



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

**Critérios para a realização de episiotomia:
contribuição para a tomada de decisão**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Andreia Isabel Rodrigues Correia

Porto, 2024

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

CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DE
EPISIOTOMIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A
TOMADA DE DECISÃO

Estágio orientado pela Mestre Maria Arminda
Nunes e coorientado pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso.

Porto, 2024

AGRADECIMENTO

Com o término de uma etapa tão importante na minha vida, não podia deixar de expressar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que me apoiaram, ajudaram e incentivaram ao longo desta caminhada, permitindo que a mesma chegasse ao fim com tamanho sucesso.

Em primeiro lugar quero agradecer aos professores pela partilha de conhecimentos fundamentais para o meu desenvolvimento profissional, dando especial atenção à Professora Doutora Alexandrina Cardoso e à Professora Maria Arminda Nunes.

Quero expressar também o meu mais profundo agradecimento às minhas orientadoras de estágio e às respetivas equipas que tão bem me receberam e me acolheram no vosso meio, partilhando experiências e saberes. Não poderia deixar de mencionar a Enfermeira Isabel, a Enfermeira Manuela, a Enfermeira Sandra e a Enfermeira Cátia, pois foram vocês que me inspiraram e ensinaram-me a atuar como uma enfermeira especialista, não só na vertente prática e teórica, mas acima de tudo na vertente humana da nossa profissão, apoiando-me e incentivando-me a ser melhor. Mostraram-me carinho, compreensão e compaixão e fizeram com que este processo fosse enriquecedor e bonito.

Agradeço aos meus pais por tudo, principalmente a ti, mãe, pelo que fizeste para que fosse mais fácil superar a exigência destes dois anos.

Não podia faltar um agradecimento às minhas “meninas da L” pelo apoio e palavras de força e pela compreensão.

À Catarina e à Mafalda, como poderei algum dia agradecer o apoio, o estímulo e as palavras de coragem dadas durante este tempo todo? Crescemos juntas enquanto enfermeiras, pessoas, amigas. Sem vocês todo este caminho tinha sido mais difícil. Obrigada por estarem sempre comigo e me ajudarem nos momentos mais difíceis. Obrigada pela vossa presença e por tornarem a vida muito mais bonita.

Um agradecimento especial a “Ti” por nunca me largares a mão, por nunca me deixares desistir, por me fazeres ver que conseguia e seres o meu porto seguro. Estiveste sempre lá para mim mesmo quando só metade de mim estava lá para ti. Se consegui chegar ao fim deste desafio foi em grande parte graças a ti.

Por fim e não menos importante, à minha “N”, que foi luz e foi alegria e foi amor. Tu foste e serás sempre uma presença constante em mim.

RESUMO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi realizado o estágio de natureza profissional que resulta no presente relatório, cujos objetivos são descrever, analisar e refletir de forma crítica as atividades que contribuíram para a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

A componente de estágio desenvolveu-se ao longo de 1 ano letivo, em contextos de gravidez com complicações, bloco de partos e puerpério, com uma duração de 800 horas de contacto clínico.

A conceção de cuidados é uma etapa fundamental para a aquisição de competências específicas, estando por isso explanados ao longo deste relatório um total de 6 casos clínicos e respetivos planos de cuidados individualizados: 4 referentes ao bloco de partos, 1 referente a gravidez de risco e 1 referente ao puerpério. Os casos abordam os cuidados autónomos e especializados prestados com base nas necessidades específicas das mulheres e famílias, tendo sempre por base os princípios de qualidade e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Face à constante necessidade de desenvolver o conhecimento e procurar as mais recentes evidências científicas que suportam a atuação do enfermeiro especialista, conforme descrito nas competências comuns inerentes a este, surgiu a revisão narrativa abordada neste relatório que irá desenvolver a temática sobre os critérios para a realização, ou não, da episiotomia. O objetivo desta narrativa é relatar e compreender a evidência científica para melhorar o processo de tomada de decisão. A revisão narrativa descreveu como principais critérios para a realização da episiotomia a presença de sofrimento fetal, a prevenção de lacerações de 3º e 4º grau e o parto instrumentado. Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Episiotomia, Tomada de Decisão

ABSTRACT

As part of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, a professional internship was carried out, resulting in this report, whose objectives are to describe, analyze, and critically reflect on the activities that contributed to the acquisition of specific skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health.

The internship component was developed over one academic year in contexts of complicated pregnancies, delivery rooms, and the postpartum period, totaling 800 hours of clinical contact.

Care planning is a fundamental step in acquiring specific skills. Thus, this report explains six clinical cases and their respective individualized care plans: four related to delivery rooms, one to high-risk pregnancy, and one to the postpartum period. The cases address the autonomous and specialized care provided based on the specific needs of women and families, always grounded in the principles of quality and the specific skills of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health.

Given the constant need to develop knowledge and seek the most recent scientific evidence to support the specialist nurse's practice, as described in the common competencies inherent to this role, a narrative review was undertaken in this report to explore the criteria for performing or not performing an episiotomy.

The objective of this narrative is to report and understand the scientific evidence to improve the decision-making process. The narrative review identified the main criteria for performing an episiotomy as the presence of fetal distress, the prevention of third- and fourth-degree tears, and instrumental delivery.

Keywords: Nurse Midwives, Episiotomy, Decision Making

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS e/ou ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

ARRIVE – “*A Randomized trial of induction versus expectante management*”

BPM – Batimentos cardíacos por minuto

cm – centímetros

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

ECTS – *European Credit Transfer System*

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EV - Endovenoso

FC – Frequência cardíaca

FCF – Frequência cardíaca fetal

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HPP – Hemorragia pós-parto

MCEESMO – Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de saúde Materna e Obstétrica

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ml – Mililitros

ml/h – Mililitros por hora

mmHg – Milímetro de mercúrio

nº - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OEA – Occipito esquerda anterior

OMS – Organização Mundial da Saúde

PQCEESMO – Padrões da Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

PTGO – Prova de tolerância à glicose oral

RCIU – Restrição do crescimento intrauterino

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SMO – Saúde Materna e Obstétrica

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF – Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SU – Serviço de urgência

TA – Tensão arterial

UC – Unidade Curricular

µg - Microgramas

UI – Unidade Internacional

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

Índice

1. INTRODUÇÃO	12
2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	17
3. CUIDAR A MULHER E A FAMÍLIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO	21
3.1 O respeito pelas expectativas da cliente face ao seu plano de parto	22
3.1.1 Justificação da escolha do caso clínico	24
3.1.2 Planos de cuidados especializados	25
3.1.3 Síntese do caso	36
3.2 Tomada de decisão na episiotomia	38
3.2.1 Justificação da escolha do caso clínico	39
3.2.2 Planos de cuidados especializados	40
3.2.3 Síntese do caso	51
3.3 Atuação na hemorragia pós-parto	53
3.3.1 Justificação da escolha do caso clínico	54
3.3.2 Planos de cuidados especializados	56
3.3.3 Síntese do caso	67
3.4 O desafio da distócia de ombros	68
3.4.1 Justificação da escolha do caso clínico	70
3.4.2 Planos de cuidados especializados	71
3.4.3 Síntese do caso	83
4. CUIDAR A MULHER E A FAMÍLIA NO PERÍODO PRÉ-NATAL	85
4.1 Risco Materno-Fetal: a atuação do EEESMO perante o diagnóstico de pré-eclampsia e diabetes gestacional	86
4.1.1 Justificação da escolha do caso clínico	87
4.1.2 Planos de cuidados especializados	88
4.1.3 Síntese do caso	100
5. CUIDAR A MULHER E A FAMÍLIA NO PERÍODO PÓS-NATAL	102

5.1 Laços à distância: o desafio emocional com um bebé no colo e outro na neonatologia	102
5.1.1 Justificação da escolha do caso clínico	104
5.1.2 Planos de cuidados especializados	106
5.1.3 Síntese do caso	120
6. CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO	124
6.1 Metodologia	126
6.2 Análise dos resultados	128
6.3 Discussão de resultados	131
7. REFLEXÃO CRÍTICA	135
8. CONCLUSÃO	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	140
APÊNDICE	151

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Plano de cuidados: capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.....	25
Quadro 2. Plano de cuidados: trabalho de parto.....	28
Quadro 3. Plano de cuidados: nascimento.....	34
Quadro 4. Plano de cuidados: conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto.....	40
Quadro 5. Plano de cuidados: capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.....	43
Quadro 6. Plano de cuidados: dor de trabalho de parto.....	45
Quadro 7. Plano de cuidados: trabalho de parto.....	47
Quadro 8. Plano de cuidados: trabalho de parto.....	56
Quadro 9. Plano de cuidados: nascimento.....	61
Quadro 10. Plano de cuidados: hemorragia pós-parto.....	63
Quadro 11. Plano de cuidados: recém-nascido.....	65
Quadro 12. Plano de cuidados: conhecimento sobre a função da dor no trabalho de parto.....	71
Quadro 13. Plano de cuidados: trabalho de parto.....	73
Quadro 14. Plano de cuidados: amamentação exclusiva.....	80
Quadro 15. Plano de cuidados: dor.....	82
Quadro 16. Plano de cuidados: significado atribuído à gravidez.....	88
Quadro 17. Plano de cuidados: conhecimento sobre complicações durante a gravidez.....	91

Quadro 18. Plano de cuidados: conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez.....	95
Quadro 19. Plano de cuidados: conhecimento sobre regime dietético durante a gravide.....	96
Quadro 20. Plano de cuidados: potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal.....	98
Quadro 21. Plano de cuidados: conhecimento sobre recuperação pós-parto	106
Quadro 22. Plano de cuidados: conhecimento sobre autocuidado pós-parto	108
Quadro 23. Plano de cuidados: conhecimento do pai sobre higiene do recém-nascido.....	110
Quadro 24. Plano de cuidados: capacidade do pai para cuidar da higiene do recém-nascido.....	112
Quadro 25. Plano de cuidados: consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.....	113
Quadro 26. Plano de cuidados: conhecimento sobre lactação.....	116
Quadro 27. Plano de cuidados: conhecimento sobre conservação do leite materno.....	118
Quadro 28. Estratégia de pesquisa.....	126
Quadro 29. Extração de dados.....	129

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma da estratégia de pesquisa.....	128
---	-----

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se na unidade curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional com Relatório, inserida no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) realizado na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2023/2024. Este relatório tem como finalidade descrever, analisar e refletir de forma crítica, com base na melhor evidência científica, as atividades realizadas durante os estágios de natureza profissional, que contribuiriam para o processo de desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Esta UC com 45 *European Credit Transfer System* (ECTS) decorreu num período com um total de 1260 horas de carga de trabalho, dividindo-se entre horas de contacto, horas para realização de atividades para o desenvolvimento de competências e horas para a realização de trabalhos e do respetivo relatório. As horas de contacto dividiram-se entre 800 horas para a realização dos estágios de natureza profissional e 30 horas para aulas de orientação tutorial, tendo sido realizadas entre setembro de 2023 e julho de 2024. Esta UC tinha preconizado como objetivos:

- Fomentar a autodisciplina na elaboração dos próprios caminhos tendo em conta uma abordagem de aprendizagem contínua e o incentivo ao espírito empreendedor;
- Identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas centradas nas necessidades da mulher com alterações ginecológicas, da mulher e família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco;
- Desenvolver e reforçar a habilidade de resolver problemas em contexto de equipas multidisciplinares;

- Mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados;
- Promover uma consciência profissional sobre o papel do EEESMO.

A componente de estágio desenvolveu-se em três contextos da prática clínica: gravidez com complicações, bloco de partos e puerpério. O objetivo geral proposto para estes estágios corresponde ao desenvolvimento de um perfil de competências condizentes com o de EEESMO descritas no Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), tais como:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal.

Segundo o Regulamento nº 391/2019 da OE (2019), define-se a Mulher, no âmbito do ciclo reprodutivo, como alvo dos cuidados de enfermagem na especialidade de saúde materna e obstétrica. Este regulamento especifica ainda que é da competência do EEESMO assumir intervenções autónomas nas situações de baixo risco clínico em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida do ciclo reprodutivo da mulher, bem como intervenções autónomas e interdependentes nas situações de médio e alto risco. Perante isto, este relatório irá explanar a conceção de cuidados implementados à mulher e à família, em contexto de gravidez de risco, parto e pós-parto, atendendo às competências do enfermeiro especialista, refletindo de forma crítica as intervenções implementadas e os desafios percecionados ao longo da prestação de cuidados.

A nível pessoal, espera-se que a frequência neste mestrado permita aprofundar o conhecimento na área de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), através do desenvolvimento de aptidões de pesquisa, investigação,

autonomia e trabalho em equipa, promovendo o desenvolvimento a nível pessoal e profissional e contribuindo para uma enfermagem mais significativa para a mulher, família e comunidade.

Os cuidados especializados dos EEESMO assentam em três pilares fundamentais, conforme descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) da Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2021):

- Competência profissional, que vai de encontro à prestação e gestão dos cuidados especializados, à responsabilidade profissional, ética e legal e ao desenvolvimento profissional contínuo;
- Prática baseada na evidência, que considera a incorporação da melhor evidência científica nos cuidados prestados, tendo em conta o cliente, os contextos onde os cuidados são prestados e a experiência do profissional;
- Respeito pelo cliente dos cuidados, que põe o cliente no centro dos cuidados, respeitando a sua autonomia e autodeterminação.

Tendo em conta o desenvolvimento contínuo de competências profissionais baseadas na evidência e os objetivos inerentes ao relatório de estágio, foi-me proposto o desenvolvimento de uma revisão da narrativa que abordasse quais são os critérios para a realização, ou não, da episiotomia. O períneo íntegro é um objetivo das mulheres e dos profissionais durante o trabalho de parto. Neste sentido, a proteção perineal no momento do parto é uma intervenção primordial do EEESMO. Apesar disso, identifiquei ao longo do estágio no bloco de partos que prática de episiotomia é por vezes realizada.

A episiotomia tornou-se a forma mais comum de cirurgia obstétrica entre os anos de 1940 e 1980, priorizando-se a sua execução ao invés dos cuidados de proteção perineal (Dahlen et al., 2011), pois acreditava-se que a realização da episiotomia de forma rotineira era essencial para proteger o períneo de lacerações graves (Smith et al., 2017). Contudo, o seu uso seletivo em

comparação ao uso rotineiro melhora os resultados perineais (Gould et al., 2023). Segundo o *European Perinatal Health Report* (2010), a taxa de episiotomia em Portugal entre 2004 e 2010 foi de 73%, sendo que a Organização Mundial da Saúde (2018) não recomenda o uso rotineiro da episiotomia nas mulheres em parto vaginal espontâneo, referindo que é difícil estabelecer uma taxa aceitável da sua realização.

A mudança de comportamento na prática clínica é difícil e os EEESMO enfrentam um desafio real ao traduzir as melhores evidências científicas para a sua prática clínica (Teckla et al., 2010). Os EEESMO têm um papel essencial em promover um trabalho de parto e parto o mais fisiológico possível (Teckla et al., 2010), mas mesmo assim muitos destes profissionais de saúde relatam falta de confiança no reconhecimento dos sinais de alerta para a realização de episiotomia e conseqüentemente dificuldades na tomada de decisão (Gould et al., 2023). Face a estas lacunas, foi proposto o desenvolvimento de uma revisão da narrativa com estratégia PCC (população, conceito, contexto) com o objetivo de evidenciar quais são os critérios utilizados pelos EEESMO na tomada de decisão quanto à realização, ou não, da episiotomia. Para a realização da revisão da narrativa foi utilizada a base de dados EBSCO, *Scopus* e *Cochrane Library*. Para a execução do restante relatório, foram realizadas pesquisas de evidência científica com recurso ao agregador de conteúdos da biblioteca virtual da ESEP, a livros disponíveis na biblioteca da ESEP, ao Google Académico, à literatura cinzenta e à legislação portuguesa.

Este relatório está estruturado em sete capítulos: Um primeiro capítulo que caracteriza os contextos onde foram realizados os estágios, um segundo capítulo que engloba a conceção dos cuidados prestados no bloco de partos, onde são explanados quatro casos clínicos; o terceiro capítulo onde a conceção de cuidados é direcionada à gravidez de risco e é apresentada por um plano de cuidados; o quarto capítulo onde a conceção de cuidados se centra no puerpério, apresentando também um plano de cuidados. O quinto capítulo do relatório representa a revisão narrativa sobre o tema escolhido para a investigação. O relatório termina com o capítulo da reflexão crítica e o capítulo da conclusão.

Neste relatório, é ainda privilegiado o princípio da confidencialidade, pelo que se omitem todas as informações que possam identificar as instituições de saúde e os clientes e por isso todos os nomes referidos ao longo do relatório são fictícios.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio de natureza profissional foi realizado num Hospital do Norte e decorreu entre o dia 13 de setembro de 2023 e o dia 28 de junho de 2024, com a realização de turnos distribuídos pela manhã (horário das 8h às 15h), pela tarde (horário das 14h às 21h) e pela noite (horário das 20h às 8h30). A diversidade de turnos permitiu-me o acompanhamento integral das diferentes dinâmicas de cada serviço e também a colaboração com os diversos membros da equipa multidisciplinar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) atribuíram o título de “Hospital Amigo dos bebés” à instituição onde decorreram os estágios, como reconhecimento do empenho da mesma em promover práticas que potenciem o sucesso amamentação. De acordo com a UNICEF (2012), a iniciativa dos Hospitais Amigos dos bebés contempla as seguintes dez medidas:

1. Ter uma política de promoção do aleitamento materno;
2. Realização de formações para a equipa de cuidados de saúde para que implementem esta política;
3. Informar todas as grávidas sobre as vantagens e sobre a prática da amamentação;
4. Ajudar as mães a iniciarem amamentação na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas dos seus filhos temporariamente;
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquidos além do leite materno, a não ser que seja segundo indicação médica;

7. Praticar o alojamento conjunto: permitir que as mães e os bebés permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Dar de mamar sempre que o bebé queira;
9. Não dar tetinas ou chupetas às crianças que estão a ser amamentadas;
10. Estimular a criação de grupos de apoio ao aleitamento materno, encaminhando as mães para estes após a alta hospitalar.

O estágio decorreu no serviço de bloco de partos, no serviço de unidade materno-fetal e no serviço de obstetrícia. Cada um destes locais do estágio contribuiu para o desenvolvimento de conhecimento e de competências técnicas e relacionais no cuidado especializado em saúde materna e obstétrica, preparando-me para o desempenho profissional.

O primeiro estágio decorreu no bloco de partos, entre o dia 13 de setembro de 2023 e o dia dois de fevereiro de 2024, com duração de 500 horas. Este tinha como principal objetivo a aquisição de competências e conhecimentos na assistência à mulher em trabalho de parto e parto. O serviço dispunha de uma equipa multidisciplinar, composta em cada turno por três médicos obstetras, um técnico auxiliar de saúde, um pediatra que realizava a avaliação do recém-nascido imediatamente após o nascimento e três EEESMO. A equipa de EEESMO era a mesma no bloco de partos e na unidade materno-fetal, alternando entre serviços consoante a escala e os respetivos turnos. A infraestrutura incluía seis salas de partos, uma sala de bloco operatório destinada à realização de cesarianas e uma sala de recobro equipada para duas puérperas com partos por cesariana e os seus recém-nascidos. Cada sala de parto dispunha de televisão, cadeirão para a pessoa significativa escolhida pela parturiente e uma casa de banho privativa com duche. Também estavam disponíveis para as parturientes bolas de partos. Entre as mais variadas experiências vivenciadas neste estágio, é de salientar a assistência a 40 partos eutócicos. Em três dos 40 partos eutócicos assistidos, foi executada a episiotomia.

O segundo local de estágio contemplava a área de gravidez com complicações e foi realizado entre os dias oito de abril de 2024 e 31 de maio de 2024 na unidade materno-fetal, tendo um contacto total de 200 horas. Este serviço era composto por seis unidades, incluindo um quarto individual. Por cada turno estava presente um EEESMO, o que por vezes se traduzia numa maior dificuldade na prestação de cuidados devido ao baixo rácio face ao número de mulheres internadas. A infraestrutura estava equipada com uma casa de banho completa e uma sala de refeições para as mulheres. As visitas eram permitidas entre as 11 horas e as 19 horas. Neste serviço existiam mulheres internadas com alguma complicação que implicasse risco materno-fetal e grávidas a realizar indução do trabalho de parto. Quando no internamento estavam presentes mulheres com diagnósticos de aborto espontâneo ou de interrupção medicamente assistida da gravidez, eram internadas no quarto individual. A realização deste estágio permitiu a aquisição de competências no âmbito da gravidez com complicações, na promoção da adaptação à gravidez e à parentalidade, na vigilância contínua da gravidez e gestão dos riscos obstétricos, bem como na fase inicial do trabalho de parto.

Por último, foi realizado entre o dia três e o dia 28 de junho de 2024 o estágio no puerpério que contemplou um total de 100 horas. Este serviço era composto por vinte e uma unidades, divididas por quartos partilhados e um quarto individual. A equipa de enfermagem era composta por EEESMO e por Enfermeiras Especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, permitindo a prestação de cuidados em diferentes áreas específicas de atuação. No turno da manhã estavam presentes cinco enfermeiras e nos turnos da tarde e noite estavam presentes três. Este estágio contemplava a aquisição de capacidades e conhecimentos em áreas de atuação diversificadas como vigilância materna durante o pós-parto, promoção da recuperação pós-parto, identificação de complicações da recuperação pós-parto, vigilância do recém-nascido, promoção da amamentação, promoção da capacidade para o autocuidado ao recém-nascido, promoção da adaptação à parentalidade e promoção da transição da mãe/pai para a parentalidade.

A partir do momento em que uma parturiente dava entrada no bloco de partos podia escolher uma pessoa significativa para ficar com ela durante 24 horas se assim o desejasse. Por norma, as puérperas eram transferidas para o serviço de obstetrícia/puerpério duas horas após o parto, para continuidade dos cuidados. Se assim o desejassem, a pessoa significativa poderia manter a sua presença no internamento durante 24 horas, pernoitando no serviço, que apresentava condições para isso. Segundo as clientes que tive durante os estágios, esta era uma mais-valia bastante significativa da instituição, pois não obrigava a separação da tríade mãe-pai/pessoa significativa-filho.

Os recursos humanos e físicos do bloco de partos e do puerpério permitiam o cuidado individualizado e o acompanhamento dos clientes. De salientar que na sala de enfermagem do bloco de partos existiam monitores onde eram apresentados os registos da cardiocografia (CTG) das parturientes, o que permitia uma vigilância contínua do bem-estar fetal promovendo ao mesmo tempo a privacidade dos clientes pois não era necessário contactos sucessivos com os mesmos para esta vigilância. O facto da equipa do bloco de partos e da unidade materno fetal ser a mesma, assim como no serviço de urgência e na consulta, permitiam uma continuidade de cuidados importante para as mulheres que por vezes eram acompanhadas pelos mesmos EEESMO durante a gravidez e trabalho de parto/parto.

3. CUIDAR A MULHER E A FAMÍLIA DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O parto é definido como um conjunto de processos que vão desde a dilatação do colo uterino até à expulsão do feto e da placenta (Cardoso et al., 2023a). O primeiro estadió de trabalho de parto relaciona-se com o início da dilatação do colo do útero e com a presença de contrações uterinas rítmicas, estando dividido em fase latente e fase ativa (Direção Geral da Saúde, 2023). A fase latente do primeiro estadió do trabalho de parto caracteriza-se pelo momento em que se iniciam contrações uterinas rítmicas e pelo colo do útero com dilatação até cinco centímetros (Cunningham et al, 2016; DGS, 2023). Por sua vez, a fase ativa do primeiro estadió do trabalho de parto define-se pelo intervalo de tempo em que a dilatação do colo do útero é igual ou superior a cinco centímetros com extinção igual ou superior a 80% e a dilatação completa (DGS, 2023).

Relativamente ao segundo estadió do trabalho de parto, este inicia-se com a dilatação completa e termina com o nascimento, tendo uma duração média de 50 minutos para as nulíparas e 20 minutos para as múltiparas (Cunningham et al., 2016). Este estadió divide-se também em fase latente, que se define pelo intervalo de tempo que ocorre entre a dilatação completo e o momento em que a mãe inicia os esforços expulsivos, e em fase ativa, caracterizando-se pelo início dos esforços expulsivos maternos e o nascimento completo do feto (DGS, 2023).

O terceiro estadió do trabalho de parto corresponde à dequitação e ocorre no período imediatamente após o nascimento terminando com a expulsão da placenta. Os objetivos deste estadió são, de um forma sucinta, a expulsão intacta da placenta e a prevenção da inversão uterina ou da hemorragia pós-parto (HPP) (Cunningham et al., 2016).

É da competência do EEESMO *“cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na*

sua adaptação à vida extrauterina” (OE, 2019, p. 13562). Para isso, este irá implementar intervenções de forma a promover a saúde da mulher, a diagnosticar e a prevenir complicações para a saúde materna e do recém-nascido e também a providenciar cuidados à mulher com patologia associada concomitante com o trabalho de parto (OE, 2019).

De forma a explicar intervenções de enfermagem que vão de encontro às competências específicas do EEESMO, serão apresentados de seguida quatro casos clínicos referentes ao bloco de partos.

3.1 O respeito pelas expectativas da cliente face ao seu plano de parto

A Renata, de 31 anos, primigesta, com idade gestacional de 38 semanas e 6 dias, recorreu ao serviço de urgência (SU) pelas 7 horas por apresentar rotura espontânea das membranas amnióticas e dor de grau 6, avaliada numa escala numérica de 0 a 10, na região lombar. Segundo a parturiente, a rotura ocorreu pelas 4 horas e o líquido era claro e sem cheiro.

No exame vaginal, o colo do útero apresentava consistência mole, posição intermédia, 7cm (centímetros) de dilatação e 90% de extinção. O feto encontrava-se em posição cefálica, no primeiro plano de *Hodge*. Na avaliação do registo do CTG, as contrações ocorriam a cada seis minutos, com duração de 45 segundos. A frequência cardíaca fetal (FCF) apresentava valores entre os 110 e 160 batimentos por minuto (bpm), com acelerações, variabilidade adequada e com registo de movimentos fetais. Na admissão no bloco de partos, foi realizada monitorização dos sinais vitais, estando a parturiente apirética e hemodinamicamente estável: Tensão arterial (TA) de 121/63mmHg, Frequência cardíaca (FC) de 78bpm, saturação de oxigénio de 99%.

A gravidez foi vigiada num centro de saúde da área de residência e num médico obstetra privado. A Renata e o marido Pedro frequentaram todas as intervenções de grupo do programa de preparação para o parto e para a adaptação à parentalidade, tendo estabelecido as suas expectativas quanto ao parto no seu plano de parto. A Renata desconhece alergias, não tem antecedentes médicos ou cirúrgicos, o grupo sanguíneo é A Rh negativo e apresenta rastreio positivo para o *Streptococcus* do Grupo B. O *Streptococcus* do grupo B é a causa mais frequente de bacteriúria assintomática, infeção do trato urinário, corioamnionite, endometrite pós-parto e bacteriemia materna e é responsável pela infeção neonatal precoce, manifestando-se sob a forma de sépsis, pneumonia ou meningite nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido. A transmissão vertical ocorre após o início do trabalho de parto ou da rotura das membranas amnióticas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013). Segundo Santana et al. (2017), a penicilina é o antibiótico de primeira escolha para a profilaxia intraparto para grávidas com rastreio positivo ou desconhecido para o *Streptococcus* do grupo B, tendo sido por isso administrado este fármaco à Renata pelas 8h05 de acordo com o protocolo da instituição. O protocolo consiste da administração de uma toma única de cinco milhões de Unidades Internacionais (UI) de Penicilina G Sódica, seguido de doses de 2,5 milhões de UI a cada quatro horas até ao período expulsivo.

A parturiente deu entrada no bloco de partos pelas 7h50 na fase ativa do primeiro estadio de trabalho de parto, ficando aos meus cuidados no turno da manhã. Na entrevista inicial realizada à Renata, quando foi questionada sobre as suas expectativas face ao parto, referiu que gostaria de ter um parto eutócico, com recurso à analgesia epidural e “sem episiotomia, seja em que circunstância for” (sic). O casal referiu ainda que desejavam que a clampagem do cordão umbilical fosse tardia e que fosse o Pedro a realizar o corte do mesmo.

3.1.1 Justificação da escolha do caso clínico

O presente caso clínico foi escolhido por abordar o princípio da autonomia da cliente, o respeito pelas suas escolhas e a promoção de cuidados respeitosos, que são fundamentais para o exercício desta profissão. O princípio da autonomia pressupõe a capacidade da pessoa decidir por si mesma e deve ser considerado um princípio essencial na conduta ética dos profissionais de saúde (Silva & Rezende, 2017). Além disto, permitiu-me desenvolver competências na proteção do períneo e na prevenção de lacerações. As lacerações perineais durante o parto são um evento comum que está associado a morbilidade a curto e longo prazo (Venugopal et al., 2022). Por este mesmo motivo foi escolhido este caso de forma desenvolver conhecimentos e explicar a evidência científica quanto às medidas de proteção do períneo, que me levaram à reflexão crítica da prática clínica.

Desde o início do meu contacto, a parturiente sempre demonstrou a sua decisão de recusar a realização de episiotomia. A cliente era médica de Medicina Interna e demonstrava conhecimento sobre a questão, por isso expliquei que durante o parto são utilizadas estratégias que promovam a proteção perineal e conseqüentemente previnam a necessidade da realização da episiotomia e que a mesma só é executada em função de determinados critérios, sendo sempre feita com consentimento materno.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO nº 391/2019 da OE, o mesmo deve *“atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”* (OE, 2019, p. 13563). Durante o parto, o períneo da Renata apresentou sinais de isquemia dos tecidos, o que poderia resultar em lacerações perineais extensas. Este foi o grande desafio deste caso clínico: escolher as intervenções adequadas à proteção de um períneo com sinais de isquemia, pois não tínhamos consentimento para a realização de episiotomia, numa situação em que a mesma poderia ser necessária.

As intervenções implementadas permitiram ainda promover a participação do pai quer no trabalho de parto e parto, quer imediatamente após o nascimento através da conceção e implementação de intervenções específicas, como assistir o pai no corte do cordão umbilical, pois era a vontade expressa de ambos, cumprindo assim o estabelecido por ambos no plano de parto.

3.1.2 Planos de cuidados especializados

A seguir serão apresentados os Quadros de 1 a 3 onde são abordados os diagnósticos e as intervenções prestadas consideradas mais relevantes para o presente caso clínico.

Quadro 1. Plano de cuidados: capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Domínio	Parto
Dados relevantes para diagnóstico	A Renata encontra-se na fase ativa do trabalho de parto. O colo do útero apresenta 7cm de dilatação e 90% de extinção. o Apresenta uma contração a cada seis minutos, com duração de 45 segundos.
Dados relevantes para contexto	A Renata encontra-se de cócaras, com a respiração irregular, com o Pedro a perguntar o que pode fazer para a ajudar. A mesma refere que mantém a dor na região lombar e que a dor durante as contrações se tornou mais forte, perguntando se seria possível utilizar estratégias de alívio da dor naquele momento, sem que tivesse de recorrer à analgesia para já.

Diagnóstico	Potencial para melhorar a capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
Objetivos	Melhorar a capacidade para aliviar a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Assistir a identificar estratégias não farmacológicas para aliviar a dor de trabalho de parto; ii. Instruir técnica de respiração; iii. Treinar técnica de respiração; iv. Instruir a pessoa significativa a massajar; v. Treinar a pessoa significativa a massajar; vi. Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.
Resultados obtidos	A Renata encontra-se deitada na cama com a respiração mais calma, referindo que ainda sente as contrações, mas que a perceção das mesmas é mais “suportável” (sic).

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Assistir a identificar estratégias não farmacológicas para aliviar a dor de trabalho de parto [8h20]:

A Renata verbalizou conhecimento sobre as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e que, no seu dia-a-dia, usava os duches com água quente ou massagens ou técnicas de respiração. Quando perguntei se faria sentido naquele momento a realização das estratégias referidas, a mesma disse que sim. A massagem suave, o calor e a imersão na água, são alguns mecanismos que bloqueiam as fibras transmissoras de estímulos dolorosos alterando a perceção da intensidade da dor (Cardoso et al., 2023a).

Cada cliente é um ser único com desejos e valores de natureza individual, por isso é importante que o EEESMO respeite as suas expectativas e implemente cuidados especializados com base na parceria e relação terapêutica com o mesmo (OE, 2021), tendo sempre por base a vontade da parturiente. Assim, propus à parturiente a utilização de técnicas de respiração e de massagem, com participação do marido e ambos concordaram.

ii. Instruir técnica de respiração [8h25]:

Explicar à Renata que poderia realizar expirações profundas durante as contrações e que no intervalo das mesmas poderia realizar inspirações e expirações calmas e controladas, de forma a recuperar, tendo sempre em vista aquilo que o seu corpo lhe pedia.

A dor de trabalho de parto está associada aos processos fisiológicos decorrentes das contrações uterinas e da dilatação do colo, sendo que fatores como a tensão corporal, a ansiedade e experiências anteriores, podem tornar a perceção do momento mais dolorosa (Cabral et al., 2023). As parturientes que sejam capazes de manter um nível significativo de relaxamento, terão tendência a perceber a dor como menos intensa. A respiração é uma estratégia que atua no alívio da dor e na melhoria da sensação de calma, permitindo à parturiente ter uma sensação maior de autocontrolo (Cardoso et al., 2023a).

iii. Treinar técnica de respiração [8h25]:

Demonstrar à Renata como realizar as inspirações e expirações e realizar algumas com ela.

iv. Instruir a pessoa significativa a massajar [8h30]:

Explicar ao Pedro como poderia realizar a massagem na região lombar da Renata: primeiro com alguma pressão para alterar a perceção da dor e de seguida de forma suave para promover o relaxamento.

O facto de instruir e treinar a pessoa significativa a realizar a massagem, promove o seu envolvimento no trabalho de parto. As pessoas significativas que acompanham as parturientes têm papéis importantes na troca de informação entre os profissionais de saúde e a parturiente, defendem as vontades e expectativas da mulher, fornecem-lhe um apoio prático, como na realização de massagens, e encorajam a mulher a ser proativa e a sentir-se capaz e confiante (Bohren et al., 2019).

A massagem terapêutica caracteriza-se como um estímulo mecânico com capacidade de produzir um efeito analgésico através do bloqueio dos sinais nociceptivos (Baljon et al., 2020), promover o relaxamento muscular e auxiliar na gestão da ansiedade (Cardoso, et al., 2023a).

v. Treinar a pessoa significativa a massajar [8h30]:

Demonstrar ao Pedro como realizar a massagem na região lombar.

vi. Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [8h45]:

Capacidade para aliviar a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas facilitadora, tanto para a Renata como para o Pedro. A Renata demonstra capacidade na realização de respirações, enquanto o Pedro realiza de forma correta a massagem.

Quadro 2. Plano de cuidados: trabalho de parto

Domínio	Parto
Dados relevantes para diagnóstico	<p>Às 9h05:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição do colo do útero: centrado; • Consistência do colo do útero: amolecido; • Extinção do colo do útero: extinto;

	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatação do colo do útero: 10cm • Frequência da contração uterina: quatro contrações uterinas em 10 minutos; • Duração da contração uterina: 40 segundos; • Padrão de contractilidade uterina: normal; • Intensidade da contração uterina: severa; • Dor de trabalho de parto: dor sacro lombar; • Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea às 4 horas; • Características do líquido amniótico: normais; • Posição fetal: esquerda; • Apresentação: cefálica; • Variedade fetal: occipito esquerda anterior (OEA); • Descida do feto: terceiro plano de <i>Hodge</i>;
<p>Dados relevantes para o contexto</p>	<p>A Renata refere sentir “pressão na vagina, com vontade urgente de evacuar e fazer força” (sic). A sua respiração está mais intensa e está a vocalizar e a fazer força na região abdominal a cada contração uterina.</p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Trabalho de parto</p>
<p>Objetivos</p>	<p>Promover parto eutócico; Promover períneo íntegro.</p>
<p>Intervenções</p>	<ol style="list-style-type: none"> i. Gerir ambiente físico para promover relaxamento; ii. Avaliar evolução do trabalho de parto; iii. Envolver pessoa significativa no trabalho de parto;

	<ul style="list-style-type: none"> iv. Gerir analgesia; v. Monitorização da cardiocotografia; vi. Assistir no parto; vii. Implementar medidas de proteção do períneo; viii. Assistir na expulsão da placenta.
Resultados obtidos	Parto eutócico às 9h38 com períneo íntegro. A dequitação ocorreu às 9h49, com saída da placenta por mecanismo <i>Duncan</i> .

Atividades que concretizam as intervenções:**i. Gerir ambiente físico para promover relaxamento [sem horário]:**

Promover a privacidade, promover um ambiente calmo, diminuindo as luzes e mantendo as portas fechadas para reduzir os barulhos externos. Colocado o volume do CTG a um nível que permitisse que os pais ouvissem o batimento cardíaco do seu filho, mas sem ser demasiado alto.

ii. Avaliar a evolução do trabalho de parto [9h05]:

Realização do exame vaginal após a Renata ter referido pressão vaginal e vontade de realizar esforços expulsivos. De acordo com a OMS (2018), todas as mulheres que estejam em trabalho de parto devem ser avaliadas através da realização de um exame vaginal, após consentimento informado, para avaliar o estado do trabalho de parto.

iii. Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [sem horário]:

De forma a envolver o Pedro no trabalho de parto, este foi encorajado a chegar água à Renata e passar compressas humedecidas em água na cara da mesma quando referia calor. A presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto e parto melhora a qualidade dos cuidados e

fornece um apoio emocional às parturientes, o que se traduz numa experiência de parto positiva (Bohren et al., 2019), sendo uma das recomendações da OMS (2018) para a qualidade dos cuidados durante o parto.

iv. Gerir analgesia [8h45]:

Administração de 10ml de Ropivacaína 2% pelo cateter epidural consoante prescrição médica, assim que foi solicitado pela Renata. Avaliado nível sensitivo e motor cerca de 20 minutos após a administração medicamentosa. Utilizando a Escala de *Bromage*, obteve o *score* de zero (sem bloqueio motor).

v. Monitorização da cardiocotografia [sem horário]:

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

Realização de CTG contínuo para avaliação do bem-estar fetal. O protocolo da instituição estabelece que se deve manter cardiocotografia contínua durante o segundo estadio do trabalho de parto até ao nascimento. A OMS (2018) não recomenda a realização de CTG contínuo para avaliação do bem-estar fetal em parturientes saudáveis em trabalho de parto espontâneo, indicando a auscultação intermitente da FCF com o *Doppler* ou estetoscópio de *Pinard*.

vi. Assistir no parto [9h10-09h38]:

Preparação do material e equipamento de proteção para execução da técnica de parto.

Durante a fase ativa do trabalho de parto foi dito à Renata para perceber aquilo que o seu corpo pedia e foram elogiados os seus esforços expulsivos, dizendo que tudo o que ela fazia estava a resultar na descida fetal e em breve no nascimento da sua filha Clara. Foi transmitido reforço positivo durante todo o parto. Aquando da coroação da cabeça foi dito à Renata que já se via o cabelo da Clara e que o

nascimento estava perto. O trabalho de parto/parto deve focar-se numa abordagem que prioriza o bem-estar físico, emocional e psicológico da mulher, baseando-se no respeito e na sua autonomia, colocando-a no centro dos cuidados (Santos et al., 2024). Uma das principais características dos cuidados especializados é o respeito à fisiologia do parto e o reconhecimento de que a mulher e o seu corpo são capazes de promover o nascimento sem intervenções desnecessárias. Isso é obtido quando o EEESMO proporciona um ambiente acolhedor e seguro, onde a mulher se sente encorajada e onde a sua participação e autonomia são valorizadas (Santos et al., 2024).

vii. Implementar medidas de proteção do períneo [9h10-9h38]:

Explicar à Renata que os tecidos perineais apresentam sinais de isquemia, o que pode resultar em lacerações. Durante o parto, os tecidos da região perineal encontram-se sobre grande tensão muscular que pode levar à isquemia local (Magoga et al., 2019), podendo criar lacerações no períneo.

Explicar à parturiente que para promover a integridade perineal é importante implementar medidas de proteção do períneo, tais como a realização de massagem perineal e a aplicação de compressas molhadas em água quente. Pedir o seu consentimento. A OMS (2018) recomenda que durante a segunda fase do trabalho de parto sejam utilizadas estratégias para reduzir o trauma perineal, tais como a massagem perineal e a aplicação de compressas quentes.

Executar massagem perineal: Aplicar o lubrificante no polegar e no dedo indicador e no períneo e entrada na vagina. De seguida inserir o polegar na abertura vaginal cerca de três a quatro centímetros, empurrando o tecido perineal em direção ao ânus, massajando a área interna e externa do períneo de forma suave em movimento semicirculares (Cardoso et al., 2023a). A massagem perineal durante o segundo estadio do trabalho de parto reduz a probabilidade de lacerações de terceiro ou quarto grau especialmente em primigestas, diminuindo também a necessidade de

realização de episiotomia (OMS, 2018; Venugopal et al., 2022). A OMS (2018) recomenda que seja utilizado um lubrificante durante a realização da massagem perineal, tendo sido utilizado neste caso a vaselina.

Aplicar compressas quentes no períneo. A aplicação de compressas quentes no períneo leva à dilatação dos vasos sanguíneos e consequentemente ao aumento do fluxo sanguíneo, que se vai traduzir numa diminuição da isquemia e consequente relaxamento muscular, diminuindo o risco de lacerações (Fadlalmola et al., 2023; Magoga et al., 2019). Fadlalmola et al. (2023) e Magoga et al. (2019) salientam ainda que o calor vai reduzir o nível de estimulação nociceptiva, promovendo sensação de alívio à parturiente.

viii. Assistir na expulsão da placenta [9h49]:

Explicar à Renata que após o parto é necessário que ocorra a expulsão da placenta. Efetuada manobra de *Kustner* para verificar se já houve descolamento do útero, seguido de massagem do fundo uterino (Sequeira et al., 2020).

Realização da dequitação ativa da placenta. A dequitação ativa tem como objetivo diminuir o risco de HPP e consiste na combinação de administração de uma perfusão uterotónica e da tração controlada do cordão umbilical (Begley et al., 2019). O protocolo da instituição consistia na administração de perfusão de ocitocina EV a 250ml/h (10UI de ocitocina diluída em 1000ml de polieletrólito com glicose a 5%). A ocitocina administrada após o parto ajuda a prevenir o risco de hemorragia pós-parto (Oladapo et al. 2020), sendo que a OMS (2014) recomenda que sejam administrados fármacos uterotónicos a todas as parturientes durante o terceiro estadio do trabalho de parto, sendo a ocitocina o fármaco de eleição.

A tração controlada do cordão umbilical deve ser realizada após verificação do descolamento da placenta, efetuando pressão moderada na região suprapúbica sobre o útero, empurrando a placenta para baixo de forma a prevenir a inversão uterina (Sequeira et al., 2020). De

seguida a parturiente deve realizar esforços expulsivos de forma a ajudar a expulsar a placenta já descolada. Após isso, foi executada a manobra de *Dublin*, que consiste na realização de movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, de maneira que a exteriorização das membranas seja completa (Sequeira et al., 2020).

O mecanismo de expulsão da placenta foi o de *Duncan*, em que surge em primeiro lugar a superfície materna (face rugosa) da placenta (Sequeira et al., 2020). A exteriorização das membranas foi completa. O globo de segurança de *Pinard* estava formado, com o útero contraído. A placenta foi observada e estava íntegra. O cordão umbilical apresentava duas artérias e uma veia.

Quadro 3. Plano de cuidados: nascimento

Domínio	Parto
Dados relevantes para diagnóstico	A Clara nasceu às 9h38 por parto eutócico, com um Índice de Apgar igual a 9 no primeiro minuto de vida e igual a 10 ao quinto e ao décimo minuto de vida
Dados relevantes para contexto	A Renata referiu no seu plano de parto o desejo de ser o Pedro a clampar o cordão umbilical após o primeiro minuto e a intenção de realizar contacto pele com pele aquando do nascimento da Clara.
Diagnóstico	Nascimento
Objetivos	Promover adaptação favorável à vida extrauterina.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Clampar o cordão umbilical; • Executar técnica de pele com pele.
Resultados	A Clara encontra-se calma, em contacto pele com pele com a

obtidos	mãe, mostrando já alguns indícios de procura pela mama.
----------------	---

Atividades que concretizam as intervenções:

i. **Clampar o cordão umbilical [9h39]:**

Clampar o cordão umbilical com um *clamp* descartável a três centímetros do abdómen e a quatro centímetros do abdómen com pinça de *Kelly*, um minuto após o nascimento (DGS, 2023). Explicar ao Pedro que tem de realizar o corte do cordão umbilical entre o *clamp* e a pinça.

A laqueação tardia do cordão umbilical permite a manutenção da circulação sanguínea da placenta para o recém-nascido mesmo após o início da ventilação, o que proporciona uma transição mais fisiológica para a vida extrauterina. Além disso, relativamente aos recém-nascidos de termo, a laqueação tardia aumenta o valor da hemoglobina ao nascimento, melhora o armazenamento de ferro e diminui a anemia por défice de ferro durante o primeiro ano de vida, o que se traduz em melhores resultados no desenvolvimento neurológico aos quatro anos de vida (Rodrigues, 2019; SPN, 2023).

ii. **Executar técnica de pele com pele [9h39]:**

Colocar a Clara no peito da mãe e felicitá-la pelo seu parto e pelo nascimento da Clara.

O contacto pele com pele na primeira hora de vida ajuda a prevenir a hipotermia e a promover a amamentação exclusiva (OMS, 2018). Ainda sobre a amamentação, o contacto pele com pele melhora o início e duração da mesma e aumenta a produção de leite. A realização de contacto pele com pele durante o período pós-parto, ajuda a manter amamentação exclusiva após a alta (Ludington-Hoe & Morgan, 2014).

Explicar que durante o contacto pele com pele, a mãe deve estar em posição inclinada e não plana, que é importante que a Clara esteja coberta para não perder calor e que esteja bem apoiada sobre o peito materno, com a cabeça virada para um dos lados de forma que a sua

face possa ser observada e o nariz e a boca não fiquem obstruídos ou tapados (Ludington-Hoe & Morgan, 2014). Realizada vigilância contínua do estado do recém-nascido durante o contacto pele com pele para garantir a segurança.

3.1.3 Síntese do caso

Após o nascimento e a dequitação, foi realizada avaliação da integridade vulvar e perineal (DGS, 2023): o períneo encontrava-se íntegro. De seguida, e tendo em conta as orientações da DGS (2023), foi realizada limpeza da vulva e do períneo com soro fisiológico, foi avaliada a pressão arterial e o pulso radial (116/74mmHg e 81bpm) e foi avaliada a contratilidade uterina, sendo que o útero se encontrava contraído.

Apesar das orientações da DGS (2023) recomendarem que a avaliação do peso do recém-nascido e a administração da vitamina K sejam feitos no final da primeira hora de vida para recém-nascidos que permaneçam junto da mãe, o protocolo da instituição define que estas intervenções sejam implementadas imediatamente após o corte do cordão umbilical, aquando da avaliação do recém-nascido pela pediatra, interrompendo momentaneamente o contacto pele com pele. A interrupção do contacto entre a mãe-filho na primeira hora de vida para executar intervenções que poderiam ser feitas com o recém-nascido junto da mãe pode atrasar o início da ligação afetiva entre ambos assim como atrasar o início da amamentação. Além disso, esta separação pode ser vista como uma imposição institucional que não respeita plenamente o desejo materno, o que se pode traduzir numa violação do princípio da autonomia e dos direitos da mulher. Este protocolo pode demonstrar uma prática hospitalar que prioriza a eficiência operacional através da avaliação clínica imediata em oposição à experiência individualizada do parto. A promoção de uma

experiência de parto positiva e respeitosa implica que o foco dos cuidados não seja apenas nas intervenções técnicas mas também, e principalmente, nos desejos da mãe.

Seguindo este pensamento, é também importante referir a discrepância entre o protocolo de monitorização contínua do CTG com a recomendação da OMS. A imposição da monitorização contínua associa-se a um aumento das taxas de intervenções técnicas que podem limitar a mobilidade da mulher e a adoção de posições confortáveis para o parto, o que pode resultar num aumento da ansiedade e diminuição da perceção de controlo. Uma vez mais, a imposição de algumas práticas hospitalares pode desvalorizar a autonomia da mulher.

Após a referida avaliação, a Clara foi novamente colocada em contacto pele com pele com a mãe e foi incentivada e assistida quanto à amamentação, visto que a Clara estava no peito da mãe a tentar abocanhar o mamilo. A transferência para o serviço de puerpério ocorreu duas horas após o nascimento, momento em que foi removido o cateter epidural. Antes da transferência foi reavaliado o estado de contratilidade uterina e a perda hemática vaginal e foi oferecida uma refeição sólida à puérpera.

A atuação durante este caso clínico e o desenvolvimento do presente plano de cuidados permitiu-me aprofundar conhecimentos teóricos e habilidades nos cuidados ao períneo intraparto, bem como algumas estratégias de alívio não farmacológico da dor, proporcionando assim o desenvolvimento de competências específicas.

3.2 Tomada de decisão na episiotomia

A Teresa, de 28 anos, segunda gesta, teve um parto por ventosa há quatro anos, com idade gestacional de 39 semanas, recorreu ao SU pelas 19h30 por sentir uma contração a cada cinco minutos com duração de 50 segundos cada.

No exame vaginal, o colo do útero apresentava 6cm de dilatação, 80% de extinção, com posição intermédia e consistência mole. O feto encontrava-se em posição cefálica, no primeiro plano de *Hodge*. Com a monitorização do CTG realizada no SU, verificou-se que a FCF apresentava valores entre os 110-160bpm, com acelerações, variabilidade adequada e com registo de movimentos fetais. As membranas amnióticas encontravam-se íntegras.

A gravidez foi vigiada num centro de saúde da sua área de residência. A Teresa desconhece alergias, o seu grupo sanguíneo é O Rh positivo, apresenta rastreio negativo para o *Streptococcus* do Grupo B e é surda e muda. A Teresa frequentou algumas intervenções do programa de preparação para o parto e para a adaptação à parentalidade, com apoio de um intérprete.

A parturiente deu entrada no bloco de partos pelas 21 horas, na fase ativa do primeiro estadio de trabalho de parto, ficando aos meus cuidados no turno da noite. Na admissão no bloco de partos, foi realizada monitorização dos sinais vitais, estando a parturiente apirética e hemodinamicamente estável: TA= 118/68mmHg, FC= 88bpm, saturação de oxigénio de 98%.

A Teresa encontrava-se sozinha no bloco de partos. Quando explicado que tinha direito à presença contínua de uma pessoa à sua escolha se assim o desejasse, a mesma referiu que o seu marido Rui não podia estar presente porque estava a tomar conta da Matilde, a outra filha do casal, e que a sua mãe, que era a pessoa que a ia acompanhar durante o internamento, já estava a caminho do hospital. A Teresa explicou ainda que o marido também era surdo e que por isso a presença da mãe, Maria, servia também como elo de

comunicação entre ela e os profissionais de saúde. A mãe chegou ao serviço já com a Teresa na fase ativa do segundo estadio de trabalho de parto.

Quando questionada sobre as suas expectativas face ao parto, a Teresa apenas referiu que queria colocar cateter epidural. A comunicação entre a Teresa e os profissionais de saúde foi sempre feita com recurso à escrita em papéis e/ou à visualização de vídeos e/ou com exemplificação prática realizada pelos profissionais de saúde.

3.2.1 Justificação da escolha do caso clínico

O caso clínico abordado foi desde o início um desafio muito grande para mim enquanto enfermeira e enquanto estudante do MESMO, devido às barreiras linguísticas. O Regulamento das Competências Específicas do EEESMO particulariza que este *“concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos”* e que deve também garantir *“um ambiente seguro durante o trabalho de parto”* (OE, 2019, p. 13563). Estas competências são a base nos cuidados do EEESMO, contudo num caso tão particular em que a comunicação foi extremamente difícil, foi ainda mais imperativo atuar com o intuito de fazer com que a parturiente confiasse nos meus cuidados e que sentisse que eu era um apoio nesta fase tão bonita, mas tão exigente do seu projeto de maternidade. Apesar de recorrer à escrita, gestos e visualização de vídeos e imagens para otimizar a comunicação, sei que por maior que tenha sido o meu esforço, no final muitas das intervenções implementadas para melhorar o conhecimento ficaram um pouco aquém das necessidades da parturiente. Mesmo assim, foi notória a confiança e segurança demonstrada pela parturiente em mim e na restante equipa de enfermagem e no final do parto, notava-se o seu conforto e felicidade, mesmo após todas as adversidades.

O EEESMO “*aplica técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica*” e “*avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação*” (OE, 2019, p. 13563). Esta competência é, como quase todas as referidas no Regulamento, aplicada a muitos casos clínicos, contudo neste em específico, permitiu-me adquirir capacidades técnicas de execução da episiotomia e episiorrafia. Embora os objetivos dos EEESMO sejam a diminuição das taxas de episiotomia e mesmo tendo priorizado a implementação de intervenções promotoras da integridade perineal, este caso permitiu-me perceber na prática quais os critérios e a técnica para a execução da episiotomia, bem como realizar a episiorrafia de forma a promover o melhor processo cicatricial para a cliente.

Com a utilização da bola de partos e a promoção do conhecimento sobre trabalho de parto, foram concebidas e implementadas intervenções que favoreceram a evolução do trabalho de parto, que é uma das competências específicas dos EEESMO (OE, 2019).

3.2.2 Planos de cuidados especializados

A seguir serão apresentados os Quadros de 4 a 7 onde são abordados os diagnósticos e as intervenções prestadas consideradas mais relevantes para o presente caso clínico.

Quadro 4. Plano de cuidados: conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Domínio	Parto
----------------	-------

Dados relevantes para o diagnóstico	A Teresa referiu que como estava com 6cm de dilatação, ainda ia demorar para o bebé nascer, perguntando se deveria ficar na cama ou se deveria fazer “alguma coisa” (sic). Quando perguntei se conhecia estratégias que podia adotar para facilitar o trabalho de parto, a mesma disse que falaram sobre isso nas intervenções de preparação para o parto mas que não se recordava muito bem: “foi difícil acompanhar tanta informação” (sic). Referiu que gostava de aprender quando questionei se aquele seria o momento oportuno para isso.
Dados relevantes para o contexto	Ao exame vaginal, o colo do útero apresentava 6cm de dilatação, 80% de extinção, posição intermédia e consistência mole. O feto encontrava-se no primeiro plano de <i>Hodge</i> .
Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto
Objetivos	Promover o conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho do parto;
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> i. Ensinar sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto; ii. Ensinar sobre uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto; iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto.
Resultados obtidos	A Teresa escreve no papel que a bola parece confortável e que gostava de experimentar.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Ensinar sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto [21h15]:

Explicar que o bebé percorre um caminho composto por ossos e músculos que se foram ajustando ao longo da gravidez para garantir um parto fisiológico (Cardoso, et al. 2023a). Explicar que manter uma postura vertical com movimentação, pode ajudar a aliviar a dor decorrente do trabalho de parto, a facilitar a descida do feto através do aumento dos diâmetros pélvicos, a melhorar a eficácia das contrações uterinas, a diminuir a duração do trabalho de parto e a diminuir as taxas de lacerações perineais e de episiotomias (Cardoso et al., 2023a; Silva et al., 2011). Silva et al. (2011) refere que a imobilidade durante o trabalho de parto pode aumentar o risco de distocias de ombros e de cesarianas, pois dificulta a descida do feto.

Explicar que além da deambulação, os movimentos da bacia, a posição de cócaras e a posição de quatro apoios, são alguns exemplos de estratégias que podem facilitar a descida fetal (Cardoso, et al., 2023a). A evidência científica explanada por Silva et al. (2011) apresenta estudos em que os diâmetros pélvicos em mulheres não grávidas aumentaram cerca de oito a nove milímetros na posição de cócaras e seis a sete milímetros na posição de quatro apoios, quando comparados com a posição de decúbito dorsal, sendo que estas diferenças seriam mais acentuadas em mulheres grávidas pelo aumento da mobilidade das articulações decorrentes das alterações hormonais.

As informações transmitidas foram escritas num papel da forma mais simples e objetiva possível. Após cada informação, questioneei a Teresa se estava a compreender e se tinha alguma questão, tendo a mesma referido que estava a perceber.

ii. Ensinar sobre uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

[21h25]:

Após a explicação sobre as estratégias facilitadoras do trabalho de parto, a Teresa referiu que gostava de ajudar a que o seu bebé “descesse pela bacia de forma rápida, mas que não queria andar” (sic). Tendo em conta a informação dada pela parturiente e tendo em conta a

barreira de comunicação existente que me dificultaram a transmissão das opções que tínhamos disponíveis a nível de dispositivos (bola de parto, bola de amendoim, banco de partos), optei por explicar primeiro as vantagens da bola de parto e perceber se a Teresa estaria interessada em usar.

Explicar que a bola de parto é um dispositivo que facilita a evolução do trabalho de parto, pois permite que a parturiente adote uma posição vertical em simultâneo com os movimentos da bacia e o relaxamento do assoalho pélvico (Lopes et al., 2023; Silva et al., 2011). O uso da bola permite que a mulher possa escolher quando e quais os movimentos pélvicos que quer realizar, facilitando a adoção de uma posição confortável, quase que de descanso, contribuindo para a sua participação ativa no seu trabalho de parto (Silva et al., 2011), o que se traduz em cuidados respeitosos ao cliente (Lopes et al., 2023).

Explicar que o uso da bola de parto cria um grau de 90° entre os joelhos e anca, o que permite a inclinação corporal para a frente, aumentando os diâmetros da pelve, permitindo ainda que, mesmo estando sentada, a gravidade atue e ajude na progressão da apresentação fetal (Cardoso et al., 2023a).

iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto [21h30]:

Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto adquirido. Quando questionada, a Teresa refere ter compreendido toda a informação.

Quadro 5. Plano de cuidados: capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Domínio	Parto
Dados relevantes	A Teresa referiu que gostava de ajuda para usar a bola de

para diagnóstico	o parto.
Dados relevantes para contexto	o Ao exame vaginal, o colo do útero apresentava 6cm de dilatação, 80% de extinção, com posição intermédia e consistência mole. O feto encontrava-se no primeiro plano de <i>Hodge</i> .
Diagnóstico	Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
Objetivos	Facilitar a progressão do trabalho de parto.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto; ii. Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto; iii. Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.
Resultados obtidos	A Teresa demonstra-se confortável ao usar a bola de parto, referindo que esta posição é bastante confortável e que parece diminuir a tensão que sentia na região lombar.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Instruir e treinar dispositivo facilitador do trabalho de parto – bola de parto [21h32]:

Demonstrar à Teresa que se deve sentar na bola de parto, que escolhi previamente de acordo com a altura da mesma, mantendo uma postura ereta. Demonstrar que os joelhos deviam estar num ângulo de 90°. Explicar que uma vez sentada na bola, deveria sentir-se confortável, com os pés bem apoiados no chão.

Demonstrar que na bola podia realizar exercícios da bacia no sentido dos ponteiros do relógio, seguidos no sentido oposto e ainda desenhar o símbolo do infinito. Além de ter escrito as informações num papel, fui realizando cada etapa dos exercícios para lhe conseguir demonstrar da melhor forma possível como tinha de a fazer.

Tendo em conta que este exercício deve ser realizado tendo sempre por base a segurança da parturiente, é muito importante que esteja presente um acompanhante que lhe dê suporte (Silva et al., 2011) ou que tenha a cama à frente para se poder agarrar em caso de desequilíbrio. Estive sempre com a Teresa para a garantir que a mesma tinha apoio físico e emocional e para garantir que retirava todos os aspetos positivos do momento.

ii. Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [21h40]:

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto facilitadora. A Teresa sentou-se na bola de partos de forma correta e refere sentir-se confortável. A mesma realizou movimentos da bacia alternando entre o sentido dos ponteiros do relógio e o sentido oposto.

Quadro 6. Plano de cuidados: dor de trabalho de parto

Domínio	Parto
Dados relevantes para diagnóstico	A Teresa referiu que precisava de sair da bola de partos e se deitar na cama devido à dor que sentia com as contrações. <ul style="list-style-type: none"> o Solicitou a colocação de cateter epidural neste momento. A Teresa referiu dor de grau 7 numa escala numérica da dor
Dados relevantes para contexto	Ao exame vaginal, o colo do útero apresentava 6cm de dilatação, 80% de extinção, com posição intermédia e consistência mole. O feto encontrava-se no primeiro plano de <i>Hodge</i> .

Diagnóstico	Trabalho de parto
Objetivos	Controlar dor de trabalho de parto.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Assistir na colocação do cateter epidural; ii. Gerir analgesia;
Resultados obtidos	Parturiente sem dor. Local de inserção do cateter epidural sem sinais inflamatórios. Encontra-se hemodinamicamente estável e as características do CTG demonstram bem-estar fetal.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Assistir na colocação do cateter epidural [21h53]:

Preparar o material.

Explicar o procedimento: referir que deve sentar-se na borda da cama, com as pernas esticadas para a frente, com os ombros relaxados e com as costas curvadas. Referir que vai sentir uma compressa fresca nas costas durante a limpeza da pele com iodopovidona. Explicar que o médico anestesista iria administrar anestesia local e que poderia sentir a dor da picada e da administração do fármaco. Salientar que deve manter-se o mais imóvel possível e que deveria apertar a minha mão quando sentisse uma contração ou se alguma coisa a estivesse a incomodar.

Auxiliar a cliente a adotar e manter um correto posicionamento para a colocação do cateter epidural.

ii. Gerir analgesia [21h53]:

Administração de 10 ml de ropivacaína a 2% conforme indicação médica, após solicitação da Teresa. A ropivacaína está indicada para o controlo da dor aguda (Infomed).

Avaliação do nível sensitivo e motor cerca de 20 minutos após a administração farmacológica através da escala de *Bromage*: score de 0 (sem bloqueio motor).

Quadro 7. Plano de cuidados: trabalho de parto

Domínio	Parto
<p>Dados relevantes para o diagnóstico</p>	<p>Às 22h05:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição do colo do útero: centrado; • Consistência do colo do útero: amolecido; • Extinção do colo do útero: extinto; • Dilatação do colo do útero: 10cm • Frequência da contração uterina: cinco contrações uterinas em 10 minutos; • Duração da contração uterina: 60 segundos; • Padrão de contractilidade uterina: normal; • Intensidade da contração uterina: severa; • Dor de trabalho de parto: dor na região perineal; • Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea às 22h05; • Características do líquido amniótico: normais; • Posição fetal: esquerda; • Apresentação: cefálica; • Variedade fetal: OEA;

	<ul style="list-style-type: none"> • Descida do feto: terceiro plano de <i>Hodge</i>;
Dados relevantes para o contexto	Pelas 22h05 a Teresa refere que sente a cama molhada e uma pressão vaginal.
Diagnóstico	Trabalho de parto
Objetivos	Promover parto eutócico; Promover períneo íntegro.
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> Gerir ambiente físico; Envolver pessoa significativa no trabalho de parto; Monitorização da cardiocotografia; Assistir no parto Executar técnica de parto; Executar episiotomia Assistir na expulsão da placenta.
Resultados obtidos	Parto eutócico às 22h36 com ferida cirúrgica médio-lateral esquerda, suturada com fio <i>Vicryl Rapid 2'0</i> . A dequitação ocorreu às 22h46, com saída da placenta por mecanismo <i>Shultz</i> .

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Gerir ambiente físico [sem horário]:

Existem vários fatores que influenciam o ambiente, tais como os ruídos sonoros, a temperatura ambiente, a privacidade e até a estrutura das camas, sendo que estes fatores podem influenciar o decorrer do

trabalho de parto e parto, através do aumento ou diminuição do *stress* e ansiedade da parturiente (Frello & Carraro, 2010).

Apesar de alguns fatores não poderem ser controlados pelos profissionais de saúde, como a temperatura ambiente que nas salas de parto é elevada e por vezes, segundo as parturientes, desconfortável, foram sempre mantidas certas condições que pudessem transmitir maior conforto à parturiente: as portas estavam sempre fechadas de modo a manter a privacidade, as luzes reguladas conforme a preferência e a cama era elétrica, o que permitia que a parturiente pudesse regular a posição das costas conforme achasse mais confortável. Além disso estava sempre presente um dispositivo sonoro de alarme, caso fosse necessário chamar um profissional de saúde.

ii. **Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [22h20]:**

Conforme abordado anteriormente, a presença de uma pessoa significativa durante o parto contribui para a experiência positiva da mulher, melhorando a qualidade da assistência durante o trabalho de parto e parto (Bohren et al., 2019).

A pessoa significativa para a Teresa e que a iria acompanhar durante o parto era a mãe, contudo a mesma só chegou na fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto. Isto fez com que a Teresa se sentisse mais ansiosa no momento do parto. De forma a tornar a experiência de parto o mais positiva possível, esteve sempre um EEESMO ao lado dela a escrever num papel as informações importantes para aquele momento, bem como mensagens de reforço positivo. Mesmo assim era difícil ter uma comunicação completa porque a Teresa não conseguia escrever durante a realização dos esforços expulsivos, por isso muitas vezes foram realizados toques de conforto, como dar a mão ou esboçar um sinal de reforço positivo, de forma a demonstrar que os EEESMO presentes estavam ali para a apoiar. Quando a mãe da Teresa chegou, foi notória a expressão de alívio e felicidade para a parturiente e a comunicação ficou muito mais facilitada.

iii. Monitorização da cardiotocografia [sem horário]:

Realização de CTG contínuo para avaliação do bem-estar fetal. Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

iv. Assistir no parto [22h05-22h36]:

Assistir no parto vai além da execução técnica de executar o parto ou um conjunto de manobras. Consiste no reforço positivo dado à parturiente, através dos elogios, da transmissão de confiança e de calma. A comunicação é fundamental na prestação de cuidados holísticos na vertente biológica, psicológicas, espiritual e emocional e, mais especificamente, a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, permitindo ao indivíduo compreender os sentimentos do interlocutor de uma forma mais significativa do que compreenderia através de palavras. Uma das maneiras de comunicar de forma não-verbal é através do toque, que deve ter a finalidade de demonstrar carinho, empatia, segurança e proximidade face ao cliente alvo dos cuidados (Ramos & Bortagarai, 2011). Foi também pedido à mãe da Teresa que lhe dissesse que ela estava a fazer tudo bem e que os seus esforços expulsivos estavam a fazer com que o seu bebé estivesse mais perto do nascimento.

Preparação do material de parto e de proteção individual.

v. Executar episiotomia [22h35]:

Executar episiotomia médio-lateral aquando da coroação da cabeça fetal após perceção de rigidez nos tecidos perineais. A episiotomia é uma incisão cirúrgica que tem como objetivo o alargamento do orifício vaginal e que se caracteriza por ser um procedimento frequentemente utilizado durante o parto, embora não esteja aconselhada a sua realização por rotina (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2022). O critério para a realização da episiotomia foi a prevenção de

lacerações de terceiro e quarto grau, pois os tecidos perineais da Teresa apresentavam sinais de isquemia que não reverteram com a realização de medidas de proteção perineais como a aplicação de compressas quentes. Segundo Gould et al. (2023), períneos esbranquiçados, com sinais de isquemia, são sinais a que o EEESMO deve estar atento pois são sinais de possível ocorrência de lacerações graves.

Com a ajuda da Maria, foi explicado à Teresa o motivo da necessidade de recorrer à episiotomia e pedido o seu consentimento.

Executar episiorrafia, seguido de realização de toque retal para avaliar a integridade do esfíncter anal (SPOMMF, 2022).

vi. Assistir na expulsão da placenta [22h46]:

Após o nascimento do Vicente, foi explicado à Teresa que iria ocorrer a expulsão da placenta. Efetuada manobra de *Kustner* para verificar descolamento do útero, seguido de massagem do fundo uterino. Foi realizada dequitação ativa da placenta, recorrendo à administração de perfusão de ocitocina endovenosa EV a 250ml/h.

O mecanismo de expulsão da placenta foi o de *Schultz*, em que surge em primeiro lugar a superfície fetal (face lisa) da placenta. A exteriorização das membranas foi completa. O globo de segurança de *Pinard* estava formado, com o útero bem contraído. A placenta foi observada e estava íntegra. O cordão umbilical apresentava duas artérias e uma veia.

3.2.3 Síntese do caso

O nascimento ocorreu às 22h36, de parto eutócico com ferida cirúrgica médio-lateral. O Vicente nasceu com score do Índice de Apgar 8/9/10 ao primeiro, quinto e 10^o minuto de vida respetivamente. O Vicente foi observado pela

pediatra e foi-lhe administrada vitamina K e após isso realizou contacto pele com pele com a Teresa e foi amamentado na sua primeira hora de vida. A Teresa apresentava perda sanguínea moderada com útero contraído na região peri-umbilical aquando da transferência para o serviço de puerpério.

Como já havia referido, a barreira comunicativa tornou-se bastante desafiante para a prestação de cuidados individualizados. Apesar de a Teresa demonstrar interesse em adquirir conhecimento e capacidade para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto, ter de escrever para poder comunicar com a parturiente fez com que diminuísse a quantidade e a qualidade da informação que lhe fui transmitindo. Apesar da utilização da bola de parto ter sido uma estratégia positiva para a parturiente, sinto que de certa forma posso não ter atuado de acordo com as suas necessidades pois não lhe consegui demonstrar todas as opções que tinha ao seu dispor e ao mesmo tempo talvez existissem outras formas de comunicação/exposição de conteúdo que poderia ter usado que podiam ter sido mais vantajosas para a mesma. Este caso demonstra a importância da presença da pessoa significativa para promover uma comunicação efetiva e para evidenciar os desejos e vontades da parturiente.

É de salientar que me encontrei com a parturiente, com o marido e com o Vicente numa intervenção de grupo sobre massagens ao recém-nascido, onde estava presente uma intérprete, e que a Teresa expressou a sua felicidade com o momento do parto, referindo que os EEESMO tornaram a sua experiência positiva. Apesar do desfecho positivo, a particularidade deste caso fez-me perceber que enquanto profissionais de saúde precisamos de mais conhecimento e mais ferramentas sobre comunicação não-verbal ou até mesmo em linguagem gestual.

3.3 Atuação na hemorragia pós-parto

A Inês, de 29 anos, primigesta com 39 semanas e 2 dias de gestação, foi admitida no internamento de grávidas pelas 9 horas para indução do trabalho de parto. A indução do trabalho de parto está indicada em situações em que o risco de complicações de saúde maternas e/ou fetais beneficiam com o término da gravidez, mas em que não há urgência em que o nascimento ocorra em poucas horas, sendo a via vaginal é apropriada para o parto (DGS, 2015).

A indução do trabalho de parto foi feita com recurso à administração de prostaglandinas, nomeadamente o misoprostol. De acordo com o protocolo da instituição, foram administradas 50 microgramas (μg) de misoprostol por via sublingual a cada seis horas. A medicação foi administrada à Inês às 9 horas, tendo a mesma ficado em repouso na hora seguinte e com monitorização contínua do CTG. A realização da cardiotocografia de forma contínua é fundamental após a indução do trabalho de parto, pois a administração de prostaglandinas pode implicar efeitos adversos como a taquissístolia e/ou desacelerações da FCF (DGS, 2015). O CTG apresentava registo do bem-estar fetal normal: FCF entre 110-160bpm, com acelerações, variabilidade adequada e com registo de movimentos fetais. Apresentava uma contração com duração de 25 segundos a cada 15 minutos.

A Inês era saudável, não apresentava alergias, apresentava rastreio negativo para o *Streptococcus* do Grupo B e o seu grupo sanguíneo é O Rh negativo. A parturiente estava acompanhada do marido Rui. A sua gravidez foi seguida no centro de saúde, onde frequentou as intervenções de preparação para o parto e para a parentalidade.

Por apresentar o colo uterino com dilatação de 2cm e 20% de extinção, foi novamente administrado 50 μg de misoprostol sublingual pelas 15 horas. Às 17h30 foi realizada amniotomia após consentimento informado, com saída de líquido amniótico claro e sem cheiro. A amniotomia consiste na rotura artificial das membranas amnióticas com o objetivo principal de induzir o trabalho de parto através da aceleração das contrações uterinas, que consequentemente

vão diminuir a duração do trabalho de parto (Smyth et al., 2013). Segundo a OMS (2018), a realização deste procedimento para acelerar o trabalho de parto não é recomendado.

Por apresentar uma contração a cada cinco minutos com duração de 40 segundos e conseqüentemente queixas álgicas, a Inês pediu para colocar cateter epidural e por isso foi transferida para o bloco de partos às 19 horas, altura em que o mesmo foi colocado. Quando a parturiente ficou confortável e sem dor, foi realizado exame vaginal: o colo apresentava-se em posição intermédia, com consistência mole, com 6cm de dilatação e 60% de extinção. O feto encontrava-se entre o primeiro e segundo plano de *Hodge*.

A Inês ficou aos meus cuidados no turno da noite. Quando questionei sobre o seu plano de parto e as suas expectativas, a mesma referiu que gostava de amamentar na primeira hora de vida do seu bebé e realizar contacto pele com pele. O marido encontrava-se presente no serviço.

3.3.1 Justificação da escolha do caso clínico

O foco dos cuidados após o parto tendem a concentrar-se nas mães e nos recém-nascidos, mas a competência do EEESMO é cuidar “*a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal*” (OE, 2019, p. 13563), sendo por isso muito importante envolver o pai de forma a promover uma transição positiva nesta etapa da vida do casal, como será visto ao longo dos planos a seguir apresentados. É da responsabilidade do EEESMO na sua prestação de cuidados especializados, individualizados e de qualidade, conceber e implementar intervenções da promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido (OE, 2019, p. 13563).

Os pais começam a sentir ansiedade face ao papel parental desde o momento do nascimento do seu filho, já que para alguns homens o significado de ser pai

começa no parto (Chen et al., 2017). Permitir-lhes que abracem ou toquem no recém-nascido e principalmente que realizem contacto pele com pele, facilita a transição dos pais para este novo papel que têm de desempenhar (Chen et al., 2017). Além do cuidar da mãe e do recém-nascido, é extremamente importante que os EEESMO prestem cuidados que incluam os pais. Devido às complicações maternas que aconteceram no decorrer deste caso clínico, foi possível implementar intervenções que promovessem ligação pai-bebé, sugerindo o contacto pele com pele entre ambos e explicando os seus benefícios. Para além das vantagens do contacto pele com pele para o recém-nascido, Chen et al. (2017) enfatiza que os pais desempenham um papel fundamental na funcionalidade familiar e no desenvolvimento e bem-estar infantil.

Durante a fase ativa do segundo estadio de trabalho de parto, a parturiente começou a referir que não conseguia realizar mais esforços expulsivos pois estava “muito cansada” (sic) e perante a minha avaliação foi possível observar que durante os esforços expulsivos o feto não descia do terceiro para o quarto plano de *Hodge*, levando-me a referenciar a situação à equipa médica, pois a atuação a partir deste ponto estava para além das minhas competências. Esta situação contribuiu para o desenvolvimento de competências na identificação e monitorização dos desvios do padrão normal do trabalho de parto, atuando segundo o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019).

A escolha deste caso clínico centra-se ainda pelo facto de ter proporcionado conhecimentos teóricos e de atuação em emergências obstétricas, especificamente da HPP, que é a causa mais comum de mortalidade materna no mundo (OMS, 2014a).

3.3.2 Planos de cuidados especializados

A seguir serão apresentados os Quadros de 8 a 11 onde são abordados os diagnósticos e as intervenções prestadas consideradas mais relevantes para o presente caso clínico.

Quadro 8. Plano de cuidados: trabalho de parto

Domínio	Parto
<p>Dados relevantes para o diagnóstico</p>	<p>Às 21h30:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição do colo do útero: intermédia; • Consistência do colo do útero: amolecido; • Extinção do colo do útero: extinto; • Dilatação do colo do útero: 10cm • Frequência da contração uterina: cinco contrações uterinas em 10 minutos; • Duração da contração uterina: 55 segundos; • Padrão de contractilidade uterina: normal; • Intensidade da contração uterina: severa; • Dor de trabalho de parto: dor abdominal e pressão vaginal; • Integridade das membranas amnióticas: amniotomia às 17h30h; • Características do líquido amniótico: normais;

	<ul style="list-style-type: none"> • Posição fetal: esquerda; • Apresentação: cefálica; • Variedade fetal: OEA; • Descida do feto: segundo plano de <i>Hodge</i>;
Dados relevantes para o contexto	A Inês refere que as contrações estão a ficar muito intensas e dolorosas e que sente pressão vaginal.
Diagnóstico	Trabalho de parto
Objetivos	Promover parto eutócico;
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> I. Gerir ambiente; II. Gerir analgesia; III. Monitorização da cardiocotografia; IV. Assistir no posicionar; V. Gerir ingestão de líquidos; VI. Envolver a pessoa significativa; VII. Assistir no parto; VIII. Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico.
Resultados obtidos	Parto distócico por ventosa às 22h28. Ferida cirúrgica médio-lateral esquerda, suturada com fio <i>Vicryl Rapid 2'0</i> . A dequitação ocorreu às 22h35 e mecanismo de expulsão da placenta foi de <i>Schultz</i> .

Atividades que concretizam as intervenções:

I. Gerir ambiente [sem horário]:

Promover a privacidade da parturiente e do marido. Manter as portas fechadas para diminuir os barulhos externos. Diminuição da intensidade das luzes.

II. Gerir analgesia [21h15]:

A Inês refere que as contrações estão muito intensas e que sente dor no “fundo da barriga” (sic), solicitando administração de analgesia. Foi administrada 10ml de Ropivacaína a 2% pelo cateter epidural de acordo com a prescrição médica. Avaliado nível sensitivo e motor cerca de 20 minutos após a administração medicamentosa. Utilizando a escala de *Bromage*, obteve o *score* de um, que equivale a um bloqueio parcial, em que se mantém a capacidade de elevar os joelhos.

III. Monitorização da cardiocotografia [sem horário]:

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

IV. Assistir no posicionar [21h32]:

Apesar de inicialmente a Inês ter expressado a sua vontade em realizar esforços expulsivos em decúbito lateral, a mesma referiu que naquele momento não se sentia confortável em segurar a perna porque as sentia mais pesadas e com algum formigueiro. Foi-lhe explicado que o Rui poderia ajudar a segurar na perna durante a contração se ambos assim o desejassem, mas a mesma referiu que não queria. Desta forma foi proposta a posição de semi-sentada, que a mesma achou confortável e adotou.

Segundo o Projeto da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros, o posicionamento em decúbito lateral promove a assimetria dos estreitos o que pode facilitar a descida da apresentação fetal, aumentar a amplitude do estreito inferior, facilitando a expulsão fetal e

está associada a uma maior taxa de períneos íntegros. Por outro lado, a posição de semi-sentada é considerada pela OMS (2018) uma derivação da posição vertical. As posições verticalizadas estão associadas a melhores resultados na mãe devido à ação da gravidade que influencia o parto, à menor compressão dos vasos sanguíneos que melhora a irrigação sanguínea da placenta e conseqüentemente o pH fetal, ao aumento dos diâmetros pélvicos, à maior eficácia das contrações uterinas e a uma menor duração do período expulsivo. Além disso, permite a participação ativa da parturiente e diminui a dificuldade na execução dos esforços expulsivos. Por sua vez, de acordo com a MCEEESMO, estas posições estão associadas a um maior número de lacerações perineais de primeiro e segundo grau, mas a uma menor taxa de episiotomia.

V. Gerir ingestão de líquidos [sem horário]:

Durante a realização dos esforços expulsivos, a Inês referiu que sentia muita sede e sensação de boca seca. Foi-lhe explicado que poderia ingerir água em pequenos goles se assim o desejasse. De acordo com a DGS (2023), durante a fase latente do segundo estadio de trabalho de parto, a parturiente pode ingerir água em pequenas quantidades.

VI. Envolver a pessoa significativa [sem horário]:

Como já foi demonstrado, o papel da pessoa significativa é fundamental para tornar a experiência de parto positiva. Neste caso o Rui demonstrou-se desde o início um apoio essencial para a Inês, encorajando-a e reconfortando-a.

VII. Assistir no parto [21h30]:

Incentivar a Inês a realizar esforços expulsivos os mais prolongados que conseguisse quando sentisse a contração, sendo importante salientar que deve seguir os impulsos do seu corpo (Dahlen et al., 2011). Gould et al. (2023) salientam a importância de realizar esforços expulsivos em

simultâneo com a contração uterina, como forma de proteção do períneo. Elogiar os seus esforços expulsivos. Validar que pode descansar quando o corpo lhe pedir para recuperar energia. Explicar que a pressão que sente é o seu bebé a fazer todo o caminho até à vulva.

Preparar o material para o parto e de proteção individual.

VIII. Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico [22h15]:

A Inês começou a referir muito cansaço e dificuldade para realizar esforços expulsivos, dizendo que “precisava de parar” (sic). Foi incentivada a realizar mais alguns esforços expulsivos, mas mesmo assim a apresentação fetal não descia do terceiro plano de *Hodge*. A Inês estava a realizar esforços expulsivos há cerca de 45 minutos. Questionei-a se gostaria de realizar esforços expulsivos noutra posição, mas a mesma referiu que não pois estava “muito cansada” (sic). Perante estas condicionantes e apesar de se manter o bem-estar fetal, foi contacta a equipa médica que propôs à Inês a aplicação de ventosa.

De acordo com as indicações do Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (2022), o parto vaginal assistido deve ser realizado quando o estado fetal não é tranquilizador ou quando existem condições médicas maternas, como por exemplo problemas cardíacos, que vão limitar a realização de esforços expulsivos seguros e eficazes ou quando há exaustão materna ou quando não há descida fetal, mesmo com a realização de vários esforços expulsivos. Neste caso, a Inês referia cansaço e estava a realizar esforços expulsivos há cerca de 45 minutos sem que houvesse descida fetal, mantendo-se o bebé entre no terceiro plano de *Hodge*.

O médico obstetra aplicou a ventosa realizando episiotomia e a episiorrafia. A dequitação foi realizada pelo mesmo, às 22h35 por mecanismo *Shultz*.

Quadro 9. Plano de cuidados: nascimento

Domínio	Parto
Dados relevantes para o diagnóstico	O Miguel nasceu às 22h28 por parto distócico por ventosa, com índice de Apgar de 8/10/10 ao primeiro, quinto e 10º minuto de vida, respetivamente. Apresentava peso igual a 3126g, perímetro cefálico de 36cm e comprimento de 46cm. Foi realizada a clampagem tardia do cordão umbilical.
Dados relevantes para o contexto	A Inês referiu no seu plano de parto que queria realizar contacto pele com pele com o Miguel.
Diagnóstico	Nascimento
Objetivos	Promover adaptação à vida extrauterina
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Executar técnica de pele com pele; ii. Executar técnica de pele com pele com o pai.
Resultados obtidos	O Miguel encontra-se tranquilo a realizar contacto pele com pele com o Rui.

Atividades que concretizam as intervenções:**i. Executar técnica de pele com pele [22h28]:**

Imediatamente após o nascimento, o Miguel foi colocado em contacto pele com pele com a Inês em cima do seu abdómen. De seguida foi seco e avaliado pela pediatra e colocado novamente em contacto pele com pele com a Inês, já com o gorro colocado e ambos cobertos por um lençol quente.

ii. Executar técnica de pele com pele com o pai [22h37]:

Como já foi abordado, o contacto pele com pele tem inúmeras vantagens não só para a mãe mas também para o recém-nascido. Sempre que possível, deve iniciar logo após o nascimento e prolongar-se pelo menos por uma hora (Moore et al., 2016). O contacto pele com pele ajuda o recém-nascido a transitar para a vida extrauterina, ajudando a atingir maior estabilidade do sistema cardiorrespiratório (Moore et al., 2016).

Embora o contacto pele com pele ajude na libertação de ocitocina (Chen et al., 2017), o que auxilia a contração uterina, devido à ocorrência da HPP e a todos os procedimentos técnicos decorrentes, foi necessário restringir o contacto pele com pele entre o Miguel e a Inês, pois a mesma referiu que se sentia fraca e não se sentia segura com o Miguel no seu abdómen. De forma a promover a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, mantendo-o calmo e confortável, foi questionado ao Rui se gostava de realizar contacto pele com pele com o Miguel enquanto não fosse possível a sua realização com a Inês, tendo o mesmo concordado. O Rui sentou-se no cadeirão e o Miguel foi colocado em contacto pele com pele, ambos cobertos com lençóis quentes. Foi alertado que deveria manter sempre a boca e o nariz do Miguel desobstruídos.

O contacto pele com pele dos recém-nascidos com os pais melhora a ligação entre ambos. De acordo com os estudos de Chen et al. (2017), os pais que realizaram contacto pele com pele com os seus filhos após o parto demonstraram um maior nível de confiança na prestação de cuidados aos seus filhos. Para além disso, a sua realização fornece apoio emocional ao pai e incentiva-o a envolver-se nas atividades inerentes ao cuidar do bebé. O contacto pele com pele ajuda a satisfazer as necessidades emocionais do recém-nascido através do aumento da intimidade e segurança na relação pai-filho e promove ainda a libertação de ocitocina no pai, reduzindo a ansiedade que possa sentir (Chen et al., 2017), principalmente numa situação de *stress* e preocupação acrescidos como a ocorrência de HPP materna.

Quadro 10. Plano de cuidados: hemorragia pós-parto

Domínio	Sistema cardiovascular
Dados relevantes para o diagnóstico	A dequitação ocorreu às 22h35 por mecanismo <i>Schultz</i> . O períneo apresenta ferida cirúrgica médio-lateral. A Inês apresenta perna sanguínea vaginal superior à esperada com coágulos e atonia uterina pós-parto.
Dados relevantes para o contexto	Parto distócico por ventosa às 22h28, com ferida cirúrgica médio-lateral. A dequitação ocorreu às 22h35.
Diagnóstico	Hemorragia pós-parto
Objetivos	Promover recuperação pós-parto
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Referenciar complicações pós-parto ao médico; ii. Implementar medidas de tratamento de hemorragia pós-parto; iii. Avaliar evolução da recuperação pós-parto.
Resultados obtidos	O útero encontra-se contraído com perda sanguínea igual à esperada. Por manter hipotensão e necessidade de vigilância contínua, a Inês foi transferida para o Serviço de Medicina Intensiva (SMI).

Atividades que concretizam as intervenções:

- i. Referenciar complicações pós-parto ao médico [22h37];**
- ii. Implementar medidas de tratamento de hemorragia pós-parto [22h37]:**

Executar massagem uterina: efetuar fricção do útero através da realização de massagem no abdómen até haver contração uterina. A OMS (2014a) recomenda a realização de massagem uterina imediatamente após a confirmação de HPP, sendo um dos primeiros passos na atuação em caso de hemorragia (Wormer et al., 2024).

Inserir outro cateter venoso periférico para administração de medicação prescrita. Executar colheita de sangue para estudo analítico para analisar os valores de hemoglobina.

Aumentar o ritmo de perfusão ocitócica para 350ml/h. Foi ainda colocado 800µg de misoprostol retal, seguido da administração de ácido tranexâmico EV. A OMS (2014) recomenda o uso de misoprostol 800µg quando a hemorragia se mantém mesmo havendo perfusão ocitócica ou quando a ocitocina EV não está disponível. O ácido tranexâmico não é um uterotônico, mas inibe a fibrinólise, sendo por isso frequentemente usado com fármacos uterotônicos (Wormer et al., 2024). O protocolo da instituição da instituição consiste da administração de um grama de ácido tranexâmico diluído em 100ml de soro fisiológico 0,9% a um ritmo de 300ml/h.

Inserir cateter urinário: o cateter urinário garante o esvaziamento completo da bexiga de modo a não ocorrer retenção urinária, que poderia dificultar a contração uterina.

Monitorização de sinais vitais:

- 22h40: TA= 97/55mmHG; FC= 98bpm; Saturação de oxigénio= 98%; T= 36,7°C;
- 23h: TA= 75/48mmHG; FC= 91bpm; Saturação de oxigénio= 98%; T= 36,8°C;
- 23h08= TA= 86/58mmHG; FC= 91bpm; Saturação de oxigénio= 97%; T= 36,7°C.

Monitorização da Escala de Coma de Glasgow:

- 22h43: *Score*= 15;
- 23h: *Score*= 12: Abertura ocular quando chamada pelo nome, resposta verbal simples e resposta motora mantida;

- 23h10: Score= 15.

iii. Avaliar evolução da recuperação pós-parto [sem horário]:

O útero encontra-se contraído na região peri-umbilical, com formação do globo de segurança de *Pinnard*. A perda sanguínea vaginal é igual a esperada.

Quadro 11. Plano de cuidados: recém-nascido

Domínio	Recém-nascido
Dados relevantes para diagnóstico	O Miguel não foi amamentado na primeira hora de vida. Apresenta-se choroso. Indicação médica de administrar leite artificial.
Dados relevantes para contexto	A Inês foi transferida para o SMI após HPP e hipotensão para vigilância e continuidade de cuidados antes de conseguir amamentar o Miguel.
Diagnóstico	Recém-nascido
Objetivos	Substituir mãe/pai nas atividades para satisfazer as necessidades desenvolvimentais.
Intervenções	i. Alimentar através de copo.
Resultados obtidos	O Miguel encontra-se calmo a dormir no colo do pai. É transferido para o serviço de puerpério juntamente com o pai, com quem irá permanecer.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Alimentar através de copo [23h20]:

O aleitamento materno exclusivo é a alimentação preferencial para os recém-nascidos e lactentes, estando associado à diminuição das taxas de mortalidade infantil quando comparado com o aleitamento misto, incluindo a diminuição das taxas de infeções respiratórias e do trato gastrointestinal, bem como da taxa de síndrome de morte súbita infantil (McCoy & Heggie, 2020). A exposição de um recém-nascido ao leite artificial afeta negativamente a duração da amamentação e altera o microbioma infantil a longo prazo. Os recém-nascidos que se alimentam de leite artificial têm 2,5 a seis vezes maior risco de desmame precoce, assim como maior risco de obesidade infantil (McCoy & Heggie, 2020). Contudo, existem algumas condições maternas e/ou infantis em que o recurso ao leite artificial pode ser necessário, seja de forma permanente ou temporário tais como: recém-nascidos com baixo peso ao nascimento, recém-nascidos pré-termo, recém-nascidos com risco de hipoglicemia por alterações metabólicas, infeção materna por HIV, exposição materna a fármacos citotóxicos ou a radioatividade, entre outras (OMS, 2009).

Outra das condições que a OMS (2009) refere como necessidade de alimentação com leite artificial de forma temporária é doença severa que impeça a mãe de cuidar do seu filho. Neste caso, a necessidade de outros cuidados especializados imediatamente após o parto que culminou na transferência da Inês para o SMI, impediram temporariamente que a mesma pudesse amamentar o Miguel, mesmo sendo o seu desejo, e por isso houve indicação da pediatra de administrar leite artificial até a Inês ser transferida para o puerpério onde estaria em contacto com o Miguel ou até conseguir extrair leite.

Administrar leite artificial por copo, segundo as normas da OMS (2009): foi colocado o Miguel ao colo em posição sentado e envolvido com o cobertor para o manter quente e impedir que levasse as mãos ao copo; o copo com o leite foi colocado no lábio inferior do Miguel de maneira a que a borda do copo toque no seu lábio superior seguido de inclinação do copo de forma que o leite toque nos lábios do bebé.

3.3.3 Síntese do caso

A HPP é definida por uma perda igual ou superior a 500ml de sangue nas 24 horas seguintes ao parto, sendo considerada HPP grave quando essa perda é superior a 1000ml. Esta patologia afeta cerca de 2% das puérperas e é a causa de um quarto das mortes maternas a nível global (OMS, 2014a). Algumas das razões que podem causar HPP são a rutura uterina, a retenção de tecido placentário ou os distúrbios na coagulação materna, porém a causa mais comum é a atonia uterina. A multiparidade e as gestações múltiplas são um fator de risco para a ocorrência da hemorragia (OMS, 2014a).

De acordo com a OMS (2012), as recomendações para a prevenção da HPP são, de um modo geral, a administração de uterotónicos durante o terceiro estadio do trabalho de parto, sendo a ocitocina o fármaco de eleição. Relativamente ao tratamento da HPP, a OMS (2014) recomenda a administração de uterotónicos como a ocitocina EV ou de prostaglandinas como o misoprostol, seguido de reanimação hídrica através de cristaloides isotónicos e administração de ácido tranexâmico quando os uterotónicos não estão a ser eficazes.

Existem manobras aconselhadas pela OMS (2014a) para o tratamento da HPP, das quais se destacam a massagem uterina, a utilização de tamponamento intrauterino com balão quando a hemorragia resulta da atonia uterina e a embolização da artéria uterina ou cirurgia quando as puérperas não estão a responder ao tratamento farmacológico.

Tendo em conta todos os riscos associados à HPP e a todas etapas de atuação que podem ser necessárias para tratar a puérpera e diminuir significativamente os riscos associados, selecionei este caso para explicar e refletir sobre os cuidados executados e os procedimentos de atuação, tendo principalmente focado na atuação após a hemorragia, pois é importante enquanto futura EEESMO saber quais são as intervenções mais importantes

para conseguir cuidar a mulher e conseqüentemente a família e o recém-nascido.

O momento do parto é, sem qualquer dúvida, um momento de alegria para maioria das mulheres e para as suas famílias. Contudo é um momento desafiante para as mesmas e que pode ter intercorrências negativas, como a atonia uterina e a HPP. Para além de cooperar com os demais profissionais no tratamento das complicações e saber como atuar nesses casos, o EEESMO *“implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos”* (OE, 2019, p. 13563).

Desta forma, este caso foi fundamental para a aquisição de competências de atuação específicas, não só pela atuação para reverter a atonia e parar a hemorragia, mas também na promoção da ligação entre pai e filho numa situação adversa. A transferência da Inês para o SMI pode ter tido implicações no processo de transição da mãe e do pai para o papel da parentalidade, mas as intervenções implementadas para promover a ligação entre o pai e o filho podem ter ajudado a facilitar esse processo. Teria sido oportuno, enquanto estudante do MESMO, saber como decorreu o período de puerpério da Inês e para o Rui, de forma a compreender como as intervenções prestadas impactaram a dinâmica familiar.

3.4 O desafio da distócia de ombros

A Sandra, de 31 anos, é uma primigesta com idade gestacional de 39 semanas e 1 dia, que deu entrada no serviço de Unidade Materno Fetal para indução do trabalho de parto com misoprostol oral, que lhe foi administrado pela equipa médica às 9 horas e às 15 horas. A rotura espontânea das membranas

amnióticas ocorreu pelas 23h30 no primeiro dia de indução, com líquido claro e sem cheiro. Quando a EEESMO no serviço realizou o toque vaginal após a rotura, o colo apresentava 4cm de dilatação e 30% de extinção, em posição anterior e com consistência firme. Apresentava uma contração a cada 15 minutos, com duração de cerca de 30 segundos cada.

A Sandra é saudável, desconhece alergias, o seu grupo sanguíneo é A Rh positivo e apresenta rastreio negativo para o *Streptococcus* do Grupo B. Juntamente com o marido Mário, frequentou as intervenções de grupo de preparação para o parto e para a adaptação à parentalidade.

Por manter as características do colo do útero e do padrão de contractilidade uterina, foi-lhe administrado, pela equipa médica, nova dose de misoprostol 50µg sublingual às 9 horas do dia seguinte. Iniciou protocolo de antibioterapia às 17h30, altura em que perfaziam 18 horas desde a rotura das membranas amnióticas. O protocolo consiste na administração de dois gramas de Ampicilina EV de seis em seis horas até ao momento do nascimento.

A Sandra foi transferida para o bloco de parto pelas 19 horas, altura em que solicitou colocação de cateter epidural. Por volta das 19h30, a parturiente referiu que tinha vontade de urinar mas que não conseguia, tendo sido por isso colocado cateter vesical após verificação de presença de globo vesical. A essa mesma hora, iniciou perfusão ocitócica a 15ml/h e que foi aumentando de ritmo até aos 80ml/h. Por se verificar desaceleração da FCF, foi suspensa e perfusão de ocitocina e iniciada perfusão de Salbutamol às 19h47 devido à taquissistolia uterina.

Por volta das 20 horas, a Sandra tinha o colo do útero com consistência mole, posição intermédia, com 7cm de dilatação e 90% de extinção. Relativamente às contrações, apresentava uma contração a cada oito minutos, com duração de 50 segundos cada.

A Sandra ficou aos meus cuidados no turno da noite. Quando questionei sobre as suas expectativas face ao parto, a parturiente referiu que desejava um parto eutócico, que gostaria de fazer contacto pele com pele com o bebé e que

gostava de poder amamentar na primeira hora de vida, pois um dos seus objetivos e expectativas para a maternidade eram a amamentação até ao primeiro ano de vida. A mesma disse ainda que desejava que a hora do nascimento estivesse perto porque estava a ficar cansada e sonolenta.

3.4.1 Justificação da escolha do caso clínico

O EEESMO é responsável pela identificação do risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação e também pela aplicação das técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica (OE, 2019,). À semelhança do caso anterior, este caso clínico permitiu-me desenvolver técnicas importantes para a identificação e atuação em situações de emergência, especificamente na distócia de ombros. Embora sejam situações mais pontuais, foi importante enquanto estudante do MESMO compreender como atuar em situações de *stress* e risco materno-fetal, de forma a garantir uma prestação de cuidados segura e com conhecimento no futuro. As intervenções dos EEESMO no trabalho de parto e parto vão além das suas competências técnicas na atuação em situações de emergência, contudo é da sua responsabilidade promover a saúde das mulheres e providenciar cuidados à mulher com patologia concomitante com o trabalho de parto (OE, 2019,), sendo assim imperativo que este adquira conhecimento teóricos e capacidades técnicas que lhe garantam capacidade de atuar nas mais diversas situações.

Enquanto futura EEESMO é imprescindível atuar de forma a conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (OE, 2019), sendo importante transmitir conhecimentos com base na evidência científica que lhes permita compreender a importância do aleitamento materno. A promoção do conhecimento deve ser feito durante a

gravidez, de maneira a que as futuras mães possam planear o seu projeto de amamentação, estando em posse de todas as informações existentes. Contudo este caso e esta cliente em particular demonstraram-me que apoiar as suas escolhas quanto à amamentação exclusiva, numa fase tão importante como a primeira mamada na primeira hora de vida, é fundamental para o empoderamento face às suas decisões e projeto de maternidade, promovendo assim o seu bem-estar e o do seu bebé.

3.4.2 Planos de cuidados especializados

A seguir serão apresentados os Quadros de 12 a 15 onde são abordados os diagnósticos e as intervenções prestadas consideradas mais relevantes para o presente caso clínico.

Quadro 12. Plano de cuidados: conhecimento sobre a função da dor no trabalho de parto

Domínio	Parto
Dados relevantes para o diagnóstico	Após administração da analgesia epidural, a Sandra mencionou não sentir dor com as contrações, mas que não percebe como é que sempre que o efeito da medicação passa, a dor sentida parece mais forte. Ainda referiu que nunca imaginou que o trabalho de parto pudesse causar dores tão intensas.
Dados relevantes para o	A Sandra apresentava um colo do útero com consistência mole, posição intermédia, com 7cm de dilatação e com 90% de extinção. Apresentava uma contração a cada oito minutos, com

contexto	duração de 50 segundos cada.
Diagnóstico	Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto
Objetivos	Promover o conhecimento sobre a função da dor no trabalho de parto;
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Ensinar sobre dor de trabalho de parto; ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto.
Resultados obtidos	No momento em que o marido da Sandra entrou no quarto, a mesma disse-lhe com um sorriso que a dor infra-abdominal que sentiu antes de lhe terem administrado a medicação significava que o momento do parto estava cada vez mais próximo.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Ensinar sobre dor de trabalho de parto [21h10]:

Explicar que a dor é de natureza pessoal, definida pelo próprio e que é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Embora em muitas situações impacte negativamente o bem-estar de cada um, a dor serve para transmitir à mente aquilo que está a acontecer com o corpo (Cardoso et al., 2023a). A dor de trabalho de parto está relacionada com vários fatores, sendo alguns dos principais a dilatação do colo do útero e a contração uterina (Pereira et al., 1998). Isto demonstra que a dor é uma etapa fisiológica do parto e que está associada à evolução do mesmo e consequentemente ao nascimento do bebé. A dor não é contínua, havendo pausas entre as contrações que permitem ao corpo relaxar e recuperar energia para se focar no trabalho de parto (Cardoso et al., 2023a).

Explicar que o facto de sentir a dor a intensificar-se e de estar a senti-la noutra parte do corpo, apenas demonstra que há evolução do trabalho de parto, ou seja, à medida que o bebé desce o canal de parto, a sua

cabeça faz pressão nos músculos e a dor começa a ser sentida na região perineal e do ânus, bem como no sacro e nas coxas. Mais próximo ao nascimento a dor e a pressão decorrentes das contrações uterinas vão localizar-se no abdómen e no períneo, havendo distensão dos tecidos perineais e vaginais, o que vai estimular a vontade de empurrar o bebé de forma involuntária (Cardoso et al., 2023a).

Validar que cada um tem a sua própria perceção de dor e que embora a dor seja um indicativo de que o bebé está a descer e o nascimento pode estar próximo, cabe a cada um perceber qual a melhor forma de lidar com a mesma, seja através de estratégias não farmacológicas ou através do recurso à analgesia, sendo que é fundamental que se sinta confortável e bem consigo mesma, escutando o que o seu corpo está a dizer/pedir.

ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto [21h35]:

Conhecimento sobre trabalho de parto facilitador. A Sandra demonstra compreender as funções da dor no seu corpo e encara isso como um fator que a aproxima do seu parto.

Quadro 13. Plano de cuidados: trabalho de parto

Domínio	Parto
Dados relevantes para o diagnóstico	<p>Às 23h30:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Posição do colo do útero: centrado; • Consistência do colo do útero: amolecido; • Extinção do colo do útero: extinto; • Dilatação do colo do útero: 10cm • Frequência da contração uterina: cinco contrações uterinas em 10 minutos;

	<ul style="list-style-type: none"> • Duração da contração uterina: 60 segundos; • Padrão de contractilidade uterina: normal; • Intensidade da contração uterina: moderada; • Dor de trabalho de parto: dor abdominal; • Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea às 23h30 do dia anterior; • Características do líquido amniótico: normais; • Posição fetal: esquerda; • Apresentação: cefálica; • Variedade fetal: OEA; • Descida do feto: terceiro plano de <i>Hodge</i>;
<p>Dados relevantes para o contexto</p>	<p>A Sandra solicitou analgesia epidural por dor intensa com as contrações. Cerca de 10 minutos após a administração da medicação, a parturiente referiu algum alívio quanto à perceção da intensidade das contrações, mas que estava a sentir uma pressão muito forte na região perineal e que não estava a sentir o efeito da atuação da medicação. Solicitei consentimento para realizar exame vaginal.</p>
<p>Diagnóstico</p>	<p>Trabalho de parto</p>
<p>Objetivos</p>	<p>Promover parto eutócico; Promover períneo íntegro.</p>
<p>Intervenções</p>	<ol style="list-style-type: none"> i. Gerir ambiente; ii. Gerir analgesia; iii. Monitorização da cardiotocografia;

	<p>iv. Assistir no posicionar;</p> <p>v. Envolver a pessoa significativa;</p> <p>vi. Assistir no parto;</p> <p>vii. Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico;</p> <p>viii. Assistir ao parto.</p>
<p>Resultados obtidos</p>	<p>Parto distócico por ventosa às 00h18, com intercorrência de distócia de ombros. Episiotomia medio-lateral esquerda, suturada com fio <i>Vicryl Rapid 2'0</i>, mais laceração vaginal de segundo grau do lado direito, suturada com o mesmo tipo de fio. O Duarte nasceu com Índice de Apgar ao primeiro, quinto e 10º minuto de vida de 7-8-10 . Foi realizado contacto pele com pele após ser observado pela médica de neonatologia. A dequitação ocorreu à 00h24, com saída da placenta por mecanismo de <i>Schultz</i>.</p>

Atividades que concretizam as intervenções:

I. Gerir ambiente [sem horário]:

Promover privacidade e diminuição do ruído externo, mantendo as portas fechadas. Reduzir a intensidade da luz. Conforme previamente descrito existem diversos fatores que influenciam o ambiente e que também podem influenciar o decorrer do trabalho de parto e parto, através do aumento ou diminuição do stresse e ansiedade da parturiente (Frello & Carraro, 2010), sendo por isso importante gerir e adaptar o ambiente às necessidades dos clientes.

II. Gerir analgesia [23h20]:

Administração de 10ml de Ropivacaína a 2% pelo cateter epidural conforme prescrição médica, quando solicitado pela Sandra. Avaliado nível sensitivo e motor cerca de 20 minutos após a administração medicamentosa. Utilizando a escala de *Bromage*, obteve o *score* dois, apresentando dificuldade em levantar as pernas e em flexionar os joelhos.

III. Monitorização da cardiotocografia [sem horário]:

- Até às 00h10: Bem-estar fetal: normal (linha de basal: 110.160 bpm; variabilidade: 5-25; sem desacelerações repetitivas). Apresenta seis contrações a cada 10 minutos, com duração de 60 segundos cada;
- 00h10: Bem-estar fetal: suspeito (ausência de pelo menos um critério de normalidade mas sem características do patológico). Apresenta seis contrações a cada 10 minutos, com duração de 60 segundos cada;

IV. Assistir no posicionar [23h35]:

A Sandra referiu que gostava de realizar esforços expulsivos em posição semi-sentada. Foi auxiliada a posicionar-se e foi referido que poderia alterar o posicionamento se assim o desejasse.

V. Envolver a pessoa significativa [sem horário]:

A Sandra e o Mário tinham decidido em casal que no momento do parto o Mário iria ficar sentado no cadeirão ao lado da Sandra, para diminuir o risco de ele visualizar o momento do nascimento, algo que nenhum dos dois queria, e a vontade de ambos era que ele só voltasse a circular livremente pelo quarto quando o momento do parto e das intervenções terminassem. Embora a participação da pessoa significativa possa trazer várias vantagens para o trabalho de parto e parto, o respeito pelas escolhas dos clientes é fundamental e por isso o Mário foi incentivado a dar a mão à Sandra, a abanar o leque para a refrescar e a refrescar-lhe

a cara com compressas humedecidas em água tépida. Durante todo o momento ele foi-lhe transmitindo palavras de apoio.

VI. Assistir no parto [sem horário]:

Preparar o material para a execução do parto e o material de proteção individual, incentivar a Sandra a ouvir o seu corpo e a realizar esforços expulsivos prolongados quando sentisse a contração.

Incentivar a Sandra a respirar com calma e a relaxar entre as contrações. Dar reforço positivo à Sandra, dizendo que tudo o que está a fazer vai levar ao nascimento do Duarte.

VII. Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico [00h10]:

A equipa médica foi chamada após verificação de desaceleração da FCF (83-89bpm) em simultâneo com a presença de contrações uterinas. A perfusão ocitócica que havia sido reiniciada e se encontrava a um ritmo de 45ml/h foi suspensa e foi administrada perfusão de salbutamol EV, de acordo com indicação médica, conforme o protocolo: um grama de salbutamol diluído em 100ml de soro fisiológico a 0,9% em perfusão a um ritmo de 150ml/h durante 5 minutos. O salbutamol é um β -agonista indicado na tocólise de emergência, quando ocorre hiperestimulação uterina. Apresenta como efeitos colaterais a taquicardia materna (Montenegro et al., 2014);

A maioria dos fetos lida bem com as contrações do trabalho de parto, contudo alguns ficam com falta de oxigénio ou não conseguem obter quantidade suficiente para satisfazer as suas necessidades durante o trabalho de parto e parto, apresentando por consequência irregularidades nos padrões da FCF. Isto pode acontecer devido à taquissistolia uterina ou então devido ao posicionamento materno. Quando a mãe está deitada em decúbito dorsal o peso do útero pode comprimir os principais vasos sanguíneos e inibir o fluxo sanguíneo para a placenta e para o bebé. Nestes casos, a alternância de posicionamentos e a mobilidade materna podem prevenir esses

problemas. Quando as irregularidades da FCF se devem à taquissistolia uterina, a ocitocina pode ser responsável pelas desacelerações da FCF (Kulier & Hofmeyr, 1998). Os tocolíticos betamiméticos são fármacos que reduzem as contrações uterinas, promovendo o relaxamento uterino e melhorando o fluxo sanguíneo placentário e conseqüentemente a oxigenação fetal (Hofmeyr & Kulier, 2000). A taquissistolia uterina é caracterizada por cinco ou mais contrações uterinas em 10 minutos num espaço de tempo de 30 minutos (Heuser et al., 2013). Após a administração farmacológica, a FCF fetal apresentava valores entre os 110-112bpm. Devido à preocupação pelo bem-estar fetal, a equipa médica decidiu realizar o parto com recurso à ventosa de forma a promover o nascimento de forma mais rápida. A ventosa foi aplicada com o feto no terceiro plano de *Hodge*.

Após a aplicação da ventosa e aquando da saída da cabeça fetal, verificou-se a presença do sinal de tartaruga. O sinal de tartaruga caracteriza-se pela retração da cabeça fetal sobre o períneo materno em direção à pelve, logo após a sua exteriorização (Marques & Reynolds, 2011; Tsikouras et al., 2024), associado à ausência de rotação interna no diâmetro biacromial (Marques & Reynolds, 2011). Se não ocorrer o nascimento num tempo máximo de 60 segundos após a exteriorização da cabeça, estamos perante uma distócia de ombros. A distócia ocorre quando o ombro anterior do feto fica preso atrás da sínfise púbica ou, embora menos comum, quando o ombro posterior fica preso na crista ilíaca após a saída da cabeça (Tsikouras et al., 2024), ou seja, existe uma falha na rotação normal dos ombros para o diâmetro oblíquo no momento da entrada no diâmetro biparietal na pelve, havendo uma alteração do processo fisiológico em que o ombro posterior desce na frente do ombro anterior num diâmetro oblíquo (Alves et al., 2022).

A distócia de ombros é uma emergência obstétrica maioritariamente imprevisível e inevitável (Alves et al., 2022), que requer reconhecimento e tratamento imediato de forma a minimizar os riscos maternos e

neonatais associados (Hall, 1997). Esta emergência obstétrica pode estar associada à macrossomia fetal, diabetes gestacional e ao trabalho de parto prolongado (Alves et al., 2022; Tsikouras et al., 2024). As consequências maternas associadas são a HPP por atonia uterina, as lesões da bexiga, as lacerações cervicais, vaginais ou perianais extensas, os hematomas e a rotura uterina (Hall, 1997). Por sua vez, os recém-nascidos podem sofrer paralisia transitória do plexo braquial (Alves et al., 2022), fraturas da clavícula e do úmero, hipoxemia, acidose, asfixia e morte (Hall, 1997; Tsikouras et al., 2024). O tratamento passa por um conjunto de manobras com o objetivo principal de libertar os ombros e facilitar a saída do corpo do feto (Tsikouras et al., 2024). A atuação deve ser rápida, para prevenir a asfixia e as lesões decorrentes da compressão do cordão umbilical, evitando lesões neurológicas periféricas ou traumas maternos e/ou fetais (Alves et al., 2022). A realização da episiotomia não é obrigatória, porque por si só não resolve a distócia de ombros, mas pode ser necessária quando a resistência do períneo dificulta a realização das manobras. As manobras realizadas servem para aumentar as dimensões pélvicas e/ou reduzir o diâmetro biacromial fetal por adução dos ombros e/ou modificar a relação entre o diâmetro biacromial do feto e a pelve materna, girando o tronco fetal para o diâmetro oblíquo da pelve de forma a libertar o ombro anterior atrás da sínfise púbica (Alves et al., 2022). A Manobra de McRoberts é a mais comumente utilizada, sendo classificada como não invasiva, segura e eficaz (Hall, 1997). O EEESMO tem um papel fundamental no reconhecimento dos fatores de risco, na assistência adequada à mulher e ao recém-nascido e na informação e colaboração com a equipa multidisciplinar (Hall, 1997). Segundo Hall (1997), desacelerações prolongadas da FCF e descida fetal mais lenta, são alguns dos fatores intraparto que podem ajudar a identificar o risco de distócia de ombros.

Após a saída da cabeça fetal, é imperativo que os EEESMO e a equipa médica obstétrica atuem o mais rápido possível de forma a diminuir os riscos associados, tais como a paralisia braquial, a asfixia fetal e morte

(Alves et al., 2022). Atrasos no nascimento superiores a cinco minutos estão associados a baixos scores no Índice de Apgar e asfixia perinatal (Alves et al., 2022; Hall, 1997). É necessário que exista um trabalho de equipa coordenado, realizando a Manobra de McRoberts: dois profissionais a segurar cada uma das pernas em direção ao abdómen, enquanto outro realiza o parto (Hall, 1997).

VIII. Assistir no parto [00h13]:

- Posicionar a parturiente: a parturiente deve ser posicionada em decúbito dorsal, chegada à borda da cama com as pernas fletidas em direção ao abdómen (Alves et al., 2022; Hall, 1997).
- Auxiliar na implementação da Manobra de McRoberts: esta manobra consiste na hiperflexão das pernas de modo a promover alinhamento entre o sacro e a coluna, aumentando o diâmetro antero-posterior da pelve (Tsikouras et al., 2024). Em simultâneo é feita pressão suprapúbica de forma a libertar o ombro através da sua adução, enquanto é feita tração descendente e suave contínua para libertar os ombros (Alves et al., 2022; Tsikouras et al., 2024).

Quadro 14. Plano de cuidados: amamentação exclusiva

Domínio	Lactação
Dados relevantes para diagnóstico	Parto distócico por ventosa às 00h18, com intercorrência de distócia de ombros. Apresenta ferida cirúrgica médio-lateral e laceração vaginal de segundo grau do lado direito. A dequitação ocorreu à 00h24, com expulsão da placenta por mecanismo <i>Schultz</i> .
Dados relevantes para	O Duarte encontra-se em contacto pele com pele com a mãe. A Sandra tinha referido que queria amamentar na primeira hora de vida e que o seu projeto de amamentação era amamentar

contexto	até ao primeiro ano de vida do Duarte.
Diagnóstico	Amamentação exclusiva
Objetivos	Promover a amamentação.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Iniciar amamentação; ii. Apoiar amamentação; iii. Promover amamentação exclusiva; iv. Avaliar amamentação.
Resultados obtidos	O Duarte está bem posicionado, a ser amamentado. A Sandra refere estar confortável e feliz por conseguir amamentar na primeira hora de vida, mesmo depois de todas as intercorrências do parto.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Iniciar amamentação [00h38]:

Posicionar o Duarte e a Sandra numa posição confortável para os dois. A UNICEF (2012) recomenda que as mães iniciem o aleitamento materno na primeira meia hora de vida após o nascimento.

ii. Apoiar amamentação [00h40]:

Elogiar a Sandra quanto à sua vontade de amamentar o Duarte na primeira hora de vida e no facto de querer continuar a amamentar até ao primeiro ano de vida dele.

iii. Promover amamentação exclusiva [1h20]:

Explicar o leite materno é um alimento completo e adequado ao recém-nascido, com múltiplas vantagens para o bebé: previne infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, protege contra

alergias e faz com que a longo prazo os bebés tenham uma melhor adaptação a outros alimentos; e também para a mãe: facilita a involução do útero, diminui a probabilidade de ter cancro na mama e permite à mãe sentir o prazer único de amamentar. Além disso é o método mais barato e seguro de alimentação dos bebés (UNICEF, 2012).

iv. Avaliar amamentação [00h55]:

O Duarte encontrava-se a mamar. A Sandra referiu estar confortável.

Quadro 15. Plano de cuidados: dor

Domínio	Perceção sensorial
Dados relevantes para o diagnóstico	A Sandra teve um parto distócico à 00h18, com ferida cirúrgica médio-lateral esquerda e laceração de segundo grau na região vaginal do lado direito.
Dados relevantes para o contexto	A Sandra refere sentir dor contínua de grau seis, numa escala numérica da dor, na região perineal.
Diagnóstico	Dor
Objetivos	Promover alívio da dor.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Gerir analgesia; ii. Aplicar frio; iii. Avaliar evolução da dor.
Resultados obtidos	Sem dor após administração e atuação da medicação.

Atividades que concretizam as intervenções:**i. Gerir analgesia [00h55]:**

Administração de um grama de paracetamol EV conforme prescrição médica.

ii. Aplicar frio [00h55]:

Aplicação de gelo envolvido por compressas no local da ferida cirúrgica. A aplicação de frio ajuda a aliviar a dor através da diminuição dos espasmos musculares, ajudando também a reduzir o edema e os hematomas dos tecidos (Cardoso et al., 2023a).

iii. Avaliar evolução da dor [1h30]:

Monitorizar dor: A Sandra refere dor grau zero, avaliada numa escala numérica da dor, na região perineal.

3.4.3 Síntese do caso

Imediatamente após a dequitação, a puérpera apresentou perda sanguínea superior à expectável, tendo sido administrado ácido tranexâmico e realizada massagem uterina até o útero ficar contraído com formação do globo de segurança de *Pinnard*. A puérpera manteve-se hemodinamicamente estável até à transferência para o serviço de puerpério. O Duarte foi observado pela pediatra imediatamente após o nascimento e não apresentava nenhuma sequela decorrente da distócia de ombros.

As emergências obstétricas são situações que me deixam nervosa e com receio de não conseguir estar à altura nas necessidades da mulher e da família. O facto de me ter deparado com duas emergências distintas fez-me

procurar evidência científica sobre as mesmas de modo a aumentar o meu conhecimento e fez-me compreender as dinâmicas de atuação multidisciplinar, cujo único objetivo é o bem-estar e segurança da mulher.

A descrição de algumas intervenções promotoras da amamentação pareceu-me importante, pois no decorrer dos estágios de natureza profissional observei que após o parto a mulher demonstra desejo em amamentar, mas por vezes no puerpério apresenta mudanças nesse desejo e nesse plano de maternidade (talvez devido ao cansaço e sobrecarga emocional do momento). Por esses motivos, achei relevante abordar intervenções promotoras da amamentação exclusiva, principalmente porque a puérpera demonstrou disponibilidade no momento. Estas intervenções foram implementadas para todas as parturientes/puérperas com quem tive contacto, mas neste em específico foi bastante evidente a vontade, o interesse e a procura de conhecimento da Sandra quanto a este assunto.

4. CUIDAR A MULHER E A FAMÍLIA NO PERÍODO PRÉ-NATAL

O EEESMO “*cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-infantil*” (OE, 2019, p. 13562). Este é ainda responsável por promover a saúde e diagnosticar e prevenir complicações nas mulheres em situações de abortamento (OE, 2019). As intervenções do EEESMO nos cuidados pré-natais envolvem também a facilitação do processo de adaptação à gravidez com ou sem complicações.

O EEESMO planeia e executa atividades que visem a promoção da adaptação à gravidez, sendo os seus cuidados centrados na mulher-grávida e na pessoa com quem partilha o projeto de maternidade (Cardoso et al., 2023b). A gravidez é um processo que desencadeia diversas alterações no corpo e na mente da mulher, sendo a sua resposta a estas mudanças influenciada por fatores individuais, sociais e ambientais, destacando-se como principal influência aquela exercida pela pessoa que lhe é significativa, e por isso devem ambos ser entendidos como clientes dos cuidados (Cardoso et al., 2023b).

A gravidez destaca-se de uma forma muito sucinta por ser um processo corporal fisiológico com duração de aproximadamente 266 dias desde a fecundação até ao nascimento. O seu início é indicado pelo término dos períodos menstruais, pelos enjoos matinais, pelo aumento do volume das mamas e pela pigmentação dos mamilos. Este período caracteriza-se ainda por alterações hormonais e pela adaptação materna às mesmas (Cardoso et al., 2023b).

4.1 Risco Materno-Fetal: a atuação do EEESMO perante o diagnóstico de pré-eclâmpsia e diabetes gestacional

A Filipa, de 33 anos, primigesta com idade gestacional de 34 semanas e 6 dias, foi encaminhada do centro de saúde para o SU por apresentar sinais clínicos sugestivos de pré-eclâmpsia. Os sinais incluíam edema dos membros inferiores, hipertensão arterial (167/115 mmHg) e proteinúria detetada em teste rápido de urina. Após avaliação, foi internada no serviço de grávidas de risco com diagnóstico de suspeita de pré-eclâmpsia.

A Filipa apresentava antecedentes pessoais de obesidade, desconhecia alergias e o seu grupo sanguíneo era A Rh positivo. Durante a gravidez, tinha sido medicada com sulfato ferroso, mas não completou todas as análises e exames de rotina, incluindo a prova de tolerância à glicose oral (PTGO) do terceiro trimestre. De acordo com o seu processo clínico, a cliente realizou cinco consultas pré-natais no centro de saúde da sua área de residência. Quando questionada sobre a ausência de exames, referiu que se esqueceu de agendar a PTGO e não voltou a remarcar os exames subsequentes. A Filipa não frequentou intervenções de preparação para o parto e para a adaptação à parentalidade.

No internamento, realizou a PTGO, confirmando-se o diagnóstico de diabetes gestacional, tendo sido prescrito esquema de insulino-terapia. O presente plano de cuidados será focado no primeiro contacto que tive com a Filipa, ocorrido num turno noturno quando a grávida apresentava idade gestacional de 35 semanas.

4.1.1 Justificação da escolha do caso clínico

A diabetes gestacional e a pré-eclampsia são patologias com grande impacto na saúde materna e perinatal, associando-se a complicações como o parto prematuro, eclampsia, macrossomia fetal e hipoglicemia neonatal (ACOG, 2019; Sacks et al., 2021). Estes diagnósticos têm um impacto significativo na saúde da mulher, no seu projeto de maternidade e na transição e adaptação à gravidez e à parentalidade.

Tendo em conta estes diagnósticos e a história clínica da Filipa, foi importante informar e orientar para a promoção de um estilo de vida saudável na gravidez, planeando e implementando intervenções que potenciassessem uma gravidez saudável e que fossem de encontro à patologia associada, conforme descrito no Regulamento nº391/2019 sobre as Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019). Com base nestas competências específicas, foi importante promover o conhecimento da Filipa sobre a sua condição, permitindo que percebesse qual o impacto na sua saúde e na saúde do seu bebé e quais as mudanças importantes para o seu dia-dia. Enquanto futura EEESMO, foi essencial capacitar a Filipa de ferramentas que contribuíssem para a melhoria do seu estado de saúde, mesmo estando numa idade gestacional avançada: promoção do conhecimento sobre sinais de vigilância, promoção de conhecimento sobre um estilo de vida saudável.

Quando uma grávida apresenta uma ou mais patologias que ponham em risco a sua saúde e a do seu bebé, é imperativo que tenham conhecimento sobre os sinais de alarme a que têm de estar atentas para poderem dirigir-se a um SU ou procurarem ajuda dos profissionais de saúde, para que possam atuar atempadamente, como descrito no Regulamento das Competências Específicas dos EEESMO da OE (2019).

Durante um internamento nas grávidas de risco, é importante que exista monitorização da saúde-materno fetal para identificar qualquer alteração preocupante. Este contacto permitiu-me aquisição de conhecimentos e

capacidades no cuidar da mulher durante o período pré-natal de forma a potenciar a sua saúde e a detetar e tratar precocemente complicações materno-fetais, conforme descrito no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019).

De acordo com Meleis (2010), é importante que existam cuidados antecipatórios na promoção da saúde. Estes cuidados envolvem a identificação precoce de riscos e a implementação de intervenções individualizada que previnam o aparecimento e/ou agravamento de condições de saúde. As intervenções devem ser individualizadas, considerando experiências de vida e contextos culturais. Os EEESMO devem atuar como facilitadores da transição para o contexto gravidez e posteriormente para o contexto de mudanças no estado de saúde, promovendo uma adaptação facilitadora.

4.1.2 Planos de cuidados especializados

A seguir serão apresentados os Quadros de 16 a 20 onde são abordados os diagnósticos e as intervenções prestadas consideradas mais relevantes para o presente caso clínico.

Quadro 16. Plano de cuidados: significado atribuído à gravidez

Domínio	Gravidez
Dados relevantes para diagnóstico	A Filipa refere que a gravidez não estava planeada para esta fase da vida dela e que por causa disso teve de mudar os seus hábitos sociais e rotinas.

Dados relevantes para o contexto	A Filipa não realizou todas as consultas da gravidez nem realizou a sua vigilância. Além disso, não frequentou as intervenções de grupo de preparação para o parto e para a adaptação à gravidez.
Diagnóstico	Potencial para melhorar o significado atribuído à gravidez
Objetivos	Facilitar a reformulação do significado atribuído à gravidez.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Assistir a cliente a analisar significado dificultador; ii. Avaliar evolução do significado atribuído à gravidez.
Resultados obtidos	No decorrer dos contactos com a Filipa, a mesma foi apresentando um significado facilitador quanto à gravidez.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Assistir cliente a analisar o significado dificultador [sem horário]:

- Explicar à Filipa o que é um significado: o significado é a forma como vê e interpreta determinada ideia, sendo que essa ideia não é uma verdade absoluta e pode ser modificada. Referir que “o significado é uma representação interna” (Cardoso et al., 2023b, p. 174).
- Promover reflexão sobre o assunto:
 - Questionar a Filipa como se sentiu quando soube que estava grávida – “Senti-me feliz porque eu e o meu marido estávamos a planear ter um bebé mas não pensei que seria tão rápido engravidar” (sic).
 - Questionar se a felicidade sentida por realizar o que estavam a planear em casal era superior ao fator surpresa e rapidez da gravidez – “Penso que sim. O Paulo, o meu marido, ficou muito feliz quando soubemos, gosto de o ver

entusiasmado com o bebé. Só que estar grávida mudou muito a minha vida” (sic).

- Questionar o que a faz pensar dessa forma – “Eu estava habituada a sair com as minhas amigas sempre que queria, adorava ir almoçar ou jantar fora ao centro comercial com elas e desde que descobri a gravidez toda a gente disse que tinha de ter cuidado com o bebé e que eu deixei de sair tanto. Tornou-se cansativo mudar a minha vida toda por alguém que ainda nem nasceu. Como ir às consultas todas, não têm noção do tempo que perdemos” (sic).
- Questionar se existe mesmo necessidade de mudar tanto a sua vida ou se precisa apenas de ajustar horários – “Como assim?” (sic).
- Referir que embora a gravidez acarrete mudanças físicas e mentais e alterações nas rotinas, não está pressuposto que a mãe perca os seus hábitos e ponha de parte os seus desejos e vontades. É natural que durante a gravidez seja preciso tomar certas precauções de modo a que a gravidez se desenvolva de forma saudável, quer para a mãe como para o bebé e que as consultas são importantes para a vigilância do estado de saúde de ambos. As consultas servem ainda para promover o conhecimento da mãe sobre quais as alterações no estilo de vida que são mesmo necessárias e ao mesmo tempo servem para o EEESMO ajudar na adaptação e na transição para esta fase da vida. Os almoços e jantares com as amigas não devem ser postos de parte devido à gravidez, pode é haver necessidade de ajustar aquilo que vai ingerir de forma a manter uma alimentação saudável, mas isso não irá retirar

a componente social destas saídas. – “Quando dito assim parece que não há assim tantas mudanças” (sic).

- Validar que existem alterações e ajustes necessários no decorrer da gravidez, mas estes ajustes servem também para otimizar a saúde da mãe e a sua adaptação à gravidez, não para mudar a sua forma de viver. Questionar se pensou sempre na gravidez como um processo que alterava significativamente a sua vida num ponto de vista negativo. – “Acho que vi o impedimento na vida social e as consultas e responsabilidades como obrigações que eu não queria, sem pensar que se calhar bastava mudar pequenas coisas. A gravidez até me trouxe momentos felizes, gosto de sentir o Vicente mexer-se e saber que ele se está a desenvolver graças a mim. Mas mesmo assim há tanta coisa que terei ou deveria ter mudado” (sic).
- Questionar se essas mudanças são todas negativas e de que forma poderia encará-las de uma forma mais positiva.

ii. Avaliar evolução do significado atribuído à gravidez [sem horário]:

Avaliação da evolução do significado atribuído à gravidez realizada ao longo dos contactos com a Filipa.

Quadro 17. Plano de cuidados: conhecimento sobre complicações durante a gravidez

Domínio	Gestação
Dados relevantes para o diagnóstico	A Filipa tem idade gestacional igual a 35 semanas. No início do turno fui realizar uma pesquisa de glicemia capilar à Filipa que me questionou se aquilo estava relacionado com alguma das “doenças que me identificaram” (sic).

Dados relevantes para o contexto	A Filipa foi diagnosticada com diabetes gestacional e suspeita de pré-eclampsia.
Diagnóstico	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez
Objetivos	Promover conhecimento sobre complicações da gravidez.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> iii. Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez: pré-eclampsia; iv. Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez: diabetes gestacional; v. Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez.
Resultados obtidos	A Filipa referiu que não tinha nenhuma questão sobre o que lhe tinha sido explicado, mas uma avaliação sobre a evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez só seria possível num contacto posterior

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez: pré-eclampsia [21h45]:

Explicar à Filipa que entre os distúrbios hipertensivos da gravidez, a pré-eclampsia destaca-se pelo seu impacto na saúde materna e neonatal, pois é uma das maiores causas de mortalidade e morbidade no mundo (OMS, 2014b). Esta patologia pode desenvolver-se na gravidez, no parto e nas 48h após o parto (Santana et al., 2019). A pré-eclampsia é diagnosticada quando a grávida apresenta um episódio de hipertensão com pressão diastólica superior a 90mmHg ou pressão sistólica igual ou

superior a 140mmHg, com ocorrência de proteinúria substancial (OMS, 2014b) e/ou edema (Kahhale et al., 2018; Santana et al., 2019).

Explicar que a hipertensão arterial crónica, antecedentes familiares de eclâmpsia e a primiparidade são outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento desta patologia (OMS, 2014b; Santana et al., 2019).

Explicar-lhe que esta patologia pode ser classificada como leve ou grave, de acordo com a persistência, ou não, de elevação da pressão arterial, dos valores de proteinúria e se a mãe apresenta disfunção orgânica. De acordo com a ACOG (2020), a pré-eclampsia grave caracteriza-se por pressão arterial igual ou superior a 160/110mmHg, disfunção renal e/ou edema pulmonar.

Explicar à Filipa que o único tratamento definitivo para a pré-eclampsia é o parto, contudo o tratamento primordial é a minimização das suas complicações durante a gravidez de forma a evitar os partos prematuros (OMS, 2014b). Segundo Kahhale et al. (2018), o tratamento tem ainda como objetivos prevenir complicações como o descolamento prematuro da placenta, acidentes vasculares cerebrais, edema agudo do pulmão, insuficiência renal e o desconforto respiratório do recém-nascido.

Explicar que é importante que se mantenha em repouso e evite a realização de esforços e que permaneça preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, de modo a favorecer o retorno venoso, aumentar o débito cardíaco e o fluxo plasmático renal, que conseqüentemente vão melhorar a tensão arterial e a perfusão uteroplacentária (Kahhale et al., 2018). Referir que é importante que seja acompanhada pelos profissionais de saúde que irão realizar uma vigilância do seu estado de saúde, com monitorização da tensão arterial, vigilância do peso e do aparecimento dos edemas (Santana et al., 2019)

ii. Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez: diabetes gestacional [22h20]:

Explicar à Filipa que a diabetes gestacional define-se como redução da tolerância à glicose durante a gravidez e que é diagnosticada através da PTGO (Weinert et al., 2011).

Explicar-lhe que os valores elevados de glicemia materna acarretam riscos maternos, fetais e neonatais. Para a mãe existe um risco aumentado de cesariana. Para o bebé, os níveis de glicemia aumentam o risco de prematuridade, macrossomia, distocia de ombros e morte perinatal (Weinert et al., 2011).

Explicar à Filipa que o tratamento da diabetes gestacional é feito maioritariamente através de uma alimentação saudável e da prática de exercício físico, mas que por vezes é necessário associar a administração de medicação, quer por via oral quer por via subcutânea, através de injeções.

Explicar que manter uma alimentação saudável e equilibrada é a primeira opção para tratar a diabetes, pois vai evitar o aumento excessivo de peso materno e diminuir o risco de macrossomia fetal. É importante que haja um equilíbrio entre o consumo de hidratos de carbono, proteínas e gorduras (Weinert et al., 2011).

Explicar-lhe que o exercício contribui de forma bastante positiva para a redução dos valores da glicemia (Weinert et al., 2011), contudo tendo em conta que a suspeita de pré-eclampsia, é importante que mantenha o repouso até confirmação dos diagnósticos e indicação médica.

Explicar que a vigilância do seu estado de saúde e do seu bebé é importante perante a presença deste diagnóstico, porque a diabetes gestacional aumenta o risco de pré-eclampsia (Weinert et al., 2011).

Explicar à Filipa que se os valores de glicemia se mantiverem estáveis e em valores normais, pode-se esperar pelo início de trabalho de parto espontâneo, contudo em casos de risco de macrossomia fetal, pode ser necessário haver indução do trabalho de parto antes das 39 semanas (Weinert et al., 2011).

iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez [no próximo turno]:

Quadro 18. Plano de cuidados: conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Domínio	Gestação
Dados relevantes para o diagnóstico	Quando questionada sobre sinais de alarme relativos à pré-eclampsia, a Filipa refere que os desconhece.
Dados relevantes para o contexto	A Filipa tem idade gestacional igual a 35 semanas e foi diagnosticada com diabetes gestacional e suspeita de pré-eclampsia. A Filipa não frequentou as intervenções de grupo de preparação para o parto e para a adaptação à parentalidade.
Diagnóstico	Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez
Objetivos	Promover autogestão de complicações da gravidez.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez: pré-eclampsia; ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez.
Resultados obtidos	Após prestar todos os cuidados à Filipa, questionei a mesma se ela se lembrava dos sinais de alerta. A mesma enumerou-os.

Atividades que concretizam as intervenções:

- i. Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez: pré-eclampsia [22h]:**

Explicar à Filipa que existem alterações clínicas nas grávidas que podem indicar a presença de pré-eclampsia e que é fundamental que as grávidas estejam atentas a esses sintomas e que informem de imediato os profissionais de saúde. Esses sintomas são: náuseas, vômitos, cefaleia, dor na região epigástrica com irradiação para os membros superiores, cefaleia e alterações de visão, como a visão turva ou visualização de uns pontos de luz ou visão dupla (Santana et al., 2019).

ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez [23h45]:

Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez facilitador.

Quadro 19. Plano de cuidados: conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez

Domínio	Gestação
Dados relevantes para diagnóstico	Quando questionada sobre a sua alimentação, a Filipa referiu que não costuma comer muita fruta e gosta de comer doces, mas que não acha que tem “uma alimentação assim tão má” (sic).
Dados relevantes para contexto	A Filipa tem idade gestacional igual a 35 semanas. Foi diagnosticada com diabetes gestacional e suspeita de pré-eclampsia. Apresenta antecedentes de obesidade.
Diagnóstico	Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez
Objetivos	Promover autogestão do regime terapêutico durante a gravidez
Intervenções	i. Ensinar sobre regime dietético;

	<p>ii. Ensinar sobre relação entre dieta e os resultados perinatais;</p> <p>iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez.</p>
Resultados obtidos	<p>A Filipa referiu que iria diminuir a quantidade de alimentos colocados no prato e que ia tentar cozinhar de forma mais saudável quando fosse para casa. Apesar disso uma avaliação rigorosa da evolução do conhecimento foi realizada no turno seguinte, onde a mesma apresentou conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez.</p>

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Ensinar sobre regime dietético [22h40]:

Explicar à Filipa que é esperado e natural que a mulher aumente de peso na gravidez, mas perante uma situação de obesidade, o recomendado é um ganho 700g por semana no terceiro trimestre (DGS, 2021).

Explicar-lhe que a partir do segundo trimestre existe um aumento do metabolismo basal que vai assegurar as necessidades maternas e de desenvolvimento fetal, o que se traduz num aumento das exigências energéticas, mas que a alimentação deve ser equilibrada (Cardoso et al., 2023b).

Explicar que as proteínas são importantes para a placenta, para o útero e para o crescimento e desenvolvimento do feto, e que durante o terceiro trimestre o organismo precisa de um aumento do aporte proteico. Por isso, é fundamental que inclua na dieta os laticínios, que opte preferencialmente por carnes brancas, que ingira duas a três vezes por semana peixe e que alterne as refeições entre carne, peixe, leguminosas ou ovos (DGS, 2021).

Explicar-lhe que os hidratos de carbono são a principal fonte de energia do organismo e os principais responsáveis pela obtenção de glicose que é importante para o desenvolvimento fetal. Tendo em conta os diagnósticos apresentados, deve optar por hidratos de carbono integrais, com teor reduzido de sal, gordura e açúcar. É importante que metade do prato esteja preenchido com hortícolas (DGS, 2021).

Explicar a necessidade do aporte hídrico (dois a três litros de água por dia) (Cardoso et al., 2023b).

ii. Ensinar sobre relação entre dieta e os resultados perinatais [23h]

Explicar à Filipa que a alimentação do bebé é igual à alimentação consumida pela mãe e por isso é importante haver uma ingestão adequada de nutrientes para manter um desenvolvimento saudável do feto e uma gravidez saudável (Cardoso et al., 2023b; DGS, 2021), já que a suscetibilidade para o desenvolvimento de obesidade na vida adulta é pré-determinada no útero materno (DGS, 2021).

Explicar que a diabetes gestacional, como já tinha sido referido, é maioritariamente tratada com dieta e por isso uma dieta equilibrada é fundamental para manter uma gravidez saudável. A ingestão de alimentos ricos em açúcar e gorduras pode levar ao aumento do peso do bebé, o que aumenta significativamente o risco já existente de macrossomia.

iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético durante a gravidez [próximo turno].

Quadro 20. Plano de cuidados: potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal

Domínio	Gestação
Dados	Durante a realização do CTG, a Filipa expressou a sua

relevantes para diagnóstico	o felicidade em poder ouvir o batimento cardíaco do Vicente. Explicou ainda que ele sempre foi um bebé muito ativo, pois sentia bastante os seus movimentos, referindo que gostava de saber como ele está desenvolvido neste momento.
Dados relevantes para contexto	o A Filipa tem idade gestacional igual a 35 semanas. Foi diagnosticada com diabetes gestacional e suspeita de pré-eclampsia. Apresenta antecedentes de obesidade.
Diagnóstico	Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal
Objetivos	Melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal
Intervenções	i. Ensinar sobre desenvolvimento fetal; ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal.
Resultados obtidos	Após a realização do CTG, a Filipa encontrava-se a acariciar a barriga.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Ensinar sobre desenvolvimento fetal [23h15]:

Explicar que entre a partir das 34 semanas o feto vai crescendo e aumentando de peso devido à camada de gordura que se vai formando sobre a pele que serve para o ajudar a regular a temperatura corporal ao nascer (Cardoso et al., 2023b).

Explicar que os ciclos de sono estão mais desenvolvidos, apresentando períodos de sono mais tranquilos, e que enquanto dorme apresenta movimentos oculares rápidos. Referir que a fase do sono é importante para processar memórias e aprender (Cardoso et al., 2023b).

Explicar que é possível perceber os ciclos de sono do bebé, percebendo quando ele está mais ativo e a movimentar-se mais. É possível ainda compreender quais são os estímulos que aumentam a sua atividade. Nesta fase o feto dorme a maior parte do tempo (Cardoso et al., 2023b).

ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal [23h30]:

Conhecimento sobre o desenvolvimento fetal facilitador.

4.1.3 Síntese do caso

Este plano de cuidados é referente ao meu primeiro contacto com a Filipa, tendo sido realizado num turno da noite, onde as características do serviço e necessidade de descanso das clientes podem ser um impeditivo para abordar todas as suas necessidades a nível, por exemplo, do conhecimento. Apesar disso, o facto do período de internamento ter sido prolongado, permitiu que eu tivesse mais contactos com a Filipa e por isso outras temáticas foram abordadas posteriormente. Das temáticas abordadas posteriormente, destaco o conhecimento sobre o plano de parto, sobre estratégias facilitadoras para o trabalho de parto, estratégias não farmacológicas sobre o alívio da dor. Para além disso, foi abordado o significado que a mesma atribuía à gravidez desde o primeiro contacto e nos três contactos subsequentes, tendo no fim um significado facilitador.

O significado é uma representação interna que pode condicionar o estado emocional de forma positiva ou negativa, influenciando as respostas a determinada questão e consequentemente os resultados obtidos (Cardoso et al., 2023b). A gravidez corresponde a uma transição que resulta numa reorganização interna e externa, envolvendo uma alteração do ponto de vista

de como a mulher encara o mundo. Esta reorganização é percecionada pela mudança de comportamentos necessária para lidar com a nova etapa da vida (Cardoso et al., 2023b). A forma como a mulher interpreta a gravidez “*pode afetar as suas emoções, comportamentos e relacionamentos durante a gravidez*”, pois a gravidez exige “ajustes fisiológicos, familiares, financeiros e profissionais” (Cardoso et al., 2023b, p. 172). É importante que o EEESMO implemente intervenções que ajudem a grávida a perceber qual o significado atribuído à gravidez e ajudá-la a reorganizar a perceção da mesma, no caso deste significado ser dificultador. A reformulação do significado demora tempo e necessita de reflexão sobre os motivos para determinada perceção da realidade (Cardoso et al., 2023b). Assim, neste caso clínico, foi importante abordar o significado que a Filipa atribuía à gravidez e auxiliá-la a substituir os pensamentos e emoções mais negativas por diferentes pensamentos, tendo sido implementadas intervenções de reformulação ao longo dos vários contactos que tive com a mesma. O facto de assistir a Filipa a analisar o significado dificultador atribuído à gravidez ao longo dos diversos contactos, permitiu que a mesma tivesse confiança em mim para explorar os pensamentos mais negativos e que em conjunto definisse estratégias que a ajudassem a alterar essa visão.

Embora tenha sido diagnosticada com diabetes gestacional e tenha sido prescrito pela equipa médica um esquema de insulina, as pesquisas de glicemia da Filipa estavam sempre entre os valores expectáveis (normalmente entre os 80-90mg/dl antes das refeições e entre 100-110mg/dl uma hora após as refeições), por isso não senti necessidade de ensinar sobre o regime medicamentoso da gravidez, apenas promovi a sua capacidade para realizar as pesquisas de glicemia.

O presente caso clínico, além de promover o estudo e aquisição de conhecimento nas patologias da gravidez, permitiu o desenvolvimento do relacionamento com as mulheres e pessoas significativas que estão a vivenciar uma gravidez com complicações.

5. CUIDAR A MULHER E A FAMÍLIA NO PERÍODO PÓS-NATAL

O EEESMO “*cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade*” (OE, 2019, p. 13563). Além disso, diagnostica precocemente complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido, providenciando cuidados em situações que os afetem negativamente no período pós-natal (OE, 2019).

O puerpério caracteriza-se pelo período imediatamente após o parto até à total recuperação física e psicológica da mulher para o estado prévio à gravidez. A palavra puerpério deriva do latim *puer* que significa criança e *parere* que significa parir. O período denominado puerpério divide-se em imediato (24 horas após o parto), mediato (até aos sete dias pós-parto) e tardio (até às seis semanas pós-parto) (Panda et al., 2021).

5.1 Laços à distância: o desafio emocional com um bebé no colo e outro na neonatologia

A Jéssica é uma puérpera de 34 anos que deu entrada no serviço de puerpério após um parto gemelar eutócico às 35 semanas e 6 dias, com períneo íntegro. A gravidez gemelar era bicoriónica e biamniótica. A gravidez decorreu sem complicações até às 35 semanas e 6 dias, altura onde houve rutura das membranas amnióticas e posteriormente início do trabalho de parto prematuro.

A Jéssica é multípara, tendo tido um parto eutócico há 10 anos de uma menina chamada Maria. O seu grupo sanguíneo é A Rh positivo, com antecedentes de trombofilia, estando medicada com enoxaparina 40mg no domicílio. A Jéssica e o marido não participaram nas intervenções de grupo de preparação o parto e

para a parentalidade. Apresentava rastreio negativo para o *Streptococcus* do grupo B.

O parto foi prematuro devido à rotura prematura das membranas. O primeiro bebé a nascer foi o António às 9h34, com 2465g e com Índice de *Apgar* de 7/8/9 ao primeiro, quinto e 10º minuto de vida respetivamente. Por apresentar gemido e necessidade de oxigenoterapia, o António foi internado no serviço de neonatologia 20 minutos após o nascimento. O segundo bebé a nascer foi o Afonso às 9h50, com 2406g e com Índice de *Apgar* de 8/9/10. O Afonso foi internado no serviço de puerpério juntamente com a mãe. O Paulo, marido da Jéssica, esteve a acompanhar a puérpera durante todo o internamento. A família esteve aos meus cuidados no terceiro dia pós-parto, durante o turno da manhã.

A gravidez gemelar resulta ou da fertilização de dois ovócitos por dois espermatozoides originando gémeos dizigóticos ou então da fertilização de um único ovócito que posteriormente se dividirá em duas estruturas semelhantes, cada uma capaz de desenvolver um indivíduo e que irão criar gémeos monozigóticos. Uma gravidez bicoriónica e biamniótica caracteriza-se pela existência de duas placentas e dois sacos embrionários. Os fatores de risco para este tipo de gravidez são a multiparidade, idade materna avançada, uso de técnicas de reprodução medicamente assistidas e etnia de raça negra. (Santana et al., 2018)

As gravidezes gemelares têm um risco aumentado de morte perinatal e estão associadas a um risco aumentado de nascimento prematuro o que consequentemente aumenta o risco de morbilidade e mortalidade neonatal. As principais causas que levam ao parto prematuro são a rutura prematura das membranas, a hipertensão materna, a diabetes gestacional, o descolamento prematuro da placenta, a restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), o sofrimento fetal e a morte de um dos gémeos no útero. A morbilidade neonatal está fortemente associada à diferença de peso entre os fetos. O baixo peso ao nascimento, definido como peso inferior a 2500g, ocorre em metade dos casos

de gravidez gemelar, geralmente devido à RCIU e ao parto prematuro (Santana et al., 2018).

De acordo com a SPN (2018), os bebés que nasçam entre as 34 semanas e as 36 semanas e 6 dias de gestação definem-se como recém-nascidos pré-termo tardios. Estes recém-nascidos prematuros têm maior probabilidade de morbidade durante o internamento hospitalar e maior risco de reinternamento até ao primeiro ano de vida. Durante o período neonatal, apresentam risco de morbidade respiratória devido ao incompleto desenvolvimento pulmonar que ocorre entre a 34^a e 37^a semana de gestação, hipotermia devido à imaturidade da pele e do centro de termorregulação, hipoglicemia, hiperbilirrubinemia, dificuldades alimentares que podem resultar em perdas ponderais excessivas e desidratação e sepsis que advém da imaturidade do sistema imunitário (SPN, 2018).

É comum que os recém-nascidos prematuros necessitem de cuidados de saúde diferenciados, internamento no serviço de neonatologia e seguimento específico a longo prazo, quer nos cuidados primários como a nível hospitalar (SPN, 2018).

5.1.1 Justificação da escolha do caso clínico

É expectável que maioria das puérperas internadas no serviço de puerpério estejam acompanhadas pelo seu recém-nascido, contudo existem alguns casos em que há necessidade do internamento do bebé no serviço de neonatologia, o que pode ser um obstáculo para uma transição saudável da mãe para o papel parental, pois a ideia do bebé imaginado vai divergir do bebé real e do que a mesma idealizava para o seu projeto de maternidade. Neste caso em particular, existia separação dos gémeos e a separação mãe/pai-filho,

causando *stress* na família. A exigência física, mental e emocional sobre a mãe que tem um parto prematuro, seguido de separação dos seus filhos, tendo um com ela e outro longe, foi assoberbante quer para a mãe como para o pai.

A Teoria de Meleis (2010) encara a maternidade/paternidade como uma transição significativa que envolve adaptação a novos papéis e a mudanças na dinâmica familiar. Quando esta transição é complexificada pela hospitalização de um dos bebés, ocorre uma maior vulnerabilidade emocional, resultando em ansiedade e labilidade emocional. A separação de um filho pode ser vista como um evento disruptivo que afeta o equilíbrio emocional, principalmente em fases onde a ligação com o recém-nascido é crucial. Neste contexto, a mãe passa por uma transição dupla: a transição para o novo papel de mãe e a adaptação à separação de um dos seus filhos. Segundo Meleis (2010), a ausência de suporte durante este tipo de transições pode resultar em consequências emocionais negativas. Por este motivo, é essencial que o EEESMO identifique e monitorize alterações aos processos de transição e de adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação e que conceba, planeie, implemente e avalie intervenções de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos (OE, 2019).

Com vista ao apoio e à orientação prestados à mãe no auto cuidado e no cuidado ao seu filho, é importante implementar cuidados especializados de promoção e apoio à adaptação pós-parto. Tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do EEESMO (OE, 2019) e perante o caso específico, foram implementadas intervenções que promovessem, protegessem e apoiassem o aleitamento materno, conforme desejado pela puérpera e de acordo com as suas necessidades, bem como intervenções de recuperação pós-parto.

Todos os clientes são únicos e têm o direito a intervenções de qualidade e individualizadas, contudo o desafio de casos particulares como este são perceber quais as intervenções apropriadas para aquele momento e como podemos capacitar a mulher na autogestão da recuperação pós-parto e como

facilitar no processo de transição e de adaptação à parentalidade, sem a sobrecarregar e sem me desviar das suas necessidades imediatas.

5.1.2 Planos de cuidados especializados

A seguir serão apresentados os Quadros de 21 a 27 onde são abordados os diagnósticos e as intervenções prestadas consideradas mais relevantes para o presente caso clínico.

Tabela 21. Plano de cuidados: conhecimento sobre recuperação pós-parto

Domínio	Pós-parto
Dados relevantes para diagnóstico	<p>A Jéssica referiu que ainda sentia um “inchaço” (sic) na região abdominal, perguntando se ainda ia demorar a desaparecer.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ela questionou também qual o tempo expectável para a perda sanguínea parar.
Dados relevantes para contexto	<p>A Jéssica apresentava perda de lóquios na quantidade esperada, com coloração hemática e com cheiro <i>suis generis</i>.</p> <ul style="list-style-type: none"> o A involução uterina apresentava-se conforme o esperado, estando contraído na região infraumbilical.
Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento sobre recuperação pós-parto
Objetivos	Promover autogestão da recuperação pós-parto
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Ensinar sobre evolução da recuperação pós-parto; ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre recuperação

	pós-parto.
Resultados obtidos	Conhecimento sobre recuperação pós-parto facilitador.

Atividades que concretizam as intervenções:**i. Ensinar sobre evolução da recuperação pós-parto [9h45]:**

Explicar que após o parto o corpo vai aos poucos regressando ao seu estado anterior à gravidez e que estas alterações levam o seu tempo.

Explicar a involução uterina: O útero de uma mulher que não esteja grávida pesa cerca de 70g, enquanto o útero imediatamente após o parto pesa cerca de 1000g. Após o parto o útero localiza-se aproximadamente 13,5cm acima da sínfise púbica e à medida que o tempo vai passando ele vai involuir de forma a voltar ao seu estado inicial. No segundo dia após o parto, a altura do útero começa a diminuir cerca de 1,25cm a cada 24 horas. Na sexta semana após o parto o útero já regressou ao seu tamanho normal (Panda et al., 2021).

Explicar características dos lóquios: Os lóquios são constituídos por uma mistura de eritrócitos, tecido do revestimento uterino e células epiteliais, e começam a ser eliminados pelo útero logo após o parto. Cerca de três a quatro dias após o parto, os lóquios tornam-se sero-hemáticos e apresentam uma coloração mais rosada. A partir do 10º dia, a sua coloração torna-se branca ou amarelada devido à diminuição da presença de sangue e aumento da presença de leucócitos, denominando-se lóquios serosos. A eliminação dos lóquios mantém-se entre os 24 e os 36 dias após o parto (Panda et al., 2021).

ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre recuperação pós-parto [9h55]:

A Jéssica demonstra ter compreendido a informação, referindo que efetivamente sentia um “inchaço” (sic) maior nas horas seguintes ao parto.

Tabela 22. Plano de cuidados: conhecimento sobre autocuidado pós-parto

Domínio	Pós-parto
Dados relevantes para o diagnóstico	Durante a avaliação do útero e dos lóquios, a Jéssica questionou se deveria utilizar algum produto específico para higienizar a região perineal, referindo ainda que provavelmente já lhe tinham explicado isso mas que não andava a dormir bem e que parecia que não conseguia memorizar a informação.
Dados relevantes para o contexto	A Jéssica encontrava-se no terceiro dia após um parto eutócico gemelar às 35 semanas e 6 dias, com períneo íntegro.
Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocuidado pós-parto
Objetivos	Promover autogestão sobre o autocuidado no pós-parto. Promover autogestão do sono e repouso.
Intervenções	i. Ensinar sobre higiene perineal; ii. Ensinar sobre autogestão do sono/repouso; iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto.
Resultados obtidos	A Jéssica adquiriu conhecimento sobre o autocuidado de higiene e sobre a autogestão do sono.

Atividades que concretizam as intervenções:**i. Ensinar sobre higiene perineal [10h15]:**

Explicar à puérpera que é importante manter a região perineal limpa e seca. Explicar que é recomendado lavar o períneo com água e sabão neutro, no sentido anterior para posterior, ou seja, da região vaginal para a anal, secando com uma toalha limpa através da aplicação de pressão e não de fricção.

ii. Ensinar sobre autogestão do sono/repouso [10h25]:

Explicar que o período pós-parto é uma fase de grandes transformações físicas e emocionais, em que a mãe tem de se adaptar à nova rotina com um bebé e em que o corpo está a recuperar das alterações sofridas durante a gravidez. Neste contexto, o sono e o repouso desempenham um papel fundamental para a saúde e bem-estar materno e consequentemente para os cuidados ao recém-nascido. Os períodos de sono e repouso vão ajudar na reposição de energia e a diminuir os períodos de *stress*, já que a falta de sono pode ser associada a momentos de ansiedade e irritabilidade. No período pós-parto o sistema nervoso materno está num estado hipersensível devido às alterações hormonais e necessidade de cuidar do seu bebé. Por isso é fundamental que a mãe tenha um descanso adequado e calmo, dormindo por vários períodos (Panda et al., 2021).

iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto [10h45]:

Conhecimento sobre higiene perineal e autogestão do sono/repouso facilitador. A Jéssica refere que depois do almoço vai pedir ao marido para cuidar do Afonso enquanto tenta dormir.

Tabela 23. Plano de cuidados: conhecimento do pai sobre higiene do recém-nascido

Domínio	Adaptação à parentalidade
Dados relevantes para o diagnóstico	O Paulo encontrava-se a trocar a fralda do Afonso quando perguntou se era necessário dar banho ao Afonso naquele dia mesmo tendo sido dado banho no dia anterior. Referiu ainda que gostaria de dividir mais tarefas com a Jéssica já que esta se encontrava cansada e ansiosa por tudo aquilo que estava a acontecer e ainda por querer fortalecer o vínculo com os seus filhos. O Paulo informou também que nunca tinha limpo o coto do cordão umbilical à filha mais velha e que gostaria de o fazer com os gémeos.
Dados relevantes para o contexto	O Paulo é pai de gémeos com 35 semanas e 6 dias. O Afonso encontra-se internado no serviço de Puerpério com a mãe e com o Paulo. O António está internado no serviço de Neonatologia.
Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento do pai sobre higiene do recém-nascido
Objetivos	Promover conhecimento sobre higiene do recém-nascido; Promover participação do pai nos cuidados ao recém-nascido.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Ensinar sobre higiene do recém-nascido; ii. Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical; iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre higiene do recém-nascido.
Resultados obtidos	O Paulo referiu que se a Jéssica concordasse iriam dar banhos completos duas vezes por semana durante o primeiro mês de vida dos gémeos, realizando higiene parcial nas trocas de fralda.

Atividades que concretizam as intervenções:**i. Ensinar sobre higiene do recém-nascido [11h15]:**

Explicar que o banho nos bebés prematuros deve ser realizado a cada quatro dias com recurso à água potável ou ao soro fisiológico. Nos recém-nascidos de termo a frequência ideal são os banhos diários ou em dias alternados, conforme preferência dos pais. Os bebés não estão expostos à sujidade, sendo que grande parte do seu contato é com a mãe e/ou pai (SPN, 2014).

ii. Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical [11h35]:

Explicar que apesar de a utilização de antissépticos como o álcool a 70% ter sido uma prática padrão, a evidência científica vem demonstrando que esta prática atrasa a queda do cordão e não é mais eficaz do que mantê-lo limpo e seco.

Explicar que por esse motivo, a limpeza do coto do cordão umbilical deve ser realizada no banho, lavando com água e sabão neutro e secando muito bem. Assim é recomendado que se deixe o cordão seco até ele cair (SPN, 2023). Explicar que nos dias em que não der banho, deve realizar a limpeza do coto do cordão umbilical pelo menos uma vez durante o dia recorrendo a compressas humedecidas em água tépida e secando. A limpeza também deve ser realizada sempre que a região se encontre suja.

iii. Avaliar evolução do conhecimento do pai sobre higiene do recém-nascido [11h45]:

Conhecimento sobre higiene do recém-nascido facilitador.

Tabela 24. Plano de cuidados: capacidade do pai para cuidar da higiene do recém-nascido

Domínio	Adaptação à parentalidade
Dados relevantes para o diagnóstico	O Paulo referiu que nunca limpou o coto do cordão umbilical à filha mais velha e que gostaria de o fazer com os gémeos.
Dados relevantes para o contexto	O Paulo é pai de gémeos com 35 semanas e 6 dias. O Afonso encontra-se internado no serviço de Puerpério com a mãe e com o Paulo. O António está internado no serviço de Neonatologia.
Diagnóstico	Potencial para melhorar a capacidade do pai para cuidar da higiene do recém-nascido
Objetivos	Promover capacidade para realizar limpeza do coto do cordão umbilical.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Instruir a tratar do coto do cordão umbilical; ii. Treinar a tratar do coto do cordão umbilical; iii. Avaliar evolução da capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido.
Resultados obtidos	O Paulo referiu que achou que ia ter mais dificuldade na realização da limpeza do coto do cordão umbilical e que esta será uma das “tarefas” (sic) dele. O mesmo demonstra-se capaz de realizar a técnica.

Atividades que concretizam as intervenções:**i. Instruir a tratar do coto do cordão umbilical [11h50]:**

Explicar que para a limpeza do coto do cordão umbilical deve ter compressas molhadas em água tépida e compressas secas.

Explicar que se começa na base (parte junto ao abdómen), realizando a limpeza num único movimento até a base se encontrar limpa. De seguida, deve limpar o coto e por último a mola, usando o mesmo princípio de um só movimento.

Explicar que se o coto do cordão umbilical apresentar sujidade, a compressa deve ser descartada e deve molhar-se outra para voltar a limpar aquela área.

Explicar que após o coto estar limpo, deve secar da base para a mola, realizando apenas movimento único e descartando as compressas.

Explicar que é importante realizar uma dobra na fralda para que esta não tape o coto de forma a não criar humidade naquela região, pois a humidade poderá impedir e/ou retardar a secagem do cordão e posterior queda.

ii. Treinar a tratar do coto do cordão umbilical [11h53]:

Demonstrar limpeza do coto do cordão umbilical e pedir ao Paulo que repita a técnica. Questionar se tem dúvidas. Elogiar o desempenho.

iii. Avaliar evolução da capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido [11h55]:

Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido facilitadora.

Tabela 25. Plano de cuidados: consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

Domínio	Emoção
Dados relevantes para o diagnóstico	A Jéssica encontrava-se no quarto com lágrimas nos olhos. Quando questionei se podia fazer alguma coisa por ela, a mesma respondeu que se sentia muito ansiosa por ter o António internado na Neonatologia. A puérpera referiu que se sentia ansiosa por não poder estar 24h com o António e por

	<p>não saber qual o seu estado clínico. Expressou também ansiedade por “saber que não deveria estar a sentir-se assim quando tem de cuidar de dois bebés” (sic).</p> <p>O Paulo já havia referido que notava que a esposa estava ansiosa com toda a situação.</p>
Dados relevantes para o contexto	<p>A Jéssica encontrava-se no terceiro dia após um parto eutócico gemelar às 35 semanas e 6 dias, com períneo íntegro. O filho Afonso encontra-se internado com ela no serviço de Puerpério, enquanto o filho António está internado no serviço de Neonatologia.</p>
Diagnóstico	<p>Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade</p>
Objetivos	<p>Promover autocontrolo: ansiedade;</p> <p>Determinar evolução da ansiedade;</p> <p>Diminuir ansiedade;</p> <p>Facilitar comunicação e expressão de emoções;</p> <p>Promover mudança no processo de pensamento: ansiedade.</p>
Intervenções	<ol style="list-style-type: none"> i. Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização; ii. Analisar com a cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade; iii. Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade.
Resultados obtidos	<p>A Jéssica emboçou um pequeno sorriso e disse que as coisas não estão a correr como esperado mas que efetivamente o António tem-se demonstrado melhor a cada dia e que pensar nisso lhe dá forças para cuidar da sua família.</p>

Atividades que concretizam as intervenções:**i. Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [12h35]:**

Validar com a cliente que aquilo que está a sentir é compreensível, principalmente quando ocorre uma situação que não era esperada e que não era imaginada pela mãe quando pensava no seu plano de maternidade.

Incentivar a auto compaixão da Jéssica, demonstrando que sentir emoções complexas face à situação que está a vivenciar é normal, mas que é possível promover pensamentos de esperança ao encarar essas emoções e apoiar-se nos seus entes queridos e na equipa de enfermagem, pois estão todos lá para a ajudar.

A identificação precoce da ansiedade materna, que neste caso está intensificada pela separação dos filhos e pela situação saúde/doença, é fundamental para implementar intervenções que favoreçam a saúde mental materna e a vinculação mãe-filho.

ii. Analisar com a cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [12h45]:

Explicar à puérpera que muitos dos bebés que nascem prematuramente podem necessitar de cuidados de saúde especializados de forma a prevenir complicações e a ajudá-los a adaptarem-se melhor à vida extrauterina (SPN, 2018). Explicar que uma gravidez gemelar é um fator de risco para partos prematuros (SPN, 2018).

Referir à Jéssica que segundo as colegas enfermeiras do serviço de Neonatologia, as necessidades do António de suporte de oxigénio têm vindo a diminuir, o que demonstra uma melhoria gradual do seu estado clínico. Fornecer informação clara à mãe sobre o estado do bebé, permite-a reduzir incertezas que frequentemente alimentam a ansiedade sentida. Além disso, é importante fazer a Jéssica perceber as pequenas vitórias do dia-a-dia de modo a conseguir desenvolver perspetivas mais

otimistas de toda a situação. Para isso é importante demonstrar que o internamento do António não é de todo algo desejado, mas permite que ele melhore através do acompanhamento diário por profissionais de saúde dedicados.

Validar que embora esteja a ser difícil gerenciar a separação dos dois filhos, ela está a ser excelente com ambos pois tem promovido a amamentação do Afonso, tem extraído leite para levar para o António, tem prestado cuidados a ambos, e acima de tudo tem-lhes dado colo, amor e carinho.

Explicar que se a situação clínica o permitir, pode passar mais tempo com o António durante o dia e dizes às colegas de neonatologia que quer participar nos cuidados ao seu bebé, enquanto o Paulo cuida do Afonso e fortalece os laços entre eles. Manter este vínculo afetivo é importante quer para a Jéssica como para o seu bebé e para isso é fundamental que ela perceba a rede de apoio e suporte que tem à sua volta, para que se sinta apoiada e menos isolada. Isso pode ajudar a fortalecer o seu estado emocional e a promover uma visão mais positiva desta situação inesperada e complexa.

iii. Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade [no próximo turno]:

Tabela 26. Plano de cuidados: conhecimento sobre lactação

Domínio	Lactação
Dados relevantes para o diagnóstico	As mamas da Jéssica apresentam presença de leite após o bebé mamar, com mamilos íntegros e proeminentes. A mama direita apresenta-se mole, normotérmica ao toque, sem sinais de edema ou rubor. A Jéssica refere que não sabe se terá leite suficiente para amamentar durante o tempo que gostaria.

Dados relevantes para o contexto	A Jéssica referiu que pretende amamentar durante o primeiro ano de vida dos gémeos.
Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento sobre lactação
Objetivos	Promover conhecimento sobre lactação; Promover conhecimento sobre estratégias de lactação.
Intervenções	i. Ensinar sobre lactação; ii. Ensinar estratégias para manter a lactação; iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre lactação.
Resultados obtidos	A Jéssica referiu sentir-se menos ansiosa por saber que existem estratégias exequíveis para manter a produção de leite e consequentemente ajudá-la no seu projeto de amamentação.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Ensinar sobre lactação [13h20]:

Explicar à Jéssica que dentro da mama existem milhões de alvéolos responsáveis pela secreção de leite e que estão rodeados de células musculares que vão expulsar o leite através de pequenos tubos até ao exterior da mama (reflexo de ejeção) à medida que o bebé realiza a sucção (Levy & Bértolo, 2012).

Explicar que a ocitocina é a hormona que atua sobre as células musculares que vão empurrar o leite para os ductos e que a prolactina é a hormona que faz com que os alvéolos produzam o leite (Levy & Bértolo, 2012).

Explicar que quanto mais o bebé suga mais leite é produzido. Explicar que maiores quantidades de prolactina são produzidas durante a noite, por isso é importante manter a amamentação nos períodos noturnos

para manter a produção de leite (Levy & Bértolo, 2012). Referir que a prolactina faz com que a mãe se sinta mais relaxada e sonolenta, por isso amamentar de noite poderá ajuda-la a descansar (Levy & Bértolo, 2012).

ii. Ensinar estratégias para manter a lactação [13h35]:

Explicar que a sucção do bebé envia impulsos sensoriais para o cérebro que vão ajudar a segregar ocitocina, responsável pela ejeção do leite/reflexo de ocitocina.

Explicar que a ocitocina pode começar a atuar quando a mãe está preparada para amamentar, mesmo antes da sucção do bebé (Levy & Bértolo, 2012).

Explicar que sentimentos agradáveis e que o tocar, cheirar ou ver o bebé são formas de ajudar o reflexo ocitocina, por isso é importante que a mãe tenha sempre o bebé junto a si (Levy & Bértolo, 2012). Explicar que quando a mãe não está com o bebé, pode ver uma fotografia ou um vídeo dele, de forma a fazê-la sentir-se bem para ajudar o leite a fluir.

iii. Avaliar evolução do conhecimento sobre lactação [13h45]:

Conhecimento sobre lactação facilitador.

Tabela 27. Plano de cuidados: conhecimento sobre conservação do leite materno

Domínio	Lactação
Dados relevantes para o diagnóstico	A Jéssica foi informada pela equipa médica que em princípio iria ter alta. Com esta informação a Jéssica questiona se em casa pode continuar a extrair leite e a guardar para trazer para o António enquanto estiver internado. Questiona ainda durante quanto tempo pode guardar o leite extraído.
Dados relevantes	A Jéssica encontrava-se no terceiro dia após um parto eutócico gemelar às 35 semanas e 6 dias, com períneo íntegro. O filho

para contexto	o Afonso encontra-se internado com ela no serviço de Puerpério, enquanto o filho António está internado no serviço de Neonatologia.
Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento sobre conservação e preparação do leite materno
Objetivos	Promover conhecimento e autogestão sobre conservação do leite materno.
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> i. Ensinar sobre conservação e preparação do leite materno; ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação e preparação do leite materno.
Resultados obtidos	A Jéssica referiu que além da extração de leite para dar ao António durante o internamento, vai extrair e guardar para que seja mais fácil eles beberem leite materno quando ela regressar ao trabalho.

Atividades que concretizam as intervenções:

i. Ensinar sobre conservação e preparação do leite materno [13h45]:

Explicar que o leite extraído pode ser conservado em sacos de plástico esterilizados próprios ou em biberões esterilizados (Levy & Bértolo, 2012).

Explicar que o leite acabado de extrair pode ser conservado à temperatura ambiente não superior a 25°C por um tempo máximo de 6h a 8h (Levy & Bértolo, 2012).

Explicar que o leite refrigerado deve ser colocado no fundo da primeira prateleira do frigorífico. Quando o frigorífico apresenta temperaturas entre os zero e os quatro graus Celcius, o leite tem uma validade máxima de oito dias. Quando o frigorífico apresenta temperaturas entre os entre os quatro e os 10°C, o leite tem uma validade máxima de três a

cinco dias, sendo que se a temperatura for superior a cinco graus Celcius após o terceiro dia de conservação, o leite deve ser consumido nas seis horas seguintes (Levy & Bértolo, 2012).

Explicar que nos congeladores dentro do frigorífico o leite tem uma validade máxima de duas semanas, nos congeladores separados tem uma validade máxima de três a seis meses e na arca frigorífica, em que as temperaturas são iguais ou inferiores a -19°C , o leite tem uma validade superior a seis meses (Levy & Bértolo, 2012).

Explicar que quando o leite é descongelado dentro do frigorífico deve ser consumido nas 12h a 24h seguintes, e se for descongelado fora do frigorífico deve ser consumido imediatamente após a descongelação (Levy & Bértolo, 2012). Explicar que o leite deve ser aquecido em banho-maria.

Explicar que o leite pode ser extraído em casa e transportado para o serviço de neonatologia dentro de uma mala térmica com placas de gelo para manter a temperatura ou que se preferir pode extrair o leite no serviço.

Entregue panfleto com informação sobre conservação do leite materno.

ii. Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação e preparação do leite materno [13h55]:

Conhecimento sobre conservação e preparação do leite materno facilitador.

5.1.3 Síntese do caso

A importância de explanar os cuidados prestados neste caso clínico destaca-se principalmente por estar perante uma mãe e um pai a vivenciar um período de luto do bebé imaginado. O bebé imaginado compreende as primeiras

representações maternas e paternas acerca da criança que irá nascer, aproximando-os do seu filho ainda desconhecido e contribuindo para a posterior ligação mãe/pai-filho. O filho nasce em primeiro lugar no pensamento dos pais, mesmo antes do nascimento fisiológico. Por vezes, ainda previamente à gestação, os pais idealizam sonhos, perspetivas e aspirações em torno do bebé. O bebé imaginado é o bebé das expectativas e dos sonhos, um ser saudável, perfeito e bonito (Oliveira, 2023).

Imediatamente após o nascimento começa a existir o bebé real, com características físicas e personalidade próprias, muitas vezes diferentes do idealizado pela mãe (Oliveira, 2023). O processo de luto face ao bebé imaginado permite que exista uma ligação entre mãe/pai e bebé e é facilitado pelas experiências significativas e prazerosas que mãe vivencia após o nascimento. Porém, quando a seguir ao nascimento é verificada alguma intercorrência não expectável, como neste caso o nascimento prematuro dos gémeos, o processo de luto do bebé imaginado pode ser alterado. Nestas situações, algumas mães encaram-se como salvadoras dos seus filhos, desenvolvendo uma imagem maternal super-protetora e uma imagem do filho como um ser frágil e em constante perigo. Nestas situações, as representações maternas dos filhos estão afetadas e desorganizadas, dificultando o processo de luto e a adaptação a esta nova realidade (Fleck, 2011). Perante estes pensamentos, os pais tendem a ter dificuldade em imaginar a possibilidade do seu bebé crescer saudável e a preocupação face ao filho direciona-se em relação ao trauma do nascimento, podendo influenciar os cuidados prestados (Fleck, 2011).

O presente caso inclui uma dificuldade maior para a família pois foi uma gravidez gemelar, em que um dos bebés se encontrava no internamento de puerpério sem necessidade de cuidados médicos enquanto o outro se encontra na neonatologia. O facto de o parto ter sido prematuro pode criar momentos de angústia e sentimentos de frustração ou de culpa, pois a mãe pode pensar que a prematuridade teve a ver com alguma coisa que possa ter feito ou não (Fleck, 2011). Além destes sentimentos diminuírem a autoestima e aumentarem a sensação de fracasso, podem resultar em trauma (Fleck, 2011). O processo de

luto e a ligação com o filho podem ser facilitados conforme o desenvolvimento do bebé e pela perspectiva da alta, momento este que embora desejado, pode dificultar-se pelo reviver do trauma (Fleck, 2011).

Assim, foi importante enquanto futura EEESMO prestar cuidados à mãe e ao pai de forma a facilitar a redefinição do significado atribuído ao parto e ao nascimento. No contacto com ambos, foi essencial avaliar e implementar as intervenções direcionadas às suas necessidades naquele momento. Além disso, foi imprescindível capacitá-los para cuidar do filho que estava presente com eles e ao mesmo tempo ajudá-los face ao luto do bebé imaginado, referindo que após a alta iriam estar capazes de cuidar do Afonso e do António, que apresentava melhorias segundo a equipa médica e que estavam a fazer o melhor para ambos.

De acordo com Fleck (2011, p. 37), *“a alta hospitalar é um período de vulnerabilidade psicológica tanto para o bebé prematuro quanto para os seus pais, sendo indispensável o acompanhamento posterior”*. Dito isto, é fundamental existirem cuidados especializados em ESMO e em Enfermagem de Saúde Mental que prestem apoio aos pais de forma a tornar o regresso a casa e a adaptação ao papel parental o mais facilitadoras possível.

No início do turno da tarde, já aos cuidados de outra enfermeira, a Jéssica e o Paulo foram informados que iriam prolongar o internamento porque o Afonso ia necessitar de realizar fototerapia devido ao aumento dos valores de bilirrubina. A hiperbilirrubinemia é uma das patologias mais frequentes no recém-nascido. Quando a bilirrubina atinge valores de 5mg/dl na corrente sanguínea, torna-se visível nas escleróticas e na pele através da coloração amarelada. A hiperbilirrubinemia define-se, na maioria das vezes, como icterícia fisiológica e as suas causas são o aumento da produção de bilirrubina ou a diminuição da *clearence* da bilirrubina por imaturidade enzimática ou aumento da circulação entero-hepática. Esta patologia é mais prevalente no recém-nascido pré-termo, podendo ser mais severa e prolongada devido à imaturidade dos eritrócitos, do fígado e do trato gastrointestinal. Os bebés prematuros são mais propensos a apresentar co-morbilidades como sépsis, leucomalácia pré-ventricular e

hemorragia intraventricular. O tratamento mais comum é a fototerapia (SPN, 2016). A hiperbilirrubinemia é uma das complicações frequentes nos recém-nascidos prematuros (SPN, 2018).

6. CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA: CONTRIBUIÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO

A episiotomia define-se como um corte cirúrgico realizado imediatamente antes do nascimento e tem como objetivo aumentar o diâmetro vaginal (Teckla et al., 2010). Este procedimento foi criado em 1742 por um médico obstetra chamado Ould (Dahlen et al., 2011) com o intuito de auxiliar os médicos obstetras nos partos vaginais difíceis (Teckla et al., 2010). Contudo, foi apenas em 1920, quando os partos deixaram de ser realizados em casa e passaram a ser realizados no hospital, que a sua execução se tornou rotineira, pois acreditava-se que a sua prática oferecia benefícios às mães, tais como a redução do risco de trauma perineal, redução do risco de incontinência urinária e fecal e redução do risco de disfunção ou prolapso do assoalho pélvico (Teckla et al., 2010). A realização da episiotomia caracteriza-se ainda por ser uma intervenção independente do EEESMO, que *“avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação”* (OE, 2019, p. 13563).

Com a prática rotineira da episiotomia, houve um desenvolvimento de um modelo cirúrgico nos cuidados perineais em vez de um modelo social, isto é, o parto passou a ser visto como médico ao invés de fisiológico. Alguns fatores que contribuíram para esta mudança foram a alteração de posições de parto verticalizadas para supinas e a preparação do períneo para o parto como se fosse um local cirúrgico, realizando-se tricotomia e assepsia local (Dahlen et al., 2011).

A episiotomia é uma das intervenções mais utilizadas durante o parto, principalmente para acelerar a fase ativa do segundo estadió do trabalho de parto. Contudo o seu uso restritivo é preferível ao seu uso rotineiro, uma vez que não parece cumprir os pressupostos benefícios de prevenir danos no assoalho pélvico, podendo levar a problemas físicos como retenção urinária pós-parto, dor perineal e dispareunia (Seijmonsbergen-Schermer et al., 2021;

Smith et al., 2017), bem como a uma necessidade de sutura perineal, complicações no processo cicatricial da ferida cirúrgica, hemorragia e função sexual prejudicada (Barwise, 1998; Wu et al., 2013).

Não se sabe qual é a taxa de episiotomia apropriada para se obter um equilíbrio entre os possíveis danos causados pela mesma e a prevenção de morbidade materna e neonatal (Seijmonsbergen-Schermers et al., 2021), contudo, apesar das recomendações para o seu uso limitado datarem o ano de 1984, a sua execução mantém-se elevada (Wu et al., 2013).

O trauma perineal decorrente do parto é algo angustiante para as mulheres e pode causar morbidade a curto e/ou longo prazo, causando não só sintomas físicos, mas também depressão e *stress* pós-parto (Smith et al., 2017) e por isso a episiotomia é classificada como um resultado indesejável do trabalho de parto (Wu et al., 2013).

O parto é um evento natural na vida da maior parte das mulheres (Teckla et al., 2010) e o períneo da parturiente é capaz de suportar sem sofrer nenhum trauma ou laceração (Barwise, 1998). Os EEESMO têm um papel fundamental na promoção de uma gravidez saudável, ajudando as mulheres e respetivas famílias durante o seu processo e durante o parto (Teckla et al., 2010), sendo a proteção e o conforto perineal alvo das suas prioridades (Dahlen et al., 2011).

Um dos grandes objetivos do EEESMO é alcançar a excelência nos seus cuidados, que estão interrelacionados com as decisões que tomam. Este é ainda autónomo na implementação das suas intervenções, contudo o seu processo de tomada de decisão deve estar equilibrado com as necessidades e desejos dos seus clientes (Barwise, 1998).

É importante reconhecer que uma taxa de episiotomia igual a zero é muito provavelmente inalcançável, por isso é fundamental identificar quais os critérios para a sua execução (Smith et al., 2017). Por estes motivos, é fundamental que o EEESMO seja capaz avaliar os critérios necessários para a sua execução. Assim, surgiu a realização de uma revisão da narrativa que teve como objetivo

identificar os critérios usados pelo EEESMO na tomada de decisão para a realização, ou não, da episiotomia.

6.1 Metodologia

Neste subcapítulo pretende-se clarificar o protocolo de pesquisa utilizado para explanar a evidência sobre a seguinte temática: Identificação de critérios para a realização de episiotomia: contribuição para a tomada de decisão. Foi por isso realizada coma revisão narrativa que seguiu a estratégia de pesquisa PCC (população, conceito, contexto). A questão de investigação elaborada foi: “Quais são os critérios utilizados pelos EEESMO na tomada de decisão para a realização, ou não, da episiotomia?”.

Inicialmente foi realizada uma pesquisa na MEDLINE (PubMed) e na CINAHL (EBSCO), com o propósito de identificar palavras-chave e descritores no título e resumo usados nos estudos selecionados. Foi utilizada a estratégia PCC, como apresentado no Quadro 28:

Quadro 28. Estratégia de pesquisa

População (P)	Conceito (C)	Contexto (C)
EEESMO	Critérios usados pelos EEESMO na tomada de decisão para a realização, ou não, da episiotomia .	Instituições de saúde onde ocorra o parto acompanhado por EEESMO incluindo hospitais, unidades de parto domiciliar ou clínicas em diferentes contextos geográficos e

		culturais.
--	--	------------

De seguida, foi realizada a pesquisa pelas restantes bases de dados escolhidas para esta revisão, usando as palavras-chave e os termos indexados selecionadas na pesquisa inicial. As bases de dados foram: MEDLINE (via EBSCO), Scopus, CINAHL Complete (via EBSCO) e Cochrane Library. Na pesquisa foram incluídos artigos publicados em todos os idiomas, sem definição temporal. Os Quadros que se encontram no Apêndice I apresentam as estratégias de pesquisa que foram utilizadas nas diferentes bases de dados selecionadas. As pesquisas foram todas realizadas no dia 29 de março de 2024.

Na pesquisa conduzida na MEDLINE foi utilizada a frase booleana (“Nurse Midwives” OR Midwifery OR “Obstetric Nursing”) AND “Decision Making” AND Episiotomy), tendo obtido 17 artigos para análise. Na pesquisa conduzida na CINAHL Complete foi utilizada a frase booleana (“Certified Nurse Midwives” OR Midwives OR Midwifery” AND “Decision Making” AND Episiotomy), tendo sido obtidos um total de 29 artigos.

Na Cochrane Library foi utilizada a frase booleana (“Nurse Midwives” OR Midwifery OR “Obstetric Nursing”) AND “Decision making” AND Episiotomy), obtendo 15 artigos para análise.

Por fim, na Scopus foi usada a frase booleana (“Nurse Midwives” OR Midwifery OR “Obstetric Nursing”) AND “Decision Making” AND Episiotomy), obtendo um total de 28 artigos para analisar. É importante salientar que no contexto internacional, as competências do EEESMO são garantidas pelas *nurse miwives* ou *midwives* ou *midwifery*.

Após a realização da pesquisa, os 89 artigos identificados foram agrupados e enviados para a plataforma Rayan QCRI (*Qatar Computing Research Institute [Data Analytics], Doha, Qatar*), onde os estudos duplicados foram eliminados, obtendo um total de 68 artigos. De seguida foi realizada uma triagem através

da leitura dos títulos e resumo, eliminando 52 artigos, seguido da leitura integral dos restantes, tendo no final obtido nove artigos para realizar a revisão da narrativa. A estratégia de seleção é apresentada na Figura 1.

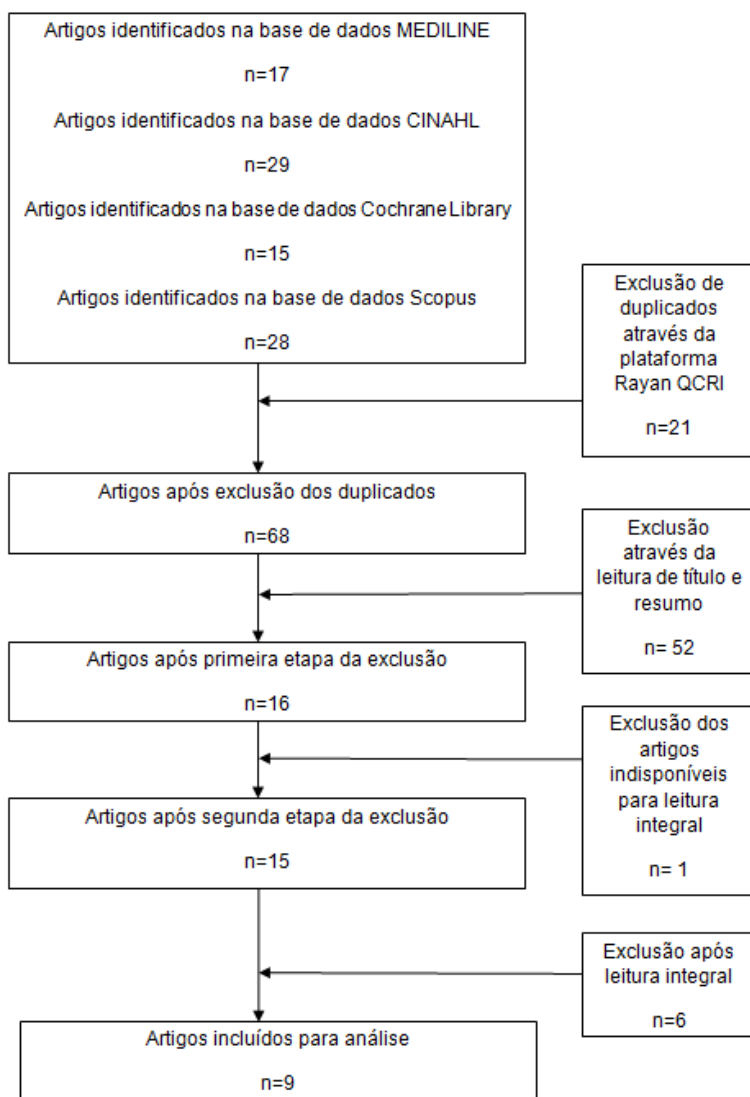


Figura 1 – Fluxograma da estratégia de pesquisa

6.2 Análise dos resultados

Para uma prestação de cuidados de excelência, é importante perceber que a redução da taxa de realização da episiotomia está associada a uma recuperação mais rápida no pós-parto, com menores níveis de dor e de complicações físicas e psicológicas, associando-se também a um melhor vínculo materno-infantil e a uma mais rápida restauração da função sexual normal (Wu et al., 2013). Apesar disso, existem fatores que originam a necessidade da realização deste corte cirúrgico, sendo por isso essencial que após uma avaliação prévia e/ou imediata por parte do EEESMO (Teckla et al., 2010), este perceba quais são os critérios que a vão levar à execução desta técnica.

O Quadro 29 apresenta a extração de dados dos artigos utilizados para responder à questão de investigação da presente revisão narrativa.

Quadro 29. Extração de dados

Autor, ano	País	Tipo de estudo	Objetivo do estudo	Características dos participantes	Critérios para realizar episiotomia	Critérios para não realizar episiotomia
Barwise, 1998	Inglaterra	Revisão narrativa	Explorar os critérios para a tomada de decisão para realizar episiotomia		Prevenir lacerações de terceiro grau, casos de sofrimento fetal intraparto	Dispareunia, perda sanguínea, maior risco de infeção, trauma psicológico..
Teckla et al, 2010	Quênia	Transversal qualitativo e quantitativo descritivo	Avaliar a prática da episiotomia baseada na evidência	EEESMO que trabalham no bloco de partos	Tecido perineal com pouca elasticidade, apresentação fetal pélvica, sofrimento fetal intraparto, aceleração da fase ativa do segundo estadio de trabalho de parto, primiparidade, macrossomia	

Dahlen et al., 2011	Austrália	Revisão narrativa	História dos cuidados perineais durante o trabalho de parto e parto			
Smith et al., 2017	Irlanda, Nova Zelândia e Suécia	Qualitativo e descritivo	Evidenciar as experiências dos EEESMO relativamente à integridade e perineal	EEESMO que nos últimos três anos e meio tiveram taxas de períneo íntegro e/ou lacerações de primeiro grau superior a 40% e de episiotomia inferior a 11,8% e de lacerações de terceiro e quarto grau inferior a 3,2%	Diminuir o risco de lacerações de terceiro e quarto grau, sofrimento fetal (bradicardia ou desacelerações da FCF), tecidos perineais com pouca elasticidade.	Antecedentes de lacerações de terceiro ou quarto grau.
Buckingham et al., 2022	Inglaterra	Qualitativo	Evidenciar as características da episiotomia mediolateral	78 médicos obstetras e EEESMO	Sufrimento fetal, parto instrumentado e aceleração da fase ativa do segundo estadió de trabalho de parto	
Gould et al., 2023	Inglaterra	Qualitativo	Definir os sinais de alerta para realizar episiotomia	43 EEESMO	Sufrimento fetal, tecidos perineais com pouca elasticidade	
Seijmonsbergen-Schermers et al., 2021	Holanda	Qualitativo	Compreender as perspetivas e valores relativas à episiotomia	EEESMO e médicos obstetras	Sufrimento fetal, prematuridade, segundo estadió de trabalho de parto prolongado, exaustão materna, antecedentes de	

					episiotomia, tecidos perineais com pouca elasticidade, prevenção de parto instrumentado, distocia de ombros, apresentação fetal pélvica, gestação múltipla, macrosomia	
Wu et al., 2013	Singapura	Qualitativo	Evidenciar os critérios para a realização, ou não, da episiotomia	EEESMO	Sufrimento fetal, ausência de variabilidade no CTG, macrosomia, facilidade na sutura, primigestas, períneo com pouca elasticidade, antecedentes de lacerações graves, prevenção de lacerações de terceiro e quarto grau	Pedido da parturiente, reputação da EEESMO, satisfação no trabalho, primigestas, infeção ou perda sanguínea excessiva no local da ferida, risco de dificuldade cicatricial.
A. Shorten e B. Shorten, 2000	Austrália	Quantitativo	Definir o impacto do seguro de saúde face à episiotomia		Sufrimento fetal, parto instrumentado	Dificuldade na recuperação pós-parto, dificuldade na cicatrização da ferida cirúrgica

6.3 Discussão de resultados

A episiotomia é descrita na literatura como a técnica cirúrgica mais comum na área obstétrica e simultaneamente como a causa mais comum de lesões perineais (Sultan et al., 1994, citado por Barwise, 1998). Contudo, a sua realização pode ser justificada pela necessidade de minimizar alguns riscos

maternos e fetais durante o trabalho de parto e parto, como o sofrimento fetal ou risco de lacerações perineais graves (Teckla et al., 2010).

Embora a episiotomia de rotina não ofereça nenhum benefício materno e esteja associada a outros danos (Teckla et al., 2010), a revisão narrativa da literatura evidenciou critérios para a sua execução. As características do períneo devem ser alvo de avaliação para prever o desfecho do parto. Os tecidos perineais que se apresentem com pouca elasticidade podem levar à realização da episiotomia, de modo a evitar lacerações extensas (Smith et al., 2017; Wu et al., 2013). Um dos critérios para a realização de episiotomia é, portanto, a prevenção de lacerações de terceiro e quarto grau (Smith et al., 2017; Teckla et al., 2010), devendo por isso o EEESMO estar atento a sinais de distensão excessiva dos músculos do pavimento pélvico e às características da pele (Barwise, 1998). É importante salientar que de acordo com Smith et al. (2017), antecedentes de episiotomia ou lacerações perineais de terceiro ou quarto grau não devem ser um motivo para a realização da episiotomia e por isso o EEESMO só deve ter em consideração as características do períneo no parto atual para a sua tomada de decisão.

A paridade é um dos fatores que vem sendo controverso na literatura. Nos estudos realizados por Wu et al. (2013), alguns EEESMO acreditavam que a episiotomia devia ser sempre realizada em mulheres primigestas, pois estão mais propensas a trabalhos de partos prolongados e a episiotomia seria usada para acelerar a fase ativa do segundo estadio de trabalho de parto. Apesar disto, a maioria dos EEESMO defendem que a tomada de decisão para a execução da episiotomia deve incluir ponderação entre fatores maternos e fetais e não a paridade materna ou a aceleração do trabalho de parto (Wu et al., 2013).

Um estado fetal não tranquilizador durante o trabalho de parto, em que exista bradicardia fetal ou ausência de variabilidade cardiotocográfica, é um importante critério para o uso imediato da episiotomia de forma a acelerar o nascimento e diminuir os riscos associados para o recém-nascido (Buckingham et al., 2022; Gould et al., 2023; Smith et al., 2017).

A mutilação genital feminina foi referida por Teckla et al. (2010) como critério importante para a realização da episiotomia devido às características genitais apresentadas pelas mulheres, onde poderá ser necessário a execução do corte cirúrgico para abrir o canal vaginal.

É fundamental obter o consentimento informado das mulheres, principalmente em procedimentos invasivos como a episiotomia. Como critérios importantes para a decisão de não realizar episiotomia é importante referir a solicitação materna (Wu et al., 2013), uma vez que a realização da episiotomia tem forte impacto na ligação materno-infantil e experiência de parto (A. Shorten & B. Shorten, 2000; Smith et al., 2017).

Alguns EEESMO referidos nos estudos de Wu et al. (2013) referiam que não realizavam episiotomia pois as lacerações de primeiro grau apresentavam melhor processo cicatricial quando comparada com a episiotomia, cujo processo de cicatrização pode resultar em infeção ou presença de perda sanguínea. Contudo, a não realização de episiotomia pode levar ao aparecimento de lacerações perineais extensas de difícil cicatrização e com riscos maternos associados (A. Shorten & B. Shorten, 2000), o que põe em causa a tomada de decisão com base nestes critérios.

Outros critérios importantes para a não realização da episiotomia referidos foram os impactos negativos na recuperação pós-parto (Smith et al., 2017), com associação à dispareunia, perda sanguínea aumentada e maior risco de infeção (Barwise, 1998; A. Shorten & B. Shorten, 2000), bem como o trauma psicológico (Barwise, 1998).

Nos estudos de Wu et al. (2013), os EEESMO referem a satisfação e reputação profissional como critério para a não realização de episiotomia. Embora este critério não seja um motivo clínico para a tomada de decisão, pode querer demonstrar a importância que a satisfação das clientes face à experiência de parto tem para os EEESMO, bem como a vontade destes profissionais em diminuir as taxas de episiotomia e promover as taxas de períneos íntegros.

Os artigos analisados têm como base para a justificativa do uso, ou não, da episiotomia, a experiência dos profissionais entrevistados. Wu et al. (2013) refere que ainda que os profissionais justificam as elevadas taxas de episiotomia devido à falta de protocolos institucionais. Em maioria dos artigos analisados, os autores referem a necessidade de realização de mais pesquisas para chegar a um consenso baseado em factos científicos.

Assim, é possível concluir que embora a realização da episiotomia possa ser essencial para prevenir lacerações graves ou acelerar o nascimento em situações de sofrimento fetal, é essencial que o EEESMO tenha em conta o impacto psicológico e físico que o procedimento irá ter na mãe, avaliando cada caso de forma individual e ponderando a necessidade da execução da episiotomia nos fatores descritos pela evidência científica.

7. REFLEXÃO CRÍTICA

A realização do estágio de natureza profissional foi fundamental para o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, conforme foi sendo descrito ao longo do relatório. Durante o estágio, a aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação académica revelou-se fundamental para o crescimento profissional e para o aperfeiçoamento das habilidades práticas e de comunicação.

O estágio permitiu-me acompanhar a mulher nos diversos contextos do ciclo reprodutivo. No decorrer deste período, vivenciei diversas experiências que permitiram desenvolver competências que me fizeram olhar para a mulher de forma individualizada, como um ser autónomo, com desejos e pensamentos próprios, concebendo e planeando os meus cuidados de forma a abranger as suas necessidades, desenvolvendo um modelo de cuidados centrados na mulher. Além disso, desenvolvi competências nos cuidados especializados em contexto familiar, promovendo ligações mãe-pai-filho. Apesar da individualização dos cuidados e do planeamento de intervenções independentes, desenvolvi competências nas relações multidisciplinares devido à necessidade de cuidados interdependentes em situações específicas. Neste contexto, foram ainda desenvolvidas as competências comuns do enfermeiro especialista, conforme descrito no Regulamento nº 140 (OE, 2019), ao implementar cuidados com base na responsabilidade profissional, ética e legal, na medida em que foi mantido o sigilo e a proteção de dados de todos os clientes, mesmo na realização do presente relatório em que foram usados nomes fictícios, ao promover uma melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, bem como desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nomeadamente com a realização do presente relatório.

No decorrer do estágio no bloco de partos deparei-me com uma elevada taxa de trabalhos de parto induzidos, o que suscitou curiosidade e me levou a procurar mais dados e informações sobre a temática. O estudo “*A randomized*

trial of induction versus expectante management” (ARRIVE) comparou a indução do trabalho de parto a partir das 39 semanas de gestação com a atitude expectante em mulheres nulíparas com gravidez de baixo risco. Segundo este estudo, a indução do trabalho de parto pode ser considerada aceitável. A perspetiva epidemiológica foca-se nos desfechos perinatais e maternos e os resultados indicam que a indução traduziu-se numa diminuição da necessidade de cesariana e não aumentou os riscos neonatais (Azria et al., 2024; Carmichael & Snowden, 2019). Estes resultados levaram a que algumas instituições de saúde adotassem a indução seletiva do trabalho de parto. Apesar disso, o estudo ARRIVE levanta algumas questões éticas relativas ao princípio da beneficência e não maleficência e ao princípio da autonomia. Quanto ao princípio da beneficência e não maleficência, é importante salientar que embora os resultados do estudo demonstrem que a indução do trabalho de parto não se traduz num aumento dos riscos materno-fetais, deve ser realizada uma avaliação do risco/benefício de forma individualizada para cada mulher e cada gestação. Quanto ao princípio da autonomia, é importante haver uma avaliação criteriosa que permita à mulher ter total conhecimento dos riscos e benefícios da indução do seu trabalho de parto para poder realizar uma escolha informada (Azria et al., 2024). Assim é importante que tomada de decisão médica ao propor a indução do trabalho de parto e a aceitação, ou não, por parte da grávida, sejam feitas de forma informada e ponderada.

Neste mesmo contexto, deparei-me com a execução da episiotomia, que por vezes é controversa. De modo a atuar com base na melhor evidência, procurei conhecer os critérios de tomada de decisão para a realização da episiotomia, de onde surgiu a revisão narrativa previamente apresentada. A investigação realizada e a execução da episiotomia durante os partos fizeram com que aprendesse quais os critérios que indicam a necessidade de realização deste corte cirúrgico, aprendendo também a técnica de execução e de posterior reparação da ferida cirúrgica. Os estudos dos critérios evidenciados pela literatura também me levaram a estudar quais são as medidas de proteção perineal, de forma a promover a integridade perineal nos partos a que assisti. Um dos objetivos do parto é a promoção da integridade perineal e consequente

satisfação e experiência positiva na mulher, por isso foi importante perceber o que deve ser feito para contrariar, quando possível, alguns dos critérios para a realização da episiotomia.

O estágio de natureza profissional e a redação do presente relatório estiveram repletos de desafios e dificuldades, mas permitiram-me aumentar os meus conhecimentos, ultrapassando os desafios e tornando-me melhor enquanto futura EEESMO. A prática diária, aliada à reflexão crítica sobre as intervenções realizadas, contribuíram para o crescimento pessoal e profissional, preparando-me para responder de forma eficaz às necessidades das mulheres, dos recém-nascidos e das famílias.

8. CONCLUSÃO

O presente relatório de estágio de natureza profissional permitiu explicar e refletir criticamente sobre todo o percurso formativo que culminou com a aquisição do perfil de competências do EEESMO. A sua elaboração exigiu o estudo de referenciais teóricos e a integração de conhecimentos adquiridos durante o curso de MESMO, tornando possível planear, implementar e avaliar intervenções eficazes para mulher, família e recém-nascido, em conjunto e de forma articulada com outros profissionais de saúde.

O contacto com as experiências inerentes à profissão, com as mulheres e famílias, com os enfermeiros especialista e restantes profissionais de saúde, foram essenciais para concretizar os objetivos preconizados para esta unidade curricular. Ainda foi possível desenvolver uma consciência profissional sobre o papel do EEESMO, aprofundando as competências na conceção, gestão e supervisão dos cuidados especializados, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem no contexto da Saúde Materna e Obstétrica (SMO).

A redação deste relatório contribui para o desenvolvimento e consolidação de conhecimentos teóricos e científicos com base em evidência científica literária. A revisão narrativa permitiu a aquisição de conhecimentos específicos numa questão tão comum e importante na SMO, tendo também demonstrado que ainda existe necessidade da realização e publicação de mais estudos na área.

Outro desafio sentido durante a realização do relatório foi a escolha dos casos clínicos a serem abordados, pois cada caso contribuiu de forma diferente para a aquisição de novas técnicas e conhecimentos específicos, tornando-se difícil selecionar aquele que melhor traduzia o desenvolvimento de competências específicas e gerais. Foi também desafiador selecionar quais os diagnósticos mais pertinentes para cada caso, de forma a torná-lo sucinto e facilmente compreendido, sendo por vezes complicado transmitir e justificar cada intervenção prática realizada.

A nível pessoal, a concretização do estágio de natureza profissional inserido no segundo ano do MESMO promoveu, de forma inegável, um significativo desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me atingir os objetivos propostos. Além disso, estes dois anos letivos fomentaram a necessidade da procura pelas mais recentes evidências científicas e, por isso, proponho-me à realização de futuras formações nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, Á., Nozaki, A., Polido, C., & Knobel, R. (2022). Manejo da distocia do ombro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*, 44 (7), 723–736. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1755446>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, number 222. *Obstetrics & Gynecology*, 135 (6), e237-e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG practice bulletin, number 202. *Obstetrics & Gynecology*, 133 (1), e1-e25. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003018>
- Azria, E., Haaser, T., Schmitz, T., Froeliger, A., Bouchghoul, H., Madar, H., Pineles, B. L., & Sentilhes, L. (2024). The ethics of induction of labor at 39 weeks in low-risk nulliparas in research and clinical practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230 (3), S775–S782. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.07.037>
- Baljon, K., Romli, M., Ismail, A., Khuan, L., & Chew, B. (2020). Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: A study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10 (6), e033844. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033844>
- Barwise, C. (1998). Episiotomy and decision making. *British Journal of Midwifery*, 6 (12), 787–790. <https://doi.org/10.12968/bjom.1998.6.12.787>

- Begley, C., Gyte, G., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2), Art. No.: CD007412. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>
- Bohren, M., Berger, B., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019 (3). John Wiley & Sons Ltd. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Buckingham, M., Wong, K. W., & Andrews, V. (2022). Mediolateral episiotomies: More astute decisions and fewer acute incisions. *British Journal of Midwifery*, 30 (9), 512–516. <https://doi.org/10.12968/bjom.2022.30.9.512>
- Cabral, B., Rocha, M., Almeida, V., Petrônio, C., Azevedo, I., Martins, Q., & Cunha, Y. (2023). Medidas não farmacológicas para alívio da dor do parto: Revisão sistemática. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23, e20210439. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000439>
- 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.
- 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.
- Carmichael, S. L., & Snowden, J. M. (2019). The ARRIVE Trial: Interpretation from an epidemiologic perspective. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 64(5), 657–663. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12996>
- Cunningham, F., Leveno, K., Bloom, S., Spong, C., Dashe, J., & Hoffman, B. (2016). *Williams obstetrics* (24^a ed.). McGraw-Hill Education.

- Chen, E., Gau, M., Liu, C., & Lee, T. (2017). Effects of father-neonate skin-to-skin contact on attachment: A randomized controlled trial. *Nursing Research and Practice*, 2017, 8612024. <https://doi.org/10.1155/2017/8612024>
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Leap, N., & Tracy, S. K. (2011). From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women and Birth*, 24 (3), 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.09.002>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Decreto Regulamentar nº 14/2012, despacho nº 3482/2013; despacho nº 6197/2013 - Indução do trabalho de parto*. Disponível em <https://platform.who.int/docs/default-source/mcadocuments/policydocuments/guideline/PRT-MN-32-03-GUIDELINE-2015-prt-2915-DGS-IPT.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Alimentação e nutrição na gravidez: Orientações*. Direção-Geral da Saúde. Disponível em https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/uploads/2022/07/ManualGravidez_Final-3Marc%CC%A7o2021.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>
- Euro-Peristat. (2010). *Comunicado de imprensa sobre a saúde materna e neonatal na Europa*. Recuperado de [https://www.europeristat.com/images/Comunicado_imprensa EUROPERISTAT.pdf](https://www.europeristat.com/images/Comunicado_imprensa_EUROPERISTAT.pdf)
- Fadlalmola, H., Abdelmalik, M. A., Masaad, H. K. H., Abdalla, A. M., Mohammaed, M. O., Abbakr, I., Mohammed, A. M., A.saeed, A., Beraima, M. A., Sambu, B. M., Osman, A. M. A., M.elhusein, A., Habiballa, M., Yousef, H., Hamid, H., Ali, A., Ahmed, N., Banaga, A., & Omer, R.

- (2023). Efficacy of warm compresses in preserving perineal integrity and decreasing pain during normal labor: A systematic review and meta-Analysis. *In African Journal of Reproductive Health* (Vol. 27, Issue 4, pp. 96–123). Women's Health and Action Research Centre. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i4.11>
- Fleck, A. (2011). O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade.
- Frello, A. T., & Carraro, T. E. (2010). Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12 (4), 660–668. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i4.7056>
- Gould, J., Webb, S. S., Byrne, C., Brace, E., Cleary, J., Dow, L., Edwards, E., Glyn-Jones, E., Hunter, T., Longton, J., Tibble, K., & MacLellan, J. (2023). Red flags for episiotomy in a midwife-led birth: Using co-production with midwives to capture clinical experience. *Women and Birth*, 36 (2), 217–223. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.06.009>
- Hall, S. (1997). The nurse's role in the identification of risks and treatment of shoulder dystocia. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 26 (1), 25–32.
- Heuser, C., Knight, S., Esplin, M., Eller, A., Holmgren, C., Manuck, T., Richards, D., Henry, E., & Jackson, G. (2013). Tachysystole in term labor: Incidence, risk factors, outcomes, and effect on fetal heart tracings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 209 (1), 32.e1–32.e326. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2013.04.004>
- Hofmeyr, G., & Kulier, R. (2000). Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1996(2), CD000037. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000037>
- INFOMED. Ropivacaine. Disponível em <http://www.infomedpharma.tn/includes/pdf/ropi.pdf>

- Kahhale, S., Francisco, R., & Zugaib, M. (2018). Pré-eclâmpsia. *Revista de Medicina*, 97 (2), 226-234.
- Kulier, R., & Hofmeyr, G. J. (1998). Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1998(2), Art. No.: CD000035. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000035>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Comitê português para a UNICEF.
- Lopes, T., Madeira, L., & Coleho, S. (2023). O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. *REME – Revista Mineira de Enfermagem*, 7 (2), 134-139.
- Ludington-Hoe, S., & Morgan, K. (2014). Infant assessment and reduction of sudden unexpected postnatal collapse risk during skin-to-skin contact. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 14 (1), 28–33. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.12.009>
- Magoga, G., Saccone, G., Al-Kouatly, H. B., Dahlen, H. G., Thornton, C., Akbarzadeh, M., Ozcan, T., & Berghella, V. (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 240, 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.06.011>
- Marques, J., & Reynolds, A. (2011). Distócia de ombros: Uma emergência obstétrica. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (4), 613–620.
- McCoy, M., & Heggie, P. (2020). In-hospital formula feeding and breastfeeding duration. *Pediatrics*, 146 (1), e20192946. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2946>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company

Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Maternidade com qualidade: influência da posição de parto na mãe e no recém-nascido. Indicador de evidência. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2013). Projeto Maternidade com Qualidade - Episiotomia: realização seletiva ou rotineira. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Episiotomia_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C., & Ayres de Campos, D. (2014). *Protocolo de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Moore, E., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11 (11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Oladapo, O., Okusany, B., Abalos, E., Gallos, I., & Papadopoulou, A. (2020). Intravenous versus intramuscular prophylactic oxytocin for reducing blood loss in the third stage of labour. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009332.pub4>

Oliveira, K. (2023). A maternidade e o bebê imaginário. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 12 (23)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências específicas do enfermeiro em saúde materna e obstétrica. Retirado de [regulamento-](#)

[nº-391-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eesmo.pdf](#)
[\(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros especialistas*. Diário da República, 2.^a série, N.º 105, 31 de maio de 2019.
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-122317688>

Organização Mundial da Saúde. (2009). *Infant and young child feeding: Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44117/9789241597494_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organização Mundial da Saúde. (2014a) *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*.

Organização Mundial da Saúde. (2014b). *Recomendações da OMS para a Prevenção e tratamento da pré-eclampsia e da eclampsia*.

Organização Mundial da Saúde. (2018) *Recomendações da OMS sobre cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva*.

Panda, S., Das, A., Mallik, A., & Baruah, S. R. (2021). Normal puerperium. In *Midwifery*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.95699>

Pereira, R., Cecatti, J., & Oliveira, A. (1998). Dor no trabalho de parto: fisiologia e o papel da analgesia peridural. *Revista de Ciências Médicas*, 7(3).

Ramos, A. P., & Bortagarai, F. M. (2011). A comunicação não-verbal na área da saúde. *Revista CEFAC*, 14 (1), 164–170.
<https://doi.org/10.1590/S1516-18462011005000067>

Rodrigues, S. (2019). *Riscos e benefícios da laqueação tardia versus precoce do cordão umbilical* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

- Sacks, D., Hadden, D., Maresh, M., Deerochanawong, C., Dyer, A. R., Metzger, B. E., & Lowe, L. (2021). Frequency of gestational diabetes mellitus at collaborating centers based on IADPSG consensus criteria. *Diabetes Care*, 35 (3), 526-528. <https://doi.org/10.2337/dc11-1321>
- Santana, F., Cruz, C., Silva, G., Carvalho, G., Paula, C., & Casanova, M. (2017). Protocolo de prevenção para gestantes: Infecção neonatal precoce por estreptococos do grupo B. *CuidArt Enfermagem*, 11 (2), 279-286.
- Santana, D., Surita, F., & Cecatti, J. (2018). Multiple pregnancy: epidemiology and association with maternal and perinatal morbidity. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40, 554-562. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1673631>
- Santana, R., Costa, A., Fontes, F., Carvalho, F., Moura, F., Duarte, J., Cruz, J., Gaia, J., Silva, T., Santos, J., Alencar, A., Sousa, A., Lima, A., Veloso, M., & Silva, A. (2019). Importância do conhecimento sobre sinais e sintomas da pré-eclâmpsia para implementação dos cuidados de Enfermagem. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 11 (15), Artigo 15. <https://doi.org/10.25248/reas.e1425.2019>
- Santos, C., Vieira, V., & Martins, W. (2024). Vivências e desafios do parto humanizado: percepções de parturientes e profissionais de saúde. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*. 7 (15) DOI: [10.55892/jrg.v7i15.1363](https://doi.org/10.55892/jrg.v7i15.1363)
- Seijmonsbergen-Schermer, A., Thompson, S., Feijen-De Jong, E., Smit, M., Prins, M., Van Den Akker, T., & De Jonge, A. (2021). Understanding the perspectives and values of midwives, obstetricians and obstetric registrars regarding episiotomy: Qualitative interview study. *BMJ Open*, 11 (1), e037536. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037536>
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.). LIDEL.

- Shorten, A., & Shorten, B. (2000). Women's choice? The impact of private health insurance on episiotomy rates in Australian hospitals. *Midwifery*, 16 (3), 204–212. <https://doi.org/10.1054/midw.2000.0225>
- Silva, L., Oliveira, S., Silva, F., & Alvarenga, M. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000500010>
- Silva, A. C., & Rezende, D. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 115, 37-54.
- Smyth, R., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomia para encurtar o trabalho de parto espontâneo. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013 (6), CD006167. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>
- Smith, V., Guilliland, K., Dixon, L., Reilly, M., Keegan, C., McCann, C., & Begley, C. (2017). Irish and New Zealand midwives' expertise at preserving the perineum intact (the MEPPI study): Perspectives on preparations for birth. *Midwifery*, 55, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.011>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Streptococcus do grupo B: Orientações para a prática clínica. Recuperado de <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-StreptoB.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2014). Cuidados cutâneos no Recém-Nascido. Consenso Clínico. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). Icterícia Neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo. Disponível em: https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso sobre a abordagem do recém-nascido pré-termo tardio. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável. Recomendação/Consenso. Disponível em: <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3A1vel.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). *Norma de orientação clínica: Episiotomia*. SPOMMF.
- Teckla, N., Omoni, G., Mwaura, J., & Omuga, B. (2010). Evaluation of evidence-based episiotomy practice by midwives. *African Journal of Midwifery and Women's Health*, 4 (2), 80–87. <https://doi.org/10.12968/ajmw.2010.4.2.47610>
- The American College of Obstetricians and Gynecologist. (2022). *Assisted vaginal delivery and frequently asked questions*. FAQ192. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/assisted-vaginal-delivery>
- Tsikouras, P., Kotanidou, S., Nikolettos, K., Kritsotaki, N., Bothou, A., Andreou, S., Nalmpanti, T., Chalkia, K., Spanakis, V., Peitsidis, P., Iatrakis, G., & Nikolettos, N. (2024). Shoulder dystocia: A comprehensive literature review on diagnosis, prevention, complications, prognosis, and management. *Journal of Personalized Medicine*, 14 (6), Artigo 6. <https://doi.org/10.3390/jpm14060586>
- UNICEF. (2012). *Manual do aleitamento materno*. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., Poonguzhali, S., & Poornima, R. (2022). Perineal massage for prevention of perineal trauma and episiotomy during labor: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Family & Reproductive Health*. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v16i3.10575>

- Weinert, L., Silveiro, S., Oppermann, M., Salazar, C., Simionato, B., Siebeneichler, A., & Reichelt, A. (2011). Diabetes gestacional: Um algoritmo de tratamento multidisciplinar. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 55, 435–445.
- Wormer, K., Jamil, R., & Bryant, S. (2024). Postpartum hemorrhage. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499988/>
- Wu, L. C., Lie, D., Malhotra, R., Allen, J. C., Tay, J. S. L., Tan, T. C., & Østbye, T. (2013). What factors influence midwives' decision to perform or avoid episiotomies? A focus group study. *Midwifery*, 29(8), 943–949.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.017>

APÊNDICE

O Apêndice I apresenta os quadros referentes à estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados utilizadas para a revisão da narrativa.

APÊNDICE I

Estratégia de pesquisa inicial conduzida na MEDLINE (EBSCO)

Fonte	Fórmula de Pesquisa	Resultados
#1	"Nurse Midwives"	8 604
#2	Midwifery	99 280
#3	"Obstetric Nursing"	4 479
#4	"Decision Making"	300 892
#5	Episiotomy	4 110
#6	#1 OR #2 OR #3	106 935
#7	#4 AND #5 AND #6	17
Frase booleana	("Nurse Midwives" OR Midwifery OR "Obstetric Nursing") AND "Decision Making" AND Episiotomy)	

Estratégia de pesquisa inicial conduzida na CINAHL Complete (EBSCO)

Fonte	Fórmula de Pesquisa	Resultados
#1	"Certified Nurse Midwives"	9 951
#2	Midwives	41 315
#3	Midwifery	45 248
#4	"Decision Making"	171 952
#5	Episiotomy	2 115
#6	#1 OR #2 OR #3	69 267

#7	#4 AND #5 AND #6	29
Frase Boleana	("Certified Nurse Midwives" OR Midwives OR Midwifery) AND "Decision Making" AND Episiotomy)	

Estratégia de pesquisa inicial conduzida na Cochrane Library

Fonte	Fórmula de Pesquisa	Resultados
#1	"Nurse Midwives"	278
#2	Midwifery	5 356
#3	"Obstetric Nursing"	93
#4	"Decision Making"	21 286
#5	Episiotomy	1 462
#6	#1 OR #2 OR #3	5 593
#7	#4 AND #5 AND #6	15
Frase boleana	("Nurse Midwives" OR Midwifery OR "Obstetric Nurisng") AND "Decision Making" AND Episiotomy)	

Estratégia de pesquisa inicial conduzida na Socpus

Fonte	Fórmula de Pesquisa	Resultados
#1	"Nurse Midwives"	10 882
#2	Midwifery	31 851
#3	"Obstetric Nursing"	721
#4	"Decision Making"	1 097 897

#5	Episiotomy	6 335
#6	#1 OR #2 OR #3	11 563
#7	#4 AND #5 AND #6	28
Frase Boleana	(“Nurse Midwives” OR Midwifery OR “Obstetric Nursing”) AND “Decision Making” AND Episiotomy	