, 2016).

A ampicilina é a primeira linha na profilaxia antibiótica intraparto, para prevenção de doença precoce por *Streptococcus do grupo B*, em recém-nascidos de mulheres com culturas positivas antes do parto e mulheres que apresentam outros fatores de risco para colonização intraparto. Este antibiótico demonstrou ser eficaz na prevenção da infeção precoce por *Streptococcus do grupo B* em recém-nascidos (ACOG, 2020b).

Relativamente ao soro, à ropivacaína e à ocitocina como uterotónico, os aspetos a considerar foram descritos no caso um e no caso dois.

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

15-04-2023 08:30

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Intervenções de Enfermagem

15-04-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

15-04-2023 08:30 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

Cateter epidural

Intervenções de Enfermagem

15-04-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

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

Os aspetos a considerar relativamente ao cateter venoso periférico e ao cateter epidural estão descritos no caso um.

5.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
15-04-2023 08:30	Parto	
15-04-2023 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
15-04-2023 08:30	Termorregulação	
15-04-2023 08:30	Sistema cardiovascular	
15-04-2023 08:30	Eliminação urinária	
15-04-2023 09:53	Nascimento	
15-04-2023 09:53	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
15-04-2023 10:15	Puerpério	
15-04-2023 10:15	Comportamentos para amamentar	

5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Termorregulação

O domínio termorregulação, neste caso, prende-se com a determinação da evolução de temperatura corporal, com o objetivo de despistar precocemente febre materna. Uma vez que existe um resultado positivo para *Streptococcus B*, a febre intraparto materna pode refletir a resposta inflamatória à evolução da infecção bacteriana intra-amniótica e é um importante preditor de infecção neonatal precoce (Puopolo et al., 2019).

O *Streptococcus* do grupo B é a principal causa de infecção em recém-nascidos. O principal fator de risco para a doença precoce neonatal é a colonização materna do trato geniturinário e gastrointestinal; aproximadamente 50% das mulheres colonizadas transmitirão a bactéria aos recém-nascidos. A transmissão vertical geralmente ocorre durante o TP ou após a ruptura de membranas (ACOG, 2020b).

A doença invasiva causada por *Streptococcus do grupo B* pode ser precoce, se ocorre nos primeiros sete dias após o nascimento, sendo secundária à transmissão vertical, aspiração fetal ou neonatal durante o parto e nascimento, ou ambos e caracteriza-se por sépsis, pneumonia ou menos frequentemente por meningite sendo é mais provável que se manifeste dentro das primeiras 12-48 horas após o nascimento. Pelo contrário, a doença de início tardio ocorre entre sete dias após o nascimento e os dois e os três meses de vida e é caracterizada por bacteremia, meningite ou, menos comumente, infecção de órgãos ou tecidos moles. A doença de início tardio é adquirida principalmente por transmissão horizontal da mãe, mas também pode ser adquirida a partir de fontes hospitalares ou de indivíduos na comunidade (ACOG, 2020b).

Parto

No caso apresentado, foi realizado o acompanhamento da parturiente no segundo e terceiro períodos do TP. Segundo a WHO (2018b), o segundo período do TP compreende o intervalo entre a dilatação cervical completa e o nascimento. O segundo período do TP pode ser dividido em duas fases: fase latente ou descida e fase ativa. A fase latente ou de descida, caracteriza-se pela dilatação total do colo do útero com ausência de contrações expulsivas involuntárias. Durante esta fase, a cabeça fetal desce progressivamente através da pelve materna, e ocorre rotação interna e flexão. A fase ativa, do segundo período do TP, pode ser considerada quando a apresentação fetal é visível, quando existem contrações expulsivas e há esforço materno ativo (ACOG, 2019).

O segundo período de TP pode durar até três horas em nulíparas. Em múltíparas pode ter uma duração até cerca de duas horas (WHO, 2018b). Podendo ser mais prolongado, em mulheres sob efeito de analgesia epidural, uma vez que o bloqueio motor induzido por anestésicos locais pode

interferir nos esforços expulsivos maternos na segunda fase do trabalho de parto, prolongando-o (Shmueli et al., 2018).

A WHO (2018b) recomenda para mulheres com analgesia epidural incentivar a escolha da posição de parto pela própria mulher, incluindo posições verticais (WHO, 2018b). As evidências sugerem que pode haver pouca ou nenhuma diferença, na maioria dos resultados do parto, de acordo com a posição entre as mulheres com analgesia epidural. Todavia a opção de escolher a posição durante a segunda fase do TP pode impactar positivamente a experiência de parto. Posições verticais com analgesia epidural tradicional, que proporciona um bloqueio neuroaxial intenso, podem não ser viáveis; no entanto, no caso clínico descrito a analgesia epidural utilizada era de baixa dose, permitindo a mobilidade (WHO, 2018b).

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

Os domínios nascimento, puerpério, comportamentos de ligação mãe/pai-filho e comportamentos para amamentar, foram descritos no caso dois.

5.6. Dados

Sistema cardiovascular

15-04-2023 08:30

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 110 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 78 mm Hg.

Termorregulação

15-04-2023 08:30

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.80 °C.

Parto

15-04-2023 08:30

Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

Duração da contração uterina: 40 Segundos.

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

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

Trabalho de parto

15-04-2023 09:30

Extinção do colo do útero: 100%.
Dilatação do colo do útero: 10 cm.
Posição fetal: esquerda.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: OEA.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência cardíaca fetal: 137.00 bpm.
Descida do feto: 2.º plano de Hodge.
Padrão de contractilidade uterina normal.
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 40 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Coping face à dor de trabalho de parto.
Sem globo vesical.
Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
Hora da rotura das membranas: 03:10:00.
Líquido amniótico de características normais.

15-04-2023 09:53

Posição fetal: esquerda.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: OEA.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência cardíaca fetal: 140.00 bpm.
Descida do feto: 4.º plano de Hodge.
Padrão de contractilidade uterina normal.
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 50 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Coping face à dor de trabalho de parto [MANTEVE].
Sem globo vesical [MANTEVE].
Líquido amniótico de características normais.
Posição no parto: semi sentada.
Esforços expulsivos eficazes.
Hora do nascimento: 09:53:00.

Nascimento

Hora do nascimento: 09:53:00.
Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.
Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.
Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

15-04-2023 10:15

Tipo de parto: conforme a expectativa.

Tipo de dequitação: espontânea - Duncan.

Hora da dequitação: 10:05:00.

Características da placenta: sem alterações observáveis.

Estado do períneo: íntegro.

Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Nascimento

15-04-2023 09:53

Hora do nascimento: 09:53:00.

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

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

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

Puerpério

15-04-2023 10:15

Puerpério

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

15-04-2023 09:53

Ligação mãe/pai-filho

Comportamentos para amamentar

15-04-2023 10:15

Amamentação

5.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com as intervenções propostas

DOMÍNIO: Sistema cardiovascular

- Determinar evolução da pressão sanguínea

DOMÍNIO: Termorregulação

- Determinar evolução da temperatura corporal

DOMÍNIO: Parto

Trabalho de Parto

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

- Promover parto eutócico

DOMÍNIO: Eliminação urinária

- Determinar evolução de sinais de retenção urinária

DOMÍNIO: Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter venoso periférico

- Assegurar funcionamento do cateter venoso periférico
- Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

Catéter epidural

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

DOMÍNIO: Nascimento

Nascimento

- Promover a adaptação à vida extrauterina

DOMÍNIO: Puerpério

Puerpério

- Determinar a evolução da recuperação pós-parto
- Determinar precocemente sinais de complicações no pós-parto

DOMÍNIO: Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Ligação mãe/pai-filho

- Promover ligação pai-filho

DOMÍNIO: Comportamentos para amamentar

Amamentação

- Promover o amamentar/mamar

5.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

15-04-2023 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Eliminação urinária

15-04-2023 09:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Termorregulação

15-04-2023 08:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal

Parto

15-04-2023 08:30

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

15-04-2023 08:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto

15-04-2023 08:30 - Assistir no posicionar

15-04-2023 08:30 - Gerir ingestão de líquidos

15-04-2023 08:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

15-04-2023 08:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

15-04-2023 09:53 - Implementar medidas de proteção do períneo

15-04-2023 09:53 - Assistir no parto

15-04-2023 08:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

15-04-2023 08:30 - Gerir analgesia

15-04-2023 10:15 - Assistir na expulsão da placenta

15-04-2023 09:53

15-04-2023 09:53 - Executar técnica de pele com pele [FIM] 15-04-2023 10:15

15-04-2023 09:53 - Executar clampeamento do cordão umbilical [FIM] 15-04-2023 10:15

Nascimento

Nascimento

15-04-2023 09:53 - Executar técnica de pele com pele [FIM] 15-04-2023 10:15

15-04-2023 09:53 - Executar clampeamento do cordão umbilical [FIM] 15-04-2023 10:15

Puerpério

15-04-2023 10:15

Puerpério

Intervenções de Enfermagem

15-04-2023 10:15 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

15-04-2023 09:53

Ligação mãe/pai-filho

Intervenções de Enfermagem

15-04-2023 09:53 - Assistir o pai a cortar o cordão umbilical

Comportamentos para amamentar

15-04-2023 10:15

Amamentação

Intervenções de Enfermagem

15-04-2023 10:15 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

15-04-2023 10:15 - Assistir na amamentação

5.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No início do turno, pelas 08:30 a parturiente encontra-se no leito, monitorizada de forma contínua com CTG. Refere não sentir estímulo para fazer força e que sente uma ligeira perda de sensibilidade dos membros inferiores (Nível um – bloqueio parcial, segundo a escala de Bromage).

Uma vez que, em função da escala de Bromage não era recomendado a parturiente adotar posições verticais, que são recomendadas no segundo período do TP, segundo a WHO (2018b), foi sugerido utilizar como recurso para facilitar o TP, a bola de amendoim, deitada de lado na cama.

A bola em formato de amendoim é uma opção alternativa à bola de parto convencional, especialmente recomendada para mulheres sob efeito de analgesia epidural (Cardoso et al., 2023a). Para utilizar a bola de amendoim durante o TP, algumas posições recomendadas incluem colocá-la entre as coxas, com uma perna ligeiramente fletida e apoiada na cama, enquanto a outra perna está sobre a parte mais estreita da bola, formando um ângulo reto entre a anca e o joelho, com o pé apoiado na cama. Outra opção é colocar a bola sobre o colchão, paralela ao corpo, e apoiar o joelho na parte mais larga da bola enquanto o pé fica na outra parte mais alta. Essas posições podem facilitar movimentos que promovem a abertura da pelve e proporcionam maior conforto durante o TP, sendo úteis quando a mulher precisa permanecer na cama, seja devido ao uso de epidural ou outras circunstâncias (Cardoso et al., 2023a).

A DGS (2023) recomenda na fase latente do segundo período do TP a realização de exame vaginal de duas em duas horas se não ocorrer nada que justifique exame imediato. Tendo em conta a informação recebida na passagem de turno, que a última avaliação tocológica foi realizada às 7:30, foi planeada nova avaliação tocológica para as 9:30.

Durante a fase de expulsão do segundo período do TP, as mulheres devem ser incentivadas e apoiadas a seguir o próprio impulso de fazer força. Em mulheres com analgesia epidural, é recomendado, adiar o início dos esforços expulsivos por uma a duas horas após a dilatação completa, ou até que a mulher recupere o impulso sensorial (WHO, 2018b).

Pelas 9:30 a parturiente refere começar a sentir dor na contração uterina e pressão púbica (*“vontade de puxar”* (sic)). Assim, uma vez que se verificou uma redução do bloqueio motor (Bromage 0), auxiliou-se a mulher a adotar a posição da sua preferência, a sentar-se na cama, adotando a posição de cócoras.

Segundo a WHO (2018b), no segundo período do TP a mulher deve ser encorajada a adotar a posição em que se sinta mais confortável, uma vez que a posição que a mulher adota durante o TP afeta o seu progresso. Sendo permitida e encorajada a mobilidade durante todo o TP, por prática do serviço onde decorreu o estágio, no momento do nascimento a mulher era assistida a posicionar-se na cama em posição semi-sentada, ficando com o tronco num ângulo de, aproximadamente, 45° em relação à cama.

Segundo Huang et al. (2019) as posições verticais incluem a posição de pé e a posição sentada, esta última inclui a posição semi-sentada na cama, com o tronco inclinado no mínimo 45° relativamente ao plano horizontal. Esta posição, sendo considerada uma posição vertical, não beneficia totalmente do efeito da gravidade, todavia pode proporcionar menos dor em comparação com a posição de litotomia (Huang et al., 2019). Segundo Ezzat et al. (2018), a posição semi-sentada, em comparação com a posição de litotomia, resulta em contrações uterinas mais eficazes, menor duração do segundo período de TP, menor incidência de trauma perineal e episiotomia, menor risco de perda hemática acima do esperado, menor intensidade de dor e maior satisfação.

5.8. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame tocológico (Lavar as mãos; pedir consentimento e explicar a necessidade de realização do exame; explicar procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos; assegurar privacidade; realizar toque vaginal)
- No toque vaginal avaliou-se a extinção, a dilatação, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal (atitude, a situação, a apresentação e o ponto de referência) e a progressão da apresentação fetal pelos planos de Hodge.
- Avaliar traçado carditocográfico: determinação da linha de base da FCF (deve estar entre 110-160bpm); da variabilidade (deve ser moderada entre 5 a 25bpm); verificar a presença de desacelerações recorrentes e ainda o padrão de frequência da contração uterina para descartar taquissistolia (cinco ou mais contrações uterinas a cada 10 minutos)

Assistir no posicionar

- 08:30 - Auxiliei a mulher a posicionar-se para o lado esquerdo, conforme a sua preferência, colocando a bola de amendoim entre as coxas, com uma perna ligeiramente fletida e apoiada na cama, enquanto a outra perna está sobre a parte mais estreita da bola, formando um ângulo reto entre a anca e o joelho, com o pé apoiado na cama.
- 09:30 - Questionei a mulher sobre a posição que pretendia adotar neste momento, incentivei-a a seguir o seu corpo e as suas sensações naquela altura. Assim, a seu pedido, auxiliei-a a sentar-se na cama, adotando a posição de cócoras.

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Medir a temperatura timpânica

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Sugeri usar a bola de amendoim enquanto estava deitada na cama
- Ajudei a usar a bola de amendoim, questionando sobre o conforto da posição

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Assegurei privacidade, mantendo a porta fechada
- Reduzi a intensidade da luz conforme vontade da parturiente, com o intuito de facilitar o relaxamento

Gerir analgesia

- Monitorizar dor de TP
- Administrar terapêutica analgésica conforme protocolo

Gerir ingestão de líquidos

- Questionei sobre a última vez que se tinha alimentado, referiu bebeu água durante a noite. Ofereci um chá. (WHO, 2018b; DGS, 2023; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Pedi colaboração ao pai, para ficar posicionado ao lado da grávida, suportando parte do seu peso enquanto esta estava de cócoras

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

- Vigiei o local de inserção do cateter venoso periférico, quanto à existência de sinais inflamatório, como edema, rubor, dor e calor

Executar técnica de pele com pele

- Posicionei o recém-nascido, em decúbito ventral, sobre o peito materno, de modo a evitar a compressão do tórax, inicialmente, a cabeça deverá estar lateralizada
- O recém-nascido deve estar posicionado de modo a conseguir levantar a cabeça para que o nariz e a boca fiquem livres. O mamilo deve estar acessível ao recém-nascido.
- Cobri o recém-nascido com um lençol seco e quente, mas mantive o rosto visível, certificando-me que o nariz e a boca não estavam obstruídos pela mama ou pelo lençol
- Assisti a mãe a apoiar a mama, de modo a manter as vias aéreas do recém-nascido permeáveis, quando este começou a procurar o mamilo. Validei que ela compreendeu a informação.
- Lembrei os pais para se concentrarem no recém-nascido e seguirem o seu comportamento, explicando os nove comportamentos do recém-nascido durante o contacto pele com pele.
- Avaliei a respiração, o tônus, a coloração e a posição do recém-nascido de 15/15min, enquanto o recém-nascido permaneceu em contacto pele com pele

Assistir no parto

- Assisti a mulher a posicionar-se na posição semi-sentada;
- Preparei o material;
- Elogiei e incentivei os esforços expulsivos;
- Verifiquei presença de circular do cordão, aquando a exteriorização da cabeça;
- Registei a hora de nascimento: 15-04-2023 - 09:53;
- Sequei e estimulei o recém-nascido no abdómen da mãe;
- Avaliei a perda hemática genital, pulso radial e a pressão arterial, após o nascimento;
- Realizei a limpeza da vulva e períneo com soro fisiológico;
- Avaliei a integridade vulvar e perineal, tendo verificado que o períneo se encontrava

íntegro;

Executar clampeamento do cordão umbilical

- Clampeei o cordão umbilical
- Questionei o pai se queria cortar o cordão umbilical

Implementar medidas de proteção do períneo

- Posicionei a mão dominante no períneo, com o polegar e o indicador em ambos os lados da fúrcula. Em seguida, realizei um movimento de aproximação entre os dedos. Ao mesmo tempo, apliquei pressão no períneo com a outra mão para auxiliar na saída da cabeça do feto. A mão não dominante foi utilizada para controlar a velocidade de saída da cabeça e facilitar a sua extensão (Kleprlikova et al., 2019).

Assistir o pai a cortar o cordão umbilical

- Ajudei o pai a cortar o cordão umbilical

Assistir na amamentação

- Com o recém-nascido em contacto pele com pele, tendo verificado que este manifestou vontade de mamar, ajudei a mulher a facilitar a adaptação do recém-nascido à mama.

Assistir na expulsão da placenta

- Verifiquei se ocorreu descolamento placentário por mobilização transabdominal do fundo uterino e observação da retração do cordão (DGS 2023);
- Após confirmar o descolamento placentário, realizei extração placentária por tração controlada do cordão umbilical conjugada com esforços expulsivos maternos e massagem uterina externa (DGS, 2023);
- Observei macroscopicamente a placenta: inserção e número de vasos do cordão, comprimento do cordão, peso, inspeção da face materna e face fetal. Verifiquei que estavam presentes todos os cotilédones na face materna, verifiquei que não existiam vasos seccionados no bordo placentário, na face fetal (DGS, 2023);
- Avaliei a formação do globo de segurança de Pinard (WHO, 2018b).

6. INTERVENÇÃO DO EEESMO NO PARTO DISTÓCICO POR VENTOSA

Trabalho de parto e parto: caso clínico 4

6.1. Enquadramento teórico

Grávida com 40 semanas de idade gestacional, trata-se de uma primeira gestação. É portadora do grupo sanguíneo A Rh negativo e tem resultado analítico de *Streptococcus* grupo B negativo. Deu entrada através da urgência de obstetrícia, em TP pelas 06:00, tendo sido colocado cateter epidural pelas 9:00, última administração de terapêutica pelas 13:00. A última avaliação tocológica foi realizada pelas 14h00 e apresentava três centímetros de dilatação, colo amolecido, intermédio, 50% extinto; Apresentação: acima do primeiro primeiro plano de Hodge. Apresentava membranas amnióticas íntegras. Colocou cateter epidural pelas 07h00 e a última administração de terapêutica analgésica foi pelas 13h30.

Apesar de a mulher não ter plano de parto escrito foram questionadas as suas preferências e expectativas relativamente ao TP, sendo estes dados considerados durante a conceção de cuidados. Verbalizou que tem expectativa de um parto vaginal, "*mas o mais importante é que corra bem e o bebé nasça bem*" (sic) pretende realizar contacto pele com pele ao nascimento.

A escolha deste caso clínico decorreu da oportunidade de adquirir competências na promoção da saúde da mulher durante o TP. Isso incluiu garantir intervenções de qualidade e com risco controlado para manter um ambiente seguro durante o parto, tendo em conta as expectativas da mulher, conforme recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019). Durante este processo, foram realizadas as seguintes atividades:

- Identificação e monitorização do trabalho de parto (OE, 2019).
- Avaliação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto (OE, 2019).
- Conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções apropriadas para otimizar as condições de saúde da mãe e do feto durante o trabalho de parto (OE, 2019).
- Identificação e monitorização do risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da área de atuação do EEESMO (OE, 2019).

No caso apresentado foi realizado o acompanhamento, no primeiro e segundo períodos, do TP,

tendo culminado num parto distócico por ventosa por estado fetal não tranquilizador. A escolha deste caso, deveu-se ao facto de me ter permitido adquirir competências relativamente à deteção precoce de complicações, à atuação do EEESMO face a desvios da normalidade do bem-estar fetal durante o TP e ainda atuação em partos distócicos.

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 19 anos | Feminino

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-29 15:00:00	Ropivacaína 10mg/ml pelo catéter epidural	
2023-05-29 16:15:00	Solução Polieletrolítica com glicose a 5%, 125ml/h	
2023-05-29 18:00:00	Ocitocina 10 UI em 1000ml de Soro a 250 ml/h	

6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A hidratação endovenosa iniciada pelas 16:15, teve como objetivo a correção de uma eventual hipovolemia materna, visto que o traçado cardiotocográfico se apresentava suspeito, por variabilidade reduzida. Segundo Silveira & Trapani (2018), a hidratação endovenosa pode contribuir para a melhoria da perfusão uteroplacentária, sendo uma das intervenções preconizadas para reverter a situação descrita.

Relativamente ao soro, à ropivacaína e à ocitocina como uterotónico, os aspetos a considerar foram descritos no caso um e no caso dois, respetivamente.

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

29-05-2023 15:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Esquerda(o)

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

29-05-2023 15:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

Cateter epidural

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

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

Os aspetos a considerar relativamente ao cateter venoso periférico e ao cateter epidural estão descritos no caso um.

6.5. Domínios

Início

29-05-2023 15:00

29-05-2023 15:00

29-05-2023 15:00

29-05-2023 15:00

29-05-2023 18:00

29-05-2023 18:20

29-05-2023 18:20

Domínios

Parto

Sondas, Drenos e Cateteres

Sistema cardiovascular

Eliminação urinária

Nascimento

Comportamentos para amamentar

Puerpério

Fim

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

Parto

No decorrer do TP, indicações maternas ou fetais, podem conduzir a um parto vaginal instrumentado. Entre as indicações para um parto vaginal instrumentado está a exaustão materna e incapacidade de realizar esforços explosivos eficazes; indicações médicas como doença cardíaca materna e a necessidade de evitar os esforços expulsivos no segundo período do TP; segundo período do TP prolongado, atraso na descida ou rotação da cabeça fetal; e padrões não tranquilizadores da FCF no segundo período do TP (ACOG, 2020c). O parto vaginal instrumentado pode evitar a cesariana e as complicações associadas a esta (ACOG, 2020c).

No caso do feto que manifesta sinais de comprometimento na segunda fase do TP, o uso de instrumentos para abreviar o TP pode reduzir o tempo de exposição do feto ao ambiente intrauterino, reduzindo os fatores que levam à encefalopatia neonatal e encefalopatia hipóxico-isquêmica (ACOG, 2020c).

Existem critérios definidos para aplicação de instrumentos no TP, são eles: dilatação completa, rotura de membranas, encravamento da apresentação, determinação da posição da cabeça fetal; estimativa de peso fetal, pelve considerada adequada para o parto vaginal, analgesia adequada, bexiga materna vazia e o consentimento da parturiente, após ser informada dos riscos e benefícios do procedimento (ACOG, 2020c).

No parto vaginal instrumentado podem ser usados fórceps ou ventosas, ambos têm baixo risco de complicações (ACOG, 2020c). No caso descrito foi utilizada ventosa.

O uso de ventosa está associado a um aumento, duas vezes maior, do risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus, em comparação com o parto vaginal não instrumentado, todavia não se recomenda a realização de episiotomia por rotina no parto vaginal instrumentado (ACOG, 2020c). Relativamente às complicações neonatais, relacionadas com a utilização de ventosa, pode ocorrer: laceração do escalpe fetal, uma vez que a tração é aplicada no couro cabeludo fetal; formação de cefalohematoma e hemorragia subgaleal ou intracraniana; hemorragias retinianas e taxas aumentadas de hiperbilirrubinemia (ACOG, 2020c).

Os resultados de partos vaginais instrumentados não devem ser comparados com os de partos vaginais sem uso de instrumentos, mas sim com os resultados do parto por cesariana, visto que o parto por cesariana é a alternativa clínica ao parto vaginal instrumentado (ACOG, 2020c).

A experiência de um parto vaginal instrumentado é, habitualmente, menos positiva que a experiência de um parto vaginal não instrumentado, todavia a qualidade da experiência relaciona-se com fatores como a boa comunicação com a equipa, a participação na tomada de decisão e o acreditar na razão da intervenção. As atitudes e habilidades profissionais podem contribuir, para a experiência do parto vaginal instrumentado (Crossland et al., 2020).

O papel do EEESMO, no parto vaginal instrumentado passa, pela deteção precoce e referenciação, à equipa médica, do compromisso do feto ou do TP e assistência durante o parto.

É importante ainda, oferecer suporte emocional à mulher e pessoa significativa antes, durante e após o parto, uma vez que um desalinhamento entre a expectativa de parto e a sua experiência está associado à redução da satisfação com o parto e pode ter um impacto negativo na saúde mental da mulher (Rowlands & Redshaw, 2012; Webb et al., 2021).

Os domínios eliminação urinária, sistema cardiovascular, nascimento e comportamento para amamentar, foram abordados no caso um e no caso dois.

6.6. Dados

Sistema cardiovascular

29-05-2023 15:00

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 111 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 67 mm Hg.

29-05-2023 16:15

Localização do Pulso

Antebraço Esquerda(o)

Frequência do pulso: 88 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 115 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 83 mm Hg.

Parto

29-05-2023 15:00

Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .

Duração da contração uterina: 25 Segundos.

Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

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

Trabalho de parto

29-05-2023 16:15

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 80%.

Dilatação do colo do útero: 6 cm.

Apresentação fetal: cefálica.

Bem-estar fetal: suspeito (ausência de pelo menos 1 critério de normalidade mas sem características do patológico).

Frequência cardíaca fetal: 3.00 bpm.

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.
Padrão de contractilidade uterina normal.
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 30 Segundos.
Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg].
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Sem globo vesical.
Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
Hora da rotura das membranas: 16:15:00.
Líquido amniótico de características normais.

29-05-2023 17:30

Dilatação do colo do útero: 10 cm.
Posição fetal: direita.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: ODP.
Bem-estar fetal: suspeito (ausência de pelo menos 1 critério de normalidade mas sem características do patológico).
Frequência cardíaca fetal: 130.00 bpm.
Descida do feto: 2.º plano de Hodge.
Padrão de contractilidade uterina normal.
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 40 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Sem globo vesical [MANTEVE].
Líquido amniótico de características normais.

29-05-2023 18:00

Nascimento

Hora do nascimento: 18:00:00.
Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.
Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 9.
Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

29-05-2023 18:20

Tipo de parto: diferente da expectativa.

Nascimento

29-05-2023 18:00

Nascimento

Hora do nascimento: 18:00:00.
Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.
Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 9.
Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

Puerpério

29-05-2023 18:20

Puerpério

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

Comportamentos para amamentar

29-05-2023 18:20

Amamentação

6.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com as intervenções propostas.

Relativamente ao TP, procurou-se promover o parto eutócico através da utilização de estratégias facilitadoras do TP, como a deambulação e o uso da bola de parto. Pelas 16:15 com o traçado cardiotocográfico suspeito, foi prioritário implementar medidas promotoras do bem-estar fetal, como o posicionamento lateral no leito e a hidratação endovenosa, que condicionou a mobilidade.

Após o nascimento, assegurada a estabilidade do recém-nascido, foi promovido o contacto pele com pele, incentivando a amamentação na primeira hora de vida conforme expectativa verbalizada pela mãe.

DOMÍNIO: Sistema cardiovascular

- Determinar evolução da pressão sanguínea

DOMÍNIO: Parto

Trabalho de Parto

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

DOMÍNIO: Eliminação urinária

- Determinar evolução de sinais de retenção urinária

DOMÍNIO: Sondas, Drenos e Cateteres

Cateter venoso periférico

- Assegurar funcionamento do cateter venoso periférico
- Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

Catéter epidural

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

DOMÍNIO: Nascimento

Nascimento

- Promover a adaptação à vida extrauterina

DOMÍNIO: Puerpério

Puerpério

- Determinar a evolução da recuperação pós-parto
- Determinar precocemente sinais de complicações no pós-parto

DOMÍNIO: Comportamentos para amamentar

Amamentação

- Promover o amamentar/mamar

6.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

29-05-2023 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Eliminação urinária

29-05-2023 16:15 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Parto

29-05-2023 15:00

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

- 29-05-2023 15:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto
- 29-05-2023 17:30 - Referenciar compromisso do estado do feto ao médico
- 29-05-2023 16:15 - Assistir no posicionar
- 29-05-2023 15:00 - Gerir ingestão de líquidos
- 29-05-2023 15:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto
- 29-05-2023 15:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto
- 29-05-2023 15:00 - Gerir analgesia

29-05-2023 18:00

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

- 29-05-2023 18:00 - Executar técnica de pele com pele

Nascimento

29-05-2023 18:00

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 18:00 - Executar técnica de pele com pele

Puerpério

29-05-2023 18:20

Puerpério

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 18:20 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Comportamentos para amamentar

29-05-2023 18:20

Amamentação

Intervenções de Enfermagem

29-05-2023 18:20 - Assistir na amamentação

6.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No início do turno, pelas 15:00 a parturiente encontra-se a deambular pelo serviço acompanhada pela pessoa significativa, monitorizada de forma contínua com CTG externo por telemetria, tendo sido incentivada a deambulação.

A promoção da deambulação, atua na promoção do TP, uma vez que pequenas, mas repetidas mudanças no alinhamento das articulações pélvicas ocorrem a cada passo, encorajando a rotação e descida fetal. Caminhar e subir escadas beneficiam também do efeito da gravidade (Simkin, Hanson, & Ancheta, 2017).

Pelas 16:15 verificou-se rotura espontânea de membranas, líquido amniótico de características normais. O traçado cardiotocográfico apresentava-se suspeito, por variabilidade reduzida. A parturiente ficou deitada, tendo sido sugerido posicionamento lateral, para o lado esquerdo, com vista a otimizar a oxigenação fetal, administrada hidratação endovenosa e reforçada hidratação por via oral.

Segundo a FIGO cit. por Silveira & Trapani (2018) um traçado cardiotográfico normal deve incluir todas as variáveis: Linha de base entre 110-160 bpm, variabilidade moderada entre 5 a 25bpm e sem desacelerações recorrentes, estas características são altamente preditivas de ausência de hipóxia ou acidose no momento do exame. O traçado é considerado suspeito quando falta uma das características de normalidade, porém sem características patológicas. No caso relatado, verificou-se variabilidade reduzida. O traçado cardiotocográfico suspeito, indica baixa probabilidade de hipóxia e acidose, todavia são necessárias medidas de acompanhamento, sendo indicado corrigir causas reversíveis, a monitorização contínua e a reavaliação após instituição de medidas de reanimação intrauterina (Silveira & Trapani, 2018).

A variabilidade reduzida pode estar associada a acidemia, especialmente, na ausência de

acelerações transitórias e presença de desacelerações tardias e variáveis. Foi descartado o período de sono fetal que tem, habitualmente, duração de 20 a 60 minutos e reverte espontaneamente (Silveira & Trapani, 2018).

O traçado também pode ser considerado patológico quando se verifica: linha de base abaixo de 100bpm; variabilidade reduzida ou acentuada; desacelerações tardias recorrentes; desacelerações prolongadas com mais de 30 minutos ou com mais de 20 minutos com variabilidade reduzida; uma desaceleração prolongada com mais de 5 minutos. Estas características traduzem alta probabilidade de hipóxia e acidose. (Silveira & Trapani, 2018).

Pelas 18:30, por traçado cardiotocográfico suspeito mantido, por variabilidade reduzida sem outras características, foi referenciado ao médico o compromisso do estado do feto. Foi explicada a situação ao casal, forneci suporte emocional, mantendo-me presente e disponível para esclarecer dúvidas. Na avaliação tocológica a parturiente apresentava-se com 10cm de dilatação, apresentação no II plano de Hodge. O médico obstetra aplicou uma ventosa, por estado fetal não tranquilizador.

Conforme preconizado no serviço, e corroborado pela DGS (2023) em partos distócicos, é solicitada a presença do neonatologista. Uma vez que o recém-nascido iniciou respiração espontaneamente ao nascimento, o clampeamento do cordão umbilical foi realizado após o primeiro minuto, com a avaliação do índice de Apgar ao primeiro minuto realizada pelo neonatologista com o recém-nascido no abdómen materno. Posteriormente ao corte do cordão, o recém-nascido foi retirado do abdómen materno, sendo realizado o exame físico, pelo neonatologista, e avaliação do índice de Apgar ao quinto minuto.

A pontuação do índice de Apgar foi projetada para ajudar a identificar recém-nascidos que necessitem de suporte respiratório ou outras medidas de reanimação. O índice de Apgar é composto por cinco parâmetros. Cada um tem peso igual e é atribuída uma pontuação de zero, um ou dois. Os componentes são somados para fornecer uma pontuação total que é registrada no primeiro, quinto e décimo minutos de vida do recém-nascido (Simon et al., 2023).

No primeiro minuto uma pontuação total de sete a dez é considerada tranquilizadora, uma pontuação de quatro a seis é moderadamente anormal, e uma pontuação de zero a três é considerada baixa em recém-nascidos de termo e pré-termo tardios. Aos cinco minutos, quando um recém-nascido tem uma pontuação inferior a sete, as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal recomendam o registo contínuo em intervalos de 5 minutos até 20 minutos (Simon et al., 2023).

A pontuação é calculada tendo em conta os seguintes parâmetros: respiração, frequência, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração (Simon et al., 2023).

- Respiração: se o recém-nascido não respirar, a pontuação é zero; se as respirações forem lentas e irregulares, fracas ou gasping, a pontuação é um; se o recém-nascido chorar

vigorosamente, a pontuação é dois (Simon et al., 2023).

- Frequência cardíaca: deve ser avaliada com um estetoscópio, e é a parte mais crítica da pontuação para determinar a necessidade de reanimação: se não houver batimentos cardíacos, a pontuação é zero; se a frequência cardíaca for inferior a 100 batimentos por minuto, a pontuação é um; se a frequência cardíaca for superior a 100 batimentos por minuto, a pontuação é dois (Simon et al., 2023).
- Tônus muscular: se recém-nascido estiver flácido e sem atividade, a pontuação é zero; se o recém-nascido demonstrar algum tônus e flexão, a pontuação é um; se o recém-nascido estiver em movimento ativo com flexão que resiste à extensão, a pontuação é dois (Simon et al., 2023).
- Irritabilidade reflexa: se não houver resposta à estimulação, a pontuação é zero; se houver alguma em resposta à estimulação, a pontuação é um; se o recém-nascido chorar, tossir ou espirrar ao ser estimulado, a resposta é dois.
- Relativamente à cor, a maioria dos recém-nascidos terá uma pontuação de um, visto que, a acrocianose é comum. Se o recém-nascido estiver pálido ou azulado, a pontuação para a cor é zero; se o recém-nascido estiver rosado, mas as extremidades estiverem azuladas, a pontuação é um; se o recém-nascido estiver completamente rosado, a pontuação é dois (Simon et al., 2023).

O recém-nascido apresentou Apgar de 9/9/10, sendo que pontuou um na coloração até ao quinto minuto, sendo este um achado comum, devido à acrocianose característica dos recém-nascidos.

Após a realização destes procedimentos, o recém-nascido foi colocado, novamente, em contacto pele com pele com a mãe, conforme preconizado pela SPN (2023), assistiu-se na amamentação quando o recém-nascido manifestou vontade de mamar.

Tendo sido realizada episiotomia pelo obstetra, e uma vez que a puérpera referiu desconforto, realizou-se crioterapia, através da aplicação de uma bolsa com gelo, para alívio do desconforto perineal. Esta intervenção é corroborada pela evidência, uma vez a crioterapia após o parto está descrita como eficaz na redução da dor perineal (Kim et al., 2020). Esta pode ser utilizada através de bolsas de gelo e bolsas de gel, com efeitos semelhantes no alívio da dor (Kim et al., 2020).

Posteriormente, prestaram-se cuidados de conforto e assistiu-se o primeiro levante, duas horas após o parto.

6.8. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame tocológico (Lavar as mãos; pedir consentimento e explicar a necessidade

de realização do exame; explicar procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos; assegurar privacidade; realizar toque vaginal)

- No toque vaginal avaliou-se a extinção, a dilatação, a presença ou ausência de membranas amnióticas, a estática fetal (atitude, a situação, a apresentação e o ponto de referência) e a progressão da apresentação fetal pelos planos de Hodge.
- Avaliar traçado cardiotocográfico: determinação da linha de base da FCF (deve estar entre 110-160bpm); da variabilidade (deve ser moderada entre 5 a 25bpm); verificar a presença de desacelerações recorrentes e ainda o padrão de frequência da contração uterina para descartar taquissístolia (cinco ou mais contrações uterinas a cada 10 minutos)

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Incentivei a deambulação
- Providenciei bola de parto
- Sugeri procurar os movimentos com base nas suas próprias sensações. À medida que ganha confiança, o corpo encontrará os movimentos e direções necessários para aliviar a dor e facilitar a saída do bebê (Calais-Germaine & Parés, 2009).
- Sugeri movimentos a realizar enquanto está na bola - bascular a pélvis a partir dos movimentos da anca. Pode direcioná-los em diferentes direções. Fazer, por exemplo, pequenos círculos, pequenos "oitos" (Calais-Germaine & Parés, 2009).
- Supervisionei a utilizar bola de parto

Gerir analgesia

- Monitorizar dor
- Administrar terapêutica conforme prescrito

Gerir ingestão de líquidos

- Ofereci gelatina com vista a reforçar a hidratação materna, incentivei a beber água conforme a sua vontade (WHO, 2018b; DGS, 2023; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Ajudei a pessoa significativa a posicionar-se por detrás da mulher, de modo a oferecer suporte enquanto esta realiza movimentos com a bola.

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

- Vigiei o local de inserção do cateter venoso periférico, quanto à existência de sinais inflamatório, como edema, rubor, dor e calor

Assistir no posicionar

- Ajudei a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo, na cama, de modo a evitar compressão aorto-cava e melhorar a perfusão uteroplacentária. Este posicionamento permite aliviar também a compressão do cordão umbilical, contribuindo para reversão de desacelerações tardias, variáveis e prolongadas (Silveira & Trapani, 2018)

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Questionar sobre a última micção
- Solicitar que se coloque em posição dorsal, palpar abdómen, procurar sinais de globo

vesical

Executar técnica de pele com pele

- Posicionei o recém-nascido, em decúbito ventral, sobre o peito materno, de modo a evitar a compressão do tórax, inicialmente, a cabeça deverá estar lateralizada
- O recém-nascido deve estar posicionado de modo a conseguir levantar a cabeça para que o nariz e a boca fiquem livres. O mamilo deve estar acessível ao recém-nascido.
- Cobri o recém-nascido com um lençol seco e quente, mas mantive o rosto visível, certificando-me que o nariz e a boca não estavam obstruídos pela mama ou pelo lençol
- Assisti a mãe a apoiar a mama, de modo a manter as vias aéreas do recém-nascido permeáveis, quando este começou a procurar o mamilo. Validei que ela compreendeu a informação.
- Lembrei os pais para se concentrarem no recém-nascido e seguirem o seu comportamento, explicando os nove comportamentos do recém-nascido durante o contacto pele com pele.
- Avaliei a respiração, o tônus, a coloração e a posição do recém-nascido de 15/15min, enquanto o recém-nascido permaneceu em contacto pele com pele Assistir no parto

Assistir na amamentação

- Com o recém-nascido em contacto pele com pele, tendo verificado que este manifestou vontade de mamar, ajudei a mulher a facilitar a adaptação do recém-nascido à mama.

7. PROMOÇÃO DE COMPETÊNCIAS PARENTAIS NUM SERVIÇO DE PUERPÉRIO

Puérpera

7.1. Enquadramento teórico

Puérpera nas primeiras 12-24 horas após parto eutócico com laceração perineal de primeiro grau, encontra-se a amamentar a recém-nascida, trata-se da primeira filha, do sexo feminino, com 3350 gramas, 49 centímetros de comprimento e 34 centímetros de perímetro cefálico, índice de Apgar 9/10/10.

A puérpera manifesta intenção de amamentar. A recém-nascida realizou contacto pele com pele ao nascimento e mamou na primeira hora de vida. Atualmente a mãe refere dificuldades na amamentação, referindo que esta *“adormece na mama, não mama o suficiente e parece que não tenho leite”* (sic).

A escolha do caso clínico, permitiu aprofundar competências na promoção da adaptação ao puerpério imediato e, particularmente, na promoção das competências parentais, nomeadamente no apoio à amamentação e nos cuidados de higiene do recém-nascido. Verificou-se, ao longo do estágio, que estes eram os desafios mais comuns sentidos pelos pais nesta fase, em particular naqueles que eram pais pela primeira vez, tal como no caso relatado.

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 34 anos | Feminino

7.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-07-14 15:00:00	Paracetamol 1gr (8/8h)	

7.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O paracetamol é um analgésico e antipirético, usado para controlo da dor ligeira a moderada. É utilizado no pós-parto visto que, pode ser eficaz na redução da incidência de dor perineal após o parto (Abalos et al., 2021). Embora os dados sobre efeitos adversos nas mães sejam escassos e não haja evidências relatadas sobre efeitos adversos nos recém-nascidos, não parece haver aumento significativo nos efeitos colaterais quando usado conforme indicado. Além disso, as evidências sugerem que a quantidade de medicamento que passa para o leite materno em bebés saudáveis de termo é pequena, para além disso, o paracetamol possui uma semi-vida relativamente curta (Abalos et al., 2021).

A administração pode ser repetida em intervalos de seis a oito horas. Se necessário o intervalo pode ser de, pelo menos, quatro horas, não devendo ultrapassar os quatro comprimidos diários (Infarmed, 2020).

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

7.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-07-2023 15:00	Puerpério	
14-07-2023 15:00	Lactação	
14-07-2023 15:00	Comportamentos para amamentar	
14-07-2023 15:00	Dor	
14-07-2023 15:00	Pele	
14-07-2023 15:00	Sistema cardiovascular	
14-07-2023 18:15	Adaptação à parentalidade	

7.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Sistema Cardiovascular

No caso relatado, a puérpera encontra-se nas primeiras 24 horas pós-parto, assim conforme preconizado pela WHO (2022), é essencial que todas as mulheres no pós-parto sejam regularmente avaliadas quanto à perda sanguínea vaginal, à contração uterina, à temperatura corporal e à frequência cardíaca, nas primeiras 24 horas, a começar após a dequitação. No serviço de puerpério a avaliação destes parâmetros era realizada uma vez por turno. Segundo a WHO (2022), a pressão arterial deve ser avaliada imediatamente após o parto. Se estiver dentro da normalidade, a segunda avaliação deve ocorrer até seis horas depois. Após este tempo era preconizado, no serviço, a avaliação de pressão arterial uma vez por dia, nas puérperas com parto eutócico e sem complicações associadas.

O período que envolve a gravidez e o pós-parto é considerado um importante fator de risco para o desenvolvimento de eventos tromboembólicos, especificamente trombose venosa profunda (TVP), já que é o evento tromboembólico mais comum (Silva et al., 2021). Pelo que, é essencial realizar a vigilância atenta dos sinais e sintomas de TVP, assim durante o exame físico, é importante observar os membros inferiores, nomeadamente a realização do teste de Homans que avalia a presença de dor e desconforto na face posterior da perna ao flexionar o pé. Além disso, podem ser detetados sinais como rubor e calor local, edema significativo unilateral e presença de varizes. Esses sintomas podem indicar complicações associadas à TVP (Silva et al., 2021).

Puerpério

O puerpério, compreendido como o intervalo imediatamente subsequente ao parto e estendendo-se até seis semanas (42 dias), constitui uma fase crítica para mulheres, recém-nascidos, pais e famílias (WHO, 2022; ACOG, 2018a). Associado a este período estão três grandes fases: o puerpério imediato, que decorre nas primeiras duas horas após o parto; o puerpério precoce, que dura até ao final da primeira semana; e o puerpério tardio, que termina no final da sexta semana (Barradas et al., 2015).

No caso clínico relatado a puérpera encontra-se no puerpério precoce. Nesta fase ocorrem diversas adaptações psicossociais: alterações no papel parental, e nas relações familiares e ainda alterações na auto-percepção e imagem corporal. Estas transições, a recuperação física da puérpera no pós-parto, as necessidades de resposta às exigências do recém-nascido fazem do puerpério um momento de maior vulnerabilidade para as mulheres.

O EEESMO deve fornecer apoio à puérpera e família, informar sobre a fisiologia do processo de recuperação pós-parto, sobre o autocuidado no pós-parto, informar sobre os cuidados gerais

pós-natais, sobre sinais de alerta e respeitar as preocupações das mulheres e dos seus familiares (WHO, 2022). Faz parte integrante do papel do EEESMO identificar as necessidades de cada mulher com base nesta fase de transição, devendo encorajá-la a falar sobre a sua experiência de parto; questionar sobre o seu bem estar, encorajando a comunicação de qualquer alteração ou dúvida acerca do seu bem-estar físico, mental ou emocional; fornecer informações precisas, capacitando e empoderando a mulher para cuidar da sua saúde (WHO, 2022).

Pele

A puérpera apresenta uma laceração perineal de primeiro grau, este tipo de laceração caracteriza-se por envolver apenas a pele perineal sem se estender para a musculatura (Arnold, Sadler & Leli, 2021). As lacerações perineais de primeiro e segundo graus ocorrem em aproximadamente 50% das mulheres após um parto vaginal, e a maioria delas não provoca resultados funcionais adversos (Arnold, Sadler & Leli, 2021). Importa realizar a avaliação da sua evolução para despiste de complicações.

Lactação

O processo de lactação tem início durante a gravidez, após a mamogénese, pequenas quantidades de colostro começam ser secretadas a partir das 16 semanas de gravidez, lactogénese I (Pillay & Davis, 2023). No parto, com a saída da placenta, dá-se um declínio rápido do estrogénio (responsável pelo desenvolvimento dos ductos e deposição de gordura) e da progesterona (responsável pelo desenvolvimento dos alvéolos e diferenciação das células secretoras) o que suspende o efeito inibidor da prolactina sobre as células secretoras, existente durante a gravidez. A produção de colostro é, nesta fase, de controlo endócrino, não necessitando de estimulação externa para acontecer. Cerca de 48 a 72h após o parto, dá-se o início da lactogénese II, com a "*descida de leite*", iniciando-se a produção copiosa de leite (Pillay & Davis, 2023). Considera-se que existe um atraso na lactogénese II, quando esta ocorre 72 horas após o parto (Hoyt-Austin et al., 2022). Este atraso normalmente está associado patologias como obesidade, retenção de restos placentares, diabetes gestacional (DG), hipertensão arterial ou parto por cesariana (Hoyt-Austin et al., 2022; Miao et al., 2023).

O controlo endócrino da produção de leite vai passando para autócrino ao longo dos dias, levando à produção de leite maduro ao fim de 10 dias (Kim, 2020). O estabelecimento do suprimento de leite maduro denomina-se lactogénese III, correspondendo à manutenção da produção de leite (Kim, 2020). A lactação é mantida pela remoção regular do leite e pela estimulação da aréola, que desencadeia a libertação de prolactina pela hipófise anterior e de ocitocina pela hipófise posterior (Pillay & Davis, 2023). A prolactina é responsável pela produção de leite ao nível dos alvéolos mamários (células secretoras). Assim, no intervalo das mamadas a secreção vai preenchendo o lúmen dos alvéolos. No entanto, o leite armazenado não flui espontaneamente, depende de uma outra hormona, a ocitocina que atua nas células

mioepiteliais e promove a sua ejeção do leite até ao mamilo (Pillay & Davis, 2023).

O reflexo de libertação de ocitocina pode ser desencadeado de forma espontânea (através de estímulos como ouvir o bebé chorar, olhar para o bebé ou pensar em dar de mamar) ou através da realização da sucção da aréola pelo recém-nascido (este produz impulsos sensitivos somáticos que são conduzidos ao hipotálamo e induzem a rápida produção de ocitocina, para promover a saída de leite para essa mesma mamada. Alguns sentimentos como a insegurança ou o medo (nomeadamente medo de não ter leite suficiente) podem inibir temporariamente o reflexo de ejeção do leite e dificultar a lactação e amamentação, através da libertação de um antagonista, da oxitocina, a adrenalina (Pillay & Davis, 2023). Quanto à prolactina, o seu nível atinge o pico cerca de três horas após a mamada, baixando posteriormente. No entanto, se o bebé voltar a mamar antes de a hormona alcançar o seu nível basal, o novo pico de prolactina que se seguirá obterá valores ainda mais altos. Por esta razão, dar de mamar frequentemente, ainda que de forma breve, estimula mais a produção de leite do que mamadas prolongadas. Ainda, no período noturno, a prolactina apresenta valores fisiologicamente mais elevados o que justifica a importância de optar por mamadas noturnas frequentes, por forma a manter a amamentação (Pillay & Davis, 2023).

Após a descida do leite, quando a glândula mamária assume a função de glândula autócrina, há um outro fator que importa referir, trata-se do FIL (fator inibidor da lactação): proteína produzida no interior dos alvéolos, que tem como função modular a produção do leite, consoante a mama está cheia ou não, atuando por um processo de feedback negativo, ou seja, quando o recém-nascido esvazia a mama, não havendo a presença desta proteína, as células ficam mais sensíveis à ação da prolactina e vão produzir mais leite, se não existir esvaziamento da mama, os recetores da prolactina estão ocupados e vai haver menor produção de leite (Pillay & Davis, 2023). Isto justifica a importância de oferecer as duas mamas e da drenagem eficaz e frequente da mama.

Até à descida de leite, expectável entre o segundo e o quinto dia após o parto, o colostro é o primeiro leite materno oferecido ao recém-nascido. É espesso, apresenta uma coloração amarelada/esbranquiçada, tem na sua constituição proteínas, anticorpos, leucócitos e como principais benefícios salientam-se: efeito laxante ajudando na eliminação do mecónio, prevenção da icterícia, ajudar na maturação intestinal e prevenir alergias (Yi et al., 2021). Posteriormente, aquando da lactogénese II, o colostro muda para leite de transição, atingindo o patamar de leite maduro a partir da segunda semana após o parto (Yi et al., 2021).

Comportamentos para amamentar

É recomendado que todos os bebés sejam alimentados exclusivamente com leite materno desde o nascimento até aos seis meses de idade (WHO, 2022). No âmbito dos cuidados pós-parto, as mães devem receber aconselhamento e apoio na amamentação em cada contacto (WHO, 2022).

Neste domínio importa avaliar se a puérpera tem conhecimento e capacidade para uma amamentação eficaz. Nomeadamente quanto à identificação de sinais de fome; sinais de saciedade; do posicionamento do bebé e da mãe, e aos sinais de pega adequada;

A amamentação implica identificar e responder aos sinais de fome e prontidão para mamar, para além de outros indicadores do bebé, sendo parte integrante de uma relação de cuidado entre a mãe e o bebé. A amamentação responsiva, também conhecida como amamentação em livre demanda ou orientada pelo bebé, não impõe limitações à frequência ou duração das mamadas, aconselhando-se que as mães amamentem sempre que o bebé demonstrar fome ou tão frequentemente quanto este desejar (WHO & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018). Por outro lado, a alimentação programada, que estabelece uma frequência e horário de mamadas predeterminados, geralmente limitados no tempo, não é recomendada (WHO & UNICEF, 2018). É importante que as mães compreendam que o choro é um sinal tardio de fome, sendo preferível alimentar o bebé mais cedo. Isso acontece porque quando o bebé está a chorar, torna-se mais desafiante conseguir posicioná-lo corretamente na mama, dificultando a pega (WHO & UNICEF, 2018; WHO, 2022).

Relativamente aos sinais de fome do recém-nascido, este começa a procurar abocanhar qualquer coisa que se aproxime da boca, abrir a boca e virar a cabeça como se procurasse o mamilo, sugar vigorosamente nos dedos ou chupeta; estar inquieto; alerta. Como sinal tardio pode ocorrer o choro (WHO & UNICEF, 2018).

O posicionamento adequado do recém-nascido, associado a uma pega adequada facilita a drenagem eficaz da mama, estimulando maior produção de leite e prevenindo o aparecimento de complicações (WHO, 2022). Uma pega adequada é aquela na qual o bebé abocanha, com a boca bem aberta, todo o mamilo e grande parte da aréola (vê-se mais aréola acima do que abaixo da boca do recém-nascido), visualizando-se uma inversão do lábio inferior, o queixo a tocar na mama e bochechas arredondadas (Associação Portuguesa de Medicina geral e familiar, 2019).

Outros fatores influenciam a pega adequada, de entre os quais a posição do recém-nascido e da mãe. O recém-nascido deve estar bem apoiado, com a cabeça e corpo alinhados, corpo próximo e voltado para a mãe e cabeça de frente para o mamilo. Quanto à mãe, é essencial que a mesma esteja sentada ou deitada numa posição confortável e relaxada (Associação Portuguesa de Medicina geral e familiar, 2019).

Adaptação à parentalidade

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

Tornar-se mãe e tornar-se pai é um processo complexo e desafiante, constituindo uma transição (Cardoso et al., 2015). Aquando deste processo, importa primeiramente compreender se estão presentes um conjunto de propriedades e fatores facilitadores necessários para que o processo de transição saudável se inicie e desenvolva, por exemplo, consciencialização e/ou presença de significados que podem facilitar ou dificultar a transição; de seguida, importa perceber o nível de conhecimentos e capacidades que os pais possuem, de acordo com as necessidades que vão sendo detetadas ao longo do tempo de internamento, se todas as condições estiverem presentes, o objetivo do EEESMO é dotar de conhecimentos e capacidades os pais, ajustando esta instrução ao seu nível de conhecimento (Cardoso et al., 2015).

Existem múltiplas competências parentais, as descritas no caso procuram responder às necessidades específicas dos pais no momento, visto que tiveram em conta o significado atribuído aos cuidados ao filho, o que estes já sabem, as habilidades que demonstram, as experiências que possuem e qual a sua disponibilidade no momento.

Dor

A dor durante o período puerperal, é uma resposta fisiológica comum, complexa, subjetiva e multidimensional aos estímulos sensoriais gerados (Brito et al., 2021). A dor é um dos sintomas mais comprometedores do bem-estar e, pode interferir no autocuidado da puérpera e cuidados ao recém-nascido, quanto à localização, a que pode ser mais prevalente é a dor perineal. Assim, é essencial realizar a sua monitorização através da escala numérica da dor. No caso descrito a última administração de paracetamol foi pelas 7:00, assim, monitorizou-se a dor no primeiro contacto com a puérpera, pelas 15:00.

7.5. Dados

Dor

14-07-2023 15:00

Dor

Localização da dor

Períneo

Intensidade da dor - sem dor.

Pele

14-07-2023 15:00

Laceração

Localização da laceração

Períneo

Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

Puerpério

14-07-2023 15:00

Puerpério

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto

Lactação

14-07-2023 15:00

Presença de leite na mama.

Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação

Comportamentos para amamentar

14-07-2023 15:00

Oferece a mama quando reconhece sinais de fome (Não).

Adota posição confortável para facilitar o mamar.

Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

Utiliza estratégias para estimular o mamar (Não).

Pega adequada.

Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

Potencial para melhorar capacidade para amamentar

Amamentação

Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

Adaptação à parentalidade

14-07-2023 18:15

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

Conhecimento sobre higiene do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao dar banho: não dificultador.

Significado atribuído ao tratamento do coto umbilical: não dificultador.

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido

Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido

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

7.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com as

intervenções propostas.

No início do turno, conforme o preconizado no serviço, foi prioritário determinar a evolução da recuperação pós-parto através do exame físico que era realizado à puérpera em cada turno (avaliação da contração uterina, perda hemática, e sinal de homans). Neste momento, foi também, observada a laceração, quanto ao despiste de sinais de deiscência. Tendo em conta a última administração de terapêutica analgésica às 7:00, monitorizou-se a dor segundo a escala numérica, a puérpera não apresentava dor.

Posteriormente, foi dada resposta às necessidades da puérpera no âmbito da lactação e da amamentação, visto ser a questão prioritária para a mãe no momento.

Por fim, foi dada resposta às necessidades do casal no âmbito da prestação de cuidados ao seu filho. Foi realizada a esta hora, uma vez que foi acordado com os pais a melhor hora para prestar cuidados ao recém-nascido, tendo possibilitado estarem presentes o pai e a mãe.

DOMÍNIO: Pele

Laceração

- Determinar evolução da laceração

DOMÍNIO: Puerpério

Puerpério

- Determinar evolução da recuperação pós-parto
- Promover autogestão da recuperação pós-parto

DOMÍNIO: Dor

- Determinar evolução da dor

DOMÍNIO: Lactação

- Promover autogestão da lactação

DOMÍNIO: Comportamentos para amamentar

Amamentação

- Promover o amamentar/mamar
- Promover autogestão: amamentação

DOMÍNIO: Adaptação à parentalidade

- Promover adaptação à parentalidade: segurança
- Promover adaptação à parentalidade: higiene e conforto
- Promover adaptação à parentalidade: vigilância e promoção da saúde

7.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Seguidamente, apresentam-se os critérios de resultado, em função dos diagnósticos de enfermagem elencados.

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado no pós-parto, é esperado:

- Que a puérpera saiba que a higiene perineal deve ser realizada com água corrente;
- Que a puérpera saiba que deve trocar regularmente penso higiénico.

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre complicações no pós-parto, é esperado:

- Que a puérpera conheça a evolução esperada dos lóquios.

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre lactação, é esperado:

- Que a puérpera conheça o mecanismo de produção e manutenção da produção do leite materno ;
- Que a puérpera seja capaz de reconhecer as características do leite materno em função do tempo;

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação, é esperado:

- Que a mãe identifique o choro como um sinal tardio de fome;
- Que a mãe identifique os sinais precoces de fome e responda à necessidade do recém-nascido;
- Que a mãe consiga identificar e assegurar uma pega adequada;
- Que a mãe saiba os cuidados à mama;
- Que a mãe reconheça o padrão de sucção do recém-nascido e identifique sinais de transferência de leite;
- Que a mãe conheça estratégias para manter o recém-nascido acordado durante a mamada;

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar capacidade para amamentar, é esperado:

- Que a mãe seja capaz de utilizar estratégias facilitadoras de uma pega adequada;
- Que a mãe seja capaz de identificar no recém-nascido os sinais de pega adequada;
- Que a mãe seja capaz de utilizar estratégias para estimular o recém-nascido a mamar.

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre promoção

da segurança do recém-nascido, é esperado:

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

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido, é esperado:

- Que a mãe saiba como garantir a higiene do recém-nascido;
- Que a mãe saiba como tratar do coto do cordão umbilical.

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

- Que a mãe saiba que a vacinação é uma estratégia de proteção precoce contra várias doenças;
- Que a mãe saiba estratégias de alívio da dor que podem utilizar durante a administração de vacinas.

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido, é esperado:

- Que a mãe seja capaz de realizar a higiene do recém-nascido;
- Que a mãe seja capaz de tratar do coto do cordão umbilical;

7.6. Diagnósticos

Dor

14-07-2023 15:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução da dor

14-07-2023 15:00 - Gerir analgesia

14-07-2023 15:00 - Aplicar frio [SOS]

Pele

14-07-2023 15:00

Laceração

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução da laceração [1 vez turno]

Puerpério

14-07-2023 15:00

Puerpério

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto

14-07-2023 15:00 - Ensinar sobre higiene perineal

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações no pós-parto

14-07-2023 15:00 - Ensinar sobre evolução dos lóquios

Lactação

14-07-2023 15:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre lactação

14-07-2023 15:00 - Ensinar sobre lactação

Comportamentos para amamentar

14-07-2023 15:00

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações da amamentação

Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Ensinar sobre amamentação

14-07-2023 15:00 - Ensinar sobre sinais de fome

14-07-2023 15:00 - Ensinar sobre pega adequada

14-07-2023 15:00 - Ensinar sobre padrão de sucção

14-07-2023 15:00 - Ensinar sobre cuidados à mama

Potencial para melhorar capacidade para amamentar

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Assistir na amamentação

Amamentação

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

14-07-2023 15:00 - Assistir na amamentação

Adaptação à parentalidade

14-07-2023 18:15

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

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 18:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido

14-07-2023 18:15 - Ensinar sobre medidas de segurança: quedas

14-07-2023 18:15 - Ensinar sobre medidas de segurança: queimaduras

Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 18:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre higiene do recém-nascido

14-07-2023 18:15 - Ensinar sobre higiene do recém-nascido

14-07-2023 18:15 - Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido

14-07-2023 18:15 - Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 18:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido

14-07-2023 18:15 - Ensinar sobre vacinação

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

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 18:15 - Avaliar evolução da capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido

14-07-2023 18:15 - Instruir a dar banho

14-07-2023 18:15 - Instruir a tratar do coto do cordão umbilical

14-07-2023 18:15 - Treinar a dar banho

14-07-2023 18:15 - Treinar a tratar do coto do cordão umbilical

7.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No caso relatado, a puérpera encontra-se nos primeiras 24 horas pós-parto e já ocorreu a primeira micção pós-parto. Esta deve ser registada até seis horas após o parto (WHO, 2022). Em todos os contactos subsequentes, após as primeiras 24 horas, é importante continuar a monitorizar o bem-estar geral e realizar avaliações específicas relacionadas com: micção e incontinência urinária, função intestinal, ferida perineal, cefaleias, dor, para além das características dos lóquios (WHO, 2022)

A identificação precoce de condições que possam impactar negativamente a saúde e o bem-estar das mulheres no pós-parto, incluindo a capacidade para providenciar cuidados a si próprias e aos recém-nascidos, constitui um elemento fundamental da prestação de cuidados de qualidade (WHO, 2022). Assim, procurei responder às necessidades da puérpera relativamente ao autocuidado no pós-parto, uma vez que esta questionou, até quando será normal ter perda sanguínea vaginal e se pode tomar duche como habitualmente. Ensina-se sobre evolução dos lóquios e higiene perineal.

A identificação precoce das necessidades dos pais relativamente aos cuidados ao recém-nascido, com o objetivo de atuar como elemento facilitador da transição é crucial e tem como objetivo promover uma transição saudável para a parentalidade.

No primeiro contacto a puérpera questiona se tem leite suficiente para o bebé, *“porque ele está*

sempre na mama, e parece que não tenho leite" (sic). Questionou também de quanto em quanto tempo deve amamentar e referiu que o bebé adormece muito na mama. Foi questionada sobre *"Que comportamentos costuma observar quando o bebé tem fome?"* Tendo referido que o bebé começa a abocanhar o que encontra e chora.

Na observação do recém-nascido a mamar verificou-se:

- Mãe: Corpo relaxado, sem evidência de expressão corporal e/ou facial de dor ou desconforto
- Bebê: Corpo próximo da mãe, apoiado; cabeça e tronco alinhados
- Bebê abocanha o mamilo e aréola; o queixo toca a mama
- Alternância de padrão de sucção não nutritiva para nutritiva, sendo audíveis ocasionalmente sons de deglutição e pausas;
- Braços e mão relaxados do bebé no final da mama.
- Após término da mamada não se observou nenhum cuidado às mamas.

A amamentação implica identificar e responder aos sinais de fome e prontidão para mamar, para além de outros indicadores do bebé, sendo parte integrante de uma relação de cuidado entre a mãe e o bebé. A amamentação responsiva, também conhecida como amamentação em livre demanda ou orientada pelo bebé, não impõe limitações à frequência ou duração das mamadas, aconselhando-se que as mães amamentem sempre que o bebé demonstrar fome ou tão frequentemente quanto este desejar (WHO & UNICEF, 2018). Por outro lado, a alimentação programada, que estabelece uma frequência e horário de mamadas predeterminados, geralmente limitados no tempo, não é recomendada. É importante que as mães compreendam que o choro é um sinal tardio de fome, sendo preferível alimentar o bebé mais cedo. Isso acontece porque quando o bebé está a chorar, torna-se mais desafiante conseguir posicioná-lo corretamente na mama, dificultando a pega (WHO & UNICEF, 2018; WHO, 2022).

Por fim, uma vez que não se observaram cuidados à mama, após o recém-nascido ter mamado, questionou-se: *"Durante o período de amamentação, as mamas estão mais expostas e, por isso, carecem de alguns cuidados adicionais para se manterem saudáveis. Que cuidados pode adotar para manter a saúde das mamas durante o período que estiver a amamentar?"*. A puérpera referiu o soutien e a importância deste ter um suporte adequado. Assim sendo, ensinou-se sobre os cuidados à mama.

Relativamente aos cuidados de higiene ao recém-nascido, a mãe e o pai estão presentes e manifestam interesse em aprender.

- O pai refere que se *"deve optar por produtos neutros ou até só água nos primeiros dias"* (sic).
- Questionados sobre - Como preparava(m) o ambiente e a água? Referem apenas a importância da temperatura do quarto para o recém-nascido não arrefecer.
- Questionam como saber a temperatura certa da água e sobre aplicação de creme hidratante após banho;

- Questionam como deve ser realizada a limpeza do coto do cordão umbilical (frequência e técnica).
- A mãe refere que em casa a tarefa de dar banho ao recém-nascido será repartida pelos dois;
- A mãe verbaliza que gostaria de ser ela a dar banho e tratar do coto umbilical, hoje, com o apoio da enfermeira, para depois se sentir mais confiante em casa.

Foram elencados diagnósticos de enfermagem que visam a promoção da adaptação à parentalidade relativamente à higiene e conforto, à segurança e à vigilância e promoção da saúde do recém-nascido.

Segundo WHO (2022), primeiro banho de um recém-nascido a termo e saudável deve ser adiado por pelo menos 24 horas após o nascimento. O tipo de banho eleito é o de imersão, quando exequível, dado que provoca menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais. O ambiente no local do banho deve ser ameno e sem correntes de ar (janelas fechadas), a recomendação para a temperatura ambiente do quarto será de 24°C. A temperatura ideal da água é de 37°C (para avaliar a temperatura da água pode ser usado um termómetro para água ou usar a face interna do pulso ou o cotovelo), o banho deve ter uma duração inferior a cinco minutos. O couro cabeludo deve ser limpo da mesma forma que o resto do corpo. A recomendação sobre a frequência do banho é que este deve acontecer pelo menos duas a três vezes por semana (Blume-Peytavi, 2012; Raeside, 2022).

A pele do recém-nascido constitui uma barreira protetora e o principal órgão de defesa do recém-nascido, dado o seu pH ácido. Comparativamente à pele de um adulto, a pele de um recém-nascido é mais frágil e mais sensível, visto que a epiderme e a derme são mais finas tornando-o mais suscetível à ação de microrganismos e de substâncias tóxicas. Ao aplicar qualquer produto químico na pele do recém-nascido, este será absorvido em maior quantidade. A manutenção da acidez da pele do recém-nascido é uma das principais medidas protetoras da função inibidora do crescimento de bactérias. O uso de produtos de higiene, que contêm químicos, pode provocar alterações no pH da pele, tornando-a mais alcalina diminuindo a sua capacidade antibacteriana. Recomenda-se que durante as primeiras quatro semanas, os bebés não devem usar produtos durante o banho, devendo apenas ser utilizada água (Gupta et al., 2023; Blume-Peytavi, 2012).

Quanto aos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido, o método de cuidado seco (dry care) tem sido recomendado. Essa abordagem preconiza a manutenção do coto do cordão umbilical limpo e seco, sem a aplicação de antissépticos ou antibióticos. A técnica dry care é considerada simples e segura nos cuidados ao coto do cordão umbilical do recém-nascido, envolvendo a higiene durante o banho, a dobra da fralda abaixo do coto do cordão umbilical para evitar o contato com urina e fezes, e a manutenção do coto do cordão umbilical seco e exposto ao ar ou coberto por roupas limpas. As precauções a serem tomadas incluem a lavagem cuidadosa das mãos antes e depois dos cuidados ao coto, a limpeza sempre que necessário com água tépida, a

secagem adequada com movimentos da base de inserção do coto umbilical para a mola e a manutenção do coto do cordão umbilical seco (Hsieh & Chen, 2022; Pires, 2016; Coffey & Brown, 2017; WHO, 2017a).

A promoção da imunização de recém-nascido deve obedecer às mais recentes recomendações da OMS para a vacinação de rotina. Relativamente à vacina contra a Hepatite B, é recomendável administrar a primeira dose a todos os bebês o mais rapidamente possível após o nascimento, idealmente no período de 24 horas (WHO, 2022; DGS, 2020). A mãe e o pai estavam presentes e manifestaram interesse em aprender.

7.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da laceração

- Observar a laceração, procurando sinais de deiscência

Ensinar sobre lactação

- Explicar que o colostro ("primeiro leite") começa a ser produzido ainda na gravidez, é libertado nos primeiros dias após o parto, é rico em anticorpos (primeira vacina natural para o bebé) e tem uma coloração amarelada, é espesso e existe em quantidade reduzida, no entanto é a quantidade ideal para o bebé nesta fase (Pillay & Davis, 2023; Kellams et al., 2017).
- Explicar que pequenas quantidades de colostro são apropriadas para o tamanho do estômago de um recém-nascido, e são fáceis para o recém-nascido gerir enquanto aprende a coordenar a sucção, a deglutição e a respiração (Pillay & Davis, 2023; Kellams et al., 2017).
- Por volta do segundo/terceiro dia as características do leite alteram-se, passando a ser designado leite de transição, um leite mais claro, menos espesso e em maior quantidade e que está presente até ao 10º dia pós-parto. Após o 10º dia, há produção de leite maduro, um leite que inicialmente é mais aguado e translúcido e no final da mamada torna-se mais espesso e rico em gordura (Pillay & Davis, 2023; Kellams et al., 2017).
- Explicar que a lactação é mantida pela remoção regular do leite e pela estimulação da aréola (Pillay & Davis, 2023; Kellams et al., 2017).
- Explicar que após a descida do leite, este se produz através de um sistema de regulação em que a produção ocorre em função da necessidade, sendo a produção regulada pelo estímulo do recém-nascido através de uma drenagem eficaz da mama, ou seja, quanto maior a frequência das mamadas maior será a produção de leite (Pillay & Davis, 2023; Kellams et al., 2017).
- Explicar que é recomendado dar de mamar frequentemente, para manter a produção de leite e que deve oferecer as duas mamas, começando por aquela em que o recém-nascido mamou menos na mamada anterior (Pillay & Davis, 2023; Kellams et al., 2017).

Ensinar sobre amamentação

- Explicar que os recém-nascidos normalmente estão sonolentos após um período inicial de alerta após o nascimento (cerca de 2 horas). Eles têm ciclos variáveis de sono-vigília, com um ou dois períodos adicionais de vigília nas 10 horas seguintes, quer sejam alimentados ou não (Kellams et al., 2017).
- Reforçar a importância de prestar atenção cuidadosa aos sinais precoces fome e que se pode ir acordando gentilmente o recém-nascido para tentar amamentar mais frequentemente, colocar o recém-nascido em contacto pele a pele, pois pode encorajá-lo a mamar com mais frequência (Kellams et al., 2017)
- Explicar que os recém-nascidos devem mamar quando manifestam os sinais de fome que descrevi e não por horas.
- É esperado que os recém-nascidos mamem no mínimo oito vezes por dia (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre lactancia materna, 2017).
- Explicar estratégias para manter o bebé acordado durante a mamada como falar com o recém-nascido; Massajar as costas e o tronco; esfregar as mãos e os pés do bebé; Mudar a fralda (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017).

Avaliar evolução da dor

- Monitorizar dor através da escala numérica

Ensinar sobre higiene perineal

- Explicar como deve ser realizada a higiene perineal: duche diário, utilizar água corrente, realçar a importância da troca regular do penso higiénico (NICE, 2021b)

Ensinar sobre evolução dos lóquios

- Explicar que os lóquios têm um cheiro idêntico ao fluxo menstrual, vão diminuindo em quantidade, a coloração vai ficando mais clara ao longo do tempo, inicialmente são vermelhos, idênticos ao fluxo menstrual, depois tornam-se mais rosados e por fim têm uma coloração amarelo-claro, até desaparecerem cerca de três a seis semanas após o parto (NICE, 2021b).

Assistir na amamentação

- Ajudar a utilizar estratégias facilitadoras de boa pega (segurar a mama em “C”, polegar fica na parte superior da mama e os restantes 4 dedos na parte inferior; apontar o mamilo na direção do nariz do bebé, tocar com o mamilo no lábio superior do bebé e aguardar que o bebé abra bem a boca, aproximando-o da mama de seguida ((Associação Portuguesa de Medicina geral e familiar, 2019); Kellams et al., 2017).
- Ajudar a mãe a identificar no recém-nascido os sinais de boa pega (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017)
- Ajudar a colocar o recém-nascido em contacto pele com pele (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017; Kellams et al., 2017)
- Ajudar a utilizar estratégias para estimular o recém-nascido a mamar (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017; Kellams et al., 2017)

Ensinar sobre sinais de fome

- Explicar o choro como um sinal tardio de fome (WHO & UNICEF, 2018).
- Validar os sinais precoces de fome do recém-nascido que a mãe identificou (rotação lateral da cabeça, abrir a boca, sucção das mãos) e a importância de lhes responder (WHO & UNICEF, 2018).

Ensinar sobre pega adequada

- Explicar elementos observados no recém-nascidos que evidenciam boa pega, como a boca bem aberta; o lábio inferior está virado para fora contra a mama (o lábio superior pode estar virado para fora ou neutro); o queixo toca a mama e o nariz está longe da mama, porque a cabeça está em ligeira extensão; as bochechas estão arredondadas, mantendo a estabilidade da língua durante a sucção; a língua sai sobre o lábio inferior e fica abaixo da aréola durante a mamada; ambos estão completamente confortáveis (Associação Portuguesa de Medicina geral e familiar, 2019).
- Explicar estratégias facilitadoras de boa pega como segurar a mama em “C” (Associação Portuguesa de Medicina geral e familiar, 2019).

Ensinar sobre padrão de sucção

- Explicar que o recém-nascido vai alterando o padrão de sucção quando está a mamar, começa por apresentar um padrão de sucção não nutritiva, ou seja, uma sucção mais rápida e débil (duas sucções para uma deglutição) e quando ocorre o reflexo de ejeção de leite o recém-nascido passa para uma sucção nutritiva, que é mais lenta, mais profunda (habitualmente uma sucção para uma deglutição) às vezes até se ouve o “glup”, som de engolir, e através dessa alteração do tipo de sucção conseguimos perceber que o bebé está efetivamente a receber leite materno (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017; Kellams et al., 2017).

Ensinar sobre cuidados à mama

- Explicar medidas de higiene das mamas - Lavar a zona do mamilo e aréola apenas com água, não usar sabonete, gel de banho diretamente no mamilo e aréola (Associação Portuguesa de Medicina geral e familiar, 2019).
- Explicar a importância de manter a pele do mamilo e aréola seca, permite prevenir maceração e consequentemente fissuras mamilares;
- Após a mamada é importante colocar uma gota de leite no mamilo e aréola, porque permite prevenir fissuras mamilares (Niazi et al., 2021)
- Explicar que, se possível, deve expor os mamilos ao ar para evitar maceração e prevenir fissuras (Associação Portuguesa de Medicina geral e familiar, 2019)

Ensinar sobre medidas de segurança: quedas

- Explicar que é importante reunir todo o material para o banho previamente para depois não ter de se ausentar e deixar o recém-nascido sozinho, a fim de evitar quedas

Ensinar sobre medidas de segurança: queimaduras

- Explicar que deve adicionar água fria primeiro e depois a água quente para evitar que a base banheira fique demasiado quente e possa provocar queimaduras no recém-nascido (Raeside, 2022).
- Explicar que a temperatura ideal da água é de 37 graus (para avaliar a temperatura da

água pode ser usado um termómetro para água ou usar a face interna do pulso ou o cotovelo) (Raeside, 2022)

Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

- Explicar que o método de cuidado seco (dry care) ao coto do cordão umbilical é o recomendado (WHO, 2017a).
- Explicar que a técnica dry care envolve a higiene durante o banho, a dobra da fralda abaixo do coto do cordão umbilical para evitar o contato com urina e fezes, e a manutenção do coto do cordão umbilical seco e exposto ao ar ou coberto por roupas limpas (Hsieh & Chen, 2022; Pires, 2016; Coffey & Brown, 2017; WHO, 2017a).
- Explicar as precauções a serem tomadas como a lavagem cuidadosa das mãos antes e depois dos cuidados ao coto do cordão umbilical, a limpeza sempre que necessário com água tépida, a secagem adequada com movimentos da base de inserção do coto do cordão umbilical para a mola, a manutenção do coto do cordão umbilical seco (Hsieh & Chen, 2022; Pires, 2016; Coffey & Brown, 2017; WHO, 2017a).
- Explicar sinais de onfalite como rubor (vermelhidão na base do coto), edema (inchaço), calor, cheiro fétido e presença de secreções purulentas/esverdeadas (Coffey & Brown, 2017).

Instruir a tratar do coto do cordão umbilical

- Demonstrar como limpar a área do cordão umbilical com água e uma compressa limpa para remover qualquer sujidade
- Demonstrar como secar o coto do cordão umbilical: mantendo-o limpo e seco, através do uso de compressas limpas, executando movimentos de pressão da base para a extremidade.
- Demonstrar como remover secreções da base de inserção do coto umbilical

Treinar a tratar do coto do cordão umbilical

- Ajudar a mãe a tratar do coto umbilical do recém-nascido

Instruir a dar banho

- Demonstrar a preparação do material/roupa
- Demonstrar como manipular o bebé segurando de forma firme a região axilar com o seu indicador e o polegar, dando suporte à cabeça e pescoço com o antebraço do membro não dominante e realizando as restantes tarefas do cuidado com o membro livre;
- A quantidade de água deve ser aproximadamente dois ou três dedos (Raeside, 2022)
- Verificar novamente a temperatura da água antes de remover a fralda e imergir o recém-nascido.
- Lembrar os pais que se existiram fezes ou urina na fralda limpar a região perineal antes de colocar o recém-nascido na água
- Ajudar a mãe a colocar o recém-nascido na banheira
- Ajudar a mãe a secar o recém-nascido gentilmente por pressão com a toalha, sem esfregar.
- Ajudar a mãe a fralda dobrando para não ficar em contacto com o coto do cordão umbilical

- (Raeside, 2022)

Treinar a dar banho

- Supervisionar a mãe a dar banho ao recém-nascido

Ensinar sobre vacinação

- Explicar que a vacinação é uma estratégia de proteção precoce contra várias doenças (DGS, 2020).
- A 1ª vacina do recém-nascido é vacina contra a hepatite B (DGS, 2020);
- A próxima vacina será aos dois meses no centro de saúde (DGS, 2020);
- O plano de vacinação completo se encontra no verso do boletim individual de saúde do bebé (DGS, 2020)
- Explicar estratégias de conforto ao recém-nascido durante a administração de vacinas, por exemplo, amamentar (Shah et al., 2023)

Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido

- Explicar que não é recomendada a aplicação por rotina de emolientes tópicos em recém-nascidos de termo e saudáveis com o intuito de prevenir alterações cutâneas (Gupta et al., 2023; Blume-Peytavi, 2012)
- Explicar que nas primeiras quatro semanas de vida os bebés não devem usar produtos durante o banho, devendo apenas ser utilizada água (Gupta et al., 2023; Blume-Peytavi, 2012).
- O vernix caseoso deve ser deixado na pele para ser absorvido naturalmente (WHO, 2022).

Ensinar sobre higiene do recém-nascido

- Explicar que o tipo de banho mais recomendado é o de imersão, quando exequível, dado que provoca menos perda de calor e menos flutuação dos sinais vitais.
- Explicar que o ambiente no local do banho deve ser ameno e sem correntes de ar (janelas fechadas).
- Explicar que se recomenda o banho do recém-nascido pelo menos duas a três vezes por semana
- Explicar que o banho deve ter uma duração inferior a cinco minutos.
- Explicar que o couro cabeludo deve ser limpo da mesma forma que o resto do corpo.
- (Blume-Peytavi, 2012; Raeside, 2022; WHO, 2022)

8. INTERVENÇÃO DO EEESMO NO RECÉM-NASCIDO NUM SERVIÇO DE PUERPÉRIO

Recém-Nascido

8.1. Enquadramento teórico

Recém-nascido do sexo feminino, nascido de parto eutócico, no primeiro dia de vida, com peso à nascença de 3350gr, 49cm e 34cm de perímetro cefálico. Índice de Apgar de 9/10/10 ao primeiro, quinto e décimo minuto, respetivamente. Realizou contacto pele com pele ao nascimento, mamou na primeira hora de vida, mantém alimentação com leite materno, apresentou duas micções e uma dejeção de mecónio desde o nascimento.

Apresenta-se calmo, com pele hidratada e rosada, com choro vigoroso e tónus adequado. Coto umbilical sem sinais inflamatórios, de aspeto gelatinoso

8.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 1 dia | Feminino

8.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-07-2023 15:00	Recém-nascido	
14-07-2023 15:00	Reflexo de sucção	
14-07-2023 15:00	Eliminação intestinal	
14-07-2023 15:00	Eliminação urinária	

8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Recém-nascido

No que ao recém-nascido diz respeito nesta fase importa, essencialmente, garantir uma vigilância da sua adaptação à vida extrauterina.

As atividades de vigilância do recém-nascido abrangem aspetos como reflexos, estado da pele e mucosas, padrão de alimentação e eliminação. Estas atividades estão intrinsecamente ligadas à promoção do desenvolvimento das competências parentais, conforme abordado no caso anterior.

No contexto do caso clínico apresentado, num serviço de internamento de puerpério, as intervenções passaram pela avaliação da evolução coto do cordão umbilical e despiste de complicações, conforme preconizado pela WHO (2022), que menciona que estes cuidados são de extrema importância nesta fase (WHO, 2022). Esta avaliação, no serviço estava preconizada ser realizada uma vez por turno.

Segundo a SPN (2023), a avaliação inicial do recém-nascido deve ocorrer nas primeiras 24 horas após o nascimento e compreender tanto a história obstétrica e perinatal quanto uma análise completa e detalhada do recém-nascido para detetar qualquer anomalia que possa comprometer a sua adaptação à vida extrauterina. O exame físico pode ser realizado no quarto da mãe, garantindo uma temperatura adequada, ambiente tranquilo e iluminação adequada.

A abordagem deve ser sistemática para garantir a avaliação completa de todos os aspetos. Embora a ordem exata não seja crucial, pode-se otimizar o exame observando inicialmente a aparência geral do recém-nascido: cor, respiração, comportamento, atividade e postura. Seguidamente a avaliação física, numa lógica cefalo-caudal: avaliação da cabeça (incluindo fontanelas), rosto, nariz, boca (incluindo palato), ouvidos, pescoço e simetria geral da cabeça e características faciais; olhos relativamente a opacidades, pesquisa do reflexo vermelho; auscultação cardiopulmonar enquanto o recém-nascido estiver calmo; pescoço e clavículas, membros, mãos, pés e dedos; avaliar proporções e simetria; esforço respiratório, frequência e sons pulmonares; abdómen: avaliar forma e palpar para identificar qualquer organomegalia; verificar a evolução do coto do cordão umbilical; observar os genitais e o ânus, permeabilidade e testículos não descidos em meninos; coluna vertebral, inspecionar e palpar estruturas ósseas e verificar integridade da pele; pele quanto à cor e textura, assim como qualquer marca de nascença ou erupções cutâneas; sistema nervoso central: tónus, comportamento, movimentos e postura; verificar reflexos do recém-nascido apenas se houver preocupação; choro, avaliar o som (SPN, 2023; NICE, 2021b).

Exames que podem causar desconforto, como a avaliação da mobilidade das articulações do

quadril e da coluna, bem como a medição do comprimento e perímetro cefálico, podem ser realizados em último lugar (SPN, 2023).

Eliminação urinária e Eliminação intestinal

O conhecimento e a compreensão dos processos de transição do recém-nascido para a vida extrauterina permitem a detecção precoce de eventuais complicações. Por exemplo, o mecônio é normalmente eliminado nas primeiras 24 horas após o nascimento. Se um recém-nascido de termo não apresentar nenhuma dejeção nas primeiras 48 horas após o nascimento, deve ser comunicado ao pediatra visto que pode haver uma obstrução no trato gastrointestinal inferior (ACOG & American Academy of Pediatrics (APA), 2017).

Quanto à urina, esta é normalmente eliminada nas primeiras 12 horas após o nascimento, se não ocorrer micção nas primeiras 12 horas, deve igualmente ser comunicado (ACOG & APA, 2017).

Para além da vigilância da primeira micção, também a frequência e as suas características devem ser monitorizadas, pois estão diretamente relacionadas com o aporte hídrico e a alimentação do recém-nascido (ACOG & APA, 2017). A urina deve ser amarelo-claro e a quantidade de micções aumenta, à medida que o tempo de vida do recém-nascido aumenta. É esperado que o recém-nascido apresente no primeiro dia de vida, uma ou mais micções; do segundo ao terceiro dia, duas a três micções; do terceiro ao quinto dia, três a cinco micções; do quinto ao sétimo dia, quatro a seis micções; a partir do sétimo dia, micções frequentes, normalmente seis a oito micções por dia (Grupo de Trabajo de la Guia de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017; Lowdermilk & Perry, 2008).

Além disso, torna-se importante esclarecer que a tonalidade rosa/alaranjada na fralda do recém-nascido acontece devido à eliminação de cristais de urato na urina, uma vez que o colostro é rico em proteínas (Lowdermilk & Perry, 2008).

O termo mecônio designa as primeiras fezes do recém-nascido, este é preto ou esverdeado-escuro e tem uma consistência espessa e pegajosa. Posteriormente, as fezes tornam-se mais claras, adquirindo uma tonalidade amarelo-claro, conhecidas como fezes de transição, é esperado que isto aconteça três a quatro dias após o nascimento. No caso dos recém-nascidos alimentados exclusivamente com leite materno, as fezes tendem a ser mais pegajosas e moles, e é comum ocorrerem cinco a dez dejeções por dia (Lowdermilk & Perry, 2008; Grupo de Trabajo de la Guia de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017).

Reflexo de sucção

O reflexo de sucção, presente nos recém-nascidos de termo e em alguns bebés pré-termo, geralmente desaparece por volta dos três meses de idade. Este reflexo é despoletado pelo estímulo do palato (Kaur et al., 2016).

O reflexo de sucção é provavelmente um dos reflexos mais importantes no recém-nascido, especialmente quando associado ao reflexo de procura. Para se alimentar de forma eficaz o recém-nascido precisa coordenar a sucção-deglutição-respiração (Kaur et al., 2016).

A sucção não tem só como função garantir a alimentação do recém-nascido, como também tem um efeito calmante (Kaur et al., 2016). A ativação deste reflexo pode ser benéfica durante procedimentos potencialmente dolorosos no recém-nascido, como, por exemplo, na administração de vacinas ou durante a realização do diagnóstico precoce (Shah et al, 2023). É recomendado a amamentação ou estimulação da sucção não nutritiva durante procedimentos potencialmente dolorosos (ACOG & APA, 2017).

8.4. Dados

Reflexo de sucção

14-07-2023 15:00

Acanolamento da língua ineficaz (Não).

Peristaltismo da língua ineficaz (Não).

Força de sucção ineficaz (Não).

Recém-nascido

14-07-2023 15:00

Recém-nascido

8.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com as intervenções propostas.

- Determinar evolução do coto do cordão umbilical
- Determinar complicação no coto do cordão umbilical

8.5. Diagnósticos

Recém-nascido

14-07-2023 15:00

Recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

14-07-2023 15:00 - Avaliar evolução do estado da pele peri-umbilical

8.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Após o nascimento o coto umbilical do cordão umbilical, de forma progressiva passa do aspeto gelatinoso para seco, escurecido e endurecido até à sua queda, que em condições normais, acontece entre o quinto e o décimo quinto dia, após o nascimento, contudo pode permanecer, em alguns casos, por três semanas. Este começa a secar, e a escurecer cerca do segundo ou terceiro dia de vida do recém-nascido, dependendo em parte do método de limpeza utilizado. Nesta fase, é esperado que o coto do cordão umbilical apresente um aspecto gelatinoso. Importa também perceber, para além do aspeto, a existência de odor, que pode ser característico ou fétido; a condição da pele peri-umbilical, procurando por rubor, calor, dor e edema; e as características do exsudado, seroso, serosanguinolento, sanguinolento ou purulento (Sequeira et al., 2020; Pires, 2016).

8.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

- Observar coto umbilical quando ao cheiro, processo de mumificação

Avaliar evolução do estado da pele peri-umbilical

- Observar estado da pele peri-umbilical quanto à presença de sinais inflamatórios como rubor, calor, edema e presença de exsudado

9. A DIABETES GESTACIONAL: PROMOÇÃO DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ

Gravidez

9.1. Enquadramento teórico

Grávida, internada no serviço de Medicina Materno Fetal, por Metrorragia do segundo trimestre por descolamento amniotecdual. A cumprir repouso absoluto no leito desde a admissão, há cerca de um mês e meio, na altura com 21 semanas de gestação.

Trata-se de uma terceira gestação, com dois filhos, um com 20 anos e outro com três anos, ambos com gravidezes sem complicações associadas e partos eutócicos. Diagnosticada, já no serviço de internamento, com DG, controlada com dieta. No momento descrito encontra-se com 26 semanas e seis dias gestação, sem perdas hemáticas desde há duas semanas, após visita médica foi avançada a possibilidade de o repouso absoluto passar a "repouso relativo" com vista a ter alta clínica entre uma a duas semanas, se a situação clínica se mantiver.

A escolha do caso clínico deveu-se ao facto dos cuidados prestados à cliente terem permitido a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados à mulher grávida, nomeadamente na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, neste caso em particular após o diagnóstico de DG e na adaptação à parentalidade, em contexto de internamento.

Ao longo do estágio foram estabelecidos múltiplos contactos com a cliente, uma vez que esta permaneceu internada no serviço por um longo período. O plano de cuidados abaixo explanado reflete apenas um turno e visou dar resposta à necessidades e prioridades no momento descrito.

9.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 38 anos | Feminino

9.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

28-09-2023 08:30

Repouso no leito

Repouso absoluto no leito em Trendelenburg

Intervenções de Enfermagem

28-09-2023 08:30 - Manter repouso no leito [Contínuo]

28-09-2023 08:30 - Assistir no tomar banho [Turno da manhã]

28-09-2023 08:30 - Assistir no arranjar-se [Turno da manhã; SOS]

Bem-estar fetal

Intervenções de Enfermagem

28-09-2023 08:30 - Realizar auscultação de ruídos cardíacos fetais [1x dia]

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

Relativamente à prescrição de repouso absoluto no leito em Trendelenburg, este consistia na grávida permanecer deitada, com os membros inferiores elevados de forma contínua, os cuidados de higiene poderiam ser realizados na casa de banho com recurso a maca-chuveiro, sendo que o EEESMO auxiliava a transferência da cama para a maca e vice-versa.

As intervenções do EEESMO passavam por encorajar o repouso; auxiliar a grávida na gestão do repouso, explicando que deve estar maioritariamente no posicionamento decúbito lateral, para facilitar a oxigenação fetal e a redução da pressão no colo do útero; assistir no autocuidado higiene, no vestir/despir e no arranjar-se.

A avaliação do bem-estar fetal era uma intervenção resultante de prescrição, sendo realizada auscultação de ruídos cardíacos fetais uma vez por dia, conforme prescrito.

9.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-09-2023 08:30	Atitudes terapêuticas	
28-09-2023 08:30	Adaptação à parentalidade	
28-09-2023 08:30	Adaptação à gravidez e preparação para o parto	
28-09-2023 08:30	Metabolismo	
28-09-2023 08:30	Sistema cardiovascular	
28-09-2023 08:30	Gestação	
28-09-2023 09:30	Emoção	

9.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Sistema Cardiovascular

O sistema cardiovascular prende-se com a determinação da avaliação da evolução da pressão arterial em contexto de internamento, visto que o internamento se deveu a metrorragia do segundo trimestre. No caso de hemorragia, esta pode manifestar-se através de uma queda acentuada na pressão arterial devido à diminuição do volume sanguíneo circulante, juntamente com taquicardia .

Adaptação à Parentalidade

No caso clínico apresentado, foram tidas em conta as necessidades da grávida no âmbito da preparação para a parentalidade, uma vez que o internamento não implica o descomprometimento com a preparação para a parentalidade, pelo contrário, a presença do EEESMO permite contribuir para uma transição mais saudável para a parentalidade. O momento em que foi realizado prendeu-se com a disponibilidade da grávida, uma vez que, em contactos anteriores, esta se encontrava pouco disponível, manifestando essencialmente preocupação e ansiedade com a situação clínica que motivou o internamento e a viabilidade da gravidez.

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

A intervenção na autogestão de complicações durante a gravidez, no que ao diagnóstico de DG diz respeito, tornou-se, no momento descrito, um aspeto essencial, em particular devido à previsão de alta após estabilização da condição clínica que deu origem ao internamento.

Metabolismo

A DG define-se como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono diagnosticado ou detetada pela primeira vez no decurso da gravidez. Na primeira consulta na gravidez todas as

grávidas deverão ser submetidas a uma glicemia plasmática em jejum. Um valor da glicemia em jejum superior ou igual a 92 mg/dl mas inferior a 126 mg/dl faz o diagnóstico de DG. Caso o valor da glicemia seja inferior a 92 mg/dl, a grávida deve ser reavaliada entre as 24 e 28 semanas de gestação com uma prova de tolerância oral à glicose (PTOG) com 75 g de glicose (ACOG, 2018b).

Durante a gravidez, as mulheres gradualmente desenvolvem resistência à insulina para garantir que o feto recebe a quantidade de nutrientes adequados. No caso da DG, essa resistência à insulina resulta em hiperglicemia. A glicose atravessa a placenta para o feto, estimulando a produção de insulina fetal e promovendo o crescimento fetal, o que pode levar a macrosomia fetal. A curto prazo, DG aumenta o risco de resultados adversos na gravidez, enquanto a longo prazo há um aumento do risco de obesidade infantil e diabetes tipo II tanto na mãe como na criança no futuro (ACOG, 2018b).

Após o diagnóstico, o tratamento inicia-se com terapia médica nutricional, atividade física e gestão do peso, dependendo do peso pré-gestacional assim como monitorização da glucose com o objetivo de atingir os seguintes valores: glicose em jejum inferior a 95 mg/dL; Glicose pós-prandial de uma hora inferior a 140 mg/dL; Glicose pós-prandial de duas horas inferior a 120 mg/dL (ACOG, 2018b).

Emoção

Segundo o ICN (2019), o domínio emoção refere-se a *"sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença."* A ansiedade, por sua vez designa-se uma *"emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia."*

No caso relatado, verifica-se um internamento prolongado, cerca de um mês e meio, associado a uma possibilidade de desfecho não favorável da gravidez, agravado pelo facto de aquando do internamento o feto se apresentar abaixo do limiar da viabilidade fetal. Atualmente o diagnóstico que motivou o internamento encontra-se estabilizado, existindo a possibilidade de alta. Todavia, a evidência demonstra que as grávidas internadas com diagnóstico de gravidez de alto risco experienciam níveis mais altos de ansiedade geral e depressão perinatal do que as grávidas de baixo risco (Smorti et al., 2020). O diagnóstico de complicações na gravidez e consequente internamento hospitalar pode gerar o desenvolvimento de sentimentos de stress, ansiedade e depressão (Smorti et al., 2020).

Desde o momento em que são internadas, as mulheres relatam sentimentos de choque, a percepção de que sua gravidez se tornou diferente de uma *"gravidez normal"* e experienciam uma alteração da experiência, normalmente alegre, da gravidez. Sentimentos de solidão e as dificuldades associadas ao estar longe de casa são relatados por mulheres grávidas internadas, nomeadamente em relação aos filhos mais velhos (Smorti et al., 2020).

Assim, o domínio emoção e o foco ansiedade, mantém-se como relevante, sendo um foco de atenção, com vista a determinar a evolução da ansiedade.

Gestação

A gravidez é um fenómeno dinâmico e multidimensional para a mulher, e família. No seio familiar, representa uma transformação repleta de expectativas, desejos e inseguranças em relação à experiência futura e ao assumir de novos papéis e responsabilidades (Rodrigues et al., 2020).

Apesar de ser um período de vivências saudáveis, a gravidez pode ser acompanhada de diagnósticos capazes de expor tanto a mãe como o feto a um risco maior de resultados desfavoráveis. É o caso das chamadas gravidezes de alto risco, quando as mulheres recebem um diagnóstico de gravidez de alto risco, enfrentam uma experiência desafiante, experienciando, frequentemente, sentimentos de culpa, medo, ansiedade e preocupação. Podem também, ter dificuldades em desempenhar os papéis estabelecidos pela sociedade e, conseqüentemente, passar por mudanças na sua rotina com impacto na sua qualidade de vida (Rodrigues et al., 2020).

A gravidez de alto risco frequentemente implica longos períodos de internamento hospitalar, que podem variar de semanas a meses, onde as grávidas têm de partilhar espaços reduzidos com outras mulheres, numa convivência intensa, enquanto são avaliadas diariamente por profissionais de saúde (Rodrigues et al., 2020).

Esta experiência pode ter um grande impacto na mulher e família, devido às dificuldades em compreender a situação, ao longo período de adaptação, às circunstâncias que levaram ao internamento, às expectativas frustradas sobre a gravidez ou à variedade de sentimentos experienciados. Por outro lado, as mulheres que vivem uma gravidez de alto risco em contexto de internamento são mais vulneráveis à fragilidade emocional e instabilidade porque experimentam sentimentos negativos que podem causar desconforto e dificultar a aceitação do diagnóstico de gravidez de alto risco, com um impacto direto na sua saúde (Rodrigues et al., 2020)

9.5. Dados

Metabolismo

28-09-2023 09:30

Glicemia capilar: 93 mg/dl.

Gestação

28-09-2023 08:30

Data da última menstruação: 26-03-2023.

Teste de gravidez: positivo.

Gravidez

Idade gestacional: 26.60 Semanas.

Data provável de parto: 31-12-2023.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 100 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 52 mm Hg.

Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

28-09-2023 09:30

Conhecimento sobre complicações durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez

Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Emoção

28-09-2023 09:30

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não).

Verbalização de ansiedade (Não).

Ansiedade

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

28-09-2023 08:30

Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal

Adaptação à parentalidade

28-09-2023 11:45

Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

9.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Face aos diagnósticos de enfermagem enunciados, definiram-se os objetivos a alcançar com as intervenções propostas.

No início do turno a prioridade passou por determinar sinais de complicação da gravidez, nomeadamente através da avaliação da pressão arterial. A avaliação da glicemia, em jejum, já tinha sido realizada no final do turno da noite.

Entretanto, foi realizada a auscultação dos ruídos cardíacos fetais, e tendo em conta as questões colocadas pela grávida, esse momento foi o momento oportuno para ensinar sobre desenvolvimento fetal e padrão esperado de movimento fetais.

Posteriormente, assistiu-se a cliente a realizar os cuidados de higiene no leito e determinou-se a evolução da ansiedade, que a grávida refere já não sentir.

Quando se realizou a segunda pesquisa de glicemia capilar, uma hora após o pequeno-almoço, e tendo em conta a disponibilidade demonstrada pela grávida, foi realizada intervenção no âmbito da promoção do ajustamento à gravidez com complicações, face ao diagnóstico de DG.

Por fim, foi realizada intervenção no domínio da adaptação à parentalidade, visto que a grávida demonstrou preocupação relativamente à integração do recém-nascido na família, em particular, relativamente à irmã mais velha.

DOMÍNIO: Sistema Cardiovascular

- Determinar evolução da pressão arterial

Determinar evolução da glicemia

DOMÍNIO: Metabolismo

- Determinar evolução da glicemia

DOMÍNIO: Gestação

- Determinar sinais de complicação da gravidez e/ou desenvolvimento fetal

DOMÍNIO: Emoção

- Determinar evolução da ansiedade
- Facilitar comunicação e expressão de emoções

DOMÍNIO: Adaptação à gravidez e preparação para o parto

- Promover ajustamento à gravidez

DOMÍNIO: Adaptação à parentalidade

- Promover adaptação à parentalidade: integração do recém-nascido na casa e na família

9.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Seguidamente, apresentam-se os critérios de resultado, em função dos diagnósticos de enfermagem elencados.

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez, é esperado:

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

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez, é esperado:

- Que a grávida saiba o número de refeições a realizar durante o dia
- Que a grávida saiba que os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos ao longo do dia

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez, é esperado:

- Que a grávida saiba a frequência para realizar a autovigilância da glicemia capilar
- Que a grávida saiba os valores esperados da glicemia capilar

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal, é esperado:

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

Relativamente ao diagnóstico potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido, é esperado:

- Que a grávida integre o conhecimento necessário para gerir a integração do novo elemento na família relativamente à irmã mais velha;

9.6. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

28-09-2023 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x turno]

Metabolismo

28-09-2023 08:30 - Avaliar evolução da glicemia [Jejum; 1h após peq. almoço; 1h após o almoço; 1h após o jantar]

Gestação

28-09-2023 08:30

Gravidez

Intervenções de Enfermagem

28-09-2023 08:30 - Avaliar evolução da gravidez

28-09-2023 09:30

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

Intervenções de Enfermagem

28-09-2023 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez

28-09-2023 09:30 - Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez

Intervenções de Enfermagem

28-09-2023 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez

28-09-2023 09:30 - Ensinar sobre regime dietético

28-09-2023 09:30 - Ensinar sobre a relação entre a dieta e os resultados perinatais

Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Intervenções de Enfermagem

28-09-2023 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

28-09-2023 09:30 - Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez

Emoção

28-09-2023 09:30

Ansiedade

Intervenções de Enfermagem

28-09-2023 09:30 - Avaliar evolução da ansiedade

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

28-09-2023 08:30

Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal

Intervenções de Enfermagem

28-09-2023 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal

28-09-2023 08:30 - Ensinar sobre desenvolvimento fetal

Adaptação à parentalidade

28-09-2023 11:45

Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascidoIntervenções de Enfermagem

28-09-2023 11:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre mudanças face a chegada do recém-nascido

28-09-2023 11:45 - Ensinar sobre preparação da criança para papel de irmão

9.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No caso clínico apresentado, aproveitou-se o momento em que se realizou a auscultação de ruídos cardíacos fetais para questionar: *“O bebé continua a crescer e desenvolver-se. Tem ideia dos marcos de desenvolvimento nesta fase/do que já consegue fazer?”* A grávida refere que não sabe, mas *“que sente a bebé a mexer muito, especialmente à noite” (sic)*, questiona se é normal, não se recorda de na gravidez anterior ter sentido o mesmo nesta altura, com vista a promover o ajustamento à gravidez ensinou-se sobre desenvolvimento fetal e sobre o padrão esperado dos movimentos fetais.

O conhecimento sobre desenvolvimento fetal abrange um conjunto de informações, que podem contribuir para ajudar a grávida e a pessoa significativa a visualizar o progresso do seu bebé. Este tema é frequentemente pesquisado por grávidas, especialmente online (Cardoso et al., 2023b). O interesse no desenvolvimento fetal é um achado comum nas grávidas, estas querem ter uma ideia de qual a aparência do bebé, o que consegue fazer e como saber se está bem. A compreensão de todos estes aspetos contribui para uma melhor perceção do estado de saúde do filho (Cardoso et al., 2023b).

Para além disto, e tendo em conta a preocupação manifestada pela grávida, tornou-se importante informar sobre o padrão esperado de movimentos fetais. Esta preocupação é descrita na literatura como comum entre as grávidas (Cardoso et al., 2023b), sendo importante informá-las, de que é normal sentir movimentos cada vez mais intensos à medida que a gravidez avança, episódios de movimentos mais vigorosos, soluços fetais e um padrão diário de movimentos que envolve movimentos fetais fortes no período noturno. Essas informações podem ajudar as grávidas a entender melhor o padrão de movimentos fetal e procurar avaliação adequada se houver alguma alteração (Cardoso et al., 2023b).

Posteriormente, quando se realizou a pesquisa de glicemia capilar uma hora após o pequeno almoço, questionou-se a grávida sobre se tem alguma preocupação relativa ao diagnóstico. A grávida verbalizou que foi pesquisar à internet sobre DG e referiu que embora não saiba como pode alterar a sua gravidez, a filha mais velha tem o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1, o

que lhe dá confiança para gerir esta complicação. Questiona sobre os valores esperados de glicemia e de quanto em quanto tempo deve realizar a pesquisa de glicemia. Relativamente ao regime dietético refere que realiza habitualmente quatro refeições por dia (pequeno-almoço; almoço; lanche e jantar). Ao pequeno-almoço, normalmente ingere um pão e uma chávena de leite com café; ao almoço comia uma sopa e uma peça de fruta; ao lanche uma peça de fruta e ao jantar uma refeição de carne ou peixe acompanhada por arroz ou massa e fruta para sobremesa. Refere que ingeria mais ou menos um litro de água por dia. Face a isto elencou-se o diagnóstico *"Potencial para melhorar o conhecimento sobre complicações durante a gravidez"* e *"Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético"*.

O plano alimentar deve fornecer uma ingestão calórica adequada para promover a saúde fetal e materna, atingir os objetivos glicémicos e promover o aumento de peso adequado. Não há investigação definitiva que identifique uma ingestão calórica ótima específica para pessoas com DG ou sugira que as suas necessidades calóricas sejam diferentes das pessoas grávidas sem DG. A ingestão dietética, de referência, recomendada para todas as pessoas grávidas, é um mínimo de 175 g de hidratos de carbono, um mínimo de 71 g de proteína e de 28 g de fibra. O plano nutricional deve enfatizar as gorduras monoinsaturadas e poli-insaturadas, enquanto limita as gorduras saturadas e evita as gorduras trans. A quantidade e tipo de hidratos de carbono terão impacto nos níveis de glicose. O valor calórico total deverá obedecer à seguinte distribuição de macronutrientes: 50-55% de hidratos de carbono (aporte mínimo 175 gr/dia); 30% de gorduras; 15-20% de proteínas (Almeida et al., 2017).

Deve, também, ter-se em consideração, na dieta da grávida, os micronutrientes fundamentais como os minerais (ferro, iodo e cálcio), vitaminas (ácido fólico, vitamina C e vitaminas lipossolúveis) e as fibras solúveis e insolúveis (Almeida et al., 2017).

O plano alimentar deve ser equilibrado e os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos ao longo do dia por três refeições principais, duas a três refeições intermédias (meio da manhã e um a dois lanches) e uma antes de deitar. A ceia deve conter hidratos de carbono complexos, de forma a evitar a hipoglicemia noturna e cetose matinal (Almeida et al., 2017).

A autovigilância da glicemia é fundamental para avaliar o perfil glicémico da grávida e a necessidade de iniciar terapêutica farmacológica. Deverão ser realizadas 4 determinações da glicemia capilar diárias, em jejum e uma hora após o início das três principais refeições, podendo ser ajustado se necessário (Almeida et al., 2017).

Num momento posterior, a grávida foi questionada sobre dúvidas e preocupações relacionadas com a preparação para a parentalidade, se é algo que já pensou ou não. Refere que foi contactada pela UCC de referência e vai iniciar vai iniciar na semana seguinte ao meu contacto, via plataforma online, sessões de preparação para a parentalidade na unidade de referência. Manifesta preocupação com a reação da filha de três anos à chegada da irmã, refere que dado o

internamento têm tido pouco contacto e *“temos tentado que venha cá mas ela não tem reagido bem quando vem aqui visitar-me, não sei como vai reagir ao irmão”* (sic). Assim, elencou-se o diagnóstico *“Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido”*.

9.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre desenvolvimento fetal

- Explicar que o feto às 26 semanas é capaz de ouvir, reagir ao som e distinguir o paladar.
- Também começa a aumentar de peso devido à acumulação da primeira camada de gordura sob a pele (Cardoso et al., 2023b).
- Apresenta movimentos mais vigorosos em resposta a estímulos auditivos, e por isso já é possível conhecer o seu padrão de movimentos (Cardoso et al., 2023b).
- Nesta fase em que o feto reage a estímulos auditivos é importante a interação com o mesmo, com o objetivo de promover o desenvolvimento cognitivo e motor, assim como na criação de vínculos afetivos. Por exemplo, falar com o bebé, ler em voz alta, colocar música, tocar no abdómen (Cardoso et al., 2023b).
- Explicar que a regularidade dos movimentos do feto é um dos sinais mais importantes do bem-estar fetal. Por isso, importa que a mãe dedique algum tempo para estar atenta aos movimentos do seu bebé; isso irá ajudar a notar quaisquer mudanças no seu comportamento (Cardoso et al., 2023b).
- Explicar que os movimentos fetais tendem a tornar-se mais frequentes no final do dia e ausentes durante os ciclos de sono fetal (cerca de 20-40 minutos por ciclo) (Cardoso et al., 2023b).
- Pode começar a prestar mais atenção aos movimentos fetais a partir da 28ª semana e continuar a fazê-lo até ao final da gravidez. Para o fazer, pode, por exemplo, “contar até 10” movimentos no mesmo horário, todos os dias. Com o passar do tempo, vai começar a perceber qual o padrão habitual do bebé (Cardoso et al., 2023b).
- O sinal que deve motivar a procura de um profissional de saúde, será perceber que o feto parou de se mexer ou está a mexer-se num padrão diferente do habitual (para menos). Em vez de um número específico de movimentos considerado normal, é a mudança no padrão de motivos que é importante valorizar

Ensinar sobre regime dietético

- Explicar que na DG o importante é ajustar o consumo de hidratos de carbono de forma a manter estáveis os níveis de glicemia. Desta forma optar por alimentos mais saudáveis, com baixo teor de hidratos de carbono, pobres em gorduras e açúcar permite um maior controlo da doença. Quanto maior o número de hidratos de carbono do alimento, maior efeito terá nos valores de glicemia. Explicar que alimentos integrais, por possuírem hidratos de carbono complexos, mantêm os níveis de açúcar no sangue mais estáveis

contrariamente aos alimentos com hidratos de carbono simples, pelo que devem ser preferidos (Almeida et al., 2017).

- O plano alimentar deve ser equilibrado e os hidratos de carbono/valor calórico total devem ser distribuídos ao longo do dia por três refeições principais, duas a três refeições intermédias (meio da manhã e um a dois lanches) e uma antes de deitar. A ceia deve conter hidratos de carbono complexos, de forma a evitar a hipoglicemia noturna e cetose matinal. O valor calórico total deverá obedecer à seguinte distribuição de macronutrientes: 50-55% de hidratos de carbono (aporte mínimo 175 gr/dia); 30% de gorduras; 15-20% de proteínas. Deve também ter-se em consideração, os micronutrientes fundamentais como os minerais (ferro, iodo e cálcio), vitaminas (ácido fólico, vitamina C e vitaminas lipossolúveis) e as fibras solúveis e insolúveis (Almeida et al., 2017).
- A água é a melhor escolha para ingestão hídrica porque não contém calorias logo não interfere nos níveis de glicose no sangue (Almeida et al., 2017).

Ensinar sobre a relação entre a dieta e os resultados perinatais

- A DG aumenta o risco de complicações maternas e fetais adicionais, como o desenvolvimento de pré-eclâmpsia, necessidade de cesariana, parto pré-termo, polidrâmnios, macrosomia, distocia de ombros, hipoglicemia fetal e icterícia (Almeida et al., 2017).
- O risco aumentado está correlacionado com o quão bem a glicemia é controlada durante a gravidez, um controlo inadequado está associado a piores resultados neonatais. Manter os níveis de glicose no sangue em jejum: ≤ 95 mg/dl; e após a refeição: ≤ 140 mg/dl é a melhor maneira de reduzir ou prevenir problemas associados ao alto nível de glicose no sangue durante a gravidez. Desta forma, manter o regime dietético prescrito, contribui para reduzir o risco de complicações associadas à DG (Almeida et al., 2017).

Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez

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

Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez

- Explicar os critérios de interpretação do valor obtido (valores esperados: em jejum: ≤ 95 mg/dl; e após a refeição: ≤ 140 mg/dl (Almeida et al., 2017).
- Explicar que deve avaliar a glicemia capilar 4 vezes por dia, em jejum, 1h após pequeno-almoço, 1h após almoço e 1h após o jantar (Almeida et al., 2017).

Ensinar sobre preparação da criança para papel de irmão

- A gravidez e o nascimento de um irmão mais novo podem despontar crises de ciúmes, que são instintivos e representam uma reação normal face à situação. Alguns dos seus comportamentos podem passar pelo choro devido ao ambiente desconhecido e por comportamentos apelativos para com a mãe. A criança pode manifestar dificuldade em aceitar a chegada do irmão mais novo, evidenciando desagrado, para além disso pode regredir transitoriamente em alguns comportamentos e novamente tentar captar a atenção dos pais só para si (Boyse, 2016).
- Neste caso, não é aconselhado que se castigue a criança por regredir em determinados comportamentos, podem antes nos primeiros minutos, de chegada a casa dedicar-lhe toda a atenção e transmitir-lhe as saudades que sentiram por estar longe dela, se for possível o irmão mais novo deve trazer um presente (Boyse, 2016).
- As estratégias que podem adotar durante o internamento são permitir a visita ainda que esta não deva ser muito demorada e dedicar-lhe toda a atenção nesse momento (Boyse, 2016).
- Sugerir incluir a filha mais velha no máximo possível de atividades de preparação para a chegada do recém-nascido, por exemplo, escolha da roupa do bebé. O objetivo é fazer com que se sinta incluída e envolvida (Boyse, 2016).
- Sugerir passar algum tempo sozinha com a filha mais velha todos os dias. Mesmo uma pequena quantidade de atenção concentrada pode ser significativa para uma criança mais velha (Boyse, 2016).

10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os objetivos do estágio incluem o cumprimento do percurso formativo de Mestrado e o desenvolvimento das competências do EEESMO, conforme estabelecido no Regulamento de Competências Específicas publicado pela OE. Ao longo de dois anos de formação, espera-se que o estudante alcance um conjunto mínimo de experiências, de acordo com o Decreto-Lei nº 9/2009, de 4 de março, que transpõe a Diretiva Comunitária para o direito interno e pode levar à atribuição do título de EEESMO (OE, 2021b).

Nesse sentido, ao longo do seu percurso, o estudante deverá realizar o acompanhamento de pelo menos 100 grávidas; prestar cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, em caso de falta de oportunidades de aprendizagem, realizar 30 partos desde que assista a mais 20 partos; participar em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; ter prática de episiotomia e iniciação à sutura; realizar vigilância e prestar cuidados a 40 grávidas em situação de risco durante ou após o parto; prestar cuidados a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis; observar e prestar cuidados a recém-nascidos de risco e mulheres com patologia obstétrica e ginecológica (OE, 2021b).

Segue-se abaixo a tabela representativa das experiências realizadas durante o estágio, atendendo às exigências legais. Como não foi possível realizar partos com apresentação fetal pélvica, foram realizados estudos, simulações e procedimentos em laboratório.

Tabela 1: Experiências obtidas ao longo do estágio

Grávidas		Parturientes		Partos executados		Partos participados		Prática sutura	Puérperas		Recém-Nascidos	
182		57		37		21			140		137	
Risco	Normais	Risco	Normais	Com episiotomia	Sem episiotomia	Pélvicos	Cefálicos		Risco	Normais	Risco	Normais
81	101	11	46	9	28	1 simulação	20	27	51	89	10	127

Sintetizando, os cuidados prestados durante o TP e parto foram fundamentais para o desenvolvimento de competências na promoção da saúde tanto da mãe como do feto, com especial atenção para o envolvimento da mulher e pessoa significativa no parto, a fim de garantir cuidados de saúde seguros e promotores de uma experiência de parto positiva.

Na assistência à mulher e pessoa significativa durante a gravidez, foram adquiridas competências específicas que visam não só a promoção da adaptação à gravidez e promoção da saúde materna e fetal, mas também o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações, bem como a prestação de cuidados durante a gravidez com patologia associada e ainda em casos de abortamento, sempre em estreita colaboração com a cliente. Essas competências são fundamentais para facilitar processos eficazes de adaptação às novas condições de saúde, sendo elementos cruciais para uma readaptação bem-sucedida a essas circunstâncias.

Os cuidados prestados durante a assistência pré-natal tiveram como objetivo centrar a atenção na mulher e na família, promovendo a adaptação à gravidez, a adaptação à parentalidade e a preparação para o parto, seguindo princípios gerais que incluem a comunicação como base para estabelecer uma relação terapêutica eficaz. Além disso, a prestação de cuidados foi fundamentada no empoderamento da mulher e da pessoa significativa, que foram incentivados a tomar decisões informadas em parceria com o EEESMO, recebendo informações baseadas em evidência e adaptadas às suas necessidades individuais.

Paralelamente, a prestação de cuidados às puérperas e recém-nascidos foi essencial para adquirir competências fundamentais, não só de avaliação da evolução e de promoção da recuperação pós-parto das puérperas, como também de avaliação da adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e de promoção da mestria nas competências parentais, agindo-se como facilitador no processo de transição para a parentalidade.

Relativamente à promoção da recuperação pós-parto foi perceptível, em contexto da prática clínica, que existia potencial de melhoria relativamente à intervenção “Ensinar sobre saúde sexual no pós-parto”. Segundo a OE (2021a) é missão do EEESMO agir no sentido de potenciar a saúde da puérpera/mãe e homem-pai, a recuperação pós-parto e a gestão saudável da conjugalidade no pós-parto.

A investigação permite ao EEESMO a utilização da melhor evidência científica disponível, contribuindo para intervenções mais adequadas e efetivas, tendo em conta o contexto e a individualidade dos seus clientes (OE, 2021a), além de se configurar como uma das competências transversais do enfermeiro especialista.

Assim, e sendo a prática baseada na evidência um dos pilares dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica (OE, 2021a), realizou-se uma revisão de literatura com vista a mapear a evidência científica existente sobre a temática. Esta, visou contribuir para a prática de uma enfermagem sensível às necessidades de cada mulher/casal, especificamente no que respeita à promoção da saúde sexual no pós-parto.

ENSINAR SOBRE SAÚDE SEXUAL NO PÓS-PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Reconhecida como uma necessidade humana básica, a sexualidade é um conceito central para a saúde sexual, com pelo menos três funções relacionadas: reprodução, prazer e comunicação. Para a mulher, a saúde sexual expressa-se na sexualidade construída por fatores pessoais, sociais e culturais. Desde o início dos anos 1970, o conceito de saúde sexual começou a mudar de um fenômeno biomédico definido por propriedades físicas para *“a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual de maneiras que são positivamente enriquecedoras e que melhoram a personalidade, a comunicação e amor”* (WHO, 2017b, p. 2). Hoje, a saúde sexual é considerada *“um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade”* (WHO, 2017b, p. 2). Com esta evolução, a promoção da saúde sexual passou a um dos cinco principais serviços de saúde reprodutiva e sexual incluídos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e transferidos para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável definidos pela Organização das Nações Unidas (ONU). Como um direito humano básico, as mulheres têm o direito de procurar uma vida sexual plena, satisfatória, segura e prazerosa.

Saúde Sexual no Pós-Parto

O período pós-parto é definido como o tempo que começa imediatamente após o nascimento do recém-nascido estendendo-se até às seis semanas (42 dias) após o parto (WHO, 2022). Conceptualmente e clinicamente, a saúde sexual pós-parto não está bem definida e carece de mais pesquisas para ser bem compreendida, no entanto, tem sido descrita como englobando quatro dimensões inter-relacionadas: física, psicológica, relacional e social.

Os problemas sexuais têm um efeito negativo a longo prazo na saúde física e mental da mulher, bem como no seu relacionamento conjugal (Lee & Tsai, 2012). Relacionamentos inadequados entre cônjuges, doenças mentais e divórcio estão entre as consequências negativas da disfunção sexual (Aghababaei et al., 2020) cuja prevalência é significativa nas mulheres no período pós-parto. Num estudo realizado em Itália 40,9% das mulheres apresentaram disfunção sexual nos primeiros seis meses do período pós-parto (Barbara et al., 2016). Na Turquia, a prevalência de disfunção sexual no primeiro ano pós-parto foi de 74,3% (Alp Yilmaz et al., 2018) e de 64,3% na Austrália (Darooneh et al., 2022). Um estudo no Brasil (2019) investigou as mulheres que amamentaram até o 23º mês pós-parto, verificando uma prevalência de disfunção

sexual de 58,3% (Fuentealba-Torres et al., 2019).

No período puerperal, o corpo da mulher passa por diversas mudanças fisiológicas e hormonais. Observa-se que a maioria das mulheres não se sentem atraentes fisicamente levando a uma percepção negativa do próprio corpo concorrendo para ansiedade, medo, e baixa autoestima. Além disso, o desconforto físico está presente podendo advir da cicatriz provocada pela ferida cirúrgica no períneo ou no abdômen, pelas lacerações e outros traumas perineais (O'Malley et al., 2022). Não parece existir, contudo, evidência científica que comprove uma maior incidência de disfunção sexual nas mulheres que tiveram parto vaginal em relação às que tiveram um parto por cesariana. Isto, segundo Pardell-Dominguez e colaboradores (2021) deve-se ao facto de existirem fatores que podem concorrer para a disfunção sexual nas mulheres sujeitas a cesariana, como o desconforto na ferida abdominal e, ainda, a disfunção do assoalho pélvico, suscetível de ocorrer em ambas as vias de parto.

A amamentação é outro fator que interfere na saúde e satisfação sexual. Durante a amamentação a prolactina, hormona responsável pela produção de leite materno, é libertada e o aumento de sua produção promove a redução do desejo sexual, além de contribuir para a diminuição de estrogénio, o que leva a uma diminuição da lubrificação, elasticidade e viscosidade da pele e da mucosa vaginal, influenciando o desconforto na relação sexual e a diminuição da libido (Evcili et al., 2020; Pardell-Dominguez et al., 2021; O'Malley et al., 2022).

Num estudo, realizado em Espanha por Pardell-Dominguez e colaboradores (2021), numa amostra de mulheres no período pós-parto, quase todas relataram não ter desejo sexual, descrevendo o regresso a um relacionamento sexual ativo como difícil e assustador, especialmente porque temiam o desconhecido, incluindo a perspetiva de dor física durante a relação sexual. Várias mulheres relataram que se preocupavam mais com os seus medos do que com a possibilidade de desfrutar da atividade sexual. Metade, confessou não se sentir pronta para retomar a relação sexual, quer por motivos físicos quer por motivos emocionais. Quase todas as participantes destacaram a cicatriz da ferida perineal como fator dificultador do retorno à atividade sexual. Outros problemas descritos foram a perda hemática, a sensação de sujidade, as alterações no pavimento pélvico e as alterações de sensibilidade. A maioria relatou diminuição da lubrificação vaginal e outras alterações físicas que dificultavam a relação sexual.

As mulheres também enfatizaram a alteração da percepção das mamas, antes um símbolo de feminilidade e sensualidade, passaram a ser basicamente uma 'máquina de alimentar' o recém-nascido, quase sem sensibilidade. a maioria das participantes relatou que as suas prioridades relacionais mudaram significativamente após o parto, pois dedicavam a maior parte do tempo a cuidar do recém-nascido, o que contribuía para a sensação de perda da feminilidade e a necessidade do seu espaço pessoal (Pardell-Dominguez et al., 2021; O'Malley et al., 2022). A incapacidade de dormir à noite foi destacada como um problema crítico e a presença do bebé no quarto um fator negativo para a relação sexual. Com o bebé presente, as mulheres sentiam-

se desconfortáveis, pois a perda total de privacidade resultava em menor intimidade (Pardell-Dominguez et al., 2021).

Uma vez que se verifica uma alta prevalência de problemas sexuais no período pós-parto, segundo a WHO (2014), este período é o momento ideal para abordar os problemas de saúde sexual existentes. Todavia, os profissionais de saúde muitas vezes negligenciam a sua discussão, corroborando McBride e col. (2017) quando concluem que apenas 15% das mulheres relatam discutir os problemas de saúde sexual com os profissionais de saúde que as assistem no pós-parto.

A educação sexual é um aspeto importante dos cuidados pós-parto (Evcili et al., 2020). Em muitos contextos, as mulheres abstêm-se de falar sobre questões sexuais por causa de sentimentos de vergonha e constrangimento (Darooneh, et al., 2022), tendo, por isso, os profissionais de saúde um papel fundamental. No entanto, muitos profissionais não têm o conhecimento e as habilidades de comunicação esperados para abordar o tema (Darooneh, et al. 2022). Além disso, o que foi observado em contexto da prática clínica e despoletou esta pesquisa é corroborado pela evidência científica uma vez que Lee & Tsai (2012) referem que o conteúdo das intervenções neste âmbito não responde às necessidades específicas do pós-parto, limitando-se apenas ao tempo de retoma da atividade sexual e à escolha de métodos contraceptivos.

Informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto é uma das competências dos EEESMO, conforme preconizado pela OE (2019). Perceber de que forma esta intervenção pode ser concretizada é importante para a melhoria dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica, uma vez que segundo Hiçyılmaz & Coşkun (2022), a sexualidade no período pós-parto não é abordada de forma adequada pelos enfermeiros e um aconselhamento sexual pós-natal insuficiente pode contribuir para a disfunção sexual.

Identificação da pergunta

Após a identificação do problema a ser estudado, a primeira etapa envolve a formulação de uma questão de partida bem delimitada, pois determina quais os estudos a incluir, os meios adotados para a identificação e as informações colhidas de cada estudo selecionado. A questão escolhida foi: “Quais as intervenções que o EEESMO deve implementar para a promoção da saúde sexual das mulheres no período pós-parto?”.

Método

Após a formulação da questão inicial, torna-se relevante conhecer o método utilizado, que começa com a pesquisa bibliográfica da evidência científica. Assim, recorreu-se à seleção dos termos de pesquisa, que segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007) corresponde à identificação dos descritores relacionados com a pergunta formulada.

Os vocabulários de descritores controlados mais conhecidos são o *Mesh (MEDLINE/PubMed)* e o *DeCS (BIREME)*, pelo que ambos foram utilizados para encontrar os descritores relacionados com a pergunta, ou os seus sinónimos, em inglês ou em português, respetivamente. Os descritores encontrados no *MeshBrowser* foram “*sex counseling*”, “*postpartum period*”, “*nursing*”, “*Midwife*” e “*sexual health*”. Os descritores encontrados no *DeCS* foram “aconselhamento sexual”, “período pós-parto”, “cuidados de enfermagem” e “saúde sexual”. Em ambos os motores de busca não foram encontrados descritores como “intervenções de enfermagem”, no entanto, os descritores encontrados com mais semelhança foram “*nursing*”, “*Midwife*” e “cuidados de enfermagem”.

De seguida, procedeu-se à busca da literatura a partir das seguintes plataformas: *Cochrane Databases of Systematic Reviews*, *Scopus* e *EBSCOhost*, na qual se incluíram as seguintes bases de dados: *Academic Search Complete*, *CINAHL Complete*, *CINAHL Plus with Full Text*, *MedicLatina*, *MEDLINE with full text* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, assim como motores de busca de acesso livre, como o *PubMed*.

Na pesquisa de evidência científica recorreu-se aos descritivos em português e em inglês e aos marcadores booleanos AND e OR, assim como os símbolos “”, uma vez que permitem a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas. A pesquisa foi realizada entre os meses de abril e julho de 2023. Segundo Santos, Pimenta e Nobre (2007, p.17), os termos conectores “permitem realizar combinações dos descritores que são utilizados na busca, sendo AND uma combinação restritiva, OR uma combinação aditiva e NOT uma combinação de excludente”.

Definiu-se então a seguinte frase booleana:

((“*Sex Counseling*”) OR (“*Postpartum period*”)) AND (“*Nursing*” OR “*Midwife*”) AND “*sexual health*”

Como critérios de pesquisa, consideraram-se artigos dos últimos cinco anos e com acesso ao texto integral. Como critérios de inclusão, foram aceites artigos cuja população em estudo fossem mulheres no período pós-parto e que cujo título ou resumo abordasse intervenções no âmbito do aconselhamento e promoção da saúde sexual. Artigos que não abordassem o aconselhamento sexual no período pós-parto no seu título ou resumo seriam excluídos.

Através da pesquisa efetuada não foram encontradas revisões sistemáticas no motor de busca da *Cochrane Databases of Systematic Reviews*. Através da pesquisa nos motores de busca *EBSCOhost* e *PubMed* e na base de dados *Scopus* foram obtidos 54 artigos (após exclusão de duplicados) destes, apenas foram selecionados 13 após leitura do título e do resumo, tendo em

conta o objetivo, o tipo de estudo, a amostra utilizada, os resultados e as conclusões.

Após a leitura completa dos 13 artigos, quatro foram excluídos por não abordarem intervenções no âmbito do aconselhamento e promoção da saúde sexual no pós-parto e um por se focar nas perspectivas dos profissionais de saúde (Anexo I).

Dos oito artigos, todos os selecionados correspondem a estudos qualitativos, encontrando-se um resumo dos mesmos no subcapítulo seguinte.

Apresentação dos resultados

Existem muitos fatores que afetam negativamente a saúde sexual durante o período pós-parto. Por esta razão, este é o momento em que o aconselhamento sexual é mais necessário (Hiçyılmaz & Coşkun, 2020). Os EEESMO, tendo em conta a sua missão de contribuir para uma transição saudável na gravidez, pós-parto e parentalidade têm um papel relevante nesta temática. Através da pesquisa efetuada percebeu-se que a evidência preconiza como eficaz a intervenção com recurso a modelos e programas de aconselhamento em saúde sexual, que podem ser utilizados pelos EEESMO no período pós-parto (Darooneh et al., 2022; Evcili et al., 2020).

Evcili e colaboradores (2020), conduziram um estudo experimental, em que foi criado um programa de educação em saúde sexual no pós-parto. As mulheres no grupo experimental, receberam orientação no momento da alta de acordo com o programa. As puérperas no grupo de controlo receberam apenas cuidados de enfermagem padrão, estes cuidados denominados como padrão incluíam apenas informação sobre contraceção, no momento da alta.

A intervenção foi realizada em cinco momentos, incluindo uma no hospital, uma em casa e três por telefone, durante as primeiras seis semanas após o parto. Além disso, as visitas domiciliárias continuaram no segundo, quarto e sexto meses após o parto, sendo as práticas relacionadas com a sexualidade das participantes avaliadas e as intervenções fornecidas de acordo com as necessidades.

As consultas duraram de 45 a 60 minutos, todavia o número e a duração das consultas com alguns participantes foram superiores em função das necessidades identificadas. O conteúdo da intervenção encontra-se detalhado na tabela 2. Neste estudo, a intervenção com base neste programa melhorou significativamente o score de função sexual e satisfação sexual das puérperas.

Tabela 2: Programa de educação em saúde sexual no pós-parto desenvolvido por Evcoli e colaboradores (2020)

Sessão 1	Sexualidade no pós-parto, vida sexual, fatores que afetam a sexualidade no pós-parto
Sessão 2	Mudanças físicas e psicológicas associadas à maternidade; Mudanças hormonais e desejo sexual
Sessão 3	Retoma das relações sexuais no pós-parto, posições sexuais alternativas, importância dos exercícios para os músculos do assoalho pélvico (exercícios de Kegel).
Sessão 4	Lactação e sexualidade, para mulheres que amamentam: efeito da lactação na lubrificação vaginal, efeito da atividade sexual no reflexo de descida do leite
Sessão 5	Problemas sexuais que podem ocorrer no período pós-parto: causas e sugestões (Incluindo: diminuição da lubrificação vaginal, falta de desejo sexual, ...)
Sessão 6	Fatores culturais, crenças relacionadas à sexualidade no pós-parto, opções contraceptivas
Sessão 7	Questões sobre adaptação no pós-parto, fadiga, energia, autocuidado.

Darooneh e col. (2022) desenvolveram um programa interativo de educação em saúde sexual pós-parto baseado no Modelo Transteórico. De acordo com este modelo, o comportamento de saúde não é um evento, mas um processo no tempo, pelo que, para que as intervenções sejam eficazes, é importante saber, antes de intervir, em que fase a mulher se encontra.

A mudança de comportamento em saúde é, então, considerada como um processo contínuo que compreende cinco fases:

- *"Pré-contemplação: falta de vontade de agir nos próximos 6 meses;*
- *Contemplação: vontade de agir nos próximos 6 meses;*
- *Preparação: disposição para adotar comportamentos de saúde num futuro próximo;*
- *Ação: mudanças específicas e óbvias no estilo de vida nos últimos 6 meses;*
- *Manutenção: manutenção de um comportamento saudável."*

(Darooneh et al., 2022, p.5)

Por exemplo, se uma mulher está na fase de pré-contemplação, isso significa que não está preparada para receber informação sobre saúde sexual. Nas intervenções habitualmente realizadas, os profissionais de saúde intervêm de uma só vez e sem considerar a fase da cliente (Darooneh et al., 2022). Nessa situação, a intervenção torna-se ineficiente, uma vez que a pessoa não está preparada para receber a informação. Com base neste modelo, devem ser usadas estratégias motivacionais para uma mulher que está nesta fase de modo a consciencializá-la para o assunto e estimular o seu interesse. Usando este modelo, ter-se-á uma mudança de comportamento mais bem-sucedida, pois o conteúdo da intervenção é ajustado à fase do indivíduo (Lee & Tsai, 2012).

No estudo realizado, inicialmente, o grau de disponibilidade das puérperas foi determinado e, em seguida, as intervenções foram adaptadas à fase em que estas se encontravam. O programa teve início com a distribuição de um folheto, que continha informação sobre o momento para retomar a atividade sexual, sexualidade durante a amamentação e utilização de métodos

contracetivos. Seguiram-se sessões educativas individuais e interativas sobre saúde sexual, com duração de 10 a 15 minutos. Posteriormente, com base na fase individual foi elaborada a estratégia para as restantes sessões (tabela 3).

Verificou-se que as puérperas que receberam intervenção presencial baseada neste programa tiveram maior autoeficácia sexual do que as dos dois outros grupos, um recebeu informação pós-parto padrão que consistiu em informação sobre contraceção e o momento para retomar a atividade sexual após o parto e outro recebeu um folheto com a mesma informação.

Na fase de contemplação do modelo transteórico, as três ações de "antecipar obstáculos", "aumentar expectativas" e "fornecer histórias de sucesso" tiveram como objetivo melhorar a autoeficácia. Segundo os autores do estudo estas intervenções mostraram-se eficazes e melhoraram a autoeficácia sexual das mulheres após o parto.

Tabela 3: Programa interativo de educação em saúde sexual no pós-parto desenvolvido por Darooneh e colaboradores (2022)

Pré-contemplação	Motivar as mulheres a discutir tópicos de saúde sexual pós-parto e estimular a aprendizagem Melhorar as atitudes sexuais em relação à vida sexual pós-parto, ensinar sobre benefícios da promoção da saúde sexual
Contemplação	Estratégias de motivação, aumentar a autoeficácia sexual por meio das intervenções: "Aumentar as expectativas, prever obstáculos, fornecer histórias de sucesso" Aumentar a disposição para retomar a vida sexual não considerando os obstáculos culturais Ajudar as mulheres a avaliar os aspetos afetivos e cognitivos de si mesmas em relação ao comportamento sexual não saudável
Preparação e ação	Aumentar a autoeficácia sexual: "Oferecer oportunidade à mulher de praticar e responder positivamente se aplicar os conhecimentos aprendidos" Promover a contraceção Apoiar e potenciar a tomada de decisão saudável Promover a saúde sexual através de técnicas: massagem perineal, uso de lubrificantes

Outro programa descrito é o "Women's Postpartum Sexual Health Program" (WPSHP) (Tabela 4), desenvolvido por McBride e col. (2017) e desenhado exclusivamente para o período pós-parto (Hiçyılmaz & Coşkun, 2020). O WPSHP consiste em quatro sessões a realizar num período de oito semanas (com intervalos de duas semanas). As três primeiras sessões foram em grupo e a última sessão foi realizada com o casal, tendo duração de 90 minutos.

Num ensaio clínico conduzido, no Irão, por Zamani e col. (2019), o WPSHP foi efetuado por uma "midwife" em 40 mulheres com baixa satisfação sexual, que concluiu que a intervenção aumentou a satisfação sexual. O aumento das competências de comunicação entre os casais, a melhoria da intimidade sexual, as habilidades de resolução de conflitos e a perceção de maior suporte foram os fatores que concorreram para a melhoria da satisfação sexual refletindo a eficácia do programa. Além disso, as sessões em grupo aumentaram a compreensão das mulheres de que os problemas sexuais são comuns no período pós-parto (Zamani et al., 2019).

Adicionalmente, a sessão com o casal aumentou o conhecimento do homem sobre saúde sexual e contribuiu para o aumento da empatia conjugal (Zamani et al., 2019).

Tabela 4: “Women’s Postpartum Sexual Health Program” desenvolvido por McBride e colaboradores (2017)

Sessão 1	Resposta Sexual Feminina e o Período Pós-Parto Barreiras à Intimidade Sexual no Período Pós-Parto Apresentação do Modelo Não-Linear de Resposta Sexual Feminina de Basson Refletir em Sessão (para considerar fatores que desmotivam ou impedem a intimidade sexual com os parceiros)
Sessão 2	Abordar fatores biopsicossociais que impedem a sexualidade no pós-parto, incluindo: Alterações biológicas e hormonais no período pós-parto, soluções potenciais, como lubrificantes ou creme tópico de estrogênio para diminuição da lubrificação vaginal ou fisioterapia do pavimento pélvico Abordar o impacto das crenças culturais, o papel dos pensamentos e comportamentos, foco sensorial para diminuir a ansiedade e aumentar a consciência de sensações físicas prazerosas durante a intimidade física e sexual.
Sessão 3	Intimidade e Comunicação Eficaz, incluindo: princípios de comunicação eficaz para tópicos sexuais e não sexuais, mantendo uma “atmosfera de romance” no relacionamento, possíveis ajudas para aumentar o desejo (por exemplo, livros eróticos).
Sessão 4	Sessão com o casal, inclui: responder a perguntas, fornecer recomendações e estratégias adicionais, ajudar os casais a entender melhor as questões relacionais que podem estar a contribuir, e/ou ser resultantes de preocupações relacionadas com a sexualidade

Um dos modelos mais prevalentes no aconselhamento sexual é o modelo PLISSIT, que foi introduzido por Annon (1976, cit. por Hiçyılmaz & Coşkun, 2020) e que possui quatro etapas:

1. P - Permissão: permitir que o cliente descreva o problema sexual;
2. LI - Informações limitadas: o cliente recebe informações limitadas sobre as suas preocupações no âmbito da sexualidade;
3. SS - Sugestões específicas: são dadas sugestões e soluções específicas para resolver problemas e preocupações relacionadas com a sexualidade;
4. IT- Terapia Intensiva: tratamento especializado para pessoas que necessitam de maior intervenção.

No modelo PLISSIT, as mulheres têm a oportunidade de discutir os problemas sexuais apenas na primeira etapa, sendo o profissional quem fala nas etapas seguintes. Isso afeta a interpretação do profissional e, às vezes, o silêncio dos clientes na segunda e terceira etapa é interpretado como melhoria dos problemas sexuais; no entanto, a intervenção pode não estar de acordo com as necessidades específicas da pessoa e preocupações sexuais podem permanecer (Hiçyılmaz & Coşkun, 2020). Para superar essa limitação, foi desenvolvido o modelo Ex-PLISSIT, com o objetivo de criar uma oportunidade de diálogo contínuo entre o cliente e o profissional, proporcionando uma escuta ativa dos problemas sexuais em todas as fases. No Ex-PLISSIT, a “permissão” é dada em todas as fases e, conseqüentemente, a informação veiculada nas fases dois e três não é geral e sim adaptada às necessidades específicas de cada cliente (Darooneh et al., 2022).

Este modelo não é específico para mulheres no pós-parto, todavia os EEESMO podem utilizá-lo.

Foi relatado que um programa de aconselhamento sexual, estruturado com base no modelo Ex-PLISSIT, teve um efeito significativo na melhoria da qualidade da vida sexual das mulheres no período pós-parto (Malakouti et al., 2020). O conteúdo da intervenção encontra-se detalhado na tabela 5.

Tabela 5: Modelo Ex-PLISSIT aplicado ao pós-parto (Malakouti et al., 2020)

<i>Permission</i>	Permissão	Identificar problemas sexuais: Criar uma sensação de segurança para as mulheres, fazer perguntas abertas e gerais sobre o relacionamento sexual, respeitar os valores, crenças, sentimentos e atitudes da mulher, permitir que esta fale sobre a sua função sexual Exemplo: “Será que podemos falar do foro sexual?” ou “Se me permite, tem alguma questão relacionada com sexualidade?”
<i>Limited information</i>	Informação limitada	Com base nos problemas sexuais, equívocos e/ou desinformação, identificados na primeira etapa, fornecer informações limitadas sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutivo, ciclo de resposta sexual, alterações físicas, psicológicas e hormonais após o parto. Além disso, as preocupações sexuais das mulheres são abordadas. Exemplo: Algumas mulheres no período pós-parto referem alguns problemas a nível sexual. Isto acontece consigo?
<i>Specific suggestions</i>	Sugestões específicas	Fornecer estratégias e intervenções úteis para lidar com problemas sexuais, por exemplo: exercícios respiratórios e estratégias de relaxamento para mulheres que verbalizam ansiedade sobre a primeira relação sexual pós-parto, dieta saudável e atividade física diária (30 minutos de caminhada) visando contribuir para melhorar a imagem corporal; prescrever lubrificante para melhorar a lubrificação vaginal e a dispareunia; desenvolver a imaginação sexual para aumentar a libido; definir horas de sono do bebé, redistribuição de tarefas, preliminares mais demorados, etc.
<i>Intensive therapy</i>	Intervenção intensiva	Encaminhamento para um especialista para as mulheres que têm um problema sexual mais complexo

O modelo BETTER desenvolvido por Mick e col. (2004, cit. por Karimi et al., 2021), permite discutir questões sexuais e enfatiza a importância da qualidade das relações sexuais como parte da qualidade de vida. Este modelo tem sido utilizado para fornecer aconselhamento sexual a puérperas (Karimi et al., 2021). O modelo BETTER é composto por seis níveis, cujo conteúdo é apresentado na Tabela 6.

Tabela 6: Programa desenvolvido por Karimi e col. (2021) aplicando o Modelo BETTER

<i>Bring Up</i>	Levantar a questão	Levantar a questão da sexualidade. Perguntar sobre intimidade sexual e relacionamento no período pós-parto, mesmo que a cliente opte por não responder, os profissionais informam que estão abertos e dispostos a discutir essas questões se ela desejar fazê-lo posteriormente
<i>Explain</i>	Explicar	Explicar a importância da sexualidade para a qualidade de vida Normalizar a discussão sexual Incentivar a mulher a falar sobre os seus problemas sexuais, ajudando-a sentir-se menos constrangida ou sozinha
<i>Tell</i>	Informar	Informar as mulheres sobre possíveis soluções para problemas sexuais, como dispareunia pós-parto (incluindo o uso de lubrificantes), o profissional diz que, mesmo que uma solução imediata para a sua preocupação não esteja disponível no momento, será feito um encaminhamento para um serviço especializado
<i>Time</i>	Tempo	O profissional estipula a discussão de acordo com a disponibilidade da cliente. Se ela não estiver pronta para lidar com questões sexuais, pode pedir informações no futuro.
<i>Educate</i>	Educar	Identificar fatores que afetam a atividade sexual pós-parto, como complicações do parto, hormonas associadas à amamentação e etc. Treino de foco sensorial e exercícios para os músculos do assoalho pélvico
<i>Record</i>	Registro	Registrar o resultado de todas as avaliações e resultados

Discussão dos resultados

A saúde sexual é influenciada pelo estado de saúde física e mental, alterações neurológicas e hormonais e do ciclo de vida que levam a mudanças na estrutura ou funções corporais (Evcili et al., 2020). O período pós-parto é um desses ciclos de vida. Neste período, fatores como a amamentação, o tipo de parto, complicações durante o parto, problemas do bebê, alterações na imagem corporal, o assumir de novos papéis sociais e as mudanças de humor afetam negativamente a percepção sexual e a função sexual entre os cônjuges (McBride et al., 2017; O'Malley et al., 2022). Diferenças na sexualidade e expectativas dos cônjuges também podem dar origem a disfunções sexuais. A diminuição do desejo sexual e da satisfação sexual, dispareunia e anorgasmia estão entre os problemas sexuais comuns após o parto (Evcili et al., 2020).

A avaliação da saúde sexual é uma parte importante da prática de enfermagem, em particular para os EEESMO, todavia, alguns profissionais negligenciam esta avaliação. Intervenções que promovam a saúde sexual no pós-parto são um componente importante dos cuidados (Evcili et al., 2020). A saúde sexual pós-parto pode ser melhorada oferecendo às mulheres programas que incluam intervenções que melhorem o conhecimento e a capacidade da mulher/casal para utilizarem estratégias sexualmente estimulantes e satisfatórias, para comunicarem eficazmente os seus desejos e necessidades, e que criem espaços seguros para as mulheres partilharem as suas experiências e desafios com outras mulheres (Pardell-Dominguez, et al., 2021).

As intervenções baseadas em modelos e em programas, levando em consideração os interesses, habilidades e contextos culturais dos indivíduos, demonstraram ser mais eficazes que a intervenção padrão, que consiste habitualmente numa intervenção num único momento e que fornece informação sobre o tempo de retoma da atividade sexual e a escolha do método contraceptivo (Darooneh et al., 2022). A intervenção baseada nas necessidades melhora o conhecimento e a atitude sexual, o que, por sua vez, capacita as mulheres para lidarem com os problemas sexuais. Segundo Darooneh e col. (2022), muitos problemas têm origem na falta de conhecimento ou em crenças culturais. O objetivo da intervenção em saúde sexual é garantir que as mulheres no pós-parto tenham uma percepção positiva da sexualidade, que possam expressar os seus problemas no âmbito da sexualidade e que possam encontrar formas profissionais de os resolver (Evcili et al., 2020). A evidência mostra que os EEESMO podem utilizar modelos de intervenção para sistematizar os cuidados de saúde no âmbito da promoção da saúde sexual no pós-parto. Esses modelos podem contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados e para a sua uniformização (Evcili et al., 2020).

Para além disto, a inclusão do parceiro no plano de cuidados revela-se importante, Pardell-Dominguez e col. (2021) recomendam que seja dada importância à intervenção no parceiro, pois o casal precisa estar mutuamente envolvido sobre a saúde sexual no pós-parto, este facto é corroborado por McBride e colaboradores (2017), que no WPSHP, programa de promoção da saúde sexual criado especificamente para o pós-parto, tem o casal como público-alvo na última sessão. Esta sessão visa responder a perguntas, fornecer recomendações e estratégias adicionais e ajudar os casais a entender melhor questões relacionais que podem estar a contribuir para as preocupações no âmbito da saúde sexual.

É muito importante e necessário incluir a sexualidade pós-parto e a abordagem de possíveis problemas sexuais no plano de cuidados pós-parto, podendo ser benéfico utilizar modelos de aconselhamento sexual cuja eficácia foi comprovada pelos estudos. A intervenção deve iniciar-se no momento da alta após o parto e prosseguir na primeira consulta da mulher após a alta (Hiçyilmaz & Coşkun, 2020).

Num estudo realizado em Espanha (2019), as mulheres relataram sentir que a experiência com o sistema de saúde no período pós-parto poderia ter sido muito melhor. A maioria das participantes confessou ter sentido dúvidas. Algumas, mencionaram que as dificuldades e os aspetos negativos da maternidade, principalmente em relação à saúde sexual no pós-parto, não foram explicadas por ninguém. As mulheres queriam conversar abertamente, explicitamente e sem generalizações, com alguém sobre saúde sexual no puerpério. Acima de tudo, queriam que os profissionais de saúde fossem honestos e diretos sobre a sua saúde sexual, sem encobrir os aspetos negativos e abordando as dificuldades reais que provavelmente enfrentariam após o parto (Pardell-Dominguez et al., 2021).

As mulheres enfatizaram, ainda, a necessidade de partilhar as experiências sexuais com o seu

profissional de saúde, referindo que esta partilha poderia ser realizada com um acompanhamento pós-parto baseado num protocolo, de forma a proporcionar tempo com o profissional de saúde para falar sobre saúde sexual. Além disso, as mulheres achavam que deveriam poder falar com outras mães sobre os seus problemas, incluindo saúde sexual. Quase todas as mulheres tiveram dúvidas sobre saúde sexual; em particular, temiam ter dor ou sensações desconfortáveis durante a penetração vaginal, não tinham certeza de quando deveriam retomar a atividade sexual e queriam saber quanto tempo demoraria para voltar ao estado pré-gravídico (Pardell-Dominguez et al., 2021).

Conclusão

O aconselhamento sexual é uma intervenção eficaz para melhorar a saúde sexual no pós-parto. Vários modelos e programas de aconselhamento sexual foram desenvolvidos e utilizados com sucesso para fornecer aconselhamento sexual a mulheres neste período. Estes modelos têm sido eficazes na melhoria da qualidade de vida sexual das mulheres, aumentando a satisfação sexual e reduzindo a disfunção sexual. No entanto, é importante notar que a eficácia desses modelos pode variar dependendo do contexto e das necessidades individuais da mulher. Além disso, são necessários mais estudos para avaliar a eficácia desses modelos em diferentes populações e contextos.

Não se verificou um modelo específico como o melhor para todas as situações. Em vez disso, sugere-se que os profissionais de saúde verifiquem e comparem os modelos de aconselhamento sexual e programas de educação sexual no pós-parto existentes e escolham o modelo mais apropriado de acordo com as condições e contexto de prestação de cuidados, o tipo de cuidados habituais e o tempo disponível para a intervenção. Por isso, a escolha do melhor modelo dependerá das necessidades de cada cliente e do contexto em que a intervenção é realizada.

A intervenção deve ser iniciada no momento da alta com continuidade na primeira consulta pós-parto, visto que uma intervenção estruturada e com continuidade ao longo do tempo demonstrou ser mais eficaz. Esta deve ter em conta a fase em que a mulher se encontra, a sua disponibilidade e o seu contexto, visto que intervenções que não têm em conta estes fatores se mostraram menos eficazes.

Relativamente à concretização da intervenção, esta beneficia de ser ajustada à fase em que a mulher se encontra. As fases descritas, aplicadas ao modelo de intervenção de Darooneh e colaboradores (2022) permitem identificar características da mulher que podem contribuir para ajustar o conteúdo da intervenção. Assim, na fase de pré-contemplação que se caracteriza por falta de vontade de agir nos próximos 6 meses, ou seja, a mulher não pensa no assunto, a intervenção visa motivar as mulheres a discutir sobre de saúde sexual nos pós-parto e estimular

a aprendizagem; na fase de contemplação, verifica-se vontade de agir nos próximos 6 meses, ou seja, a mulher pensa nos próximos seis meses retomar a atividade sexual mas ainda não está totalmente certa disso, assim importa usar estratégias de motivação, aumentar a autoeficácia sexual por meio das intervenções: "*Aumentar as expectativas, prever obstáculos, fornecer histórias de sucesso*"; na fase de preparação, verifica-se disposição para adotar comportamentos num futuro próximo, ou seja, a mulher tem intenção de num período próximo, retomar a atividade sexual, neste caso, importa promover a contraceção, apoiar e potenciar a tomada de decisão saudável e ainda, promover a saúde sexual através de técnicas como massagem perineal e uso de lubrificantes.

11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Ao longo do meu percurso como estudante no curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, considero ter adquirido e desenvolvido as competências necessárias de acordo com os padrões estabelecidos.

As atividades realizadas ao longo deste percurso foram descritas nos capítulos anteriores onde procurei justificar cada uma das intervenções com base na evidência científica mais recente. Na verdade, a maioria das intervenções estava alinhada com a evidência científica disponível, no entanto, em alguns casos, isso não aconteceu devido à existência de práticas institucionais e protocolos que não estão em conformidade com a evidência mais atualizada.

As condições facilitadoras da realização dos ensinamentos clínicos foram o facto de a instituição onde decorreu ser um hospital de apoio perinatal diferenciado, possibilitando a prestação de cuidados diferenciados, nomeadamente em situações de risco materno, fetal e materno-fetal, e ser um hospital escola, facilitando a integração na equipa multidisciplinar.

O estágio que decorreu no BP foi o mais desafiante, pelas competências a adquirir, especificamente as técnicas. Ao longo do estágio procurei implementar intervenções que possibilitaram o envolvimento da mulher e pessoa significativa no TP, a maioria das quais corresponderam às suas expectativas. Com a realização de 37 partos eutócicos e a assistência de outros 21, adquiri conhecimento, competências e habilidades. Os partos assistidos permitiram-me refletir sobre as práticas instituídas. A prática clínica aliada à reflexão contribuiu para o meu crescimento profissional permitindo-me melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Ainda neste contexto clínico, não tive oportunidade de assistir a todos os partos cuja vigilância do TP foi realizada por mim, porque surgiram complicações, ou porque o turno terminava e não podia prolongar.

Observei, também, que existem ainda algumas intervenções de rotina como, CTG contínua, a soroterapia e a posição semi-sentada no segundo período do TP, que não têm fundamentação na evidência científica.

A CTG contínua e a soroterapia contribuem para a restrição da mobilidade das parturientes, que está indicada pela WHO (2018b), por contribuir para a progressão do TP. Tendo esta recomendação em consideração, procurei sempre que possível incentivar os movimentos livres, incluindo a utilização da bola de parto durante o primeiro período do TP. A realização desta intervenção era, no entanto, dificultada quando, pela má captação do traçado associada à posição ou ao movimento, forçava as parturientes a ficarem na cama para uma “melhor” monitorização, o que por vezes podia contribuir para um aumento da duração do primeiro

período do TP, assim como, para comprometer a adaptação do feto às estruturas da bacia materna (WHO, 2018b).

Relativamente ao período expulsivo, adotar uma posição vertical ou de lado pode ajudar a tornar o segundo período do TP mais curto e confortável, pode reduzir as alterações na FCF, as taxas de episiotomia e melhorar a experiência de parto (Berta et al., 2019; Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020; NICE, 2023). Estas posições beneficiam o efeito da gravidade, permitindo maior mobilidade da pelve e facilitando a expulsão do feto. É importante que nenhuma posição específica seja imposta à mulher e que esta seja encorajada e apoiada a adotar a posição que considerar mais confortável (Gupta et al., 2017; WHO, 2018b). A WHO (2018b) recomenda encorajar as mulheres, inclusive as que se encontram com analgesia epidural, a adotar uma posição de parto à sua escolha, incluindo posições verticais. Apesar da evidência, todos os partos assistidos foram na posição de semi-sentada, por ser esta a prática habitual no serviço.

Um dos desafios que encontrei neste estágio foi a realização da episiorrafia, devido à complexidade em identificar os diferentes planos correspondentes à mucosa, ao músculo e ao tecido celular subcutâneo. No entanto, encarei o desafio como uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, procurando estratégias para melhorar as minhas habilidades.

No estágio que decorreu no serviço de internamento de puerpério, percebi a importância do papel do EEESMO em apoiar as mulheres e casais, não apenas no exercício da parentalidade, mas também na promoção do autocuidado da puérpera, uma vez que período pós-parto é caracterizado por uma grande instabilidade emocional, podendo contribuir para um compromisso no seu autocuidado. Como EEESMO em formação, procurei fornecer apoio e ensino adequados para promover a segurança e confiança das mulheres neste período.

Relativamente à transição para a parentalidade, constatei que a maioria das dúvidas e dificuldades, nesta fase, recaía sobre os cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido, nomeadamente o banho e a amamentação.

A amamentação foi uma das áreas que identifiquei como mais desafiante para as mulheres, em particular para aquelas que eram mães pela primeira vez. Procurei oferecer suporte e orientação durante este processo, sendo perceptível que as mulheres/famílias que recebiam maior apoio, durante a amamentação, se sentiam mais seguras e confiantes no seu papel, verbalizando diminuição da sensação de insegurança.

O alojamento conjunto e a possibilidade da permanência contínua da pessoa significativa, habitualmente o pai, durante o internamento constatou-se ser essencial, não só para a ligação dos pais ao recém-nascido, mas também para a aquisição/desenvolvimento de conhecimentos e competências parentais.

No estágio que decorreu no serviço de medicina materno-fetal identifiquei possibilidades de

melhoria nos cuidados de enfermagem para mulheres com complicações da gravidez que, frequentemente, permanecem internadas por longos períodos.

Refletindo sobre a prática, consigo identificar iniciativas que poderiam ser implementadas no sentido de promover uma transição mais saudável para a parentalidade. Uma sugestão seria organizar visitas ao serviço de neonatologia, proporcionando às mulheres a oportunidade de conhecer o ambiente e os profissionais que, eventualmente, cuidarão dos seus recém-nascidos, o que poderia ajudar a reduzir a ansiedade e a promover a confiança. Para as mulheres em repouso no leito, implementar uma visita guiada online ou através de vídeo gravado previamente, por exemplo, também seria uma estratégia positiva.

Ao longo do estágio, procurei ter em conta, com cada mulher, as suas necessidades no âmbito da preparação para a parentalidade com vista a facilitar esta transição. Todavia, considerando as rotinas do serviço, nem sempre foi possível implementar esta intervenção. Nesse sentido, considero interessante propor a realização de sessões em grupo sobre temas relacionados com o puerpério e os cuidados com o recém-nascido, ou alargar a estas mulheres a possibilidade de participar nas sessões de preparação para a parentalidade que decorrem semanalmente no hospital, no serviço de consulta externa. Nas situações de repouso no leito a participação poderia ser através de plataforma online. A participação nestas sessões, também, poderia trazer outros benefícios como a diminuição da ansiedade e do stress associados aos internamentos.

Considero que a ordem em que decorreram os diferentes estágio não foi a mais facilitadora do processo de aprendizagem, uma vez que uma ordem cronológica dos acontecimentos, gravidez, TP, parto e puerpério, permitiria uma melhor integração de conhecimentos, competências e habilidades. Não obstante, encarei este facto como um desafio e consegui superar as dificuldades que foram surgindo.

Em resumo, considero que cresci profissionalmente ao longo deste percurso formativo. Redigir este relatório permitiu-me refletir sobre a prática e identificar áreas para melhoria futura. Acredito que o papel do EEESMO é fundamental no acompanhamento das mulheres e casais durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto, contribuindo para uma gravidez com mais saúde, uma transição saudável para a parentalidade e uma experiência de parto e pós-parto mais positiva.

Apesar dos desafios enfrentados, estou satisfeita por ter alcançado os objetivos estabelecidos e por acreditar ter contribuído positivamente para o bem-estar das mulheres e famílias a quem tive a oportunidade de prestar cuidados.

Paralelamente aos ensinamentos clínicos, a pesquisa pela evidência mais atualizada para justificar as intervenções observadas e realizadas, em contexto da prática clínica, possibilitou a análise dos cuidados prestados, aprofundando conhecimentos e garantindo cuidados atualizados e relevantes para a mulher/casal, conforme a missão do EEESMO.

Para concluir, considero que os objetivos inicialmente estabelecidos para a aquisição de competências de EEESMO foram alcançados e que este relatório detalha o desenvolvimento do processo de enfermagem em cada área de atuação do EEESMO, visando refletir o seu pensamento e prática, assim como a qualidade dos cuidados prestados.

12. BIBLIOGRAFIA

Abalos, E., Sguassero, Y., & Gyte, G. M. (2021). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD008407. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008407.pub3>

Abo-Bakr Ibrahim Abo-Eleneen, A., & Salah Shalaby, N. (2020). Effect of Perineal Massage on Perineal Traumas for Nulliparous Women during Labor. *Egyptian Journal of Health Care*, 11(1), 435-444. https://ejhc.journals.ekb.eg/article_183286.html

Aghababaei, S., Refaei, M., Roshanaei, G., Rouhani Mahmoodabadi, S. M., & Heshmatian, T. (2020). The effect of sexual health counseling based on REDI model on sexual function of lactating women with decreased sexual desire. *Breastfeeding Medicine*, 15(11), 731-738. <https://doi.org/10.1089/bfm.2020.0057>

Almeida, M., Dore, J., Ruas, L. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 24-1328. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-no-1-Março-2017-Recomendações-págs-24-38.pdf>

Alp Yilmaz, F., Avci, D., Arzu Aba, Y., Ozdilek, R., & Dutucu, N. (2018). Sexual Dysfunction in Postpartum Turkish Women: It's Relationship with Depression and Some Risk Factors. *African journal of reproductive health*, 22(4), 54-63.

American College of Obstetricians and Gynecologists & American Academy of Pediatrics. (2017). *Guidelines for perinatal care*, 8th ed. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Pediatrics. <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/-/media/3a22e153b67446a6b31fb051e469187c.ashx>

American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). Committee Opinion Number 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics and gynecology*, 133(2), e164-e173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018a). Optimizing postpartum care. ACOG Committee Opinion No 736. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics and Gynecology* 131, 140-50.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018b). ACOG Practice Bulletin No 190: Gestational Diabetes Mellitus. *Obstetrics and gynecology*, 1(321), e49-e64.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002501>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). *Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth Committee. Opinion Number 81.*

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). Prevention of Group B streptococcal Early-onset disease in newborns. ACOG Committee Opinion No 797. *Obstetrics & Gynecology*, 135(2).

<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/02/prevention-of-group-b-streptococcal-early-onset-disease-in-newborns>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020c). ACOG Practice Bulletin: Operative Vaginal Birth. Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4).

http://unmfm.pbworks.com/w/file/fetch/140666493/Operative%20Vaginal%20Birth_ACOG%20Practice%20Bulletin%2C%20Number%20219.pdf

Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). Obstetric Lacerations: Prevention and Repair. *American family physician*, 103(12), 745–752.

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). *Boas práticas em aleitamento materno: guia de apoio a profissionais.*

<https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>

Bahmaei, H., Mousavi, P., Haghighizadeh, M. H., & Iravani, M. (2023). The Impact of Maternal Position in Labor on Occiput-Posterior Position of Fetus and Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Without Epidural Analgesia. *Journal of family & reproductive health*, 17(2), 86–92. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v17i2.12871>

Barbara, G., Pifarotti, P., Facchin, F., Cortinovis, I., Dridi, D., Ronchetti, C., Calzolari, L., & Vercellini, P. (2016). Impact of mode of delivery on female postpartum sexual functioning: Spontaneous vaginal delivery and operative vaginal delivery vs cesarean section. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 393–401. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.004>

Barradas, A., Torgal, A. L., Gaudêncio, A. P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E, Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., & Varela, V. (2015). Livro de Bolso *Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.

Bernitz, S., Betran, A. P., Gunnes, N., Zhang, J., Blix, E., Øian, P., Eggebø, T. M., & Dalbye, R. (2023). Association of oxytocin augmentation and duration of labour with postpartum haemorrhage: A cohort study of nulliparous Women. *Midwifery*, 123, 103705.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103705>

Berta M., Lindgren H., Christensson K., Mekonnen S., & Adefris M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*, 19(1):466. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>

BIREME/OPAS/OMS. (2017). *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS*. <http://decs.bvsalud.org>

Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatas, G. N., Pathirana, D., & Garcia Bartels, N. (2012). Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric dermatology*, 29(1), 1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01594.x>

Boyse, K. (2016). *Preparing Children for a New Baby*. University of Michigan Health System. Department of Obstetrics and <https://med.umich.edu/1libr/Gyn/WHP/PreparingChildrenNewBaby.pdf>

Brandão, S., & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of advanced nursing*, 68(12), 2730-2739. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.05978.x>

Brito, A. P. A., Caldeira, C. F., & Salvetti, M. G. (2021). Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55, e03691. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X201902330369>

Bueno-Lopez, V., Fuentelsaz-Gallego, C., Casellas-Caro, M., Falgueras-Serrano, A. M., Crespo-Berros, S., Silvano-Cocinero, A. M., Alcaine-Guisado, C., Zamoro Fuentes, M., Carreras, E., & Terré-Rull, C. (2018). Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial *Birth*, 45(4), 385-392. <https://doi.org/10.1111/birt.12347>

Calais-Germaine, B. & Parés, N. V. (2009). *Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto*. Editor: La Liebre de Marzo.

Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C., & Grilo, AR (2023a). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E., & Figueiredo A. (2023b). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidez_v5.pdf

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências*

parentais. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa.

Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação *Referência - Revista de Enfermagem*, IV(4), 11-20. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Castro, V., Fonseca, J., Durans, K., Silva, D., Silva, J., & Pasklan, A. (2022). Percepção das parturientes sobre a importância do acompanhante no parto e pós-parto. *Research, Society and Development*, 11(6). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28843>

Clarke-Deelder, E., Opondo, K., Oguttu, M., Burke, T., Cohen, J. L., & McConnell, M. (2023). Immediate postpartum care in low-and middle-income countries: A gap in healthcare quality research and practice. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 5(2S), 100764. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100764>

Coffey, P.S. & Brown, S.C (2017). Umbilical cord-care practices in low-and middle-income countries: a systematic review *BMC Pregnancy Childbirth* 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1250-7>

Crossland, N., Kingdon, C., Balaam, M. C., Betrán, A. P., & Downe, S. (2020). Women's, partners' and healthcare providers' views and experiences of assisted vaginal birth: a systematic mixed methods review. *Reproductive health*, 17(1), 83. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00915-w>

Darooneh, T., Ozgoli, G., Keshavarz, Z. & Nasiri, M. (2022). Educational programs and counseling models for improving postpartum sexual health: a narrative review. *Sexual and Relationship Therapy*. 1-17. <https://doi.org/10.1080/14681994.2022.2085250>

Decreto Lei nº 9/2009. Diário da República n.º 44/2009, Série I de 2009-03-04, 1466 – 1530. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/9-2009-604779>

Direção Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Portugal. Ministério da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. Orientação nº 002/2023 de 10/05/2023. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>

Evcili, F., Demirel, G., Bekar, M., & Guler, H. (2020). Effectiveness of postpartum sexual health education programme structured according to Levine's conservation model: An interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 26(3), e12855. <https://doi.org/10.1111/ijn.12855>

Ezzat, N., Nabil, H., Marzouk, T., & Elnemer, A. (2018). Maternal semi sitting versus lithotomy position during second stage of labor on maternal outcomes. *Mansoura Nursing Journal*, 5. https://mnj.journals.ekb.eg/article_175838_ea59284d50f5d88ec355c0609cad1bcb.pdf

Ferreira, I. & Reynolds, A. (2021). O Papel da Ocitocina na Profilaxia da Hemorragia Pós-Parto em Locais com Recursos Limitados. *Acta Med Port*, 34(12):857-863.

<https://doi.org/10.20344/amp.14258>

Fuentealba-Torres, M., Cartagena-Ramos, D., Fronteira, I., Lara, L. A., Arroyo, L. H., Arcoverde, M. A. M., Yamamura, M., Nascimento, L. C., & Arcêncio, R. A. (2019). What are the prevalence and factors associated with sexual dysfunction in breastfeeding women? A Brazilian cross-sectional analytical study. *BMJ open*, 9(4), e025833. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025833>

Gasquet B. (2009). *Les positions d'accouchement - de la préparation à la naissance*. <https://www.degaset.com>

Graça, L. (2017). *Medicina Materno-fetal*. 5ª edição. Lidel.

Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre lactancia materna (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA, Guías de Práctica Clínica en el SNS. https://www.aeped.es/sites/default/files/guia_de_lactancia_materna.pdf

Guittier, M. J., Othenin-Girard, V., de Gasquet, B., Irion, O., & Boulvain, M. (2016). Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 123(13), 2199-2207. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13855>

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

Gupta, P., Nagesh, K., Garg, P., Thomas, J., Suryawanshi, P., Sethuraman, G., Hazarika, R. D., Verma, R. J., Kumar, C. S., Kumari, S., Taneja, S., Chavhan, V., Thakor, P., & Pandita, A. (2023). Evidence-Based Consensus Recommendations for Skin Care in Healthy, Full-Term Neonates in India. *Pediatric health, medicine and therapeutics*. 1249-265. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S414091>

Halliday, L., Nelson, S. M., & Kearns, R. (2022). Epidural analgesia in labor: A narrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(2), 356-364. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14175>

Hiçyılmaz, B. D., & Coşkun, N. (2022). The Importance of Postpartum Period Sexual Counseling and Sexual Counseling Models in Nursing. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(1), 117-122. <https://jer-nursing.org/jvi.aspx?pdid=jern&plng=eng&un=JERN-89982&look4=>

Hillman, N. H., Kallapur, S. G., & Jobe, A. H. (2012). Physiology of transition from intrauterine to extrauterine life. *Clinics in perinatology*, 39(4), 769-783. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2012.09.009>

- Hofmeyr, G. & Singata-Madliki, M. (2020). The Second Stage of Labour. *Best Practice Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, 67, 53-64. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.012>
- Hoyt-Austin, A. E., Kair, L. R., Larson, I. A., Stehel, E. K., & Academy of Breastfeeding Medicine (2022). Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, Revised 2022. *Breastfeeding medicine*, 17(3). <https://doi.org/10.1089/bfm.2022.29203.aeh>
- Hsieh, L. Y., & Chen, P. H. (2022). The effect of dry care on the time of umbilical cord separation in newborn: A systematic review and Meta-analysis. *The journal of nursing*, 69(4), 64-75. [https://doi.org/10.6224/JN.202208_69\(4\).09](https://doi.org/10.6224/JN.202208_69(4).09)
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L. H., Li, F. J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 460-467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Hutchison, J., Mahdy, H., & Hutchison, J. (2023). Stages of Labor. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- Infarmed. (2016). *Prontuário terapêutico online*. <https://app10.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=AMPICILINA&x=9&y=8&rb1=0>
- Infarmed (2020). *Resumo das Características do medicamento*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/098807f-121759-paracetamol-ben-u-ron-comprimido-1g.pdf>
- Infarmed (2021). *Resumo das Características do medicamento*. <https://medikamio.com/downloads/pt-pt/drugs/oxitocina-generis.pdf>
- Infarmed (2022). *Resumo das Características do medicamento*. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/62d8b6d-092052-ropivacaina.pdf>
- International Council of Nursing (2019). *ICNP Browser*. 2019 release. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2023). *Harnessing the golden hour: breastfeeding recommended within first hour*. <https://www.figo.org/resources/figo-statements/harnessing-golden-hour-breastfeeding-recommended-within-first-hour-life>
- Karimi, F., Babazadeh, R., Roudsari, R. L., Asgharipour, N., & Esmaily, H. (2021). Comparing the Effectiveness of Sexual Counseling Based on PLISSIT and BETTER Models on Sexual Self disclosure in Women with Sexual Problems after Childbirth: A Randomized Trial. *Iranian journal*

of nursing and midwifery research, 26(1), 68–74. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_265_19

Kaur, C., Mukesh, C., & Sharma, M. (2016). A Study to Assess the Sucking Reflex of Neonates Born at Selected Hospitals. *International Journal of Science and Research*, 5 https://www.researchgate.net/publication/311843960_A_Study_to_Assess_the_Sucking_Reflex_of_Neonates_Born_at_Selected_Hospitals#fullTextFileContent

Kellams, A., Harrel, C., Omege, S., Gregory, C., & Rosen-Carole, C. (2017). ABM Clinical Protocol#3: Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2017. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 12, 188–198.

<https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/3-supplementation-protocol-english.pdf>

Kim, H. J., An, J. W., Lee, Y., & Shin, Y. S. (2020). The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: A systematic review and meta-analysis *Midwifery*, 89, 102788. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102788>.

Kim, Y. J. (2020). Pivotal roles of prolactin and other hormones in lactogenesis and the nutritional composition of human milk. *Clinical and experimental pediatrics*, 6(38), 312–313. <https://doi.org/10.3345/cep.2020.00311>

Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2020). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(4), 445–450. <https://doi.org/10.1111/aogs.13781>

Lawrence A., Lewis L., Hofmeyr G., & Styles C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

Le Ray, C., Lepleux, F., De La Calle, A., Guerin, J., Sellam, N., Dreyfus, M., & Chantry, A. A. (2016). Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(4), 511. e1-511. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.05.033>

Lee, J. T., & Tsai, J. L. (2012). Transtheoretical model-based postpartum sexual health education program improves women's sexual behaviors and sexual health. *The journal of sexual medicine*, 9(4), 986–996. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02419.x>

Lowdermilk, d. & Perry, s. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. 7ª Ed. Lusodidacta.

Malakouti, J., Golizadeh, R., Mirghafourvand, M., & Farshbaf-Khalili, A. (2020). The effect of counseling based on ex-PLISSIT model on sexual function and marital satisfaction of postpartum women: A randomized controlled clinical trial. *Journal of education and health promotion*, 9, 284. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_168_20

- Marcos-Rodríguez A., Leirós-Rodríguez R., & Hernández-Lucas P. (2023). Efficacy of perineal massage during the second stage of labor for the prevention of perineal injury: A systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet*, 162, 802-810. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14723>
- McBride, H. L., Olson, S., Kwee, J., Klein, C., & Smith, K. (2017). Women's Postpartum Sexual Health Program: A Collaborative and Integrated Approach to Restoring Sexual Health in the Postpartum Period. *Journal of sex & marital therapy*, 43(2), 147-158. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1141818>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- Mendes, C. I. R., Silva, F. D., Teixeira, D. M., & Costa, K. A. R. (2022). Does using the birth ball as a physiotherapeutic resource decrease pain and duration of labor? *Research, society and development*, 11(16). <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37875>
- Miao, Y., Zhao, S., Liu, W., Jiang, H., Li, Y., Wang, A., & Zhang, Y. (2023). Prevalence and risk factors of delayed onset lactogenesis II in China: a systematic review and meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 36(1), 2214833. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2214833>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & Group, P.-P. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) statement. *Systematic Reviews*, 4(1).
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2021a). *Inducing labour: NICE guideline*. www.nice.org.uk/guidance/ng207
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2021b). *Postnatal care: NICE guideline*. <http://www.nice.org.uk/guidance/ng194>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2023). *Intrapartum care: Nice Guidelines*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
- Nené, M., Marques, R., Batista, M. A. (2016). *Enfermagem em saúde materna e obstétrica*. Lidel. ISBN: 978-989-752-416-5.
- Niazi, A., Rahimi, V. B., Askari, N., Rahmanian-Devin, P., & Askari, V. R. (2021). Topical treatment for the prevention and relief of nipple fissure and pain in breastfeeding women: A systematic review. *Advances in Integrative Medicine*, 8(4), 312-321. <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2021.07.001>.
- Nunes, I., Nogueira-Silva, C., Castro, T. C., Costa, F. J., Antunes, I., & Santo, S. (2021). Oxytocin in Labor - acceleration and induction. *Acta Obstet Ginecol Port* 1(53), 301-307. https://www.researchgate.net/publication/360806037_Oxytocin_in_Labor_-_acceleration_and_ind

uction

O'Malley, D., Higgins, A. & Smith, V. (2021). Exploring the Complexities of Postpartum Sexual Health. *Curr Sex Health Rep* 13, 128-135. <https://doi.org/10.1007/s11930-021-00315-6>

Ondeck M. (2019). Healthy Birth Practice #2: Walk, Move Around, and Change Positions Throughout Labor. *The Journal of perinatal education*, 23(4), 81-87. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.81>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República, 2.a série — Nº 85.

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*.

Ordem dos Enfermeiros. (2021b). *Programa Formativo que integra o ciclo de estudos do curso de Mestrado que visa o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Diário da República, 2.a série. Nº 43.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/22035/aviso-no-39162021-diário-da-república-no-432021-série-ii-de-2021-03-03.pdf>

Pardell-Dominguez, L., Palmieri, P.A., Dominguez-Cancino, K.A., Camacho-Rodriguez, D. E., Edwards, J. E., Watson, J., & Leyva-Moral, J. M. (2021). The meaning of postpartum sexual health for women living in Spain: a phenomenological inquiry. *BMC Pregnancy Childbirth* 21(92). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03578-y>

Pillay, J. & Davis, Tj. (2023). Physiology, Lactation. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981>

Pires, C. S. M. (2016). *Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Puopolo, K. M., Lynfield, R., & Cummings, J. J., (2019). Management of Infants at Risk for Group B Streptococcal Disease. *Pediatrics*, 144(2), e20191881. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1881>

Rabow, S., Hjorth, U., Schönbeck, S., & Olofsson, P. (2018). Effects of oxytocin and anaesthesia on vascular tone in pregnant women: a randomised double-blind placebo-controlled study using non-invasive pulse wave analysis. *BMC Pregnant Childbirth*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2029-1>

Raeseide, L. (2022). *Bathing newborn infants: NHSGGC Guidelines*. <https://www.clinicalguidelines.scot.nhs.uk/nhsggc-guidelines/nhsggc-guidelines/neonatology/bat>

hing-newborn-infants/

Rodrigues, A., Rodrigues, D., Silveira, M. A., Paiva, A., Fialho, A. V., & Queiroz, A. B. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. *Revista De Enfermagem Referência*, 5(3), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>

Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J. N., Sousa, N. Q., & Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses - Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery*, 124, 103763. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>

Rowlands, I.J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth* 12(138). <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-138>.

Santos, A. C. M., Nascimento, C. D., Campos, T. C., & Sousa, N. N. A. G. (2021). Atuação da enfermagem no uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto/ Ursing performance in the use of non-pharmacological methods for pain relief during child labor. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 9505-9115. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-643>

Santos, C., Pimenta, C., Nobre, M. (2007). The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3), 508-511. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300023>.

Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica*. 1ª ed. Lidel

Shah, P. S., Herbozo, C., Aliwalas, L. L., & Shah, V. S. (2012). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12(12), CD004950. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004950.pub3>

Shahoei, R., Zaheri, F., Nasab, L. H., & Ranaei, F. (2017). The effect of perineal massage during the second stage of birth on nulliparous women perineal: A randomization clinical trial. *Electronic physician*, 9(10), 5588-5595. <https://doi.org/10.19082/5588>

Shmueli, A., Salman, L., Orbach-Zinger, S., Aviram, A., Hirsch, L., Chen, R., & Gabbay-Benziv, R. (2018). The impact of epidural analgesia on the duration of the second stage of labor. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 45(4), 377-384. <https://doi.org/10.1111/birt.12355>

Silva, M. R. G., Skupien, S. V., Ravelli, A. P. X., Bayer, L. D. C. D., Sedorko, A., Martins, M. de S., & Cavalcante, M. R. (2021). Consulta puerperal de enfermagem: Prevenção da trombose venosa profunda / Puerperal nursing consultation: Prevention of deep vein thrombosis. *Brazilian Journal of Development*, 7(12), 119340-119348. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n12-615>

Silveira SK & Trapani A. J. (2018) *Monitorização fetal intraparto*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo).

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1052446/femina-2019-481-59-64.pdf>

Simkin P, Hanson L, & Ancheta R (2017). *The labor progress handbook. Early interventions to prevent and treat dystocia*. 4a ed. John Wiley & Sons, Inc.

Simon, L. V., Hashmi, M. F., & Bragg, B. (2023). APGAR Score. In: *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470569/>

Smorti, M., Ginobbi, F., Simoncini, T., Pancetti, F., Carducci, A., Mauri, G., & Gemignani, A. (2023). Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: An integrative quantitative and qualitative study. *Curr Psychol*, 42, 5570-5579. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2020). *Consenso Clínico: Prevenção do colapso súbito pós-natal na sala de partos*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2021/03/Consenso-Colapso-2020.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Cuidados gerais ao RN Saudável*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saudável.pdf>

Tan, P. C., Mackeen, A., Khong, S. Y., Omar, S. Z., & Noor Azmi, M. A. (2016). Peripheral Intravenous Catheterisation in Obstetric Patients in the Hand or Forearm Vein: A Randomised Trial. *Scientific reports*, 6. <https://doi.org/10.1038/srep23223>

Tendeiro, P. I. S. D. N., Diniz, A. M., Mendes, C., Bordalo, I. M. S. V. L., Chainho, M. D. C., Ramos, S. M. S. V., & Sousa, P. P. (2023). Peripheral intravenous catheter-associated phlebitis and drug administration: retrospective incident analysis. *Revista de Enfermagem Referencia*, 62, e22069. <https://doi.org/10.12707/RVI22069>

Vieira, V. (2018). *Vivências da Vinculação Pai-Filho*. Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica. Instituto Politécnico de Bragança Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro & Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/2147/1/Vanda_Vieira.pdf

Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., Van Haeken, S., Uddin, N., Xuereb, R. B., & Kolesnikova, N. (2021). When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 475. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta paediatrica*, 108(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

World Health Organization & United Nations Children's Fund. (2018). *Protecting, promoting and*

supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Geneva: WHO & UNICEF.

World Health Organization. (2014). *WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn*. Geneva: World Health <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>

World Health Organization. (2017a). *Recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. Geneva: World Health Organization <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2017b). *Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018a). *Recommendations: induction of labour at or beyond term*. Geneva: World Health <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>

World Health Organization. (2018b). *Intrapartum care for a positive childbirth experience: WHO recommendations*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352612>

Yi, D. Y., & Kim, S. Y. (2021). Human Breast Milk Composition and Function in Human Health: From Nutritional Components to Microbiome and MicroRNAs. *Nutrients*, 13(9), 3094. <https://doi.org/10.3390/nu13093094>

Zamani, M., Latifnejad Roudsari, R., Moradi, M., & Esmaily, H. (2019). The effect of sexual health counseling on women's sexual satisfaction in postpartum period: A randomized clinical trial. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 17(1), 41-50. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i1.3819>

13. ANEXOS

Anexo I

ANEXO I - PRISMA

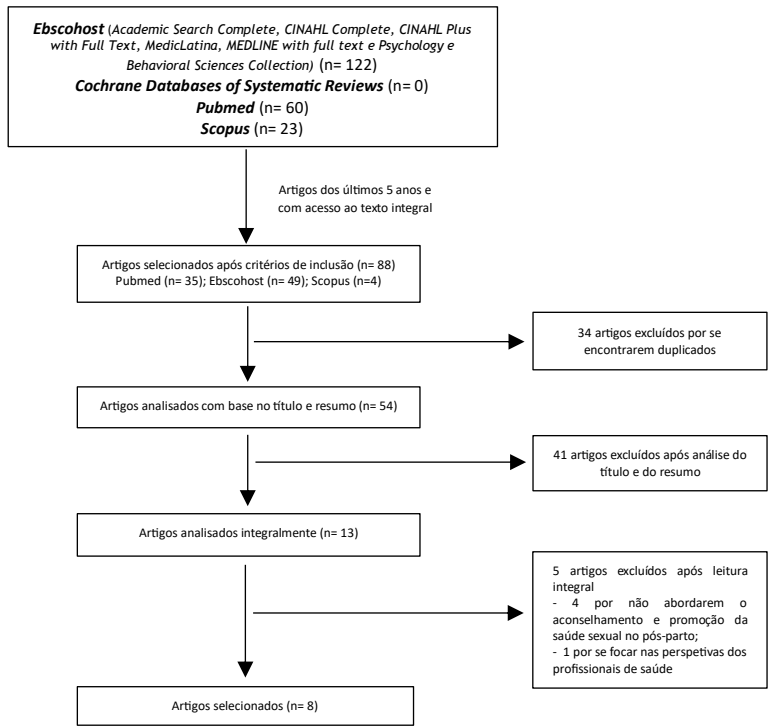


Figura 1: PRISMA flow diagram, adaptado de Moher et al. (2015)

