



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde

Materna e Obstétrica

**O EFEITO DA ADMINISTRAÇÃO DA
OCITOCINA SINTÉTICA DURANTE O
TRABALHO DE PARTO NA AMAMENTAÇÃO**

**Desenvolvimento de Competências
Especializadas na Área de Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL**

Ana Carolina Ribeiro Alves

Porto | 2024

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

O EFEITO DA ADMINISTRAÇÃO DA OCITOCINA
SINTÉTICA DURANTE O TRABALHO DE PARTO
NA AMAMENTAÇÃO

Desenvolvimento de Competências
Especializadas na Área de Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio de Natureza Profissional
orientado pela Professora Doutora Sónia
Brandão

Autora: Ana Carolina Ribeiro Alves

Porto, 2024

O homem primeiro tropeça, depois anda, depois corre, um dia voará.

José Saramago

Ao meu avô, Adão, que sempre revelou a sua força nos momentos de fraqueza, fez-me acreditar que a única coisa que cai do céu é a chuva. Caracterizado pela sua resiliência incomparável, permitiu-me persistir naquilo em que acredito, sempre!

À minha avó, Tita, recordo-a com o olhar meigo e os braços sempre disponíveis para abraçar e acolher, como uma mãe acolhe um filho, pela forma como vivia a vida, e me mostrava que a vida pode ser uma verdadeira festa, basta sabermos dançar.

AGRADECIMENTO

À Escola Superior de Enfermagem do Porto, por todo o ensino e pela filosofia na arte do cuidar.

À professora Doutora Sónia Brandão, pela disponibilidade, orientação, exigência e rigor ao longo deste processo de aprendizagem, que muito contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional, permitindo-me ser uma minha mente inquieta.

À equipa de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, especialmente a equipa 4 que me acolheu, agradeço a oportunidade de privar com todos os profissionais.

À enfermeira Glória, por ser a minha mentora, por partilhar todo o conhecimento e sabedoria comigo, por cuidar de mim como se de sua filha se tratasse.

À enfermeira Helena, pela tranquilidade e confiança que sempre me transmitiu, acreditando sempre no meu potencial, de tutora a amiga.

À Enfermeira Cristina, por todo o carinho, a forma como me orientou e recebeu, pela amizade demonstrada.

À Enfermeira Clara, por me motivar e transmitir o gosto pelos cuidados de saúde primários.

A todas as famílias/casais, mulheres, grávidas, mães, recém-nascidos e bebês, agradeço a oportunidade de ter feito parte de um momento tão importante e significativo, foi um privilégio cuidar de vós.

Aos meus pais, porque tudo o que sou hoje a eles o devo. Obrigada por me terem dado sempre asas para voar com esperança de concretizar todos os meus sonhos, valorizando sempre a minha coragem e força de vontade. O vosso amor é a fonte de força e inspiração para ultrapassar todas as adversidades que surgem ao longo da nossa vida.

À minha irmã, por ser o meu suporte, o meu orgulho, por partilhar comigo todas os momentos da vida, pela fonte de inspiração que representa para mim, por nunca duvidar da minha resiliência e pelo seu amor incondicional.

Ao Filipe, pelo companheiro altruísta que é, sempre de mão dada comigo e por me mostrar diariamente que existem três preciosidades, a vida, as pessoas e o tempo. Se fosse tão fácil não seríamos gente, e se não fossemos gente, não seríamos amor. Continuaremos a nossa caminhada... *perfectly imperfect*... o amor nunca tem fim.

Ao avô Ribeiro, pelo amor e por partilhar comigo toda a sua sabedoria e o gosto de saber mais. À avó Rosa, pela doçura e ternura com que me recebe nos seus braços. A eles, que me ensinam que cuidar se faz de amor e que a família vem sempre em primeiro lugar.

À família, por todo o apoio, compreendendo inúmeras vezes a minha ausência. Aos meus tios, em especial à Emília e ao Carlos, pela ajuda, trabalho e incentivo nas horas mais difíceis. Aos meus primos, especialmente à Raquel por me motivar todos os dias relembrando-me que só é impossível até que seja feito.

Aos meus amigos de sempre, Diana, Sara, Inês e Diogo, por me serem tão verdadeiros como as estrelas, nem sempre as vemos mas sabemos que estão sempre lá.

Aos meus amigos/as, por serem tão especiais.

A uma amiga especial, Maria Conceição Bento, pela inspiração que representa para mim, movida pelo lema que nem tudo está nos livros que nos são dados para estudar, o saber ser, saber estar, saber transformar e transformar-se, mas acima de tudo saber amar. Obrigada!

À Catarina, a amiga que sempre confiou em mim e se orgulhou de todo este desafio, partilhando comigo o amor por esta arte tão bonita.

À minha equipa, UMI, que de desconhecida a casa rapidamente se tornou. Aos colegas enfermeiros, auxiliares e médicos, às amizades que aqui conquistei, por tantas vezes serem o colo e o mimo que eu precisava, esta conquista é um bocadinho vossa também.

Ao MESMO, de colegas a amigas, fomos uma verdadeira equipa, rimos, choramos, festejamos, e agora voamos juntas, nunca duvidei! À Joana Rita, um

especial obrigada, pela pessoa que sempre foste ao longo de todo este tempo e por todo o amor e carinho com que sempre cuidaste de mim.

A todos vocês, obrigada por fazerem parte desta viagem tão bonita, que é a vida!

RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional espelha o desenvolvimento de competências clínicas especializadas, evidenciando a conceção de cuidados nas áreas de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Este relatório reflete todas as experiências clínicas vivenciadas numa abordagem crítico reflexiva remetendo para a prática baseada em evidência, tendo como objetivo descrever e analisar, o percurso e processo de aprendizagem no âmbito da aquisição e desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros segundo Regulamento de Competências n.º391/2019.

A realização do estágio de natureza profissional assume um papel crucial, na medida que estimula a procura e mobilização de conhecimentos teóricos baseados na mais recente evidência científica, sustentando a tomada de decisão da prática clínica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Neste contexto, o estágio proporciona, o desenvolvimento e aquisição de competências no que respeita à identificação de diagnósticos e à implementação de intervenções de enfermagem na área especializada da saúde materna e obstétrica, focalizando-se nas necessidades da mulher ao longo do seu ciclo, assim como nos cuidados ao recém-nascido saudável ou de risco.

Reconhecendo a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção e proteção do aleitamento materno, torna-se primordial aprofundar os conhecimentos sobre os efeitos da administração de ocitocina sintética durante o trabalho de parto na amamentação. A realização de uma revisão narrativa da literatura neste domínio, corrobora que, o uso de ocitocina sintética durante o trabalho de parto parece estar negativamente correlacionado com o sucesso do aleitamento materno, provavelmente devido a uma diminuição dos reflexos neonatais primitivos e da ligação materno-infantil. Esta permite uma compreensão mais detalhada da temática em estudo, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna

e Obstétrica, capacitando-os para o exercício das suas funções sustentadas pela melhor e mais recente evidência científica.

Palavras-chave: ocitocina, amamentação, trabalho de parto, enfermagem de saúde materna e obstétrica.

ABSTRACT

This professional internship report reflects the development of specialized clinical skills, highlighting the design of care in areas of care that are sensitive to specialized nursing care in Maternal and Obstetric Health. This report reflects all the clinical experiences in a critical reflective approach, referring to evidence-based practice.

The professional internship plays a crucial role, as it stimulates the search for and mobilization of theoretical knowledge based on the latest scientific evidence, supporting decision-making in the clinical practice of the Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist. In this context, the internship provides the development and acquisition of skills in identifying diagnoses and implementing nursing interventions in the specialized area of maternal and obstetric health, focusing on the needs of women throughout their cycle, as well as care for healthy or at-risk newborns.

Recognizing the importance of the Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist's role in promoting and protecting breastfeeding, it is essential to deepen our knowledge of the effects of administering synthetic oxytocin during labor on breastfeeding. Carrying out an integrative literature review in this field will allow for a more detailed understanding of the subject under study, contributing to improving the quality of care provided by Maternal and Obstetric Health Nurse Specialists, enabling them to carry out their duties supported by the best and most recent scientific evidence.

Keywords: Oxytocin, breastfeeding, labor, maternal and obstetric health nursing.

SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

ASA – American Society of Anesthesiologists

bpm – batimentos por minuto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cm – centímetros

CTG - Cardiotocografia

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FC – Frequência cardíaca

FCF – Frequência cardíaca fetal

FIGO – International Federation of Gynaecology and Obstetrics

FR – Frequência Respiratória

HPP – Hemorragia pós-parto

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

mcg – micrograma

MeSH – Medical Subject Headings

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS – Ocitocina sintética

PCEA – Analgesia epidural controlada pela parturiente

SGB – Streptococcus grupo B

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

spO2 – saturação periférica de oxigénio

SPOMMF – Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

TA – Tensão arterial

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	13
CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO	18
1. ASSISTÊNCIA À MULHER EM TRABALHO DE PARTO	22
1.1. Gestão do trabalho de parto espontâneo no segundo, terceiro e quarto estadio	35
1.2. Indução de trabalho de parto numa grávida com hipertensão gestacional.....	65
1.3. Hemorragia pós-parto e hipotensão	78
1.4. Trabalho de parto estacionário.....	87
2. ASSISTÊNCIA À MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	96
3. ASSISTÊNCIA À MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL.....	112
CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	131
CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	133
Desenvolvimento de competências de investigação: revisão narrativa da literatura	133
SÍNTESE CRÍTICO-REFLEXIVA.....	146
BIBLIOGRAFIA.....	152

ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1 – Classificação FIGO dos traçados de cardiocografia (Silveira & Júnior, 2020)</i>	<i>33</i>
<i>Tabela 2 - Atitudes Terapêuticas: Gestão do trabalho de parto espontâneo no segundo, terceiro e quarto estadio</i>	<i>64</i>
<i>Tabela 3 - Atitudes Terapêuticas: Indução de trabalho de parto numa grávida com hipertensão gestacional.....</i>	<i>78</i>
<i>Tabela 4 - Atitudes Terapêuticas: Trabalho de parto estacionário.....</i>	<i>95</i>
<i>Tabela 5 - Atitudes Terapêuticas: Assistência à mulher perante uma ameaça parto pré-termo</i>	<i>111</i>
<i>Tabela 6 - Atitudes Terapêuticas: Assistência à mulher durante o período pós-natal</i>	<i>119</i>
<i>Tabela 7 - Experiências incrementadas ao longo do estágio de natureza profissional.....</i>	<i>132</i>
<i>Tabela 8 - Análise do Estudo 1 (E1), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão.....</i>	<i>137</i>
<i>Tabela 9 - Análise do Estudo 2 (E2), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão.....</i>	<i>138</i>
<i>Tabela 10 - Análise do Estudo 3 (E3), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão</i>	<i>139</i>
<i>Tabela 11 - Análise do Estudo 4 (E4), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão</i>	<i>140</i>
<i>Tabela 12 - Análise do Estudo 5 (E5), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão</i>	<i>141</i>
<i>Tabela 13 - Análise do Estudo 6 (E6), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão</i>	<i>142</i>

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 - Esquematização da revisão bibliográfica.....</i>	<i>136</i>
--	------------

INTRODUÇÃO

O plano curricular do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), preconiza a elaboração de um relatório de estágio de natureza profissional, que integra a última fase deste processo de aprendizagem. Durante o contacto com os diversos contextos na área de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, foi possível desenvolver competências técnicas e científicas, assegurando que os cuidados especializados prestados tendo por base a mais recente evidência científica, contribuindo para uma prática clínica rigorosa e de excelência (ESEP, sd).

Este relatório de estágio de natureza profissional, reporta-se ao estágio desenvolvido entre setembro de 2023 e junho de 2024, composto por 800 horas, realizado no serviço de Obstetrícia nos setores bloco de partos, grávidas de risco e puerpério, num centro hospitalar da região norte do Portugal. O estágio, que se desenvolveu nas áreas clínicas de internamento de grávidas de risco, internamento de puerpério e bloco de partos, foi fundamental para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e permite ao enfermeiro adquirir o título de enfermeiro especialista, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE), o qual reflete as competências específicas exigidas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Atualmente, os cuidados de saúde e, consecutivamente, os cuidados de enfermagem, evidenciam-se pela sua importância e exigência técnica e científica, refletindo um aumento crescente na diferenciação e especialização dos profissionais de saúde na sua generalidade. O enfermeiro especialista é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados especializados nas diversas áreas de especialidade em enfermagem. Estas competências, comuns a todos os enfermeiros especialistas, são transversais a qualquer área de especialidade, garantindo que cada enfermeiro integre as competências dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e do

desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

Particularmente, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, no seu exercício profissional, assume as intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, que envolvem processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Assim como, responsabiliza-se pelas intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio-alto risco, denotando-se aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher. Na sequência, preconiza-se que, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica seja capaz de: i) cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; ii) cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; iii) cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; iv) cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal; v) cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; vi) cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; vii) cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

É da competência do EEESMO conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções que respondam às necessidades da mulher nos diferentes estádios, desde o âmbito da saúde sexual, planeamento familiar e períodos pré-concepcional, período pré-natal, durante o trabalho de parto, período pós-natal, período do climatério, nos processos de saúde/doença ginecológica e mulheres em idade fértil (Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

Ao longo deste processo formativo, nomeadamente na prestação de cuidados e na construção deste relatório de estágio de natureza profissional, o referencial teórico utilizado baseou-se na teoria das transições, defendida por Afaf Meleis. Esta teoria de médio alcance centra-se nos processos transacionais a que o ser

humano enfrenta ao longo de todo o seu ciclo vital (Meleis, 2010). Afaf Meleis (2010) define transição como, a passagem de um estado estável para outro igualmente estável, caracterizando-se por um processo de mudanças, em que os significados atribuídos às transições variam de pessoa para pessoa e a forma como estas são vivenciadas são diferentes. As transições devem ser percebidas como algo positivo, visto que, os indivíduos podem alcançar uma maior estabilidade em comparação com o seu estado anterior, sendo capazes de terem uma oportunidade de crescimento, desenvolvimento, amadurecimento bem como de empowerment (Meleis, 2010). As intervenções de enfermagem devem funcionar como um processo facilitador da transição e que promova o bem-estar da pessoa que a vivencia, permitindo garantir uma prestação de cuidados especializados de qualidade na nossa área de intervenção.

A realização deste estágio de natureza profissional permitiu-me a procura e mobilização de conhecimentos teóricos baseados na mais recente evidência científica, a qual sustenta a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados, nomeadamente na área da saúde materna e obstétrica. É neste âmbito, também, que sob orientação e supervisão, se torna possível a ocorrência de desenvolvimento de competências na identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas, centradas nas necessidades em cuidados da mulher com afeções ginecológicas, da mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e no recém-nascido saudável e de risco.

No decorrer do estágio de natureza profissional, é solicitado a elaboração de um relatório que tem como objetivo descrever as atividades de natureza profissional, que contribuem para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas da prática clínica do EEESMO, especificamente: 1) Evidenciar a conceção de cuidados nas áreas de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica e 2) Comprovar o desenvolvimento de competências na área de investigação, através da realização de uma revisão narrativa da literatura.

De forma a concretizar o objetivo 1), serão explanados quatro casos relativos a experiências clínicas no bloco de partos, um caso relativo a experiências clínicas no serviço de grávidas de alto risco e um caso relativo a experiências clínicas no internamento puerpério, sistematizando a conceção de cuidados.

Para dar resposta ao objetivo 2) será realizada uma revisão narrativa da literatura para estudar o efeito da administração de ocitocina sintética (OS) durante o trabalho de parto na amamentação.

A metodologia utilizada para a concretização deste relatório baseou-se na análise de evidência científica com recursos à utilização de bases de dados científicas, nomeadamente Web of Science, PubMed e Scopus. Assegura-se que, os resultados obtidos advêm de pesquisas de alta qualidade científica, permitindo uma compreensão aprofundada das diversas temáticas garantindo a sua aplicação na prática de uma forma eficaz.

Estruturalmente, o presente documento encontra-se organizado em seis capítulos. O primeiro referente à caracterização dos contextos de estágio, onde descrevo os locais de estágio, a sua organização física e estruturalmente bem como a dinâmica de funcionamento do serviço.

No segundo, terceiro e quarto capítulo, consta a conceção de cuidados à luz da Ontologia de Enfermagem, com a elaboração de casos clínicos com dados fictícios que permitiram o desenvolvimento de competências na tomada de decisão na área de Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica. Foram desenvolvidos quatro casos práticos focalizados na assistência à mulher em processo de trabalho de parto e parto; um caso prático direcionado para os cuidados à mulher na gravidez com complicações em contexto de internamento hospitalar, e por fim, um caso prático que aborda o processo de transição e adaptação à parentalidade, potenciando a saúde da puérpera e do recém-nascido. Na descrição dos casos práticos a identidade das pessoas não foi associada aos casos clínicos utilizados para exemplificar a conceção de cuidados, garantindo-se sempre o anonimato dos dados relativos às mulheres recolhidos.

Segue-se o capítulo que permitiu fazer uma análise das competências desenvolvidas tendo por base as experiências vivenciadas. No capítulo seguinte e com vista a dar resposta ao desenvolvimento de competências na área de investigação é descrita a revisão narrativa da literatura.

No último capítulo deste relatório apresenta-se uma reflexão crítica de todo o processo de aprendizagem, realçando as diferentes variáveis facilitadoras e positivas assim como os obstáculos e elementos restritivos ao desenvolvimento de competência na área de especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

O contexto da prática clínica do estágio de natureza profissional, desenvolveu-se na Unidade da Saúde da Mulher e da Criança, de um Centro Hospitalar da região Norte do país, que dispõe de apoio perinatal altamente diferenciado. A Unidade de Saúde da Mulher e Criança garante o apoio contínuo, com assistência 24 horas por dia, durante todo o ano, através do serviço de medicina intensiva polivalente (capacitada para dar resposta à mulher grávida/puérpera) e da unidade de cuidados intensivos neonatais (que possui a capacidade de acolher recém-nascidos a partir das 23-24 semanas).

A missão desta instituição de saúde é melhorar a qualidade de vida da população, prestando cuidados de saúde diferenciados e integrados com os diversos níveis de atendimento e a rede do Serviço Nacional de Saúde (SNS), sempre respeitando a dignidade e individualidade dos utentes. Focada principalmente na mulher e na criança, o principal objetivo é garantir um atendimento de excelência e a prestação de cuidados de saúde, de acordo com as melhores práticas clínicas. Compromete-se também a proporcionar elevados padrões de conforto e privacidade, tanto para a mulher quanto para o acompanhante escolhido por si, orientado por normas que visam garantir os cuidados médicos e de enfermagem para a utente e para o recém-nascido, respeitando as precauções básicas do controlo de infeção em instalações hospitalares (SNS, 2024).

BLOCO DE PARTOS

A atividade do bloco de partos presta assistência às mulheres e casal/pessoa significativa no âmbito do trabalho de parto, parto e casos de interrupções médicas da gravidez/abortamentos/mortes fetais. A infraestrutura do serviço é composta por nove salas de partos individuais, as primeiras oito salas destinam-se às mulheres em processo de trabalho de parto e/ou indução, a última sala, é reservada para situações como interrupções médicas da gravidez, abortamentos e/ou mortes fetais, privilegiando a privacidade, o respeito e o conforto neste momento difícil.

Todas as salas mencionadas anteriormente são equipadas com a cama de parto, um cadeirão (que pode ser utilizado pelo acompanhante), equipamentos úteis durante o trabalho de parto (bola de pilates, amendoim, lentilha, barra de apoio da cama de parto), casa de banho particular com chuveiro, televisão, computador que pode ser utilizado pela mulher/pessoa significativa para o uso de música durante do trabalho de parto, carro de apoio à equipa multidisciplinar com todo o material e equipamento necessário de suporte ao trabalho de parto e receção do recém-nascido, bem como o reanimador neonatal.

O serviço dispõe de uma área reservada com reanimador neonatal, que permite reanimar qualquer recém-nascido que, por qualquer motivo, a equipa não o pretenda fazer no quarto junto dos pais, e, ainda, rececionar os recém-nascidos das cesarianas e o acompanhante dessa puérpera, caso as salas de parto se encontrarem todas ocupadas, aguardando que o recobro da cesariana da parturiente seja estabelecido.

Na zona central do serviço, existe uma área em *open space*, existindo um gabinete com computadores, onde decorrem maioritariamente as reuniões médicas, uma sala onde é possível encontrar toda a terapêutica e respetivo material necessário para dar resposta à prestação de cuidados, bem como a central de telemetria onde existe a monitorização de cardiocografia (CTG) e monitorização de sinais vitais das parturientes que estão monitorizadas, bem como diversos computadores para uso comum da equipa multidisciplinar.

As grávidas podem ser admitidas para internamento neste contexto através do serviço de urgência ou através do secretariado do serviço, quando se trata de um internamento programado (por exemplo indução de trabalho de parto) anteriormente agendado na consulta de vigilância.

Neste contexto de bloco de partos, em todos os turnos, a assistência à mulher durante o processo de trabalho de parto e parto é conduzida sob a responsabilidade de quatro EEESMO, garantindo o preconizado pelas dotações seguras da OE, rácio da assistência intra parto, de um EEESMO: duas parturientes no primeiro estadio trabalho de parto ou então um EEESMO: uma parturiente no segundo estadio trabalho de parto, no terceiro e quarto estadio do

trabalho de parto a responsabilidade da assistência é do profissional envolvido no segundo estadio, na indução do trabalho de parto o rácio considerado é um EEESMO: três parturientes (Parecer nº43/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

O bloco operatório encontra-se fisicamente imediatamente junto ao serviço do bloco de partos, estando sempre disponível uma sala operatória, para a realização de cesariana programada ou para as situações de urgência/emergência.

É garantida a presença do acompanhante na sala de partos durante 24h por dia.

INTERNAMENTO GRÁVIDAS ALTO RISCO

O serviço de internamento grávidas de alto risco, que está integrado no serviço de Cirurgia Geral e Ginecologia, situado no mesmo piso do bloco de partos e do internamento de puerpério, dispõe de três quartos duplos, com casa de banho individual partilhada, sendo disponibilizado um cadeirão para descanso. Este serviço destina-se a grávidas com complicações, tendo sido possível contactar com as diversas patologias, tais como, ameaça de parto pré-termo, rotura prematura de membranas, placenta prévia, restrição de crescimento fetal, colestase gravídica, pré-eclâmpsia, e diagnósticos médicos que poderiam representar um risco de parto pré-termo.

Na assistência à gravidez com complicações, a OE define como dotação segura a presença de um EEESMO para seis nas gravidezes de médio risco e um para três nas gravidezes de alto risco (Parecer nº43/2019 da Ordem dos Enfermeiros). Contudo, verifica-se que existe um EEESMO responsável pelas seis grávidas no internamento de grávidas de risco, não existindo a distinção de alto ou médio risco.

A presença do acompanhante é permitida das 11h às 21h30, sendo ainda possível a visita de outra pessoa no período da tarde.

PUERPÉRIO

O serviço do puerpério, que concebe cuidados no período pós-natal à puérpera e ao recém-nascido, é constituído por vinte quartos individuais. Cada quarto dispõe de uma casa de banho particular com chuveiro, de uma cama, um sofá-

cama (que permite acolher o acompanhante também durante o período noturno) e um berço para o recém-nascido. Para além disso, tem um móvel com banheira incorporada e uma bancada de apoio, que permite prestar cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido.

Durante os turnos, no período da manhã estavam presentes quatro enfermeiros e no período da tarde e da noite três enfermeiros, garantindo que pelo menos um deles fosse EEESMO. Cada enfermeiro ficava responsável por, cinco puérperas e respetivos recém-nascidos no turno de manhã, e seis/sete puérperas e respetivos recém-nascidos nos turnos da tarde e noite. A dotação segura da OE neste contexto requer um EEESMO para seis puérperas de puerpério normal ou então um EEESMO para três puérperas de puerpério patológico (Parecer nº43/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

É permitida a presença de acompanhante durante 24 horas por dia, e ainda uma visita no período das 15h às 16h e das 18h às 19h, simultaneamente com o acompanhante. O tempo de internamento neste serviço era dependente do tipo parto bem como da recuperação pós-parto da mulher e de como decorria a adaptação à vida extrauterina do recém-nascido. Em média, as altas ocorriam ao final de 48h nos partos vaginais e às 72h nos partos distócicos por cesariana, não obstante, as alta precoces sucediam-se às 36h e às 48h, respetivamente, ressaltando que não se verificavam complicações.

1. ASSISTÊNCIA À MULHER EM TRABALHO DE PARTO

Compete ao EEESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e parto, garantindo assim, a assistência durante todo esse processo, minimizando as intervenções de forma a potenciar a saúde e autonomia da mulher e a adaptação do recém-nascido à vida extra uterina (OE, 2019). Requerer-se que o EEESMO no domínio do trabalho de parto e parto seja capaz de:

- Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado;
- Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
- Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor;
- Identificar e monitorizar trabalho de parto;
- Identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- Identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- Avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto;
- Aplicar as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação

- cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica;
- Assegurar a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extra uterina;
 - Assegurar reanimação do recém-nascido em situação de emergência;
 - Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais;
 - Identificar alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação;
 - Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos;
 - Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto;
 - Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina;
 - Avaliar a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
 - Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto;
 - Assumir a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da parturiente durante o transporte (Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

TRABALHO DE PARTO

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2023) defende que, a vigilância do trabalho de parto em casos de baixo risco é realizada pelos EEESMO, requerendo por parte destes profissionais, um domínio completo dos padrões de normalidade na progressão do trabalho de parto.

O **Trabalho de Parto** corresponde a um processo que tem como finalidade

expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto. Por forma a fisiologicamente se preparar para o trabalho de parto, o sistema reprodutor da mulher sofre várias alterações nos dias que o antecedem. Pode ser abordado em duas perspetivas, que são quanto aos mecanismos envolvidos no processo (encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, restituição/rotação externa e expulsão do feto), ou quanto aos vários estadios que a mulher atravessa (Lowdermilk & Perry, 2009).

O trabalho de parto divide-se em quatro estadios. O **Primeiro Estadio do Trabalho de Parto** corresponde à primeira parte deste processo, que se inicia com a instalação de contrações uterinas regulares e termina com o apagamento e dilatação totais do colo do útero (10 cm para permitir a passagem da cabeça do feto). Divide-se em três fases diferentes, a fase latente, a fase ativa e a fase de transição (Lowdermilk & Perry, 2009).

Na **Fase Latente** o colo do útero dilata de zero a três cm. Esta fase caracteriza-se com contrações ligeiras a moderadas, irregulares e têm a duração de 30 a 45 segundos com intervalos entre 5-30 minutos. Ocorre saída de corrimento acastanhado mucoso ou muco rosado em escassa quantidade (Lowdermilk & Perry, 2009). Não existe uma duração estabelecida nesta fase, sendo variável de mulher para mulher, no entanto, segundo Montenegro e Filho (2017) a fase latente pode durar em média 20h nas primíparas e 14h nas múltíparas.

A **Fase Ativa** corresponde ao período em que o colo dilata de quatro a sete cm. A taxa de dilatação é cerca de um cm por hora e inicia-se a descida da apresentação fetal (Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME], 2006). Nesta fase, o colo do útero está mais reativo às contrações uterinas devido às alterações sofridas até aqui. O maior grau de descida da apresentação ocorre quando a dilatação está quase completa (Posner et al., 2014).

A **Fase de Transição** equivale ao intervalo de tempo em que o colo dilata de oito para 10 cm. É neste período que a apresentação se encontra bem descida na cavidade pélvica, exerce pressão sobre o reto e estimula a necessidade de realizar esforços expulsivos, chamando-se a isto o Reflexo de Fergusson

(Posner et al., 2014).

Nestas duas últimas fases referidas, a descida da apresentação fetal é mais rápida, tendo também uma menor duração.

O **Segundo Estadio do Trabalho de Parto** corresponde à expulsão, este começa com a dilatação completa do colo e termina com a saída completa do feto (Pacheco, 2014). Além disso, é caracterizado pela presença de contrações regulares e frequentes, durante as quais a mulher sente uma pressão pélvica e um impulso de puxar (Osborne, 2010, como citado em Pacheco, 2014).

O **Terceiro Estadio do Trabalho de Parto** equivale à dequitação, que decorre desde a exteriorização do feto até à expulsão da placenta - um processo que consiste num mecanismo fisiológico. O descolamento e expulsão da placenta sucedem-se como resultado da interação de fatores mecânicos e hemostáticos. Ocorre uma diminuição das dimensões uterinas e das contrações após a saída do feto, seguindo-se uma redução significativa da área de implantação da placenta. Estas mudanças contribuem para uma tensão que provoca a rotura de inúmeras vilosidades fibrosas, formando-se um hematoma retroplacentar, acelerando o processo de descolamento (Sequeira et al., 2020). O tempo do descolamento pode variar entre cinco a sete minutos após a expulsão do feto. Importa que o EEESMO respeite o tempo fisiológico, uma vez que, nem todos os descolamentos ocorrem no período estimado, sendo esta uma atitude expectante. Caso isto não se verifique, o tempo estimado para aguardar é entre 45 minutos a uma hora, exceto se as perdas sanguíneas forem excessivas. Durante a expulsão da placenta, esta deve ser apoiada usando o seu próprio peso, de forma a facilitar a saída completa das membranas (Graça et al., 2010, como citado em Sequeira et al., 2020).

O **Quarto Estadio de Trabalho de Parto** é o período correspondente desde a expulsão da placenta até duas horas após esse momento, completando assim o mecanismo de hemostasia. Importa reforçar a vigilância da mulher neste período, de modo a prevenir complicações, como por exemplo, a hemorragia uterina (Lowdermilk & Perry, 2009).

DOR TRABALHO DE PARTO

A **Dor** é uma sensação individual e multifatorial associada à lesão tecidual, podendo ser alterada por diversos fatores, sejam estes, psicológicos, biológicos, socioculturais ou económicos. A dor do trabalho de parto é considerada como uma dor aguda e com uma curta duração, iniciando-se com a origem das contrações uterinas mantendo-se durante todo o processo de trabalho de parto e parto (Santana et al., 2010). Segundo Gayeski e Brüggemann (2010), a dor é inerente à própria natureza humana e, não está associada à patologia, mas sim à experiência de gerar uma nova vida.

No **primeiro estadio do trabalho de parto**, a dor surge devido à contratilidade uterina, à dilatação do colo do útero e ainda à distensão do segmento inferior do útero. À medida que o trabalho de parto evolui a dor intensifica-se e estende-se até à região infra-umbilical, lombar e sagrada. O **segundo estadio do trabalho de parto**, verifica-se uma diminuição de estímulos nociceptivos, apesar da contratilidade e da distensão do segmento inferior se manter. Acresce à dor existente, a dor na região do períneo, que está relacionada com a compressão da apresentação fetal e com a distensão do períneo que se prepara para a saída do feto. Esta é considerada uma dor mais intensa e bem localizada, resultante do estiramento das fibras musculares e dos tecidos subcutâneos, além da compressão muscular existente. No **terceiro e quarto estadios do trabalho de parto**, a dor associa-se ao momento da dequitação e à involução uterina. É de extrema importância que os EEESMO sejam empáticos no que concerne à dor sentida pela mulher, não só como um fenómeno sensitivo, bem como a nível afetivo. Importa que, as suas intervenções visem a minimização da dor percebida por estas, atendendo às suas necessidades (Nené et al., 2016).

INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO

A maturação cervical refere-se ao processo de preparação do colo do útero, que envolve o seu amolecimento, encurtamento e dilatação, ocorrendo quer em partos espontâneos como em partos induzidos. A indução do trabalho de parto consiste na estimulação artificial do início do parto, utilizando diversos métodos

que promovem a contratilidade uterina (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal [SPOMMF], 2022).

A maturação cervical desempenha um papel crucial na duração da indução do trabalho de parto e na probabilidade de alcançar um parto vaginal. Por este motivo, é recomendável realizá-la antes de induzir o trabalho de parto em grávidas com um "colo desfavorável", definido por um índice de *Bishop* inferior a seis. Assim que a maturação cervical atinge um índice de *Bishop* igual ou superior a seis, o processo de maturação deve ser interrompido e a indução do trabalho de parto deve ser iniciada (SPOMMF, 2022).

A necessidade de maturação cervical ou de indução do trabalho de parto deve ser avaliada de forma individualizada, considerando fatores como o estado de saúde materna e fetal, os riscos associados ao prolongamento da gravidez, a idade gestacional, a condição do colo do útero (avaliada pelo índice de *Bishop*, que deve ser registado no processo clínico), a avaliação da pelve materna, a estimativa do peso e a apresentação fetais. A escolha do método de maturação e indução deve também ser personalizada, atendendo à avaliação da grávida e do feto, e alinhada com as expectativas e preferências da mulher, garantindo um equilíbrio entre a segurança clínica e a satisfação da paciente (DGS, 2015; Nené et al., 2016).

A maturação cervical e a indução do trabalho de parto estão associadas a um risco aumentado de complicações, como hemorragia peri-parto, cesariana, hiperestimulação uterina com hipóxia fetal e rotura uterina. Estes procedimentos tendem a causar maior desconforto à mãe em comparação com o trabalho de parto espontâneo, além de restringir a mobilidade da grávida devido à necessidade de monitorização fetal prolongada. A indução farmacológica está também ligada a um maior uso de analgesia epidural, bem como a uma maior incidência de partos instrumentados e de cesarianas de urgência (DGS, 2015; Nené et al., 2016).

A maturação cervical e a indução do trabalho de parto devem ser realizadas exclusivamente em unidades de saúde equipadas com recursos para

monitorização cardiotocográfica contínua e capacidade para realizar uma cesariana de emergência (DGS, 2015).

Estas intervenções são indicadas em casos de complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiariam do término da gravidez, não se verificando a necessidade de o parto ocorrer imediatamente. Nessas situações, assume-se que os riscos de continuar a gestação são superiores aos riscos associados à maturação cervical e/ou indução do parto. Os motivos consensuais para o término da gravidez incluem: diagnóstico médico grave que colocam em risco a saúde da mãe ou do feto; oligoâmnios em gestações a termo; restrição do crescimento intrauterino com alterações fluxométricas; morte fetal; e gestações sem complicações que atingem as 41 semanas completas. Para evitar complicações neonatais, deve-se evitar a maturação cervical ou a indução do trabalho de parto antes das 39 semanas de gestação, salvo em situações em que haja um benefício claro para a saúde materna ou fetal (DGS, 2015).

São consideradas contraindicações absolutas para a maturação cervical e a indução do trabalho de parto: a presença de duas ou mais cesarianas anteriores, ou uma cesariana anterior com incisão não segmentar; a realização de cirurgia uterina prévia que envolva o miométrio; e qualquer situação que contraindique o parto vaginal (DGS, 2015).

Os métodos farmacológicos são os mais utilizados para a maturação cervical, com recurso ao uso de prostaglandinas, nomeadamente a dinoprostona e misoprostol, relevando-se eficazes (DGS, 2015).

A administração de dinoprostona, seja em gel ou através de um sistema de libertação prolongada, exige a realização prévia de um traçado cardiotocográfico que apresente critérios de normalidade. Após a sua aplicação, é necessário realizar a monitorização cardiotocográfica durante uma hora, ou sempre que ocorrerem contrações uterinas dolorosas e regulares. Em casos de maior risco de hipóxia fetal, deve-se considerar a monitorização fetal contínua (SPOMMF, 2022).

O misoprostol, prostaglandina que favorece a dilatação cervical e a contractilidade uterina, é estável à temperatura ambiente, de baixo custo, e pode

ser administrado por via vaginal ou oral. Quando comparável com a dinoprostona, este atua mais rapidamente, contudo apresenta um risco aumentado de taquissistolia associada a alterações da frequência cardíaca fetal (FCF). Os estudos disponíveis sugerem que, por via oral, a dose de 25 µg de misoprostol de duas em duas horas é o recomendável. A administração oral de misoprostol apresenta um risco menor de taquissistolia em comparação com a via vaginal. Quando administrado por via vaginal, a dose de 25 µg de misoprostol, em comparação com 50 µg, está associada a um menor risco de taquissistolia, de parto por cesariana e de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. Além disso, a via vaginal resulta numa duração mais curta entre o início da maturação cervical e o parto, quando comparada com a via oral. Independentemente da via de administração escolhida, a utilização de misoprostol requer um traçado cardiotocográfico prévio com critérios de normalidade, bem como monitorização cardiotocográfica durante uma hora após a sua aplicação e sempre que houver contratilidade uterina de forma dolorosa e regular (SPOMMF, 2022).

O método mecânico através do balão transcervical, sonda de *folley*, utilizado para a maturação do colo do útero, consiste na introdução da sonda através do canal cervical, calibre 16-18, ultrapassando o orifício cervical interno até chegar ao espaço extraamniótico. O balão, com uma capacidade superior a 30ml, deve ser insuflado com soro fisiológico e removido 12 a 24 horas após a sua colocação ou em caso de exteriorização espontânea. É um procedimento considerado seguro, sendo o que apresenta o menor risco de taquissistolia entre os disponíveis para a maturação cervical. Quando utilizado isoladamente, tende a ser mais lento do que os métodos farmacológicos para alcançar um índice de Bishop superior a seis. Após a exteriorização ou remoção da sonda de *folley*, a indução do trabalho de parto com ocitocina pode ser iniciada se o índice de Bishop for igual ou superior a seis. Caso o índice seja inferior a seis, deve-se considerar um novo ciclo de maturação cervical com prostaglandinas (SPOMMF, 2022).

A amniotomia é definida como a rotura intencional das membranas, realizada durante o primeiro estadio do trabalho de parto, especificamente na fase ativa.

Este procedimento tem como objetivo induzir ou acelerar o trabalho de parto, ou ainda permitir a monitorização interna do feto durante o parto. A amniotomia estimula o aumento da contractilidade uterina por diversos mecanismos, incluindo a redução do volume de líquido amniótico, o que aumenta a pressão do polo cefálico sobre o colo do útero, facilitando assim o início ou a aceleração do trabalho de parto. É uma estratégia eficaz para acelerar o trabalho de parto, mas quando executada deverá atender aos riscos e benefícios que repercutem na mãe e no bebé (SPOMMF, 2022).

A tomada de decisão de indução de trabalho de parto deverá fundamentar-se em conformidade com o protocolo instituído no serviço.

MONITORIZAÇÃO CARDIOTOCOGRÁFICA

A monitorização fetal durante o trabalho de parto, através da avaliação da FCF, tem o objetivo de distinguir os fetos com níveis adequados de oxigénio, que não precisam de intervenções, e fetos mal-oxigenados, que requerem atuações rápidas de forma a prevenir danos ininterruptos ao sistema nervoso central, como paralisia cerebral ou morte fetal. A monitorização fetal intraparto pode ser realizada com recurso à auscultação dos batimentos cardíacos fetais ou à cardiocotografia (CTG) contínua externa ou interna (Silveira & Júnior, 2020).

A auscultação dos batimentos cardíacos fetais pode ser realizada com um estetoscópio de *Pinard* ou com um dispositivo *Doppler*. Nesta avaliação importa não só avaliar a FCF, como observar a presença de acelerações, desacelerações e movimentos fetais (Silveira & Júnior, 2020).

De acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2018), a CTG contínua não é indicada para a avaliação do bem-estar fetal em mulheres grávidas saudáveis em trabalho espontâneo, privilegiando-se assim, a auscultação intermitente da FCF durante o trabalho de parto nas mulheres com as características referidas anteriormente.

A monitorização de CTG é realizada, através de um cardiocotógrafo constituído por duas sondas, com recurso a um transdutor que é colocado no abdómen

materno, sobre o dorso fetal (identificado através das manobras de *Leopold*), com o objetivo de captar os batimentos cardíacos fetais. O outro dispositivo é instalado próximo do fundo do útero de forma a que se consiga monitorizar a atividade de contratilidade do miométrio. Os dados e sinais são enviados para um monitor, que se traduz num registo gráfico da FCF e do padrão das contrações uterinas (Oliveira & Sá, 2020).

A posição a adotar para a realização de CTG, deve ser a privilegiada pela parturiente. Importa realçar a necessidade da grávida evitar períodos prolongados de jejum, garantir que esta se alimentou previamente à realização do CTG. A duração poderá ser de 30 minutos, ou mais em caso de necessidade, caso existam dúvidas quanto à interpretação do traçado, poderá aumentar-se o tempo de observação. Devem ser avaliados todos os parâmetros do CTG, nomeadamente a FCF basal (correspondente à linha de base), a variabilidade, a presença de acelerações/desacelerações da FCF. Posteriormente à sua realização, devem ser efetuada a classificação do mesmo (Oliveira & Sá, 2020).

Segundo Oliveira e Sá (2020), definem FCF basal (linha de base) como FCF média calculada em determinado tempo, podendo ser classificada como:

- Normal: 110 – 160 batimentos por minuto (bpm);
- Taquicardia: superior a 160 bpm no intervalo de tempo superior a 10 minutos; que pode ser causada por diversas variáveis maternas, tais como, a hipertermia, a ansiedade, infeção intrauterina, hipoxia fetal;
- Bradicardia: inferior a 110 bpm no intervalo de tempo superior a 10 minutos; associada a hipóxia fetal, doenças cardíacas fetais, ou efeito do uso de drogas pela mãe.

A variabilidade da FCF refere-se às flutuações na FCF em relação à linha de base, observadas ao longo de um intervalo de tempo. Este parâmetro reflete a capacidade do sistema nervoso central do feto regular a atividade cardíaca, revelando-se um bom indicador de bem-estar fetal (Oliveira & Sá, 2020). International Federation of Gynaecology and Obstetrics *Guidelines* (FIGO), como citado em Silveira e Júnior (2020), a oscilação da FCF avaliada como a média da amplitude de largura de banda em segmentos de um minuto, designa-se por:

1) reduzida: abaixo de cinco bpm por mais de 50 minutos ou por mais de três minutos durante uma desaceleração; 2) normal: de cinco a 25 bpm e 3) acentuada: acima de 25 bpm por mais de 30 minutos.

As acelerações correspondem a aumentos abruptos superiores à linha de base (menos de 30 segundos) de pelo menos 15bpm com duração de 15 segundos a 10 minutos. Pode ser considerada um aceleração prolongada se durar entre os dois e os 10 minutos. Denote-se que, em fetos com menos de 32 semanas, a amplitude poderá ser menor, isto é, 10 bpm com duração pelo menos de 10 segundos). Associa-se momentos de acelerações a movimentos fetais, o que se traduz num bem-estar fetal (American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)/FIGO como citado em Silveira & Júnior, 2020).

As desacelerações, coincidem com a diminuição da FCF inferiores a linha de base de 15 bpm com duração de pelo menos 15 segundos. Categorizadas como, a) recorrentes: se presentes em pelo menos 50% das contrações; b) precoces: quando rasas, curtas, com variabilidade normal durante a desaceleração e coincidentes com as contrações; c) tardias (em formato de U, com variabilidade reduzida): diminuição e/ou recuperação lenta da linha de base (mais de 30 segundos) e/ou variabilidade reduzida durante a desaceleração, que se inicia após 20 segundos do início da contração com nadir após o pico da contração e retorno da linha de base após o término da contração. Em traçados com variabilidade reduzida e sem aceleração, também, é considerada desaceleração tardia quando a diminuição for de 10 a 15 bpm; d) variáveis (forma de V): apresentam uma queda e recuperação rápida da linha de base (menos de 30 segundos), boa variabilidade durante a desaceleração, variando o formato, tamanho e a relação com a contração uterina; e) prolongada: diminuição por mais de três minutos, o que se associa a hipóxia fetal se duração superior a cinco minutos, atingindo e mantendo 80 bpm ou menos, e ainda variabilidade reduzida durante a desaceleração (FIGO como citado em Silveira & Júnior, 2020).

As contrações podem ser categorizadas por normais se até cinco contrações em 10 minutos, ou taquissístolia se seis ou mais contrações num período de 10 minutos (ACOG/FIGO como citado em Silveira & Júnior, 2020).

O CTG pode ser categorizado como normal, suspeito ou patológico. (ACOG/FIGO como citado em Silveira & Júnior, 2020).

Tabela 1 – Classificação FIGO dos traçados de cardiocografia (Silveira & Júnior, 2020)

Normal	<ul style="list-style-type: none">• Linha de base: 110 – 160bpm• Variabilidade: 5 – 25 bpm• Sem desacelerações recorrentes
Suspeito	<ul style="list-style-type: none">• Falha de uma das características de normalidade, mas sem características patológicas
Patológico	<ul style="list-style-type: none">• Linha de base inferior a 100bpm• Variabilidade reduzida ou acentuada• Padrão sinusoidal• Desacelerações tardias recorrentes• Desacelerações prolongadas com mais de 30 minutos ou com mais de 20 minutos com variabilidade reduzida• Uma desaceleração prolongada com mais de 5 minutos

ANALGESIA EPIDURAL

A analgesia epidural é um método utilizado para alívio da dor, podendo ser realizada a nível cervical, torácico, lombar ou caudal. É realizada maioritariamente a nível lombar, particularmente na analgesia de trabalho de parto e parto, pelo que representa um risco diminuto de lesão da medula espinhal. A administração e a dosagem desta analgesia devem ser ajustadas com base no tipo e intensidade da dor, na idade e condição física da parturiente, bem como no local de injeção e na área que se pretende analgesiar (Freixo, 2015).

A analgesia epidural pode ser administrada por:

- Bólus intermitente – a parturiente irá experimentar períodos com dor, pelo que, sempre que sentir necessidade poderá solicitar novamente a analgesia. Este modo de administração requer intervenções mais frequentes.
- Infusão epidural contínua – de analgésicos no espaço epidural previne os picos de administração, proporcionando uma analgesia mais uniforme e sem períodos de dor para a parturiente, diminuindo a necessidade de intervenções recorrentes. A infusão deverá ser ajustada para adaptar as doses face à parturiente e à evolução do trabalho de parto.
- Analgesia epidural controlada pela parturiente (PCEA) – A própria parturiente tem a capacidade de ajustar a dose de anestésico de acordo com as suas necessidades e as mudanças nos padrões de dor e na dinâmica do trabalho de parto, demonstrando ser uma técnica segura e eficaz. Comparativamente com a infusão epidural contínua, a PCEA permite a utilização de uma dose total menor de anestésicos locais durante o trabalho de parto, reduz a necessidade de o médico administrar doses adicionais e, conseqüentemente, diminui a incidência de bloqueio motor. Esta técnica proporciona a satisfação da parturiente na sua experiência de parto, assumindo ela o controlo da própria dor, beneficiando também do efeito placebo ao pressionar o botão para uma nova dose de administração de analgesia.
- *Walking epidural* – é feito um bloqueio motor mínimo que permite o alívio da dor, possibilitando a deambulação da parturiente (Freixo, 2015).

Estão associadas à execução da técnica, seja durante a colocação do cateter epidural ou após a administração dos fármacos, algumas possíveis complicações, tais como, a hipotensão, alterações do ritmo cardíaco, náuseas/vómitos, prurido, retenção urinária, depressão respiratória, tremores, convulsões, alterações estado consciência, dor na colocação do cateter, parestesias, lombalgias/toracalgias, cefaleias, infeção associada ao local de inserção do cateter (meningite), hematoma epidural, entre outras (Freixo, 2015).

Durante o trabalho de parto, a administração da analgesia epidural deve alinhar-se com as expectativas da mulher em relação a esse momento significativo, devendo-lhe ser proporcionada a opção de escolha.

CATETER EPIDURAL

O cateter epidural é um dispositivo de material biocompatível, descartável, radiopaco, resistente e flexível, que se ajusta facilmente às particularidades anatómicas da coluna vertebral. A execução da técnica de colocação do cateter é da responsabilidade da equipa médica. O cateter é introduzido através da punção com uma agulha de Tuohy no espaço epidural que se localiza entre a dura-máter e o ligamento amarelo (Pasin & Schnath, 2007).

1.1. Gestão do trabalho de parto espontâneo no segundo, terceiro e quarto estadio

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

O Regulamento nº 391/2019: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, define que o EEESMO seja capaz de assumir a responsabilidade de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto assim como no período pós-natal (OE, 2019).

O presente caso clínico espelha a aquisição de competências técnicas, científicas, a nível relacional e ético, bem como o cumprimento dos objetivos delineados pela OE no que diz respeito ao acompanhamento da mulher no período durante o trabalho de parto e pós-natal.

Neste caso prático foi-me possível acompanhar a parturiente durante o segundo, terceiro e quarto estadio do trabalho de parto, sendo que todos os cuidados durante esse período foram personalizados, respeitando a vontade da parturiente segundo o seu plano de parto, e baseados em evidência científica,

incluindo a implementação de intervenções nos diferentes momentos de evolução do trabalho de parto. Tive a oportunidade de realizar uma avaliação sistemática da mulher, interpretando todos os dados clínicos disponíveis e identificando precocemente a possibilidade de surgirem complicações através da monitorização do trabalho de parto, avaliei a evolução do trabalho de parto garantindo sempre que dava resposta às pretensões da parturiente assim como as suas necessidades clínicas de saúde quer dela e do feto, atuei na promoção, prevenção e controlo da dor, garanti um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto promovendo o conforto e bem-estar da mulher assim como da pessoa significativa que se encontrava presente, assisti no parto aplicando as técnicas adequadas para a sua execução sem intercorrências e assegurei a adaptação do feto à vida extra-uterina, avaliei o canal de parto e apliquei as técnicas de reparação. Garanti com as minhas intervenções que, a puérpera estabelecesse a ligação mãe-filho, promovendo e apoiando ao aleitamento materno, implementando medidas de adaptação no período de pós-parto. Assegurei a transferência e cuidados inerentes à parturiente no momento antes de ser transferida para o serviço de internamento de puerpério.

A nível relacional e humanístico este caso permitiu-me estabelecer uma comunicação eficaz com a parturiente e o seu acompanhante criando um ambiente de confiança e de apoio emocional, demonstrando empatia e sensibilidade às suas necessidades individuais promovendo cuidados individualizados e humanizados, em todos os momentos em que foi necessário intervir.

Eticamente, respeitei sempre a autonomia e a toma de decisão da mulher no que concerne ao seu plano de parto. Assumi sempre a responsabilidade dos cuidados prestados, refletindo as implicações éticas das decisões e ações tomadas.

Ao longo de todo o espaço temporal deste caso prático, considero que colaborei com os diferentes profissionais de saúde, assegurando a continuidade de cuidados à parturiente, geri eficazmente os recursos disponíveis salvaguardando a qualidade dos cuidados prestados.

Este caso clínico revela-se de elevada importância enquanto futura EEESMO, pois permitiu a mobilização dos conteúdos teóricos dos processos fisiológicos e emocionais envolvidos nas diferentes fases do trabalho de parto e parto. Esta experiência consolidou a minha aprendizagem, a importância de compreender a necessidade de adaptação e a tomada de decisão suportada na evidência científica, baseada numa avaliação contínua da evolução do trabalho de parto, sendo fundamental para responder de forma adequada e eficaz às necessidades dinâmicas da parturiente.

CENÁRIO CLÍNICO

Maria (nome fictício), 29 anos de idade, casada, vive com o marido (João – nome fictício). É saudável, sem antecedentes pessoais de doença relevantes. Medicação na gestação: suplementação com o gestacare.

Primigesta, gestação de 39s3d, grupo sanguíneo O positivo, Streptococcus grupo B (SGB) negativo, internada para indução do trabalho de parto por hidrâmnios.

Segundo dia de indução de trabalho de parto com misoprostol via vaginal, rotura artificial de membranas amnióticas às 22h30 de 22 de Outubro de 2023 (data fictícia). Mantém dispositivo de cateter epidural, e encontra-se algaliada (tendo sido algaliada no turno noturno por retenção urinária associada à analgesia epidural em curso – Ropivacaína 20%), com cateter venoso periférico a perfundir um Polieletrólítico com glicose a 125ml/h (protocolo do serviço após colocação de cateter epidural, indicação apenas para ingestão de líquidos claros). Último exame vaginal às 7h00 (turno da noite) apresentava nove cm de dilatação e 90% de extinção do colo do útero, inicia perfusão de ocitocina a 15ml/h, de acordo com o protocolo de serviço. Mantém CTG de forma contínua.

MEDICAÇÃO

ROPIVACAÍNA

A ropivacaína é um anestésico local que pertence à classe dos aminoamidas, que bloqueiam de modo reversível a condução nervosa quando são aplicados localmente sobre o nervo, a nível periférico ou na medula espinhal. Uma das vantagens da ropivacaína, é a menor cardiotoxicidade. Contudo, apresenta alguns efeitos secundários, nomeadamente, a hipotensão, bradicardia/taquicardia, náuseas/vómitos, retenção urinária. A cefaleia, as parestesias (a nível dos membros inferiores), a analgesia ineficaz ou parcial representam algumas das complicações associadas à analgesia por ropivacaína. Apresenta-se sobre a forma de solução injetável: 2 mg/ml (de cloridrato mono-hidratado); amp. 10 ml e 20 ml – Via epidural – Via perineural (Infarmed, 2022).

POLIELETROLÍTICO COM GLICOSE

A solução polieletrolítica com glucose Basi é uma solução para perfusão de eletrólitos em glucose, que tem como principal efeito a expansão do compartimento extracelular, incluindo o fluido intersticial e o intravascular, com uma fonte de energia. A sua utilização é indicada durante o trabalho de parto, quando as parturientes mantêm apenas a ingestão de líquidos claros mantendo a reposição e equilíbrio eletrolítico e hídrico. Contraindicado em casos de hiperclorémia, hipernatremia, hipercalemia, falência renal, bloqueio cardíaco, hipocalcemia e diabetes não compensada. Forma farmacêutica: Fluido, 1000ml, administrado via endovenosa.

OCITOCINA

A ocitocina é um uterotónico, agente farmacológico que pode ser utilizado para potenciar a tonicidade ao útero ou induzir a contratilidade uterina. É utilizada em situações como, a indução do trabalho de parto (por gravidez prolongada, rutura prematura de membranas, hipertensão induzida pela gravidez – pré-eclâmpsia),

estimulação do trabalho de parto, prevenção e tratamento da atonia uterina e hemorragias pós-parto, ou ainda, no primeiro estadio da gravidez em caso de aborto incompleto/inevitável/falhado. Na perfusão intravenosa para indução do trabalho de parto, a administração de ocitocina em doses excessivas resulta numa sobre-estimulação uterina que pode motivar o sofrimento fetal, asfixia e morte fetal ou pode conduzir a hipertonicidade, contrações tetânicas ou rutura do útero. A injeção por bólus intravenoso rápido de oxitocina em doses de várias U.I. pode resultar num episódio agudo de hipotensão de curta duração, acompanhado de rubor e taquicardia. A sua forma de apresentação é solução injetável, 5ui/ml, deve ser diluída 5ui em 500ml de glucose 5%, administrada via endovenosa. É conservada no frigorífico, temperatura entre 2° e 8°C (Alfasigma, 2018).

Turno efetuado: Manhã (08h00 às 14h30), do dia 23 de Outubro de 2023 (Data fictícia)

09h00

Apresentei-me à Maria, enquanto enfermeira e estudante do MESMO que a irá acompanhar durante o turno da manhã bem como no seu processo de trabalho de parto. Questionei-a sobre o seu plano de parto, de forma a garantir a continuidade dos cuidados de acordo com as suas vontades e expectativas para este momento tão significativo para si.

A Maria, refere que é muito importante para si a presença do seu companheiro nesta fase do trabalho de parto (a sala de partos permite a presença de um acompanhante durante 24horas, o que permite dar resposta a esta necessidade). Menciona que, é essencial para si a alternância de posicionamentos, embora não tenha muita mobilidade dos membros inferiores associado à analgesia epidural, pelo que fica comprometida a mobilidade e verticalidade nesta fase de trabalho de parto, contudo é possível garantir a alternância de posicionamentos na cama de parto pela sua flexibilidade e agilidade. Pretende manter um ambiente calmo e tranquilo, recorrendo à

musicoterapia. Recusa episiotomia. Quer fazer contacto pele a pele com a Inês quando esta nascer, amamentar na primeira hora de vida, que o corte tardio do cordão umbilical seja feito pelo pai – João.

09h30

Menciona que sente uma dor intensa a nível pélvico situado à esquerda, solicito se posso examinar através do exame vaginal, ao qual recebi o seu consentimento.

Foco de Atenção: Parto

Dados:

- Colo do útero com dilatação completa;
- Colo do útero extinto;
- Apresentação cefálica;
- Posição e variedade: esquerda posterior;
- Descida do feto: acima do 1ª plano de Hodge
- Bem-estar fetal: normal;
- FCF: 110-160 bpm, com aceleração;
- Variabilidade: 5-25 bpm;
- Contratilidade uterina: 4 contrações em 10 minutos, de intensidade moderada;
- Movimentos fetais presentes;
- Dor grau 6 – dor do período expulsivo, na escala numérica da dor;
- Perda sanguínea vaginal escassa;
- Líquido amniótico de características normais, cor clara, cheio suí-geres;
- Sonda vesical, com débito urinário mantido;

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal

Intervenção: Avaliar evolução do trabalho de parto

Foco de Atenção: Parto

Dados: Por referir dor intensa a nível pélvico à esquerda e também pela posição e variedade fetal, quando sugerido a alternância de posicionamento na cama de parto, esta mostra-se receptiva, contudo não sabe qual a melhor posição a adotar.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Objetivo: Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto

Intervenção: Ensinar sobre posições facilitadoras do trabalho de parto

Especificação da intervenção: Ensinar sobre posições facilitadoras do trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicada à parturiente a importância de alternar posições durante o trabalho de parto.

A alternância de posicionamentos assim como os movimentos que potenciam a mobilização da estrutura pélvica, facilitam a descida e rotação da apresentação fetal, podendo ser praticados nas diversas fases do trabalho de parto, nomeadamente, o movimento da pelve de anteversão e retroversão, com inclinação lateral, infinito e circular, a posição em decúbito lateral e a perna que se encontra em cima fletida assim como a realização de assimetrias (Gupta et al., 2017).

A mobilidade durante o trabalho de parto permite o aumento do diâmetro pélvico, manter a mulher confortável, facilitando o período expulsivo. A posição de parto com sacro flexível influencia na redução da duração da segunda fase do trabalho de parto (Berta et al., 2019).

Foco de Atenção: Parto

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Facilitar trabalho de parto/nascimento

Intervenção: Assistir no posicionar

Especificação da intervenção: Assistir no posicionar

Atividades que concretizam a intervenção:

- Alternância de decúbito para decúbito lateral direito face à apresentação/ posição/variedade fetal e queixas maternas apresentadas.

Foco de Atenção: Parto

Dados: Refere dor intensa a nível pélvico à esquerda. O João encontra-se presente neste momento e está disponível para participar nos cuidados à Maria. Sugerida aplicação de calor na região lombo-sagrada que foi aceite. Tal como referido anteriormente a Maria pretende um ambiente calmo e tranquilo, recorrendo à musicoterapia.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

Intervenções:

- 1) Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto
- 2) Aplicar calor na região lombo-sagrada
- 3) Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto
- 4) Gerir ambiente físico para promover relaxamento
- 5) Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com a dor de trabalho de parto

Especificação da intervenção: Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- O marido foi incentivado a gerir o ambiente físico nomeadamente a regular a luminosidade da sala de acordo com as necessidades da Maria assim como garantir a colocação das suas músicas preferidas.

A presença de um acompanhante durante o processo de trabalho de parto e parto/nascimento proporciona benefícios não apenas do ponto de vista físico, nomeadamente a facilitação da evolução fisiológica do parto, promovendo sentimentos de conforto, segurança e confiança na parturiente. Esses benefícios expandem-se à consolidação dos vínculos familiares, facilitando a proximidade e o contacto entre a mulher, o acompanhante e o recém-nascido imediatamente após o momento do nascimento (Gomes et al., 2019). O apoio emocional proporcionado pelo acompanhante, especialmente quando este é alguém com quem a mulher possui um vínculo afetivo forte, contribui significativamente para aumentar a sua confiança durante o parto, permitindo que a mesma se sinta à vontade para expressar os seus sentimentos que, de outra forma, poderia não conseguir fazer nem os partilhar com os profissionais de saúde (Gomes et al., 2019).

A participação do acompanhante durante o trabalho de parto e parto/nascimento revela-se de extrema importância, minimizando os sentimentos de solidão e percepção da dor vivenciada pela mulher ao longo desse momento. A presença de uma pessoa conhecida, bem como as atitudes adotadas por esta durante este momento, proporciona às mulheres o conforto e a tranquilidade necessários, aumentando assim a sua confiança sentindo-se mais seguras. O suporte contínuo durante o trabalho de parto e parto/nascimento efetuado por uma pessoa de referência da parturiente, está correlacionado com resultados positivos quer para a mulher como para o recém-nascido. O apoio prestado pela pessoa significativa pode incluir incentivo e encorajamento verbal, contacto físico reconfortante assim como ser o elo na comunicação com a equipa de

profissionais de saúde, expressando as vontades da parturiente, cooperando para um ambiente mais acolhedor e humanizado (Bohren et al., 2017; Dodou et al., 2014).

Especificação da intervenção: Aplicar calor na região lombo-sagrada

Atividades que concretizam a intervenção:

- Neste caso prático para a aplicação de calor na região lombar recorreu-se à utilização de um lençol quente, aquecido na estufa do serviço.

A aplicação de calor tem a capacidade de aumentar a temperatura local da pele, promovendo a ativação da circulação sanguínea. Este aumento da circulação contribui para a redução dos espasmos musculares e eleva o limiar da dor. Pode ser realizada durante ou entre contrações e em diversas zonas do corpo, como por exemplo, nas costas, no pescoço, peito, rosto ou qualquer outra área dolorosa, conforme o que proporcionar maior conforto à mulher. Com recurso a uma toalha húmida quente, botija de aquecimento, uma embalagem de gel aquecida ou almofada térmica de sementes são diversas as opções a serem aplicadas na parte inferior do abdómen e das costas, virilhas, coxas, ombros ou períneo (Cardoso et al., 2023).

O calor induz a vasodilatação dos vasos sanguíneos na região afetada, resultando no aumento do fluxo sanguíneo local. Esse incremento no fluxo sanguíneo facilita o relaxamento muscular e reduz a tensão nos músculos, o que pode contribuir para o alívio da dor lombar associada ao trabalho de parto (Smith et al., 2018).

Simkin e Bolding (2004) defendem que, a aplicação de calor pode proporcionar conforto psicológico à parturiente, favorecendo uma sensação de alívio. Este conforto emocional é fundamental durante o processo de trabalho de parto, pelo que pode diminuir a ansiedade e o stress inerentemente associados a este

momento, contribuindo assim para uma experiência de parto mais positiva. O calor pode estimular a produção de endorfinas, neurotransmissores naturais do corpo com propriedades analgésicas. Essas endorfinas funcionam como analgésicos endógenos, atenuando a percepção da dor, promovendo uma sensação de bem-estar (Simkin & Ancheta, 2017).

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

Atividades que concretizam a intervenção:

- Aplicação de calor: Recurso a um lençol quente aplicado na região lombo-sagrada;
- Técnicas de respiração: Explicada a importância da respiração como ferramenta de distração e capacidade para lidar com a dor associada às contrações/posicionamento;
- Música: Acompanhante garante a colocação das suas músicas preferidas;
- Alternância de posicionamento: Decúbito lateral direito.

Especificação da intervenção: Gerir ambiente físico para promover relaxamento

Atividades que concretizam a intervenção:

- Ambiente da sala de partos: Garantida sempre a privacidade, temperatura regulada, luminosidade de intensidade leve, luz de presença para promover um ambiente mais calmo e relaxado.

Foco de Atenção: Parto

Dados: Refere dor intensa a nível pélvico à esquerda.

Diagnóstico: Dor de Trabalho de Parto

Objetivo: Controlar dor de trabalho de parto

Intervenção: Gerir analgesia

Especificação da intervenção: Gerir analgesia

Atividades que concretizam a intervenção:

- Mantém perfusão de Ropivacaína 20% pelo cateter epidural, com possibilidade de realizar bólus de forma manual em SOS, sempre que necessário, garantindo o intervalo de segurança da administração do fármaco. Programado bólus automático de 1h/1h.

10h45

De acordo com monitorização contínua de CTG, percecionamos a diminuição de presença de contrações. Aumento da perfusão de ocitocina para 30 ml/h de acordo com o protocolo de serviço.

- **Otimizar cateter venoso periférico.**

- **Vigiar CTG.**

- **Vigiar bem-estar fetal.**

11h00

Mantém intensidade de dor – grau sete, solicita ajuda para alternância de posicionamento. Questiono se posso examinar através do exame vaginal, ao qual recebi o seu consentimento. Explicada à Maria a importância da alternância de posições maternas que são facilitadoras na descida do feto no canal de parto.

Foco de Atenção: Parto

Dados:

- Colo do útero com dilatação completa;

- Colo do útero extinto;
- Apresentação cefálica;
- Posição e variedade: esquerda posterior;
- Bem-estar fetal: normal;
- Descida do feto: 3º plano de Hodge
- FCF: 110-160 bpm, com aceleração;
- Variabilidade: 5-25 bpm;
- Contratilidade uterina: 3 contrações em 10 minutos, de intensidade moderada;
- Movimentos fetais presentes;
- Dor grau 7 – dor do período expulsivo, na escala numérica da dor;
- Perda sanguínea vaginal escassa;
- Líquido amniótico de características normais, cor clara, cheio sui-generes;
- Sonda vesical, com débito urinário mantido;

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
- 2) Instruir e facilitar posições facilitadoras do trabalho de parto
- 3) Instruir e facilitar o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Especificação da intervenção: Instruir e facilitar posições facilitadoras do trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicada à Maria diversas posições que pode adotar durante o trabalho de parto que facilitam a progressão do feto.

A alternância de posicionamentos e de movimentos facilitam a descida e rotação da apresentação fetal. Adotada a posição de sentada na cama de parto, com recurso à lentilha, potenciando o movimento de assimetrias da bacia, facilitando o feto na progressão do canal de parto, dada a sua apresentação/posição/variedade fetal e queixas maternas apresentadas.

Especificação da intervenção: Instruir e facilitar o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Realizados movimentos de mobilização dos ossos da pelve com recurso à “lentilha”.

Existem diversos dispositivos que podem facilitar o trabalho de parto, promovendo um maior conforto e conseqüentemente permitindo que a parturiente mantenha posições durante mais tempo de forma confortável. Um desses dispositivos é denominado de disco insuflável para o apoio flexível da pelve (“bolacha” ou “lentilha”).

Utilizar a “lentilha” durante o trabalho de parto, devido à sua flexibilidade, permite manter uma certa liberdade de movimentos do sacro, que facilitam a descida da apresentação fetal. O sacro desempenha um papel significativo na biomecânica durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto. Esse osso é sustentado por diversos músculos, cuja tensão muscular quando existente, pode comprometer a mobilidade do mesmo. A presença de tensão muscular aumenta a probabilidade de apresentação pélvica, dor lombar, prolongamento do trabalho de parto, desconforto e dor. O sacro move-se num movimento rítmico, balançando para a frente e para trás entre a nutação e contranutação em sincronização com a respiração e o movimento. Esses movimentos revelam-se

essenciais para a função pélvica normal, incluindo atividades do dia-a-dia, como caminhar, correr, levantar e dobrar. O sacro ao estar em contranutação permite que a cabeça do bebé desça ao longo da pelve. É crucial a mobilidade do sacro de forma livre, sem estar pressionado, por exemplo, pela superfície da cama, assegurando que este se mova adequadamente, realizando a retração do cóccix (Cardoso et al., 2023).

A utilização de dispositivos facilitadores durante o trabalho de parto, como o disco insuflável (“lentilha”), é uma prática sustentada pela evidência científica que, demonstra os seus benefícios no que concerne à mobilidade pélvica, redução da dor, melhoria na progressão do trabalho de parto e num aumento da percentagem de partos eutócicos espontâneos. O disco insuflável favorece a mobilidade pélvica, possibilitando que a parturiente adote diversas posições que facilitam a descida da apresentação fetal. Este facilita a rotação e descida fetal no canal de parto, permitindo exista um ajuste do feto à estrutura pélvica reduzindo a probabilidade de distocia. As posições verticais favorecidas pelo uso do disco insuflável, usufruindo a força da gravidade, facilitam a descida fetal, o que consequentemente representa uma diminuição na duração do trabalho de parto e a uma menor incidência de intervenções obstétricas (Lawrence et al., 2013).

Foco de Atenção: Parto

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Facilitar trabalho de parto

Intervenção:

- 1) Gerir ingestão de líquidos

Especificação da intervenção: Gerir ingestão de líquidos

Atividades que concretizam a intervenção:

- Questionada se não pretende uma gelatina ou calipo (gelado), afirma que sim que quer uma gelatina. Providenciada uma gelatina. Mantém água à sua disposição.

A evidência científica sustenta que, em gravidezes de baixo risco é possível a ingestão de líquidos claros e ligeiras, favorecendo a manutenção da reserva energética (materna, fetal e atividade uterina) contribuindo para o equilíbrio nutricional, diminuindo o desconforto sentido e potenciando a satisfação materna. A OMS (2018), como citado em Singata et al. (2013), orienta para permissão de líquidos e alimentos em grávidas de baixo risco. Recomenda-se a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros até 2h antes da anestesia em gravidezes de baixo risco (American Society of Anesthesiologists [ASA], 2016). De acordo com o projeto da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) da OE (2012) o mesmo incentiva a ingestão de líquidos por via oral em quantidades moderadas durante o trabalho de parto e parto, em parturientes de baixo risco e com evolução normal do processo de trabalho de parto, podendo ingerir quantidades de chá, água e sumo de frutas sem polpa, em volumes não superiores a 100ml de 15 em 15 minutos.

Mantidas as intervenções explanadas anteriormente, no que diz respeito ao autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto e controlar dor de trabalho de parto (Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto; Aplicar calor na região lombo-sagrada; Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto; Gerir ambiente físico para promover relaxamento; Gerir analgesia – perfusão de ropivacaína 2%).

11h45

Maria refere dor muito mais intensa comparativamente com as dores sentidas anteriormente, menciona que tem vontade de puxar sentindo uma enorme pressão. Realizado exame vaginal com o seu consentimento.

Foco de Atenção: Parto**Dados:**

- Colo do útero com dilatação completa;
- Colo do útero extinto;
- Apresentação cefálica;
- Posição e variedade: esquerda anterior;
- Bem-estar fetal: normal;
- Descida do feto: 4º plano de Hodge
- FCF: 110-160 bpm, com aceleração;
- Variabilidade: 5-25 bpm;
- Contratilidade uterina: 4 contrações em 10 minutos, de intensidade moderada;
- Movimentos fetais presentes;
- Dor grau 8 – dor do período expulsivo, na escala numérica da dor;
- Perda sanguínea vaginal escassa;
- Líquido amniótico de características normais, cor clara, cheio sui-generes;
- Sonda vesical, com débito urinário mantido;

Diagnóstico: Trabalho de Parto**Objetivo:** Facilitar trabalho de parto/nascimento**Intervenção:** Assistir no posicionar**Especificação da intervenção:** Assistir no posicionar

Atividades que concretizam a intervenção:

- Alternância de posicionamento: posicionada na cama de parto em posição semi-sentada, por opção da parturiente e pela diminuição da mobilidade dos membros inferiores.

Foco de Atenção: Parto

Dados: Dor grau 8 – dor do período expulsivo. Parturiente posicionada em posição semi-sentada, a iniciar esforços expulsivos.

Mantém perfusão de Ropivacaína 20% pelo cateter epidural, com possibilidade de realizar bólus de forma manual em SOS, sempre que necessário, garantindo o intervalo de segurança da administração do fármaco. Programado bólus automático de 1h/1h.

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

Intervenções:

- 1) Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto
- 2) Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto
- 3) Gerir ambiente físico para promover relaxamento
- 4) Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com a dor de trabalho de parto

Especificação da intervenção: Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Presença do marido na sala de partos, encontra-se junto da Maria, ajudando a que esta controle a sua respiração durante os puxos espontâneos.

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

Atividades que concretizam a intervenção:

- Técnicas de respiração: Ferramenta essencial nos puxos espontâneos, assim como para lidar com a dor associada às contrações e à posição fetal no período expulsivo;
- Música: *Playlist* colocada anteriormente mantém-se;

Especificação da intervenção: Gerir ambiente físico para promover relaxamento

Atividades que concretizam a intervenção:

- Ambiente da sala de partos: Garantida sempre a privacidade, temperatura regulada, luminosidade de intensidade leve, luz de presença para promover um ambiente mais calmo e relaxado.

12h00

Foco de Atenção: Parto

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Prevenir laceração do períneo

Intervenção: Implementar medidas de proteção do períneo

Especificação da intervenção: Implementar medidas de proteção do períneo

Atividades que concretizam a intervenção:

- Realizada a técnica *hands-on*, massagem perineal e a manobra de *Ritgen*;

A prevenção do trauma perineal é exequível através da utilização de compressas quentes, das técnicas *hands-on* e *hands-off*, da alternância de posicionamento materno, da massagem perineal, da implementação da manobra de *Ritgen*, e em casos estritamente necessários a realização de episiotomia (Pereira et al., 2020).

A técnica *hands-on* caracteriza-se pelo contacto físico direto do profissional com o períneo da parturiente durante a fase de expulsão fetal. Esta técnica permite ao profissional exercer uma pressão controlada no períneo, proporcionando o suporte e auxílio na orientação do movimento da cabeça do feto durante a progressão pelo canal de parto, diminuindo a resistência muscular do períneo controlando a deflexão da cabeça gradualmente (Huang et al., 2020).

Foco de Atenção: Parto

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento

Intervenção: Executar técnica do parto

Especificação da intervenção: Executar técnica do parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Manutenção do campo esterilizado;
- Verificação da existência de circular do cordão umbilical;

12h15

Foco de Atenção: Parto

Dados:

Hora de Nascimento – 12h15;

Índice de Apgar – score ao 1º minuto: 9

Índice de Apgar – score ao 5º minuto: 10

Índice de Apgar – score ao 10º minuto: 10

A Maria quer fazer contacto pele a pele com a Inês quando esta nascer, que o corte tardio do cordão umbilical seja realizado pelo João (pai). Demonstra interesse e vontade em amamentar logo após o nascimento da Inês. Afirmou ter desenvolvido conhecimento sobre a amamentação no programa de preparação para o parto que realizou durante a gravidez.

Diagnóstico: Nascimento

Objetivo: Promover adaptação à vida extrauterina

Intervenções:

- 1) Executar clameamento do cordão umbilical
- 2) Encorajar o pai a cortar o cordão umbilical
- 3) Executar técnica de pele com pele
- 4) Colheita sanguínea do cordão umbilical para grupo
- 5) Promover a *Golden hour*

Especificação da intervenção: Executar clameamento do cordão umbilical

Atividades que concretizam a intervenção:

- Efetuado clameamento do cordão umbilical, depois do cordão deixar de pulsar (>1 min).

Especificação da intervenção: Encorajar o pai a cortar o cordão umbilical

Atividades que concretizam a intervenção:

- O cordão umbilical foi cortado pelo pai.

Quando o corte do cordão umbilical é efetuado pelo pai no momento do parto, verifica-se uma melhoria significativa no envolvimento emocional com o seu recém-nascido, fortalecendo o vínculo afetivo entre o pai e o bebé (Brandão, 2009).

Especificação da intervenção: Executar técnica de pele com pele

Atividades que concretizam a intervenção:

- Imediatamente após o nascimento;
- Colocada recém-nascida, Inês, na posição “*kanguru*”, em decúbito ventral sobre o tórax da Maria, pernas ligeiramente fletidas, em contacto pele com pele coberta com um lençol quente, cabeça lateralizada para a direita (local onde se encontrava o pai) permitindo que o nariz e boca estejam livres.

A OMS (2018) recomenda que todos os recém-nascidos, na ausência de complicações, devem ser mantido em contacto pele com pele com as suas mães na primeira hora após o nascimento, prevenindo a hipotermia e promovendo a amamentação. Este contacto permite reduzir o *stress* do recém-nascido, aumentar os níveis de ocitocina materna e fortalecer o *bonding* mãe/filho.

O contacto pele com pele entre a mãe e o recém-nascido é uma prática fundamental, oferecendo múltiplos benefícios para ambos. A evidência científica indica que este contacto promove a estabilização fisiológica do bebé, minimizando a variabilidade da sua frequência cardíaca, verifica-se uma diminuição da reatividade ao stress quer da mãe quer do recém-nascido, diminuindo assim os níveis de cortisol existentes, contribui para a regulação térmica, minimizando a incidência de hipotermia e fortalece o vínculo afetivo que facilita o início da amamentação. A colocação do recém-nascido em contacto pele com pele aumenta a contração uterina imediatamente após o parto, o que

se traduz numa melhoria da expulsão da placenta de forma completa e consequentemente, reduz a probabilidade de ocorrer uma atonia uterina (Ionio et al., 2021; Widström et al., 2019).

Especificação da intervenção: Colheita sanguínea do cordão umbilical para grupo

Atividades que concretizam a intervenção:

- Grupo sanguíneo da Mãe O positivo, pelo que implica a colheita de sangue do cordão umbilical para o grupo sanguíneo, de forma a verificar a possibilidade de existência de incompatibilidade ABO.

Especificação da intervenção: Promover a *Golden hour*

Atividades que concretizam a intervenção:

- Realizada técnica pele com pele de forma imediata e ininterrupta.

A *golden hour* promove a adaptação à vida extrauterina, permitindo que esta seja uma transição o mais fisiológica possível, ajudando na regularização cardiorrespiratória, fortalece o sistema imunitário do recém-nascido, previne hipotermia neonatal, favorece o aumento da produção de ocitocina permitindo a contração uterina evitando a hemorragia pós-parto (HPP), potencia a amamentação, evita a hipoglicemia neonatal, reduz o stress e potenciando o sono e relaxamento da mãe e do bebé. Para além de todos estes benefícios mencionados anteriormente, a *golden hour* revela-se de extrema importância pelo estímulo da ligação mãe/filho (Lamary et al., 2023; Schofiel & Winter, 2024;).

Foco de Atenção: Parto

Dados: Parto eutócico às 12h15.

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Facilitar trabalho de parto

Intervenção: Assistir na expulsão da placenta

Especificação da intervenção: Assistir na expulsão da placenta

Atividades que concretizam a intervenção:

- Suportar a expulsão da placenta: Realizada manobra de Dublin;
- Inspeccionar/avaliar as características da placenta e do cordão umbilical: **Placenta:** Completa (bordos regulares, cotilédones íntegros, bolsa amniótica com dois folhetos – âmnio e córion, inserção central do cordão umbilical), mecanismo *Duncan*, membranas íntegras, sem alterações da placenta;
Características do cordão umbilical: Duas artérias e uma veia, sem circular apertada, sem nó do cordão, efetuada colheita de sangue umbilical para grupo sanguíneo (grupo sanguíneo materno Orh +);
- Registo da hora e tipo da dequitação: **Hora da dequitação:** 12:25h; **Dequitação:** Espontânea.

12h25 – Após dequitação

Administradas 10 unidades de ocitocina numa glicose 5% de 500 ml/h, a perfundir em 30 minutos (OMS, 2014).

Foco de Atenção: Pós-parto

Dados: Hora dequitação – 12h25

Diagnóstico: Puerpério

Objetivo: Determinar evolução da recuperação pós-parto

Intervenção: Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Especificação da intervenção: Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Avaliar presença de globo de segurança de *Pinard* – formado
- Coloração dos lóquios: hemáticos
- Quantidade de lóquios: conforme a esperada
- Cheiro dos lóquios: *sui generis*
- Involução uterina: conforme o esperado

12h30

Foco de Atenção: Pele e mucosas

Diagnóstico: Laceração

Objetivo: Promover cicatrização da laceração

Intervenções:

- 1) Realizar higiene perineal
- 2) Suturar laceração
- 3) Aplicar frio

Especificação da intervenção: Realizar higiene perineal

Atividades que concretizam a intervenção:

- Higiene do períneo com água e compressas.

Especificação da intervenção: Suturar laceração

Atividades que concretizam a intervenção:

- Laceração perineal de 2º grau mediana, corrigida com sutura contínua nos músculos perineais e mucosa e na pele sutura

corrigida com pontos *donattis*. Analgesia epidural em perfusão, sem necessidade de analgesia dos nervos pudendos.

Especificação da intervenção: Aplicar frio

Atividades que concretizam a intervenção:

- Após higiene do períneo com água e compressas, colocada fralda e penso de gelo para alívio da dor e diminuição do edema perineal.

A aplicação de pensos de gelo na região perineal após o parto é uma prática que permite reduzir o edema, a dor e o desconforto, principalmente nas primeiras 24 a 48 horas após o parto. O gelo provoca vasoconstrição, diminuindo o fluxo sanguíneo e a formação de edema. O frio também controla a inflamação, retardando o metabolismo celular e a produção de substância inflamatórias (Beleza et al., 2017).

No decorrer da correção da laceração perineal averiguou-se junto da Maria qual o conhecimento existente acerca da sua higiene perineal.

Foco de Atenção: Pós-parto

Dados: A Maria refere não se recordar de como deverá fazer a sua higiene nesta fase.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre autocuidado pós-parto

Objetivo: Promover autogestão da recuperação pós-parto

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto
- 2) Ensinar sobre higiene perineal

Especificação da intervenção: Ensinar sobre higiene perineal**Atividades que concretizam a intervenção:**

- Explicada à puérpera de que forma deve realizar a sua higiene perineal prevenindo possíveis infeções, promovendo a cicatrização do períneo.

A zona perineal deve se manter o mais limpa e seca possível, deve lavar a região com água tépida após cada micção ou evacuação, com recurso ao chuveiro ou a uma garrafa de água (nas primeiras horas pós-parto). Os produtos de higiene devem evitar sabonetes perfumados, loções ou produtos que possam causar irritabilidade. A limpeza com água, e se necessário, um sabonete de pH neutro é suficiente para a realização da higiene. É importante, após a lavagem manter a zona perineal seca, pelo que deve secar delicadamente, utilizando uma toalha limpa e macia ou compressas, evitando efetuar uma fricção excessiva. Não é recomendado as lavagens internas na vagina, uma vez que pode alterar o equilíbrio natural da flora vaginal e aumentar o risco de infeção.

Não obstante, deverá efetuar a troca do penso higiénico com frequência, pelo menos a cada quatro horas ou de acordo com a perda hemática vaginal/lóquios, de forma a evitar a humidade dessa zona, que pode favorecer o crescimento bacteriano. É fundamental utilizar absorventes adequados para o fluxo pós-parto (Entidade Reguladora Saúde, 2023; Sociedade Portuguesa de Ginecologia, 2012;).

12h50

No seguimento da correção perineal urge a necessidade de avaliar a manutenção da presença do globo de segurança de *Pinard*. Ao realizar a avaliação útero este mantém-se contraído, quantidade de lóquios conforme a esperada, involução uterina expetável.

13h00

Após finalizados os cuidados de higiene perineal, ao inquirir a Maria sobre a sua vontade de amamentar a resposta foi positiva, reconhecendo os benefícios para si e para a sua filha. A amamentação na primeira hora de vida é de extrema importância, o recém-nascido encontra-se em estado de alerta e preparado para ser amamentado. Momento que potencia a ligação mãe-filho. Ao colocar a Inês em posição para amamentar, foi possível verificar que, os sinais de boa pega foram cumpridos. O corpo da bebé alinhado, em contacto com a mãe (barriga da bebé encostada à barriga da mãe), boca e nariz da bebé ao nível do mamilo, boca da bebé bem aberta, lábio inferior virado para a mama, aréola acima da boca mais visível do que a de baixo (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [APMGF], 2019).

As sucções da Inês são lentas e profundas, efetuando algumas pausas, as bochechas cheias e ouve-se o som da deglutição, a bebé mama calmamente, a mãe não sente dor ao amamentar. A Maria sente-se feliz pelo que se considera que esta apresenta capacidade para amamentar facilitadora.

14h15 – Pós-parto imediato (2h após a saída da placenta)

Compete ao EEESMO, no período de pós-parto imediato, estar atento a possíveis complicações. Neste caso clínico, realça-se a necessidade de vigiar a HPP assim como a retenção urinária. Define-se como HPP, a perda sanguínea vaginal acima de 500ml ou acima de 1000ml após o parto por cesariana nas primeiras 24 horas, ou qualquer perda de sangue pelo trato genital que cause instabilidade hemodinâmica (OMS, 2014). A retenção urinária surge associado ao uso de analgesia epidural durante o trabalho de parto, o que impossibilita a capacidade de esvaziar a bexiga de forma espontânea, não permitindo a involução uterina – contratilidade do útero, bem como potencia o risco de infeções urinárias.

Foco de Atenção: Pós-parto

Dados: A Maria encontra-se no período de pós-parto imediato, 2 horas após a saída da placenta.

Diagnóstico: Puerpério

Objetivo: Determinar evolução da recuperação pós-parto

Intervenção: Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Especificação da intervenção: Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Contração do útero pós-parto: útero contraído
- Coloração dos lóquios: hemáticos
- Quantidade de lóquios: conforme a esperada
- Cheiro dos lóquios: *sui generis*
- Involução uterina: conforme o esperado

Foco de Atenção: Retenção urinária

Dados: A Maria durante o período de trabalho de parto e parto, manteve perfusão de analgesia epidural, pelo que aumenta o risco de retenção urinária, podendo comprometer a involução uterina. Importa estimular a eliminação urinária de forma espontânea neste período. Para tal, providenciou-se dispositivos para o uso do sanitário nomeadamente a aparadeira, onde esta urinou espontaneamente.

Tabela 2 - Atitudes Terapêuticas: Gestão do trabalho de parto espontâneo no segundo, terceiro e quarto estadio

	9h	10h	11h	12h	14h
Cateter venoso periférico	- Executar tratamento ao local de inserção de cateter venoso periférico - Otimizar cateter venoso periférico - Vigiar local de inserção do cateter - Vigiar penso do cateter	10h45 - Otimizar cateter venoso periférico	-	- Otimizar cateter venoso periférico	14h15 - Otimizar cateter venoso periférico
Cateter urinário: Sonda Vesical	- Otimizar cateter urinário	-	- Otimizar cateter urinário - Monitorizar eliminação urinária	- Remover cateter urinário	-
Cateter epidural	- Vigiar penso do cateter epidural - Otimizar cateter epidural	-	-	12h45 - Clampar cateter epidural	14h15 - Remover cateter epidural
Sinais Vitais (h/h)	TA: 105/69 FC: 87 SpO2: 97	TA: 133/61 FC: 75 SpO2: 98	TA: 129/55 FC: 61 SpO2: 98	TA: 138/70 FC: 63 SpO2: 98	14h15 TA: 122/60 FC: 60 SpO2: 97
Cardiotocografia Wireless	- Vigiar CTG contínua - Vigiar bem-estar fetal	- Vigiar CTG contínua - Vigiar bem-estar fetal	- Vigiar CTG contínua - Vigiar bem-estar fetal	- Vigiar CTG contínua - Vigiar bem-estar fetal	-

1.2. Indução de trabalho de parto numa grávida com hipertensão gestacional

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

De acordo com as competências específicas preconizadas pela OE, o EEESMO deve ser capaz de identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto assim como os desvios de padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando sempre as situações que estão para além da sua área de atuação. Deve conseguir ainda, planejar, implementar e avaliar intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante e trabalho de parto, cooperando com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto (Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

O caso clínico em questão evidencia-se bastante relevante no que concerne a cuidar da mulher com complicações associadas no período de trabalho de parto, em virtude dos riscos obstétricos existentes, nomeadamente a parturiente apresentar hipertensão gestacional e a particularidade de ter tido uma experiência de cesariana anteriormente, são duas situações que refletem a necessidade de adaptar as intervenções de acordo com os fatores de risco existentes, demonstrando assim o cumprimento das competências específicas do EEESMO e o compromisso com a segurança e bem-estar materno-fetal. A atuação enquanto futura EEESMO na monitorização contínua materno-fetal, na deteção precoce de sinais de possíveis complicações é crucial, sabemos que a presença de uma cesariana anterior aumenta significativamente o risco de rutura uterina, especialmente no trabalho de parto induzido, o que requereu de mim uma vigilância rigorosa e a prontidão para atuar em conformidade com os protocolos do serviço instituídos. Considerando a hipertensão gestacional conjuntamente com a cesariana prévia uma situação de risco obstétrico, a indução do trabalho de parto, foi alvo de discussão entre a equipa médica e de enfermagem, garantindo sempre a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A OMS (2014), recomenda que mulheres com pré-eclâmpsia leve ou hipertensão gestacional a termo, induzam o parto. A evidência mais científica mais recente, afirma que a indução do trabalho de parto após as 34 semanas de gestação nas doenças hipertensivas da gravidez está associada a uma menor mortalidade e morbidade materna, sendo que a indução entre as 38 e as 39 semanas no caso da hipertensão gestacional/crónica, representa um menor risco materno e neonatal (Torres, 2021). O protocolo de serviço instituído, preconiza a indução de trabalho de parto em casos de hipertensão gestacional, entre as 38 e 39 semanas de gestação, minimizando o risco de complicações materno-fetais, associados a esta condição, como por exemplo, a pré-eclâmpsia, eclâmpsia, insuficiência placentária, o restrição do crescimento fetal, entre outras.

Como futura EEESMO, a intervenção na gestão da dor durante o período de trabalho de parto é fundamental, especialmente em cenários clínicos complexos como o que foi descrito anteriormente. Neste contexto, a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto considero ter sido uma escolha pertinente, considerando-se a necessidade de um acompanhamento contínuo e personalizado, inerente às competências específicas do EEESMO.

As estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como técnicas de relaxamento, respiração controlada, a música, as massagens e a utilização de bolas de parto, são amplamente recomendadas para promover o bem-estar da parturiente e reduzir a percepção de dor. Estas abordagens são baseadas em evidências científicas que demonstram a sua eficácia na redução do desconforto, minimizando a necessidade de intervenções farmacológicas e, conseqüentemente, diminuindo o risco de efeitos adversos tanto para a mãe como para o feto.

No caso específico de uma parturiente com hipertensão gestacional e história de cesariana prévia, a escolha por técnicas não farmacológicas é ainda mais relevante. O uso de métodos não invasivos permite um maior controlo sobre o progresso do trabalho de parto e evita potenciais complicações decorrentes do uso de anestésicos ou outras intervenções farmacológicas, que poderiam

agravar o quadro hipertensivo ou contribuir para a instabilidade hemodinâmica da parturiente.

A gestão da dor no trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas, aliada à vigilância ativa e à aplicação das competências específicas do EEESMO, mostrou-se uma abordagem eficaz e segura. A integração de cuidados centrados na parturiente, respeitando as suas necessidades e preferências, bem como a antecipação e mitigação de riscos, são essenciais para garantir os níveis de segurança e qualidade dos cuidados prestados, e consequentemente contribuir para uma experiência positiva de parto.

CENÁRIO CLÍNICO

Valentina (nome fictício), 33 anos de idade, casada, vive com o marido (Pedro – nome fictício). Antecedentes pessoais: tabagismo. Complicações na gravidez: hipertensão gestacional. Medicação na gestação: suplementação com o gestacare. Segunda gesta, um para, cesariana anterior em 2014, gestação de 38s6d, grupo sanguíneo AB positivo, SGB negativo, internada para indução do trabalho de parto pela hipertensão gestacional.

De acordo com o protocolo de serviço para indução do trabalho de parto com cesariana anterior, a Valentina iniciou a mesma pelas 11h, com recurso à dilatação mecânica através do balão transcervical – sonda de *folley*, por apresentar um índice de *Bishop* um (colo do útero inteiro e posterior, um cm de dilatação). Pelas 12h15 a sonda de *folley* exteriorizou-se, coincidindo com o aumento da perceção da dor sentida pela Valentina. Administrado paracetamol via endovenosa 1g pelas 12h30. Apresenta cateter venoso periférico obturado. Colheu estudo analítico no turno da manhã (pelo risco de hipertensão gestacional possibilidade de desenvolver pré-eclâmpsia) sem alterações.

MEDICAÇÃO

OCITOCINA

A ocitocina é um uterotónico, agente farmacológico que pode ser utilizado para potenciar a tonicidade ao útero ou induzir a contratilidade uterina. É utilizada em situações como, a indução do trabalho de parto (por gravidez prolongada, rutura prematura de membranas, hipertensão induzida pela gravidez – pré-eclâmpsia), estimulação do trabalho de parto, prevenção e tratamento da atonia uterina e hemorragias pós-parto, ou ainda, no primeiro estadio da gravidez em caso de aborto incompleto/inevitável/falhado. Na perfusão intravenosa para indução do trabalho de parto, a administração de ocitocina em doses excessivas resulta numa sobre-estimulação uterina que pode motivar o sofrimento fetal, asfixia e morte fetal ou pode conduzir a hipertonidade, contrações tetânicas ou rutura do útero. A injeção por bólus intravenoso rápido de oxitocina em doses de várias U.I. pode resultar num episódio agudo de hipotensão de curta duração, acompanhado de rubor e taquicardia. A sua forma de apresentação é solução injetável, 5ui/ml, deve ser diluída 5ui em 500ml de glucose 5%, administrada via endovenosa. É conservada no frigorífico, temperatura entre 2° e 8°C (Alfasigma, 2018).

Turno efetuado: Tarde (14h00 às 20h30), do dia 31 de Novembro de 2023 (Data fictícia)

14h30

Apresentei-me à Valentina enquanto enfermeira e estudante do MESMO que a irá acompanhar durante o turno da tarde bem como no seu processo de indução de trabalho de parto. Questionei-a sobre as suas vontades e expectativas para este momento tão significativo para si, considerando que não possui plano de parto, de forma a garantir a continuidade dos cuidados.

Questionei se poderia proceder à monitorização cardíaca fetal (sistema *wireless*) bem como o exame vaginal, dado que, a sonda de *folley* tinha-se exteriorizado

ainda no turno da manhã, e que deveríamos avaliar como estaria a sua evolução do trabalho de parto para que, de acordo com o protocolo do serviço e em discussão com a equipa médica, pudéssemos intervir de forma a dar continuidade à indução do trabalho de parto. Obtive o seu consentimento para monitorizar o feto e proceder à realização do exame vaginal.

Foco de Atenção: Parto

Dados: A Valentina encontra-se em processo de indução de trabalho de parto. A sonda de *folley* exteriorizou-se e para que se possa dar continuidade ao processo de indução de trabalho de parto, procedeu-se ao exame vaginal.

- Colo do útero com 2cm de dilatação;
- Colo do útero 50% extinto;
- Bem-estar fetal normal;
- FCF: 110-160 bpm, com aceleração;
- Variabilidade: 5-25 bpm;
- Sem contratilidade uterina
- Movimentos fetais presentes;
- Sem dor;
- Sem perda sanguínea vaginal;

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Facilitar trabalho de parto/nascimento

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do trabalho de parto
- 2) Colocar perfusão de ocitocina

Especificação da intervenção: Colocar perfusão de ocitocina

Atividades que concretizam a intervenção:

- O índice de *Bishop* pontua um seis, pelo que segundo o protocolo de serviço poderá iniciar a perfusão de ocitocina via endovenosa. Por ausência de contratilidade uterina, conforme indicação médica inicia perfusão de ocitocina via endovenosa a 12ml/h às 14h45.

16h00

A Valentina refere dor de grau quatro na escala numérica da dor, mas não sabe muito bem porque surgiu esta dor, se é associado à contração ou não. Informou que, antes de lhe ser administrada novamente medicação, gostaria de tentar outros métodos, questionando-me se haveria algo que pudesse fazer de forma a se sentir mais aliviada. Questionei-a se tinha feito preparação para o parto, ao qual a mesma me responde que não e que também não tem conhecimento sobre estratégias de alívio da dor uma vez que o parto anterior foi uma cesariana há nove anos.

Pode-se verificar pela monitorização contínua fetal que, houve um aumento da dinâmica de contratilidade uterina, frequência da contração uterina – duas contrações em 10 minutos, ao qual se associa a dor percecionada pela parturiente.

Foco de Atenção: Conhecimento sobre trabalho de parto

Dados: A Valentina refere intensidade de dor de grau 4, mas não sabe porque sente essa dor, se é associado à contração ou não.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre dor de trabalho de parto

Objetivo: Promover conhecimento sobre dor de trabalho de parto

Intervenção: Ensinar sobre dor de trabalho de parto

Especificação da intervenção: Ensinar sobre dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicado à Valentina o porquê de sentir dor. Em virtude da indução do trabalho de parto com ocitocina, esta potencia o aumento do padrão da contratilidade uterina e conseqüentemente, o aumento de dor percebida pela mesma.

A dor do trabalho de parto é considerada como uma dor aguda e com uma curta duração, iniciando-se com a origem das contrações uterinas mantendo-se durante todo o processo de trabalho de parto e parto (Santana et al., 2010).

Segundo Gayeski e Brüggemann (2010), a dor é inerente a própria natureza humana e, não está associada à patologia, mas sim à experiência de gerar uma nova vida.

No primeiro estadio do trabalho de parto, a dor surge devido à contratilidade uterina, à dilatação do colo do útero e ainda à distensão do segmento inferior do útero. À medida que o trabalho de parto evolui a dor intensifica-se e estende-se até à região infra-umbilical, lombar e sagrada (Nené et al., 2016).

Foco de Atenção: Parto

Dados: A Valentina solicitou que, antes de lhe ser administrada novamente medicação, gostaria de tentar outros métodos. Questionou-me se haveria algo que pudesse fazer de forma a se sentir mais aliviada, visto que não sabia.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

Objetivo: Promover autocontrolo - lidar com a dor de trabalho de parto

Intervenção: Ensinar sobre o uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

Especificação da intervenção: Ensinar sobre o uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicado à parturiente que durante o trabalho de parto existem estratégias que podem ser utilizadas de forma a minimizar a intensidade da dor, nomeadamente a aplicação de calor, a massagem suave, as técnicas de respiração, a música, a mobilidade/verticalidade e alternância de posições ou qualquer outro método que resulte para que se sinta relaxada.

A música tem como finalidade desviar a atenção das mães, reforçar a capacidade de autocontrolo e diminuir a perceção da dor que estas vivenciam.

Segundo a teoria da audição, a excitação de um centro nervoso no córtex cerebral tende a inibir os centros nervosos circundantes. Como os centros auditivos e os de dor estão localizados no lobo temporal do cérebro, a estimulação do centro auditivo através da música pode suprimir os centros de dor adjacentes (Zuarez-Easton et al., 2023).

A estimulação musical promove a libertação de endorfinas na mãe, que são neuropeptídeos produzidos de forma natural pela hipófise e têm um enorme potencial de atuar como analgésico. Desta forma, a música durante o trabalho de parto induz uma sensação de relaxamento, permitindo que a sensibilidade às contrações uterinas sejam mais toleráveis. Isto ocorre porque as áreas cerebrais associadas às emoções são ativadas, proporcionando assim uma experiência mais positiva (Silva et al., 2019).

A musicoterapia, como método não farmacológico para alívio da dor durante o parto, oferece conforto e relaxamento à parturiente ao reduzir a perceção da dor, sem recorrer à analgesia medicamentosa. O menor recurso aos métodos farmacológicos, possibilitam uma maior liberdade de posições e movimentos, contribuindo para uma experiência positiva. A música revela-se como um método não invasivo, simples, sem custo associado, eficiente, seguro e isento de efeitos colaterais, podendo ser utilizada eficazmente para o alívio da dor no parto (Lorencetto et al., 2021).

A diversa evidência científica sugere que a música pode ter um impacto significativo na redução da dor, promovendo o relaxamento, o conforto e o bem-estar emocional para as parturientes, melhorando a experiência da mãe de uma forma em geral, contribuindo para um ambiente mais calmo e acolhedor. A sua utilização poder reduzir a necessidade de intervenções farmacológicas, diminuindo os riscos coadjuvantes (Silva et al., 2024).

As técnicas de respiração desempenham um papel fundamental no alívio da dor durante o trabalho de parto. A respiração deve ser lenta, profunda e controlada para promover o relaxamento e reduzir a tensão muscular durante as contrações, minimizando a sensação de dor. Esta técnica pode ser combinada com outras práticas de alívio da dor conduzindo a que as mulheres possam vivenciar uma experiência de trabalho de parto/parto mais positiva e satisfatória (Bonapace et al., 2018).

Uma respiração adequada desempenha um papel crucial na redução da sensação dolorosa, promovendo o relaxamento e reduzindo a ansiedade. Durante a primeira fase do trabalho de parto, é recomendado priorizar a respiração torácica lenta, com inspirações e expirações profundas e prolongadas, seguindo um ritmo natural, especialmente durante as contrações uterinas (Lowdermilk & Perry, 2009).

Cardoso et al. (2023), defende que as técnicas respiratórias são aplicadas para aliviar a dor e proporcionar uma sensação de calma e confiança. A respiração contribui para um aumento do relaxamento durante o trabalho de parto desviando a atenção das mulheres da dor que estas sentem. A técnica ao ser utilizada de forma focada esta pode reforçar a confiança e a capacidade da mulher para enfrentar as contrações, revelando ser uma das ferramentas mais eficazes no processo de trabalho de parto.

A massagem é um dos métodos não farmacológicos de alívio da dor e desconforto, contribuindo para a diminuição da ansiedade, fadiga muscular e stress, potenciando o relaxamento muscular, dado que possui um efeito sedo-analgésico. A técnica quando utilizada no início do trabalho de parto, apresenta uma maior eficácia no alívio da dor, considerando que favorece a redução do

stress e ansiedade associados a esse período. Não obstante, que possibilita a participação ativa do acompanhante, contribuindo para um maior nível de satisfação quer para a parturiente quer para o acompanhante (Coelho et. al., 2018).

A massagem suave constitui um método eficaz para promover a libertação de hormonas analgésicas, enquanto inibe alguns dos sinais nociceptivos. Os efeitos da massagem incluem o alívio da dor, o relaxamento muscular, a autogestão da ansiedade, a criação de uma sensação de segurança, a melhoria da satisfação e do estado emocional materno. Esta técnica pode ser aplicada durante ou no intervalo entre as contrações, sendo realizada nas áreas de preferência da mulher, como o abdómen, os ombros, as costas, as pernas e o sacro (Cardoso et al., 2023).

Durante o trabalho de parto revela-se importante que, a mulher se mobilize privilegiando a liberdade da bacia de forma a adotar diferentes posições. Ao assumir posições verticais existe um fator facilitador que contribui para a descida do feto, sendo este a ação do efeito da gravidade. Durante o trabalho de parto, estas posições, permitem uma diminuição da dor e, conseqüentemente, um aumento da capacidade da mulher para realizar posteriormente esforços expulsivos eficientes. A mobilidade beneficia as contrações uterinas, o movimento da bacia e, para além disso, melhora a perfusão dos tecidos (melhorando a oxigenação do feto), nomeadamente a irrigação do útero, tornando as contrações mais eficazes. Os diâmetros pélvicos tornam-se mais favoráveis com o decorrer do trabalho de parto, promovendo um movimento fetal mais facilitador para o momento do parto. Assim, o feto tem uma melhor adaptação à bacia materna, diminuindo o tempo de trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2009).

A utilização da bola de pilates favorece o recurso a posições verticais, proporcionando à parturiente uma posição mais cómoda e confortável durante o trabalho de parto, o que permite o alívio da dor na região lombar bem como facilitar o processo do parto (Lopes et al., 2003, como citado em Dias, 2016). Fisicamente, este dispositivo facilita um correto posicionamento da parturiente,

minimizando a sensação de dor durante o período das contrações uterinas, enquanto esta se encontra em movimento. Devido à sua natureza dinâmica, a bola de pilates, melhora a postura corporal, o equilíbrio, a coordenação motora e a consciência corporal, para que a mulher seja capaz de manter o controlo e a confiança do seu próprio corpo (Gau et al., 2011, como citado em Dias, 2016).

16h30

Foco de Atenção: Parto

Dados: A Valentina afirma que gostaria de colocar em prática algumas das estratégias explicadas anteriormente, de forma a tentar minimizar a dor sentida, antes de recorrer à medicação.

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

Objetivo: Promover autocontrolo - lidar com a dor de trabalho de parto

Intervenções:

- 1) Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto
- 2) Gerir ambiente físico para promover o relaxamento
- 3) Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto
- 4) Executar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

Especificação da intervenção: Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- A Valentina encontra-se acompanhada pelo marido, a presença deste tornou-se imprescindível na capacitação e mestria da esposa no que concerne ao autocontrolo para lidar com a dor de

trabalho de parto. Foi o marido quem realizou a massagem à Valentina assim como a orientou com a técnica de respiração em cada momento que a dor aumentava.

Especificação da intervenção: Gerir ambiente físico para promover o relaxamento

Atividades que concretizam a intervenção:

- Ambiente da sala de partos: Garantida sempre a privacidade, temperatura regulada, luminosidade de intensidade leve, luz de presença para promover um ambiente mais calmo e relaxado.

Especificação da intervenção: Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Exemplificação das diversas técnicas:
 - a) Relaxamento com música;
 - b) Massagem na bola de pilates e relaxamento com a técnica de respiração;
 - c) Movimento usando a bola de pilates.
- No quarto foi possível colocarmos música ao gosto do casal, dado que, todas as salas de parto têm disponível para utilização livre um computador com acesso *wireless*. Para além disso, a presença do marido da Valentina permitiu que, este realiza-se com ela a técnica de respiração enquanto a massajava a nível lombar (zona de maior intensidade de dor). Posteriormente, a parturiente recorreu à utilização da bola de pilates, permitindo a melhoria da postura corporal minimizando a dor que sente. Embora tenha em curso a perfusão de ocitocina, é possível que a mesma consiga estar sentada na bola monitorizada

continuamente pelo sistema *wireless* garantindo a sua segurança bem como o bem-estar fetal.

Especificação da intervenção: Executar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- O Pedro, executou a massagem à Valentina, a mesma encontrava-se sentada na bola de pilates. Primeiramente, este começou por remover objetos de que a pudessem magoar, nomeadamente a aliança, aqueceu as mãos com o movimento de fricção uma na outra, com recurso ao óleo essencial de lavanda que utilizou para a realização da técnica. A massagem realizada inicialmente foi na zona cervical, e à medida que as contrações aumentavam a sua intensidade, o Pedro realizava a massagem na zona lombar, zona essa de maior pressão sentida pela Valentina. À medida que o Pedro a massajava, com movimentos circulares exercendo alguma pressão nas costas da parturiente, esta, controlava a sua respiração em sintonia com movimentos de assimetria da bacia, como técnica de distração da dor sentida.
- A Valentina conjuntamente com o seu marido, colocaram em prática as estratégias abordadas anteriormente através da minha exemplificação.

17h30

A Valentina e o seu marido demonstraram ser capazes de utilizar as diversas técnicas de forma a minimizar a intensidade da dor sentida associada à contratilidade uterina.

Tabela 3 - Atitudes Terapêuticas: Indução de trabalho de parto numa grávida com hipertensão gestacional

	14h	15h	16h	17h
Cateter venoso periférico	14h45 - Otimizar cateter venoso periférico - Vigiar local de inserção do cateter - Vigiar penso do cateter			
Sinais Vitais (h/h)	14h30 TA: 128/75 FC: 85 36,9°C		TA: 133/79 FC: 76	
Cardiotocografia Wireless	14h30 - Vigiar CTG contínua - Vigiar CTG contínua - Vigiar bem-estar fetal - Vigiar bem-estar fetal	- Vigiar CTG contínua	- Vigiar CTG contínua	- Vigiar CTG contínua

1.3. Hemorragia pós-parto e hipotensão

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

Compete ao EEESMO identificar complicações decorrentes no pós-parto imediato, bem como atuar e cooperar com a equipa multidisciplinar no tratamento da parturiente (Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

A HPP é uma das complicações obstétricas mais significativas e uma das principais causas de mortalidade materna em todo o mundo (Moreira et al., 2023). O reconhecimento precoce, a intervenção eficaz e gestão adequada desta condição pelo EEESMO revelam-se fundamentais para assegurar a segurança da mulher no período pós-parto. Não descorando que, a hipotensão

associada à HPP representa um risco imediato à vida da mulher, exigindo uma resposta rápida e precisa por parte do EEESMO.

Esta avaliação deve incluir a monitorização contínua dos sinais vitais da parturiente, atendendo à pressão arterial não invasiva, à frequência cardíaca e o nível de consciência/estado de alerta, bem como a observação do volume e das características das perdas sanguíneas. O EEESMO deve ser capaz de reconhecer sinais de choque hipovolémico iminente, como palidez, sudorese fria e taquicardia compensatória.

Após a identificação da HPP, o EEESMO deve agir prontamente na implementação de medidas terapêuticas de emergência. Estas medidas incluem, referenciar a equipa médica transmitindo claramente o diagnóstico identificado, atuar de acordo com o protocolo de serviço instituído que poderá ter como resposta: a administração de uterotónicos para promover a contração uterina, a compressão bimanual do útero e, se necessário, a preparação para intervenções mais invasivas, como a sutura de lacerações ou a preparação para transfusões de sangue. A administração de fluídos intravenosos e, em casos graves, de sangue, é essencial para corrigir a hipotensão e restabelecer a estabilidade hemodinâmica.

Além da intervenção direta, o EEESMO tem a responsabilidade de explicar tudo o que se sucede à parturiente e respetiva pessoa significativa, quais as intervenções que estão a ser realizadas e qual o seu objetivo das mesmas, promovendo a confiança e diminuindo a ansiedade sentida pelos mesmos neste momento crítico.

Este caso prático ilustra a implementação de competências do EEESMO na atuação de uma situação emergência, pelo que se demonstrou eficaz a comunicação existente entre a equipa, a aplicação do protocolo de serviço na resolução da HPP e hipotensão associada, contribuiu de forma significativa para a segurança e bem-estar materno, assegurada uma prática baseada em evidência. Denote-se que, apesar da situação de emergência foi possível providenciar o contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido.

CENÁRIO CLÍNICO

Margarida (nome fictício), 21 anos de idade, vive com o namorado (Alberto – nome fictício). É saudável, sem antecedentes pessoais de doença relevantes. Primigesta, gestação de 40s1d, grupo sanguíneo A positivo, SGB negativo, internada na sala de partos por um parto eutócico às 05:00h. Durante processo de trabalho de parto e parto bem-estar materno fetal assegurado através da monitorização contínua. Estabilidade hemodinâmica da mulher durante todo o processo de trabalho de parto e parto. Mantém perfusão de analgesia epidural.

Parto decorreu sem intercorrências:

- Efetuado clampeamento do cordão umbilical, depois do cordão deixar de pulsar (>1 min);
- Índice Apgar: 9/10/10 (1º; 5º; 10º minuto);
- Dequitação ocorreu 35 minutos após o parto, adotada uma atitude expectante – método fisiológico;
- Placenta completa (bordos regulares, cotilédones íntegros, bolsa amniótica com dois folhetos – âmnio e córion, inserção central do cordão umbilical), mecanismo *Duncan*, membranas íntegras, sem alterações da placenta; Características do cordão umbilical: Duas artérias e uma veia, sem circular apertada, sem nó do cordão;
- Administradas 10 unidades de ocitocina numa glicose 5% de 500 ml/h, a perfundir em 30 minutos;
- Quantidade de lóquios: conforme a esperada;
- Contração do útero pós-parto: útero contraído;
- Episiotomia e laceração vaginal alta – mantém perfusão de Ropivacaína 2% pelo cateter epidural, sem necessidade de reforçar analgesia dos nervos pudendos;
- Contacto pele com pele com a mãe (aproximadamente 35 minutos).

MEDICAÇÃO

OCITOCINA

A ocitocina é um uterotónico, agente farmacológico que pode ser utilizado para potenciar a tonicidade ao útero ou induzir a contratilidade uterina. É utilizada em situações como, a indução do trabalho de parto (por gravidez prolongada, rutura prematura de membranas, hipertensão induzida pela gravidez – pré-eclâmpsia), estimulação do trabalho de parto, prevenção e tratamento da atonia uterina e hemorragias pós-parto, ou ainda, no primeiro estadió da gravidez em caso de aborto incompleto/inevitável/falhado. Na perfusão intravenosa para indução do trabalho de parto, a administração de ocitocina em doses excessivas resulta numa sobre-estimulação uterina que pode motivar o sofrimento fetal, asfixia e morte fetal ou pode conduzir a hipertonicidade, contrações tetânicas ou rutura do útero. A injeção por bólus intravenoso rápido de oxitocina em doses de várias U.I. pode resultar num episódio agudo de hipotensão de curta duração, acompanhado de rubor e taquicardia. A sua forma de apresentação é solução injetável, 5 U.I./ml, deve ser diluída 5 U.I em 500ml de glucose 5%, administrada via endovenosa. É conservada no frigorífico, temperatura entre 2° e 8°C (Alfasigma, 2018).

EFEDRINA

A efedrina é uma amina simpaticomimética que atua nos recetores alfa e beta, ocorrendo a sua ação a nível do sistema nervoso central. É utilizada para reverter a hipotensão, desencadeada pelos fármacos anestésicos, estimulando a resposta do sistema cardiovascular com o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial. Indicação para ser utilizada no tratamento da hipotensão durante a anestesia espinal ou epidural. Apresenta como efeitos colaterais as náuseas, vômitos, palpitações cardíacas, aumento da frequência cardíaca, ansiedade, agitação ou retenção urinária. Apresenta-se sobre a forma de solução injetável: 50 mg/ml (de sulfato); amp. 1 ml – endovenosa (Infarmed, 2023).

Turno efetuado: Noite (20h00 às 08h30), do dia 7 de Dezembro de 2023 (Data fictícia)

05h45

A Margarida, imediatamente após o momento em que sucedeu a dequitação refere uma sensação de mau estar generalizado, visão turva, palidez cutânea, apresenta uma tensão arterial (TA) de 73/55 mmHg, e uma perda abundante de sangue aproximadamente 600ml aquando da correção da episiotomia e laceração vaginal alta, momento em que o útero não se encontrava contraído.

Foco de Atenção: Pós-parto

Dados: A Margarida apresenta uma perda de sangue abundante aproximadamente de 600ml aquando da correção da episiotomia e da laceração vaginal alta.

Diagnóstico: Hemorragia Pós-parto

Objetivo: Promover evolução da recuperação pós-parto

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução da recuperação pós-parto
- 2) Referenciar complicação pós-parto ao médico
- 3) Implementar intervenções para o tratamento da hemorragia pós-parto

Especificação da intervenção: Referenciar complicação pós-parto ao médico

Atividades que concretizam a intervenção:

- Comunicado à equipa médica o diagnóstico de forma clara, solicitando apoio de obstetrícia e anestesiologia;

Especificação da intervenção: Implementar intervenções para o tratamento da hemorragia pós-parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Realizar massagem uterina;
- Garantir esvaziamento vesical (Parturiente desalgaliada imediatamente no momento prévio ao parto, sem globo vesical)
- Assegurar acesso venoso periférico de maior calibre (14G ou 16G), preferencialmente nas veias do antebraço (veia cubital mediana)
- Administrar bólus de ocitocina consoante prescrição médica;
- Monitorização contínua de pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca (FC), saturação periférica de oxigénio (spO₂) e frequência respiratória (FR);
- Administrar soroterapia: para reposição de volume com cristaloides.

Com o intuito de solucionar a HPP atuou-se de acordo com o protocolo de serviço instituído, que se baseia nas orientações da OMS (2014). A mesma evidencia que o uso de protocolos formais elaborado pelas instituições de saúde na atuação da prevenção e tratamento são recomendadas e revelam-se eficazes.

A HPP, definida como uma perda de 500 ml ou mais de sangue nas primeiras 24 horas após o parto, ou como uma perda grave de 1000 ml ou mais durante esse mesmo período, é uma condição que afeta cerca de 2% das parturientes (OMS, 2014). Esta condição representa a principal causa de mortalidade materna em países subdesenvolvidos e é responsável por aproximadamente um quarto das mortes maternas a nível global, sendo que a maioria das mortes ocorre nas primeiras 24 horas pós-parto. Muitas dessas mortes poderiam ser evitadas

através da administração profilática de uterotônicos durante a terceira fase do parto bem como da realização de uma gestão adequada da situação. Além disso, a HPP contribui significativamente para a morbidade materna grave, incapacidades prolongadas e outras condições críticas, tais como o choque e disfunção orgânica, associadas à perda substancial de sangue (Freitas et al., 2021; OMS, 2014).

A atonia uterina é a principal causa de HPP, embora outras condições, como traumatismos do trato genital, que incluem as lacerações vaginais e cervicais, a rutura uterina, a retenção de tecidos placentários e os distúrbios de coagulação materna, também possam desencadear uma HPP. Embora a maioria das mulheres que sofrem complicações da HPP não apresentem fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis, a grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas a um risco aumentado de hemorragia após o parto. Adicionalmente, a anemia pré-existente pode agravar a HPP, potenciando que, até mesmo uma perda sanguínea menor possa conduzir a complicações clínicas adversas. (Freitas et al., 2021; OMS, 2014).

A OMS (2014) recomenda o uso de uterotônicos, destacando a ocitocina como a primeira escolha no tratamento da HPP, dada a sua eficácia em promover a contração uterina e, assim, reduzir a perda sanguínea. A massagem uterina deve ser realizada imediatamente após o diagnóstico de HPP, sendo considerada uma intervenção inicial crucial para estimular a contração do útero. Complementarmente, a reanimação hídrica inicial deve ser efetuada com cristaloides isotônicos, sendo esta prática preferível em relação ao uso de coloides, para garantir uma adequada estabilização hemodinâmica das parturientes. Caso a ocitocina e outros uterotônicos não consigam controlar a hemorragia, ou se houver suspeita de que a hemorragia se deve a uma lesão traumática, a administração de ácido tranexâmico é recomendada (Freitas et al., 2021).

Como mencionado anteriormente, a HPP pode desencadear diversas complicações, incluindo a disfunção orgânica. Neste caso específico originou a hipotensão materna.

05h55

A puérpera mantém-se hipotensa, TA 69/53 mmHg, FC 61 bpm, spO2 96%, FR 14 ciclos/min, apesar de estar com perfusão de soroterapia. Contactada novamente equipa de anestesiologia.

Foco de Atenção: Pós-parto**Dados:** A Margarida apresenta uma TA: 69/53mmHg, apesar de estar em perfusão a soroterapia para reverter a HPP.**Diagnóstico:** Hipotensão associada à hemorragia pós-parto**Objetivo:** Promover evolução da recuperação pós-parto**Intervenções:**

- 1) Avaliar evolução da recuperação pós-parto
- 2) Referenciar complicação pós-parto ao médico
- 3) Implementar intervenções para o tratamento da hipotensão pós-parto

Especificação da intervenção: Referenciar complicação pós-parto ao médico**Atividades que concretizam a intervenção:**

- Comunicado à equipa médica o diagnóstico de forma clara, solicitando apoio de anestesiologia;

Especificação da intervenção: Implementar intervenções para o tratamento da hipotensão pós-parto**Atividades que concretizam a intervenção:**

- Administrada efedrina conforme prescrição médica;

- Colocação de cama de parto em posição de trendelenburg;

06h10

Com o intuito de avaliar a evolução da recuperação pós-parto posteriormente à HPP, verificou-se em que estado se encontrava a involução uterina, pelo que foi possível averiguar que:

- **Contração do útero pós-parto:** útero contraído
- **Involução uterina:** conforme o esperado
- **Coloração dos lóquios:** hemáticos
- **Quantidade de lóquios:** conforme a esperada
- **Cheiro dos lóquios:** *sui generis*

06h25

A Margarida, mantém perfil tensional ligeiramente hipotenso, TA 85/61 mmHg, FC 65bpm, spO2 97%, FR 13 ciclos/min, pelo que continua em perfusão a fluidoterapia prescrita, contudo não consegue ainda tolerar a cabeceira da cama elevada, mantendo-se em posição de trendelenburg. A mesma referiu que, é sua vontade amamentar, mas que neste momento não se sente na plenitude das suas capacidades para o fazer, pois ainda se sente sem forças. O recém-nascido encontra-se em contacto pele com pele com o pai, está calmo, saudável, não apresenta sinais de fome, pelo que é expectável que se aguarde para que a mãe consiga amamentar.

06h30

A Margarida demonstrou vontade para amamentar, mas refere que neste momento não se encontra na plenitude das suas capacidades para o fazer, pois sente-se sem forças. Pelo que se identifica a capacidade para amamentar comprometido, não sendo este o momento próprio para intervir. Aguarda-se que a Margarida estabeleça a estabilidade hemodinâmica, para que possa ser

reavaliada a capacidade para amamentar e assistir na amamentação. É possível atrasar o início da amamentação, uma vez que o recém-nascido se encontra em contacto pele com pele com o pai, garantindo a sua estabilidade hemodinâmica, minimizando o risco de hipoglicemias.

07h20

A puérpera manteve-se por um tempo superior aquele que seria exetável na sala de partos, garantindo a vigilância e monitorização contínua, de forma a assegurar a sua estabilidade hemodinâmica, para que posteriormente se consiga assegurar a sua transferência para o internamento.

1.4. Trabalho de parto estacionário

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

Compete ao EEESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, sendo capaz de identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto bem como os desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação (Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

Este caso clínico permitiu aprimora competências e demonstrar a capacidade de referenciar as situações que estão para além da nossa área de atuação enquanto EEESMO. A gestão de desvios ao padrão normal da evolução do trabalho de parto, como um trabalho de parto estacionário, revelou-se crucial na reflexão crítica da prática clínica de quando devemos efetivamente suspender uma intervenção (a indução de trabalho de parto, neste caso) de forma a ajustar o plano de cuidados, garantindo a melhor abordagem terapêutica e promovendo o bem-estar materno-fetal.

CENÁRIO CLÍNICO

Ana (nome fictício), 23 anos de idade, vive com o namorado (Joaquim – nome fictício). É saudável, sem antecedentes pessoais de doença relevantes. Segunda gesta, zero para, um abortamento anterior, gestação de 41s, grupo sanguíneo A positivo, SGB negativo, internada na sala de partos em processo de indução de trabalho de parto. Encontra-se no terceiro dia de indução, sendo que, nos primeiros dois dias foi aplicado misoprostol vaginal de acordo com o protocolo de serviço instituído. No primeiro dia de indução (16 Janeiro) a Ana apresenta um índice de *Bishop* de quatro e no segundo dia de indução (17 Janeiro) a Ana evidencia índice de *Bishop* de cinco. Rotura espontânea de membranas amnióticas às 20h de dia 17 Janeiro, líquido amniótico claro. Durante processo de indução de trabalho de parto e parto bem-estar materno fetal assegurado através da monitorização contínua. Colocado cateter epidural no segundo dia de indução.

Encontra-se no terceiro dia de indução de trabalho de parto, índice de *Bishop* de cinco às 7h00. Perfusão de ropivacaína 2% pelo cateter epidural. No período noturno, pelas 03h30 teve um episódio de hipotensão com necessidade de ser corrigida com terapêutica (Fenilefrina e efedrina). Algaliada com débito urinário adequado.

MEDICAÇÃO

MISOPROSTOL

O misoprostol é uma prostaglandina que favorece a dilatação cervical e a contractilidade uterina, é estável à temperatura ambiente e pode ser administrado por via vaginal ou oral. Para a maturação cervical e indução do trabalho de, recomenda-se uma dose inicial de 25 microgramas de misoprostol, administrada por via vaginal a cada três a seis horas. O misoprostol é uma opção segura e eficaz para mulheres com rotura prematura de membranas e colo uterino desfavorável, desde que não apresentem contra-indicações, como uma

cesariana anterior. Contudo, em grávidas com cesariana prévia ou cirurgia uterina maior, o uso de misoprostol deve ser evitado, devido ao risco significativamente aumentado de rutura uterina. A utilização de 50 microgramas de misoprostol em intervalos de seis horas para a indução do parto é aceitável, mas está associada a um maior risco de taquissístolia e desacelerações da FCF. Na HPP, recomenda-se o uso de misoprostol por via retal, na dose de 800 mcg (DGS, 2015).

ROPIVACAÍNA

A ropivacaína é um anestésico local que pertence à classe dos aminoamidas, que bloqueiam de modo reversível a condução nervosa quando são aplicados localmente sobre o nervo, a nível periférico ou na medula espinhal. Uma das vantagens da ropivacaína, é a menor cardiotoxicidade. Contudo, apresenta alguns efeitos secundários, nomeadamente, a hipotensão, bradicardia/taquicardia, náuseas/vómitos, retenção urinária. A cefaleia, as parestesias (a nível dos membros inferiores), a analgesia ineficaz ou parcial representam algumas das complicações associadas à analgesia por ropivacaína. Apresenta-se sobre a forma de solução injetável: 2 mg/ml (de cloridrato mono-hidratado); amp. 10 ml e 20 ml – Via epidural – Via perineural (Infarmed, 2022).

POLIELETROLÍTICO COM GLICOSE

A solução polieletrolítica com glucose Basi é uma solução para perfusão de eletrólitos em glucose, que tem como principal efeito a expansão do compartimento extracelular, incluindo o fluido intersticial e o intravascular, com uma fonte de energia. A sua utilização é indicada durante o trabalho de parto, quando as parturientes mantêm apenas a ingestão de líquidos claros mantendo a reposição e equilíbrio eletrolítico e hídrico. Contraindicado em casos de hiperclorémia, hipernatremia, hipercalemia, falência renal, bloqueio cardíaco, hipocalcemia e diabetes não compensada. Forma farmacêutica: Fluido, 1000ml, administrado via endovenosa.

Turno efetuado: Manhã (08h00 às 14h30), do dia 18 de Janeiro de 2024 (Data fictícia)

08h30

Apresentei-me à Ana, enquanto enfermeira e estudante do MESMO que a irá acompanhar durante o turno da manhã. No primeiro contacto com a Ana, foi notória a sua fâcies de dor, a mesma encontrava-se a chorar, dizendo que “não aguentava mais, que sentia uma dor muito intensa do lado esquerdo, e que estava completamente bloqueada das pernas” (*sic*). Mantinha a perfusão de ropivacaína 2% pelo cateter epidural, estando com monitorização contínua da pressão arterial não invasiva, frequência cardíaca, frequência respiratória e saturação periférica de O₂, hemodinamicamente e eletricamente estável. Monitorização cardíaca fetal contínua, CTG tranquilizador: bem-estar fetal normal, FCF 110-160bpm com aceleração e variabilidade 5-25bpm.

Por manter dor intensa, questiono se posso examinar novamente para que, consiga perceber se evoluiu o trabalho de parto e mediante essa avaliação se é necessário intervir.

Obtive o seu consentimento para proceder à realização do exame vaginal.

Foco de Atenção: Parto

Dados:

- Posição do colo útero: posterior
- Consistência do colo do útero: firme
- Colo do útero com 3cm de dilatação;
- Colo do útero 90% extinto;
- Acima do 1º plano de Hodge;
- Rotura de membranas amnióticas: espontânea (17 Janeiro – 20h), líquido amniótico claro;

- Bem-estar fetal normal;
- FCF: 110-160 bpm, com aceleração;
- Variabilidade: 5-25 bpm;
- Contratilidade uterina: 3 contrações em 10 minutos, de intensidade moderada;
- Movimentos fetais presentes;
- Dor escala numérica 8;
- Sonda vesical, com débito urinário mantido;

Diagnóstico: Trabalho de Parto

Objetivo: Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do trabalho de parto
- 2) Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico

Especificação da intervenção: Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico

Atividades que concretizam a intervenção:

- Após a realização do exame vaginal, e não se verificar evolução na dilatação cervical (índice de *Bishop* = 5), informada a equipa médica de obstetras que, a Ana, mantém dor intensa e que não consegue tolerar mais a sua condição física. Solicitada colaboração da equipa de anestesiologia para avaliar a localização do cateter epidural no espaço epidural assim como a sua funcionalidade e eficácia.

09h15

A anestesista informou-a, que o cateter epidural não se encontrava no local correto, pelo que por esse motivo teria de se colocar novo cateter epidural. A Ana, estava reticente quanto ao procedimento, pois já era o terceiro dia de

indução de trabalho de parto, e que “já não aguentava mais o que estava a acontecer, as dores que sentia e que não sabia porque motivo teria que colocar novamente o cateter e porque não resolviam levá-la para cesariana” *sic*).

Foco de Atenção: Trabalho de Parto

Dados: A Ana referiu que já não aguentava mais o que estava a acontecer e que não compreendia porque não a levavam para cesariana.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto

Objetivo: Promover conhecimento sobre o trabalho de parto

Intervenção: Ensinar sobre trabalho de parto

Especificação da intervenção: Ensinar sobre trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- O trabalho de parto estacionário refere-se à ausência de progressão da dilatação cervical em qualquer uma das suas fases: fase de latência, fase ativa (primeiro estadio do trabalho de parto) e período expulsivo (segundo estadio do trabalho de parto). A fase de latência inicia-se quando a grávida percebe contrações uterinas rítmicas e regulares, terminando quando com a dilatação cervical atinge os quatro cm. A duração desta fase é amplamente variável, considerando o limite máximo de 20 horas para as nulíparas e as 14 horas para as múltiparas. Dada a variabilidade na duração da fase de latência, desde que o bem-estar fetal e materno esteja assegurado e não se verifique necessidade para acelerar o trabalho de parto, recomenda-se uma atitude expectante, evitando a amniotomia. Caso as contrações sejam dolorosas e a grávida expresse essa vontade, deve providenciar-se uma

analgesia eficaz. O trabalho parto estacionário é a causa predominante de cesariana em trabalho de parto (DGS, 2015).

09h45

A anestesista reforçou à Ana a necessidade de se recolocar novo cateter epidural, caso a equipa médica de obstetrícia decidisse a realização de uma cesariana, teria de ter o cateter colocado, para se evitar uma anestesia geral. Face ao exposto, a Ana aceitou a colocação do mesmo.

Foco de Atenção: Parto

Dados: Cateter epidural não se encontrava no local correto. Iniciada recolocação de um novo por indicação médica.

Diagnóstico: Dor de Trabalho de Parto

Objetivo: Controlar dor de trabalho de parto

Intervenções:

- 1) Assistir a equipa de anestesia na colocação do cateter epidural
- 2) Gerir analgesia

Especificação da intervenção: Assistir a equipa de anestesia na colocação do cateter epidural

Atividades que concretizam a intervenção:

- Preparação de todo o material para a colocação do cateter epidural, assistir no posicionamento materno e assegurar a monitorização contínua (TA; FC; FR; Sap.O2).

Especificação da intervenção: Gerir analgesia

Atividades que concretizam a intervenção:

- Administração de analgesia pelo cateter epidural, bólus de ropivacaína 2%, de acordo com prescrição médica.

10h15

Equipa médica de obstetrícia informa a Ana que, perante o seu estado clínico e o diagnóstico de trabalho de parto estacionário, foi tomada a decisão de realizar uma cesariana, explicando-lhe todo o processo e obtendo o seu consentimento. A mesma demonstrou-se recetiva, expressando que essa já seria a sua vontade e que já a tinha manifestado anteriormente, pois a dor que sentia naquele momento estava a ser insuportável.

10h20

Face aos dados explanados anteriormente, é possível invocar que, a Ana se sente confortável com um parto por cesariana, pelo que o significado atribuído ao tipo de parto é facilitador, não sendo necessário intervir.

10h30

Preparada a Ana para a intervenção de cesariana. Otimizados dispositivos: cateter venoso periférico, cateter urinário – sonda vesical. CTG mantida. Assegurada a presença do acompanhante. Garantido transporte e transferência para o bloco operatório.

Tabela 4 - Atitudes Terapêuticas: Trabalho de parto estacionário

	08h30	09h00	09h00	10h00	10h00	
Cateter venoso periférico	- Otimizar cateter venoso periférico - Vigiar local de inserção do cateter - Vigiar penso do cateter				10h30 - Otimizar cateter venoso periférico	
Cateter epidural		09h45 - Executar tratamento ao local de inserção de cateter epidural - Otimizar cateter epidural				
Cateter urinário: Sonda Vesical	- Otimizar cateter urinário	- Otimizar cateter urinário			- Otimizar cateter urinário	
Sinais Vitais (h/h)	08h30 TA: 110/75 FC: 85 Sap. O2: 100%	09h45 TA: 117/73. FC: 76 Sap. O2: 100% 100%	09h50 TA: 115/69 FC: 73 Sap. O2:	09h55 TA: 123/72 FC: 77 Sap. O2: 100%	10h00 TA: 127/74 FC: 69 Sap. O2: 100%	10h30 TA: 121/69 FC: 81 Sap. O2: 100%
Cardiotocografia Wireless	- Vigiar CTG contínua - Vigiar bem-estar fetal	- Vigiar CTG contínua - Vigiar bem-estar fetal			- Vigiar CTG contínua - Vigiar bem-estar fetal	

2. ASSISTÊNCIA À MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

É da responsabilidade do EEESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, assegurando a sua saúde, identificando e tratando precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2019). É expectável que o EEESMO seja capaz de:

- Conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde pré -natal;
- Informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós -aborto;
- Diagnosticar e monitorizar a gravidez;
- Promover a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade;
- Informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez;
- Promover a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré -natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade;
- Conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez;
- Conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável;
- Conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção do aleitamento materno;
- Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão;
- Informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco;
- Identificar e monitorizar saúde materno -fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados;
- Prescrever exames auxiliares de diagnósticos necessários à deteção de gravidez de risco;

- Identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- Identificar e monitorizar desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- Avaliar bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados;
- Avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável;
- Identificar e monitorizar trabalho de abortamento;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto;
- Identificar complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- Informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez;
- Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante;
- Aplicar medidas de suporte básico de vida à mulher em situação crítica;
- Assumir a decisão de transferir, assegura a transferência e cuida da grávida durante o transporte;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós-aborto;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento;

- Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-aborto (Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

GRAVIDEZ

Gravidez é um conceito que, pode assumir duas interpretações. Pode ser visto como um foco de atenção, referindo-se a um processo corporal que ocorre no corpo da mulher com o objetivo de gerar um novo ser humano, ou pode representar um período em que a mulher, assim como as pessoas que lhe são próximas e significativas, se adaptam à própria gravidez e à ideia de enfrentar novos desafios, nomeadamente de ser tornarem mãe e pai (Cardoso, 2014).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (2019), a gravidez, como um processo físico, é caracterizada pela condição de desenvolvimento e nutrição de um feto no interior do corpo, com uma duração aproximada de 266 dias, desde a concepção até ao parto. Este processo é considerado um estado normal e saudável, que implica transformações rápidas e inevitáveis nas funções corporais. O início da gravidez é sinalizado pela interrupção do ciclo menstrual, enjoos matinais, aumento da dimensão mamária e pigmentação dos mamilos.

A parentalidade, entendida como o ato de cuidar, pode ser definida em quatro áreas principais: assumir as responsabilidades associadas ao ser mãe e/ou pai; adotar comportamentos que facilitem a integração do recém-nascido na família; promover ações que favoreçam o crescimento e o desenvolvimento das crianças; e absorver as expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e da sociedade em relação ao que é considerado apropriado ou inadequado no desempenho do papel parental (CIPE, 2019).

Considerando o caso clínico, a gravidez e adaptação à parentalidade representa um processo de transição de desenvolvimento e situacional, sucedendo-se mudanças a nível do desenvolvimento percebidas pela pessoa ao longo do seu ciclo vital, exigindo que esta se reorganize com a mudança de papéis

significativos. Estes dois tipos de transições regem-se pelo padrão de mudanças múltiplas simultâneas relacionadas, visto que ocorrem ao mesmo tempo relacionando-se entre si (Meleis, 2010).

PLANO DE PARTO

Garrett (2021), sustentam que o Plano de Parto surgiu pelos defensores do parto normal, em 1980, nomeadamente por Sheila Kitzinger, com o intuito de contrariar a sensação de perda de protagonismo pelas mulheres durante os seus partos. A OMS, em 1996, recomendou o Plano de Parto como uma “Boa Prática de Atenção ao Parto e Nascimento”, de forma a humanizar os cuidados obstétricos por todo o mundo. Também Cardoso et. al. (2023) estabeleceu a importância do plano de parto para melhorar a comunicação entre mulheres e profissionais de saúde e, conseqüentemente, aumentar a satisfação da mulher com a sua experiência de parto. A OE (2012) emitiu também um parecer reconhecendo a importância do plano de parto.

O Plano de Parto é um documento elaborado pelo casal, durante a gravidez, reflexo das expectativas individuais, dos valores familiares, da cultura tal como a forma de estar na vida e da informação que obtém acerca do parto e do trabalho de parto. Este pode ser realizado entre as 28 semanas de gravidez até ao momento do parto, realçando que, em qualquer fase pode ser modificado. O documento do plano de parto serve de elo de informação com os profissionais de saúde, facilitando assim a concretização das expectativas do casal relativamente ao seu parto (OE, 2012).

AMEAÇA PARTO PRÉ-TERMO

O **parto pré-termo** é definido como aquele em que o trabalho de parto se inicia antes das 37 semanas de gestação, após o tempo necessário para que o feto atinja a viabilidade. Nessa situação, observam-se contrações uterinas frequentes e regulares, acompanhadas de distensão do segmento inferior do útero, além da extinção e dilatação do colo uterino (Sousa, 2021).

A **ameaça de parto pré-termo** apresenta características semelhantes às anteriormente descritas, exceto a ausência de extinção e dilatação cervical. Além disso, existem casos de **falso trabalho de parto**, que ocorrem antes das 37 semanas, caracterizados por contrações uterinas limitadas no tempo, sem extinção ou dilatação do colo uterino, e que cessam espontaneamente (Sousa, 2021).

Considerando a idade gestacional, as abordagens terapêuticas adotadas pela instituição baseiam-se na tocólise, corticoterapia, neuroproteção fetal, antibioterapia profilática e repouso.

A administração de corticoterapia pré-natal a grávidas em risco de parto pré-termo, seja espontâneo ou induzido, reduz não apenas o risco de morte neonatal, o síndrome de dificuldade respiratória e hemorragia intraventricular, mas também diminui a incidência de enterocolite necrotizante, a necessidade de suporte ventilatório, a admissão em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e a ocorrência de infeções sistêmicas neonatais nas primeiras 48 horas após o parto (Roberts, 2007, como citado em SPOMMF, 2018). Verifica-se que, a administração de corticoterapia poderá implicar alguns riscos, podendo impactar a função placentária, o crescimento fetal e aumentar o risco de hipoglicemia neonatal, especialmente em pré-termos tardios (Saccone & Berghella, 2016, como citado em SPOMMF, 2018).

Segundo protocolo instituído no serviço, indicada administração de corticoterapia para indução da maturidade pulmonar fetal em situações associadas a risco de parto pré-termo espontâneo ou iatrogénico entre as 24s0d e 34s6d. Utilização de dexametasona 6mg IM, quatro doses com intervalos entre as doses de 12h.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

Este caso clínico reflete as competências definidas pelo Regulamento das competências específicas do EEESMO da OE (2019), nomeadamente no que concerne à capacidade de conceber, planear, implementar e avaliar intervenções dirigidas à mulher que apresenta desvios ao padrão de adaptação à gravidez,

bem como intervenções destinadas à mulher com patologia associada e/ou concomitante à gravidez. A gestão deste caso específico permitiu o exercício pleno destas competências, englobando uma abordagem integrada e holística à mulher grávida que enfrentou uma ameaça de parto pré-termo.

Neste contexto, foi possível aplicar intervenções diferenciadas e fundamentadas em evidência científica, que incluíram a monitorização contínua do estado clínico materno-fetal, o ajuste terapêutico conforme a evolução da sua condição e a promoção do bem-estar psicossocial da mulher, tendo em conta as suas necessidades individuais.

A escolha deste caso clínico baseou-se na relação terapêutica estabelecida e na proximidade mantida com a grávida ao longo do seu internamento, permitindo um acompanhamento contínuo e uma compreensão profunda das suas necessidades. Este acompanhamento prolongado denotou-se essencial para assegurar uma prestação de cuidados individualizados e centrados na mulher, proporcionando um incremento significativo no conhecimento sobre a temática da ameaça de parto pré-termo, reforçando a minha capacidade de resposta futura a situações clínicas semelhantes.

As intervenções adotadas contribuíram para desmistificar as suas questões e gerir as suas expectativas em relação à importância de elaborar um plano de parto. Perante uma gravidez com complicações, esta intervenção possibilitou à mulher que esta se sintasse informada e segura na sua tomada de decisão relativamente ao momento do seu parto, algo que ainda se projeta como longínquo. Considero que este contacto se traduziu num momento bastante positivo para a grávida, tendo sido abordadas as questões emocionais, que embora não sejam visíveis, estão presentes e fazem parte do dia-a-dia do seu internamento.

CENÁRIO CLÍNICO

Diana (nome fictício), 29 anos de idade. Sem antecedentes pessoais de doença relevantes. Alergia ao marisco. Segunda gesta, zero para, um abortamento anterior, gestação de 26s3d, grupo sanguíneo O positivo, internada no serviço de internamento grávidas de alto risco por ameaça de parto pré-termo (prolapso de membranas na vagina) desde as 23s de gestação. Já cumpriu o protocolo de serviço implementado para a indução da maturidade pulmonar fetal com a administração de corticoterapia. Indicação médica para repouso relativo no leito, sendo permitido apenas o levante para o autocuidado do uso de sanitário e de higiene. Prescrição médica de monitorização de ruídos cardíacos fetais uma vez por turno.

MEDICAÇÃO

ENOXAPARINA

A enoxaparina, pertence ao grupo das heparinas de baixo peso molecular, é um anticoagulante usado de forma profilática para prevenir tromboembolismo venoso. A sua administração é por injeção via subcutânea, na dosagem de 40 mg (4 000ui), uma vez por dia. (Infarmed, 2022). Prescrito face à indicação de repouso relativo.

PROGESTERONA

A progesterona mantém o endométrio estável, prevenindo a sua descamação e, conseqüentemente, a menstruação, assegurando assim o progresso da gravidez. Além disso, a progesterona promove o relaxamento da musculatura uterina, reduzindo a contratilidade do miométrio e diminuindo as contrações espontâneas que poderiam desencadear um parto prematuro. Administrada uma vez por dia, via oral, um comprimido de 200mg.

HIDRÓXIDO DE ALUMÍNIO

O hidróxido de alumínio é um antiácido não absorvível, que uma vez ingerido, reage com o ácido clorídrico do conteúdo gástrico, reduzindo a acidez para valores de pH entre 3,5 e 4,5. Este fármaco alivia rapidamente a azia, ardor de estômago, acidez e indisposição gástrica. Prescrito em SOS, 240mg via oral, podendo ser ingerido até quatro comprimidos por dia (Infarmed, 2022).

LACTULOSE

A lactulose é um dissacarídeo semissintético de galactose e frutose que age devido às suas propriedades osmóticas, aumentando fisiologicamente o peristaltismo, o que consequentemente potencia os movimentos intestinais. É indicado na obstipação crónica. A posologia recomendada é de 30 ml de xarope = duas saquetas (cada saqueta de 15 ml contém 10g de lactulose), diluídas num copo de água aquando da sua ingestão. Prescrito em SOS (Infarmed, 2013).

Turno efetuado: Tarde (14h00 às 20h30), do dia 30 de Abril de 2024 (Data fictícia)

15h00

Apresentei-me à Diana, enquanto enfermeira e estudante do MESMO que a irá acompanhar durante o turno da tarde. Infelizmente, face à necessidade de estar internada, a Diana não pode frequentar as sessões de preparação para o parto, que decorrem na Unidade de Cuidados na Comunidade do seu centro de saúde de referência, pelo que, à semelhança do que aconteceu em turnos anteriores, questiono a mesma se esta tem curiosidade sobre algum tema ou se existe alguma temática que lhe suscite algum interesse. A Diana prontamente responde que já há uns dias que, ao ler o livro do “Estamos Grávidos! E agora?”, da enfermeira Carmen, ficou a pensar como seria o seu parto, ao qual eu questiono-a sobre como imagina esse momento, e a mesma responde que já pensou sobre ele, mas que não tem ideias específicas nem expectativas face a esse momento,

pedindo a minha colaboração para que neste turno a temática a ser abordada fosse essa, o seu parto e o plano para ele.

Face ao descrito anteriormente, é possível inferir que, o significado atribuído ao trabalho de parto é facilitador.

Foco de Atenção: Preparação para o Parto

Dados:

A Diana refere que já pensou sobre o seu parto, mas que não tem ideias específicas nem expectativas face a esse momento. Solicita a minha colaboração para que possamos conjuntamente abordar o assunto do seu parto e o plano para ele, quando este se suceder.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Objetivo: Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto
- 2) Ensinar sobre plano de parto
- 3) Ensinar sobre os benefícios de elaborar um plano de parto

Especificação da intervenção: Ensinar sobre plano de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicada à grávida em que consiste o plano de parto.

O plano de parto é um documento onde a grávida ou o casal expressa suas preferências e desejos para o trabalho de parto, de forma a compartilhá-las com os profissionais de saúde que estarão presentes durante esse processo. Como se trata de um plano, é necessário que cada escolha seja feita com base em

informações fidedignas, considerando os prós e contras para uma avaliação cuidadosa das possíveis consequências. Esse plano é desenvolvido ao longo da gravidez e pode ser retificado a qualquer momento. Ele pode ser redigido ou não, ter um formato definido ou ser apenas uma folha em branco. O conteúdo pode centralizar-se em aspetos que estão sob o controle da grávida e da pessoa que acompanha. Pode ainda incluir elementos que dependem das circunstâncias ou do ambiente envolvido (Cardoso et al., 2023).

Especificação da intervenção: Ensinar sobre os benefícios de elaborar um plano de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicada à Diana a importância de realizar um plano de parto e quais os seus benefícios.

A elaboração de uma primeira versão do plano de parto é o ponto de partida para a preparação para o parto/nascimento. Cada decisão incluída no plano ajuda a grávida ou o casal a entender o que acontece em cada fase do trabalho de parto e quais ações dependem dela ou de quem a acompanha. A construção de um plano de parto é uma oportunidade para refletir e/ou discutir com pessoas significativas sobre o que realmente importa na experiência do parto. Além das escolhas e as suas implicações, o plano de parto proporciona uma oportunidade para que a mulher entenda o que está ao seu alcance e o que não está, aumentando a perceção sobre o que está além do seu controle e não pode ser gerido, mas, principalmente, sobre aquilo que ela pode controlar. Assim, o plano de parto torna-se um exercício em que, permite praticar a expressão de sentimentos/emoções, desejos/vontades, bem como o que representa para a mulher uma sensação de bem-estar ou de violência. Permite que, a mulher sinta o poder de decisão e de ação sobre o seu parto, porque este momento é seu e não de mais ninguém (Cardoso et al., 2023).

No decorrer do nosso contacto no presente turno, a Diana questionou-me se eu tinha algum exemplar de um plano de parto, ao qual eu respondi que, na instituição existe um documento orientador do que é um plano de parto e que a Diana poderá analisá-lo e posteriormente a essa análise poderemos discutir se existir algum item que lhe suscite interesse. Entregue um exemplar em suporte de papel, para que a grávida possa apurar em que consiste um plano de parto e debruçar-se sobre as suas preferências e expectativas para o parto, momento esse tão significativo para si.

16h30

A Diana preencheu o documento orientador de plano de parto disponibilizado anteriormente, mas gostaria que eu o visse para que conjuntamente pudéssemos abordar algumas questões.

Foco de Atenção: Preparação para o parto

Dados:

O documento encontra-se devidamente preenchido, em que nos diversos itens a Diana expressa a sua vontade, assinalando nos quadradinhos o que pretende para o seu momento do parto.

Procedendo à análise do documento na sua íntegra é possível perceber que:

- Quanto ao tipo e início do trabalho de parto, a Diana considera importante ter um parto o mais fisiológico possível, não descorando da possibilidade de ter um parto por cesariana, pois reconhece o risco face à sua condição clínica atual. Considera imprescindível, independentemente do tipo de parto, a presença do seu namorado, pai do bebé.

Relativamente ao lidar com o trabalho de parto, ainda não pensou sobre alguns aspetos: 1) Adotar a posição que para ela seja mais confortável

em qualquer momento; 2) Que sejam implementadas medidas de proteção do períneo.

Contudo, revela que gostaria de se manter ativa durante o trabalho de parto, que a orientem na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto, que a informem da evolução do trabalho de parto e de como o bebé está a lidar com as contrações uterinas e pretende ter um parto na posição que ela escolher. Gostaria muito ainda de comer e beber durante o trabalho de parto. Considera estritamente importante que, realizem o exame vaginal com o seu consentimento apenas se mesmo necessário ou a pedido da mesma.

- Quanto ao lidar com a dor de trabalho de parto: A Diana considera muito importante ser

capaz de: 1) gerir a dor ao seu jeito; 2) usar respiração e relaxamento, usar massagem, usar música e usar óleo essenciais. No que respeita ao ambiente que a tranquiliza e que gostaria de ter durante o seu trabalho de parto, a Diana categoriza como muito importante a privacidade bem como a utilização de dispositivos - bola de parto/pilates, bola de amendoim e o *rebozo*. Considera bastante importante, a iluminação da sala de parto, a temperatura ambiente, ter um cheiro agradável, a possibilidade de ter consigo os seus itens pessoais e ainda ter acesso a pontos de distração.

Contudo, ainda não sabe se tenciona usar a água no chuveiro ou de imersão nem se deseja o recurso à analgesia epidural.

- Assim que o Francisco nascer, considera de elevada importância, que o pai corte o cordão umbilical, possa fazer contacto pele a pele e iniciar a amamentação logo na primeira hora de vida.

- Existem algumas palavras que a Diana acredita serem empoderadoras, dando-lhe a força e coragem que ela irá necessitar nesse momento tão único e significativo para si, sendo elas “acreditar”, “fé”, “esperança”, “força”, “determinação”, “amor”, “coragem” e “confiança”.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Objetivo: Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto
- 2) Analisar com a cliente o plano de parto

Especificação da intervenção: Analisar com a cliente o plano de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- É fundamental gerir e ajustar as expectativas quanto ao momento do nascimento, especialmente quando se trata de um bebé prematuro, como pode vir acontecer com a Diana. Esta expressou ser de elevada importância, assim que o Francisco nascer, o pai cortar o cordão umbilical, gostaria de fazer contacto pele com pele e que a amamentação se iniciasse na primeira hora de vida.
- Explicar que, no caso de um parto pré-termo, pode não ser possível garantir essas oportunidades, isto porque, o Francisco tem maior probabilidade de imediatamente após o nascimento necessitar de cuidados médicos e precisar de ser avaliado pela equipa de neonatologia.
- Em caso de bebés prematuros, os órgãos, como os pulmões e o sistema gastrointestinal, podem não estar totalmente desenvolvidos, o que pode dificultar a capacidade de coordenação para a sucção e deglutição e ainda a respiração necessária para que estes sejam amamentados. O sistema neurológico e o reflexo de sucção podem ser imaturos, o que se torna mais difícil para o recém-nascido conseguir amamentar eficazmente logo após o momento do parto. Pelo que, poderá não ser possível garantir a amamentação imediata até que o bebé

atinja a maturidade necessária e se encontre clinicamente estável.

- A oportunidade de o pai cortar o cordão umbilical irá sempre depender do tipo de parto e da forma como o mesmo decorra.

17h30

A Diana reconhece a importância de se manter em repouso no leito, pelo risco de ter um parto pré-termo, dizendo que todos os dias é mais um esforço que faz para que o seu bebé cresça saudável e aguente dentro do seu ventre para que só venha cá para fora no tempo certo. Contudo, a grávida diz não saber muito sobre como é que é um bebé prematuro nem o que acontecerá a seguir caso ele nasça antes do tempo previsto.

Foco de Atenção: Preparação para o parto

Dados:

A Diana refere não saber muito bem como é que é um bebé prematuro, nem o que acontece caso o seu filho nasça antes do tempo previsto.

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre desenvolvimento fetal

Objetivo: Promover papel parental: desenvolvimento fetal

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal
- 2) Ensinar sobre desenvolvimento fetal
- 3) Ensinar sobre serviço neonatologia

Especificação da intervenção: Ensinar sobre desenvolvimento fetal

Atividades que concretizam a intervenção:

- Demonstrar fotografias de recém-nascidos prematuros para que a Diana consiga visualizar as suas características físicas distintas dos recém-nascidos de termo.

Define-se prematuridade como o nascimento de um bebé antes de completar 37 semanas de gestação. Os recém-nascidos prematuros são classificados em três categorias, de acordo com o tempo de gestação: extremamente prematuros (menos de 28 semanas), muito prematuros (entre 28 e menos de 32 semanas) e prematuros moderados (entre 32 e menos de 37 semanas). Esta condição aumenta os riscos físicos e psicológicos para os recém-nascidos (OMS, 2023).

Um recém-nascido prematuro apresenta características físicas distintas dos recém-nascidos a termo. Estes geralmente nascem com baixo peso, pele fina, brilhante e rosada, com veias mais salientes e visíveis. Possuem pouco tecido adiposo subcutâneo, poucos pelos corporais e as suas orelhas são finas e moles. A cabeça é desproporcionalmente maior em relação ao corpo, a musculatura é mais fraca, com menor atividade e movimento corporal e os reflexos de sucção e deglutição são diminutos.

Especificação da intervenção: Ensinar sobre serviço neonatologia

Atividades que concretizam a intervenção:

- Os recém-nascidos prematuros podem necessitar de cuidados mais específicos, tendo por isso que ficar internados no serviço de neonatologia. Isto depreende-se pelo facto de estes apresentarem uma imaturidade fisiológica, que resulta em problemas respiratórios, dificuldades em manter a regulação da temperatura corporal, num sistema imunitário fragilizado e na sua incapacidade de se alimentarem adequadamente. Este serviço garante um ambiente controlado, com equipamentos e profissionais especializados para monitorizar, cuidar e intervir nas possíveis complicações como a insuficiência respiratória,

problemas cardíacos e metabólicos, possíveis infeções e garantir a nutrição adequada do recém-nascido. O suporte contínuo de cuidados permite que estes bebés se adaptem à vida extrauterina e promovem o seu desenvolvimento saudável.

- De forma a tranquilizar a Diana, informei-a que, caso a equipa médica autorizasse a sua saída do serviço em cadeira de rodas, e fosse essa a sua vontade, poderíamos tentar providenciar uma visita ao serviço de neonatologia.

Tabela 5 - Atitudes Terapêuticas: Assistência à mulher perante uma ameaça parto pré-termo

	15h00	17h00
Repouso no leito	- Garantido ao longo do turno	- Garantido ao longo do turno
Sinais Vitais (1xturno)	TA: 110/56 FC: 61 SpO2: 100%	
Ruídos Cardíacos Fetais		- Auscultar ruídos cardíacos fetais FCF – 110 a 160bpm, com períodos de aceleração. - Vigiar bem-estar fetal - presente Realizado na presença do acompanhante, pai do bebé.

3. ASSISTÊNCIA À MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

A OE preconiza que é da competência do EEESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, com o objetivo de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando-a no processo de transição e adaptação à parentalidade. Este promove a saúde da mulher e do recém-nascido neste período, diagnosticando precocemente e prevenindo complicações que possam surgir. Além disso, providencia cuidados especializados em situações que possam afetar negativamente a saúde tanto da mulher como do recém-nascido, assegurando uma assistência integrada e contínua durante o pós-parto (OE, 2019). Importa que o EEESMO tenha capacidade de:

- Informar e orientar sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida;
- Informar e orientar a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido;
- Informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio à adaptação pós—parto;
- Conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência do puerpério, potenciando a parentalidade responsável;
- Informar, orientar e apoiar a mãe no auto cuidado e a cuidar do seu filho;
- Identificar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- Identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;

- Identificar complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de recuperação pós-parto;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas corretivas ao processo de aleitamento materno;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com complicações pós-parto;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à puérpera com patologia associada e/ou concomitante;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, em caso de alterações morfológicas e/ou funcionais do recém-nascido;
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/neonatal;
- Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto;
- Cooperar com outros profissionais no tratamento da puérpera com patologia associada e/ou concomitante;
- Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com problemas de saúde no período neonatal;
- Assumir a decisão de transferir, assegurar a transferência e cuidar da puérpera e do recém-nascido durante o transporte (Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros).

PUERPÉRIO

O período pós-parto é definido pela OMS (2022) como o intervalo que se inicia imediatamente após o nascimento do bebé e se prolonga por seis semanas (42 dias). Este período é crucial tanto para a recuperação física e emocional da mãe, como para o desenvolvimento da ligação mãe/pai e filho. De acordo com Graça (2017), o puerpério, ou período pós-parto, pode ser segmentado em três fases distintas: o puerpério imediato, que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto; o puerpério precoce, que decorre do segundo ao sétimo dia; e o puerpério tardio, que se estende até ao final da sexta semana. Cada uma dessas fases possui características e necessidades específicas, exigindo cuidados apropriados para assegurar a saúde e o bem-estar da mãe e do recém-nascido.

AMAMENTAÇÃO

A amamentação favorece o vínculo afetivo entre o bebé e a mãe, pois existe um estreito contacto físico e emocional, com a tendência a que o mantenha mais calmo, e tranquilo, e para a mãe é uma experiência materna única e insubstituível. Para o bebé, o mamar diretamente na mama da mãe tem influência positiva no desenvolvimento odontológico da criança, uma vez que estimula a movimentação dos músculos de mastigação e promove o estabelecimento da deglutição e respiração. Os benefícios do leite para o bebé traduzem-se como uma ótima nutrição e hidratação, adequadas a cada fase de desenvolvimento de cada bebé, sendo específico para cada um deles, permite a transmissão de imunidade, a regulação térmica e o conforto, fortalece a ligação mãe-filho, para além de que, estimula o desenvolvimento da boca, dentes e linguagem. A longo prazo existem benefícios para o bebé, como um risco diminuto de obesidade, diabetes, entre outras doenças. Para a mãe, a amamentação facilita a involução uterina, que corresponde ao retorno à normalidade antes da gravidez, por estimulação da hormona ocitocina, produzida para promover a libertação do leite materno e que tem o seu efeito também sobre o útero, provocando a sua contração. Além disso, facilita a perda de peso após o parto, devido a maior desgaste energético que ajuda a eliminar

as reservas acumuladas durante a gravidez e tem sido considerada como fator de proteção contra o cancro da mama, do endométrio e do ovário. Diminui também o risco de obesidade, diabetes e osteoporose. A prolactina, hormona responsável pela produção de leite, faz com que a mãe se sinta mais relaxada e tenha um sono mais reparador. Além disso, esta suprime a ovulação, sendo uma ajuda em termos contraceptivos, sobretudo se amamentar durante a noite e em livre demanda. Das maiores vantagens também se prende o custo do tipo de alimentação, que é gratuita (Levy & Bértolo, 2012).

A OMS e a UNICEF recomendam o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses de vida e o aleitamento materno complementado com outros alimentos até aos dois anos pelos benefícios destas práticas a nível do crescimento, morbilidade e mortalidade infantil (Levy & Bértolo, 2012).

Evidenciam-se sinais de fome no recém-nascido, quando o bebé está acordado e procura abocanhar qualquer objeto que toque a região peri-bocal. Além disso, procura o mamilo, suga vigorosamente nos dedos, e mostra-se inquieto. O bebé chora em soluços contínuos e curtos, o choro é persistente e não muito alto e é habitualmente acompanhado de movimentos da cabeça de um lado para outro, boca entreaberta, levando as mãos à boca. Pode ser confundido com outro tipo de choro, mas se a mãe tentar alimentá-lo, larga o mamilo (ou tetina) para recomeçar a chorar. O som indicativo deste tipo de choro é “Neh” (Perry et. al., 2022).

Durante o ato de amamentar, garantir um posicionamento adequado facilita a adaptação do recém-nascido à mama, permite-lhe uma adequada alimentação, bem como facilita também a adaptação da mãe à amamentação, tornando-se um momento de ternura e de ligação entre os dois. A mãe pode adotar várias posições para amamentar (a tradicional, invertida, cavalinho, deitada, sentada), devendo variar as mesmas durante a mamada para que se garanta um bom esvaziamento da mama. O recém-nascido deve estar com o corpo virado para a mãe, barriga com barriga, cabeça em ligeira hiperextensão e boca e nariz ao nível da mama, mantendo o nariz desobstruído (APMGF, 2019).

Os sinais de boa pega no recém-nascido são diversos, nomeadamente, o corpo e cabeça do bebé estão alinhados, a cabeça está em ligeira extensão e o queixo do bebé toca a mama. Além disso, o bebé respira livremente, a boca está bem aberta e os lábios, especialmente o inferior, estão voltados para fora. Ainda, a língua pode ser vista entre o lábio inferior e a mama, a pega contempla uma parte da aréola, e esta pode ser vista numa porção maior acima do lábio superior. Finalmente, o bebé suga lenta e profundamente, usando a língua e a mandíbula, a deglutição pode ser ouvida e/ou vista e o bebé está calmo e mantém-se adaptado à mama (APMGF, 2019).

Um bebé saciado apresenta sucção mais lenta, larga espontaneamente a mama, fica relaxado ou adormece após a refeição e/ou chora com moderação e está interessado na socialização (Perry et. al., 2022).

É possível inferir uma ingestão nutricional adequada quando se apresentam os seguintes sinais: seis ou mais fraldas molhadas por dia, uma ou mais dejeções moles e amareladas por dia – que passam a pelo menos três dejeções por dia, a partir do quarto dia; não perderem mais do que 7% do peso ao nascimento após 15 dias de idade; terem um ganho de peso de 25g por dia a partir do 10.º-14.º dia de vida (aumenta 110g a 200g por semana, durante os primeiros três meses); apresentar sinais de saciedade após a refeição.

LÁBIO LEPORINO E FENDA PALATINA

O lábio leporino e a fenda palatina constituem um exemplo dos tipos de anomalia craniofacial, resultante das malformações congénitas que ocorrem durante a gravidez. Esta é uma fusão incompleta das estruturas da cavidade oral, o que afeta o desenvolvimento normal do nariz, lábio e palato. O lábio leporino manifesta-se no lábio superior e pode prolongar-se até ao nariz, já a fenda palatina ocorre quando o palato apresenta uma comunicação direta com a cavidade nasal (Carvalho, 2018).

A etiologia das fendas orofaciais depende de diversos fatores, nomeadamente, genéticos, ambientais e teratogénicos. A sua origem pode ser através da

componente genética ou da exposição materna a fatores de risco como o tabaco, o álcool, a deficiência em ácido fólico, infeções, medicamentos com fenitoína e ácido valpróico ou talidomida (Allam et al., 2014).

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

O EEESMO assume um papel crucial, no contexto do puerpério, em que visa promover a saúde e bem-estar da puérpera e do recém-nascido, prestando cuidados que facilitam o processo de transição e adaptação à parentalidade. Neste período, as mulheres adaptam-se à sua nova vida, dinâmica familiar e aos cuidados ao recém-nascido, ocorrendo mudanças a nível físico, hormonal e psicológico, o que contribui para uma alteração da labilidade emocional.

Esta alteração física do recém-nascido, exige cuidados específicos no que toca à ingestão nutricional, revelando-se um desafio a amamentação e o aleitamento desta bebé, o que aumenta a complexidade da prestação de cuidados à bebé pelos cuidadores. O EEESMO é responsável por capacitá-los para esses cuidados para que possam de forma independente e autónoma cuidar da sua filha, preparando assim a alta hospitalar e o regresso a casa.

A preparação para a alta hospitalar e o regresso a casa é um processo que decorre ao longo do internamento, pois é em todos os contactos que existe a oportunidade de capacitar os pais para cuidar do recém-nascido, e que estes desenvolvam competências para atingir a mestria quando o fazem.

Este caso clínico captou a minha atenção, uma vez que estamos perante uma malformação congénita no recém-nascido, o lábio leporino e a fenda palatina, não sendo algo muito comum ao longo do meu contacto clínico, exigindo assim uma procura de conhecimentos relacionados com a temática e a minha capacitação para os colocar em prática. Não obstante, a importância do EEESMO em apoiar a mulher nesta fase de transição e adaptação à parentalidade que é o puerpério, mas também pela exigência que este representa quando a mulher vivencia todas as emoções a ele associadas e ainda, o ter de lidar com alteração física da sua filha. Denote-se que, a mãe se

envolveu em todos os cuidados, estando muito positiva apesar de experienciar esta situação complexa e exigente.

CENÁRIO CLÍNICO

A Catarina (nome fictício), puérpera no segundo dia pós-parto distócico por cesariana no dia 27/05/2024 (data fictícia), acompanhada do seu recém-nascido do sexo feminino, a Madalena (nome fictício), segundo filho, com peso ao nascimento de 3735g. Sem antecedentes pessoais de doença relevantes. A Catarina amamenta e aleita a sua filha com o leite materno, isto porque, face à malformação congénita que a Madalena apresenta, lábio leporino e fenda palatina, esta teve uma perda ponderal de peso significativa no primeiro dia, pelo que se infere que não estaria a mamar a quantidade de leite suficiente para suprimir as suas necessidades.

MEDICAÇÃO

PARACETAMOL

É um analgésico/antipirético que possui também propriedades antipiréticas. Atua por ação de inibição da síntese das prostaglandinas ao nível do sistema nervoso central, bloqueando os impulsos nervosos da dor no sistema periférico. Administrado 1g via oral. SOS até três vezes ao dia (Infarmed, 2019).

IBUPROFENO

Pertence ao grupo dos anti-inflamatórios não esteróides, com propriedades analgésicas e antipiréticas. Utilizado no tratamento da dor e no alívio da inflamação. Administração de 400mg via Oral, SOS até três vezes ao dia (Infarmed, 2021).

Turno efetuado: Manhã (08h00 às 14h30), do dia 28 de Maio de 2024 (Data fictícia)

09h00

Apresentei-me à Catarina, enquanto enfermeira e estudante do MESMO que a irá acompanhar durante o turno da manhã. Primeiro contacto do turno, onde foi possível averiguar como esta se sentia, assim como proceder à monitorização de sinais vitais e avaliar a evolução da recuperação pós-parto.

Tabela 6 - Atitudes Terapêuticas: Assistência à mulher durante o período pós-natal

	9h
Evolução da recuperação pós-parto	<p>Involução Uterina: Infra-umbilical</p> <p>Quantidade de lóquios: conforme a esperada</p> <p>Coloração dos lóquios: hemáticos</p> <p>Cheiro dos lóquios: <i>sui generis</i></p>
Sinais Vitais (h/h)	<p>TA: 103/67</p> <p>FC: 71</p> <p>SpO2: 99%</p>

10h00

A Catarina, foi à casa de banho cuidar da sua higiene corporal. Após esse momento, tocou à campainha pois o penso abdominal tinha-se descolado aquando desse momento. Questionei-a se poderia observar o local da intervenção cirúrgica, ao qual obtive o seu consentimento. Procedi à execução do tratamento do local da ferida cirúrgica, e nesse momento a puérpera questiona-me acerca de “como terá de fazer com o penso e com os pontos quando regressar a casa, uma vez que com o seu primeiro filho foi parto normal e não passou por nada disto” (*sic*).

Foco de Atenção: Ferida Cirúrgica

Dados: A Catarina, puérpera no 2º dia pós-parto distócico por cesariana no dia 27/05/2024.

Diagnóstico: Ferida Cirúrgica

Objetivo: Promover cicatrização da ferida cirúrgica

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução da ferida cirúrgica
- 2) Executar tratamento da ferida cirúrgica
- 3) Aplicar penso de ferida

Especificação da intervenção: Executar tratamento da ferida cirúrgica

Atividades que concretizam a intervenção:

- Efetuada limpeza do local da ferida cirúrgica, abdómen inferior central (sutura horizontal), com soro fisiológico e compressas esterilizadas, com luvas esterilizadas.

Especificação da intervenção: Aplicar penso de ferida

Atividades que concretizam a intervenção:

- Aplicação de penso impermeável favo de mel, que permiti vigiar o local da ferida cirúrgica.

10h20

Foco de Atenção: Ferida Cirúrgica

Dados: A puérpera questiona-me acerca de “como terá de fazer com o penso e com os pontos quando regressar a casa, uma vez que com o seu primeiro filho foi parto normal e não passou por nada disto” (*sic*).

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

Objetivo: Promover autogestão: cicatrização da ferida cirúrgica

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica
- 2) Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica
- 3) Ensinar sobre sinais de complicação da ferida cirúrgica

Especificação da intervenção: Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar que deverá manter o penso cirúrgico limpo e seco e o penso favo de mel permite visualizar externamente caso exista a presença de algum exsudado ou sangue. Ao confirmar-se o anteriormente descrito deverá dirigir-se ao centro de saúde, de forma a que possa ser avaliada por um enfermeiro;
- Explicar que tem agrafos e não pontos, e que os mesmos serão removidos entre o 7º e o 10º dia, no centro de saúde;
- Deverá utilizar roupas mais largas de forma a que não comprimam a zona da sutura;
- Evitar esforços, minimizando a dor no local da ferida cirúrgica.

Especificação da intervenção: Ensinar sobre sinais de complicação de ferida cirúrgica

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar que deverá estar atenta se a ferida cicatriza de uma forma saudável, isto é, caso se verifique algum sinal inflamatório como dor, calor, rubor, tumefação ou presença de exsudado ou sangramento, deverá recorrer ao centro de saúde.
- Mencionado que, a dor no local da ferida cirúrgica deverá diminuir à medida que o tempo se prolonga, se a dor reaparecer ou intensificar deverá dirigir-se ao centro de saúde.

11h00

A Catarina, refere que amamentou o seu primeiro filho (com seis anos de idade atualmente) até aos 18 meses, ainda se lembra como fazia na altura e que nunca surgiu nenhuma complicação durante esse tempo. Agora, com a situação da sua filha Madalena, diz estar muito confusa e não saber muito bem como terá de fazer, embora já lhe tenham explicado tudo direitinho no dia anterior. Quando questionada, a Catarina reconhece os sinais de fome da sua filha e consegue colocá-la corretamente numa posição adequada para amamentar.

Foco de Atenção: Amamentação

Dados: A Catarina refere saber como se amamenta, mas que, nesta situação da sua filha, não sabe muito bem o que tem de fazer e que está confusa, embora já lhe tenha sido explicado anteriormente.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre a amamentação, num recém-nascido com lábio leporino e fenda palatina.

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação
- 2) Ensinar sobre amamentação

Especificação da intervenção: Ensinar sobre amamentação**Atividades que concretizam a intervenção:**

- Explicar que poderá colocar o seu bebé à mama sempre que este apresente sinais de fome e oferecer as duas mamas durante a mamada.
- Uma vez que a Madalena não consegue fazer uma completa sucção do leite presente na mama, a Catarina deverá continuar a extração mecânica com a bomba de forma a que suplemente as mamadas com o seu leite, tal como feito anteriormente, uma vez que ela teve uma perda ponderal de peso significativa. A suplementação com leite materno através de biberão com tetinas ajustadas à condição da Madalena, permitem a criação de vácuo potenciando uma melhor adaptação da boca do recém-nascido à teta, permitindo que esta ingira a quantidade de leite necessário e aprimore o seu reflexo de sucção e deglutição.
- Explicada à Catarina a importância de a Madalena continuar a ir à mama em todas as horas das mamadas, mesmo com esta condição, pois representa inúmeros benefícios quer para ela como para a sua bebé.

Allen e Dror (2018) defendem que, em casos de recém-nascido com este tipo de malformações – lábio leporino e fendas palatinas, é essencial a promoção de uma nutrição adequada, garantindo o desenvolvimento e crescimento do bebé, sendo o leite materno o melhor alimento para o recém-nascido, contendo os micronutrientes responsáveis pelo crescimento e desenvolvimento imunológico, tal como componentes bioativos, incluindo as imunoglobulinas, oligossacarídeos e proteínas que previnem as infeções e contribuem para o desenvolvimento do sistema imunitário.

Do ponto de vista da medicina orofacial, a amamentação revela-se primordial para o desenvolvimento e a maturação da musculatura orofacial pois permite um encerramento correto entre a maxila e a mandíbula, potenciando um correto posicionamento da língua (Queiroz et al., 2011).

Não obstante, o processo da amamentação fica comprometido nos recém-nascidos que apresentam lábio leporino e fenda palatina pelas estruturas faciais que ficam alteradas, implicando a capacidade de sucção e deglutição (Yadav & Rawal, 2015).

Importa nos recém-nascido com este tipo de malformação monitorizar a nutrição bem como o aumento de peso, uma vez que, a grande maioria deles ao nascimento apresentam um peso normal, contudo, com face a esta dificuldade na amamentação o ganho de peso traduz-se como insuficiente de acordo com as suas necessidades. Existem algumas preocupações às quais nós, enquanto profissionais devemos estar atentos, nomeadamente, a regurgitação do leite, a dificuldade de alimentação devido à incapacidade de succionar de forma correta, a obstrução das vias aéreas assim como o risco aumentado de aspiração do leite devido à comunicação direta entre a cavidade oral e a nasal (Smith, 2018).

A dificuldade na amamentação nestes recém-nascidos surge em deterioramento do mecanismo de sucção e deglutição, pela falha na integridade das estruturas anatómicas, para além de que, pode traduzir-se em efeitos negativos, tais como, o cansaço durante a amamentação ou o prolongamento no tempo da alimentação, comprometendo o seu ganho de peso (Queiroz et al., 2011).

Todavia, a nutrição do recém-nascido deve ser assegurada para que este possa ser submetido às cirurgias, responsáveis pelo restabelecimento dos problemas estruturais orais.

Foco de Atenção: Amamentação

Dados: A Catarina apresenta alguma dificuldade no uso da bomba de extração de leite, pelo que solicita se a podemos ajudar.

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para amamentar

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução da capacidade para amamentar

- 2) Assistir na amamentação
- 3) Instruir e executar a amamentação usando dispositivo

Especificação da intervenção: Assistir na amamentação

Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiramente a Catarina colocou a Madalena na mama para que esta pudesse iniciar a mamada, procedemos à avaliação da pega assim como o respetivo posicionamento do recém-nascido na mama. Posteriormente a este momento, a Catarina pretende iniciar a extração de leite com recurso à bomba, com o nosso apoio.

Especificação da intervenção: Instruir e executar a amamentação usando dispositivo (Bomba elétrica e biberão)

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicado à Catarina como poderá extrair o leite com a bomba. Explicar que deverá ter as mãos lavadas, garantir que tem o biberão onde irá armazenar o leite após a sua extração (solicitando-nos sempre que for efetuar a extração de leite) e de seguida adaptar a bomba à mama, garantido que o mamilo fica no interior do extrator. A extração de leite deverá iniciar-se pela mama onde a Madalena mamou primeiro, e depois alternar. Efetuado a extração com a Catarina.
- Posteriormente à extração, explicada à Catarina como aleita a sua bebé com o biberão, exemplificando e fornecendo o biberão à Madalena.
- A Catarina solicitou para ser ela a dar a restante quantidade de leite existente no biberão à filha.

11h45**Foco de Atenção:** Amamentação**Dados:** Face ao mencionado anteriormente a Catarina demonstra-se envolvida e capaz no processo de amamentação e aleitamento da sua filha.**Diagnóstico:** Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar**Objetivo:** Promover autogestão: amamentação**Intervenções:**

- 1) Avaliar evolução da autoeficácia para amamentar
- 2) Elogiar o desempenho da cliente

Especificação da intervenção: Elogiar o desempenho da cliente**Atividades que concretizam a intervenção:**

- Realçar o seu desempenho, reforçando positivamente toda a sua envolvimento.

12h00

No final da mamada a Catarina, procede à troca da fralda. Questiona-me se ainda se faz a limpeza com álcool no coto umbilical, pois era assim que fazia no filho mais velho.

Foco de Atenção: Adaptação à parentalidade**Dados:** A Catarina não sabe como se procede aos cuidados com o coto umbilical.

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido

Objetivo: Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto

Intervenções:

- 1) Avaliar evolução do conhecimento sobre higiene do recém-nascido
- 2) Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

Especificação da intervenção: Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar à Catarina que atualmente, a evidência científica preconiza que, o princípio de tratamento do coto do cordão umbilical seja mantê-lo limpo e seco, técnica *dry care*. O facto de se manter o cordão umbilical o mais seco possível permite que a sua queda ocorra mais precocemente possível. O tempo médio para a queda do mesmo é de 14 dias.
- Realçar que a limpeza do coto umbilical pode ser feita durante o banho ou com água e uma compressa. Importa manter o coto umbilical seco, pelo que se recomenda fechar a fralda com uma dobra abaixo do coto umbilical ou expor o coto ao ar.

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2023) não recomenda a utilização de antissépticos tópicos quando o cordão umbilical é cortado e clampado em contextos assépticos. Atualmente, não se recomenda a utilização de antissépticos de forma a prevenir a infeção associada ao cordão umbilical após o nascimento, para a minimização do risco de onfalite. Esta prática não se tem revelado mais eficaz comparativamente com o manter o cordão limpo e seco. Deste modo, aplicação de clorexidina ou álcool a 70% atrasa a queda do cordão umbilical, não representando um benefício na diminuição do risco de onfalite, que já é reduzido com a utilização de material esterilizado no momento do parto. Quando os partos ocorrem em contexto hospitalar preconiza-se que o cordão

esteja seco até cair. É recomendado no momento do banho, efetuar a lavagem do coto com água e sabão neutro e secar posteriormente (SPN, 2023).

Sequeira et al. (2020), orienta para que em todas as mudas de fraldas, se vigie o coto umbilical, avaliando o seu aspeto – gelatinoso, humedecido ou mumificado, o seu cheiro – *sui generis* ou odor fétido, a pele circundante – calor, dor, rubor ou edema periumbilical e se apresenta algum tipo de exsudado – cor, consistência, seroso, serohemático, hemático ou purulento.

12h10

A Catarina demonstra ter capacidade para cuidar da higiene do seu bebé, conseguindo prestar os cuidados ao coto umbilical do mesmo, utilizando a técnica de limpeza da zona mais proximal para a zona mais distal (do mais limpo para o mais sujo) garantindo o *dry care*. Não se verifica a capacidade comprometida. Demonstra eficazmente o tratamento ao coto umbilical.

EXAME FÍSICO RECÉM-NASCIDO

O recém-nascido é um foco dos cuidados do EEESMO neste contexto. Assim, importa avaliar o seu estado de saúde e capacidade de adaptação à vida extrauterina, identificando possíveis desvios da normalidade que possam comprometer o seu desenvolvimento da forma expectável. Para tal, foi realizada a avaliação do mesmo de forma sequencial e na orientação cefalocaudal, iniciando-se pela cabeça, progredindo em direção aos pés e ântero-posterior.

O consentimento para a realização do referido exame físico foi solicitado à mãe antes da iniciação do mesmo, obtendo a sua confirmação para me pudesse tocar e pegar no recém-nascido.

A Madalena, recém-nascido do sexo feminino, com APGAR 8/9/9 e peso de 3735g ao nascimento, encontra-se nas primeiras 48 horas de vida.

A Madalena, apresenta-se em estado de vigília, com movimentos espontâneos ativos, tónus muscular normal e choroso vigoroso. O formato do crânio apresenta

ligeira assimetria e abaulamento temporário das suturas, não existem achados de cefalo-hematomas, fontanelas sem alterações e o couro cabeludo normal com pele íntegra. A nível ocular, as escleróticas são brancas e em secreções, não apresenta edema. Alteração a nível da boca e nariz, apresenta lábio leporino e fenda palatina. Sem comprometido dos movimentos do pescoço, simétricos. A pele e mucosas coloração rosadas, exceto nas extremidades, com cianose – achado normal da diminuição de perfusão tecidual dessa zona, presença de lanugo. Movimentos presentes e simétricos dos membros e simetria dos ombros. Sem dificuldade respiratória, respiração irregular e simétrica, com 30-60 ciclos por minuto, sem utilização de musculatura acessória. Abdómen em simetria na sua forma. Coto do cordão umbilical com clamp apertado, com aspeto gelatinoso, ausência de sinais inflamatórios. Órgãos genitais femininos sem alterações, presença de grandes lábios, pequenos lábios, clitóris proeminente. Eliminação vesical sem alterações, urina incolor, quantidade moderada e cheiro *sui generis*. Eliminação intestinal, presença de mecónio, em quantidade moderada. Os membros superiores e inferiores apresentam movimentos simétricos, mãos e pés com cinco dedos em cada membro, não se verificam anomalias, sindactilia ou polidactilia. Em termos de respostas reflexas:

- Reflexo de sucção e deglutição – anormalidade anatómica: lábio leporino e fenda palatina;
- Reflexo de *Babinski* – após estimulação na região plantar do pé, o recém-nascido executa movimentos de hiperextensão dos dedos e dorsiflexão do hálux
- Reflexo de *Moro* – realização da abdução e extensão dos membros superiores, simultaneamente com abertura das mãos, quando lhe é causada uma alteração súbita no equilíbrio
- Reflexo de Preensão – capacidade do recém-nascido de fletir os dedos da palma das mãos ou dos pés quando estes são estimulados, fazendo o movimento de agarrar;

A Madalena apresenta pulseira de identificação colocada no membro inferior esquerdo.

Foco de Atenção: Recém-nascido

Dados: Recém-nascido apresenta coto umbilical gelatinoso, cheiro *sui generis*, pele circundante íntegra ausente de sinais inflamatórios.

Diagnóstico: Coto do cordão umbilical

Objetivo: Determinar evolução do coto do cordão umbilical

Intervenções: Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

Especificação da intervenção: Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

Atividades que concretizam a intervenção:

- O cordão umbilical apresenta aspeto gelatinoso, cheiro *sui generis*, pele circundante íntegra e sem sinais inflamatórios.

CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

A obtenção do título profissional de EEESMO, reconhecido pela OE, exige um conjunto mínimo de experiências clínicas, obtidos em contexto de formação, nomeadamente: as consultas de grávidas incluindo, pelo menos a realização de 100 exames pré-natais e assistência a 40 grávidas em situação de risco; a assistência e cuidados a pelo menos 40 parturientes; a realização de 40 partos eutócicos, que caso não se verifique possível, esse número poderá ser reduzido para 30 partos se a falta de parturientes o justificar, e na condição de o estudante participar em mais 20 partos; a participação ativa em partos de apresentação pélvica, e na impossibilidade de o fazer, pretende-se a realização de treino em contexto de simulação; a prática de episiotomia/perineorrafia; a assistência a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos normais; a assistência a pelo menos 40 puérperas e recém-nascidos que necessitem cuidados especiais e, a assistência a mulheres que apresentem patologias no domínio de ginecologia/obstetrícia (OE, 2019).

Seguem-se espelhadas as experiências adquiridas em contexto de estágio, que contribuíram para o incremento de competências, que refletem o exigido legalmente pela OE na atribuição do título profissional do EEESMO. A experiência exigida no que concerne a participação em partos de apresentação pélvica não foi possível em contexto de estágio, pelo que foi realizada uma prática de simulação clínica de forma a que as competências fossem adquiridas.

Tabela 7 - Experiências incrementadas ao longo do estágio de natureza profissional

Parturientes		Partos executados				Prática Sutura (Episiorrafia/Perineorrafia)	Puérperas		Recém-Nascidos	
65		47				36	162		170	
Baixo Risco	Risco	Com episiotomia	Sem episiotomia	Com laceração	Sem laceração		Baixo Risco	Risco	Baixo Risco	Risco
47	18	17	30	19	11		113	49	101	69

As experiências clínicas obtidas ao longo da realização dos diversos estágios que contribuiriam para o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, encontram-se expostas no capítulo da síntese crítico-reflexiva.

CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências comuns do EEESMO, definidas no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, são fundamentais para garantir a excelência na prática clínica. Preconiza-se que o EEESMO desenvolva capacidades a nível de liderança, gestão de recursos assim como a tomada de decisão baseada em evidência científica, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados e para o desenvolvimento contínuo da profissão.

A concretização da realização de uma revisão narrativa da literatura revelou-se uma mais-valia para o exercer da prática profissional comum do EEESMO, baseada na evidência, pelo que, contribuiu para o desenvolvimento de competências bem como permitiu comprovar a aquisição destas no âmbito da investigação.

O presente capítulo irá dar resposta ao objetivo 2) Comprovar o desenvolvimento de competências na área de investigação, através da realização de uma revisão narrativa da literatura, deste relatório.

Desenvolvimento de competências de investigação: revisão narrativa da literatura

Segundo o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio de 2019, compete ao EEESMO, a responsabilidade de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto e o período pós-natal. Nestes cuidados está também inerente o papel do EEESMO na conceção, planeamento, implementação e avaliação das intervenções destinadas à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

O uso de ocitocina sintética durante o trabalho de parto é uma prática comum na maioria dos blocos de parto, como método de induzir e acelerar o trabalho de parto, no entanto o sucesso do aleitamento materno parece estar negativamente correlacionado com a exposição a este tipo de ocitocina, talvez devido a uma

diminuição dos reflexos neonatais primitivos e da ligação materno-infantil (Monks & Palanisamy, 2021).

Reconhecendo a importância do EEESMO na promoção e proteção do aleitamento materno, é necessário aprofundar conhecimentos sobre os efeitos da administração de OS durante esse processo. Aprofundar esta temática contribuirá para a compreensão mais detalhada do fenómeno em estudo e permitirá aprimorar a qualidade dos cuidados prestados pelos EEESMO, capacitando-os a conduzir as suas atividades profissionais com base nas competências adquiridas e fundamentadas pela evidência científica.

METODOLOGIA

A revisão narrativa da literatura é uma metodologia que permite reunir e sintetizar conhecimentos que resultam de pesquisas sobre o fenómeno em estudo. A opção pelo método deve-se à possibilidade de incluir literatura relevante que suporte a tomada de decisão, permitindo aplicar os resultados sustentados pela prática baseada na evidência, contribuindo assim, para a construção do conhecimento em enfermagem, garantido a melhoria e a qualidade dos cuidados prestados (Cavalcante & Oliveira, 2020).

Com o intuito de descrever a evidência científica sobre o efeito da administração da OS durante o trabalho de parto na amamentação prossegui para o desenvolvimento da presente investigação, com base no acrónimo PICO, que pode ser interpretado como, a População que se refere às Grávidas em trabalho de parto, a Intervenção que corresponde à administração de ocitocina sintética, o Controlo o trabalho de parto, e o Resultado o efeito na amamentação.

Partindo destes pressupostos, formulou-se como questão de investigação: **“Qual o efeito da administração da ocitocina sintética durante o trabalho de parto na amamentação?”**

De seguida, irão ser apresentadas as etapas referentes à construção da metodologia, a caracterização da amostra, as palavras-chave e as bases de dados utilizadas na pesquisa dos estudos.

Como estratégia de pesquisa foram definidas as palavras-chaves, com recurso a descritores MeSH, que permitiu a construção da frase booleana: **Oxytocin AND Breastfeeding AND Labor**.

A pesquisa bibliográfica foi realizada, utilizando-se as bases de dados, Web of Science, PubMed e Scopus. Esta efetuou-se de dezembro de 2023 a janeiro de 2024, considerando-se como critérios de inclusão, a data de publicação nos últimos cinco anos (2018-2023), o idioma inglês, o título do artigo, o *abstract* e as palavras-chave. Da investigação efetuada resultaram 138 artigos. O recurso à plataforma *Rayyan*, permitiu proceder-se à exclusão dos artigos duplicados (n=58), considerando-se numa primeira fase 80 artigos válidos. De seguida foram excluídos 64 artigos por se não se relacionarem com a temática, resultando assim, num total de 16 artigos. Destes 16 artigos selecionados, foram lidos e analisados os respetivos *abstract*. Posteriormente a essa análise, excluiu-se da amostra cinco artigos, perfazendo um total de 11 artigos para leitura e análise na sua íntegra. Através da leitura integral dos 11 artigos, excluiu-se cinco desses, uma vez que se desviavam do foco principal da questão de investigação.

Os artigos resultantes para análise e discussão do tema em estudo, foram lidos na íntegra, retirando as informações como autores, ano de publicação, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusões, que se encontram descritas em tabelas inseridas no corpo do presente documento.

De forma a se tornar mais perceptível todo o processo de pesquisa anteriormente descrito, apresentamos a esquematização da mesma, conforme se pode observar na Figura 1.

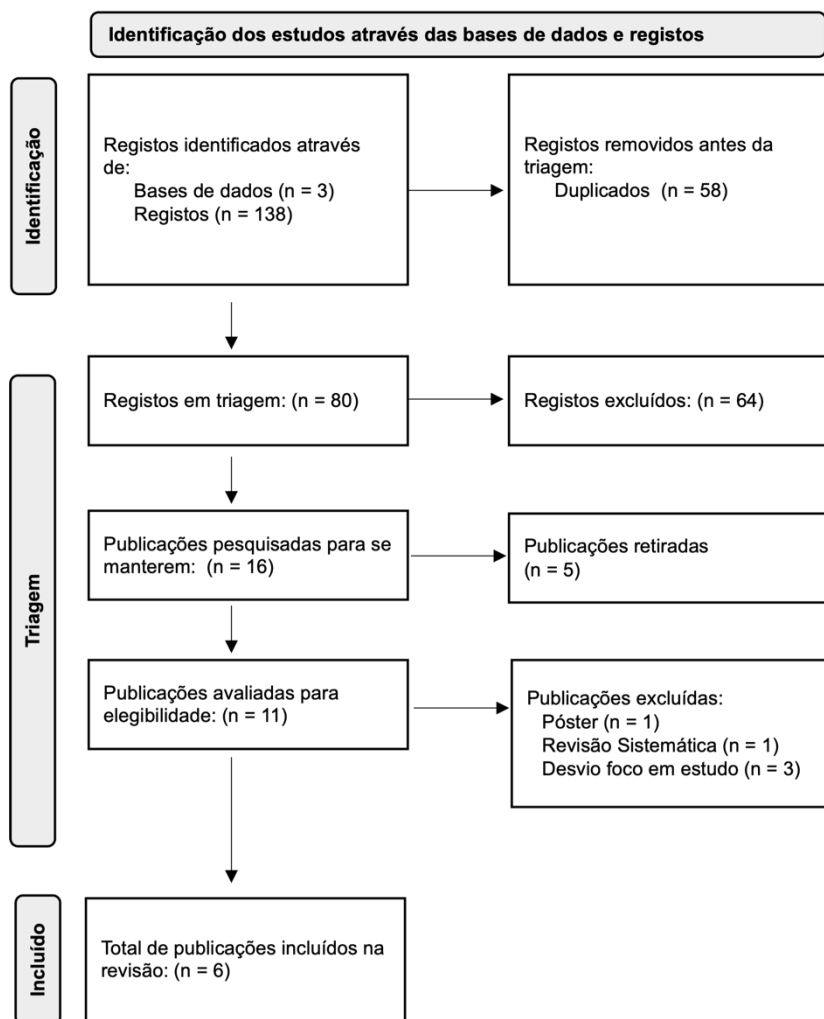


Figura 1 - Esquematização da revisão bibliográfica

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Com o intuito de simplificar a interpretação dos resultados obtidos, reúne-se uma síntese individual de cada estudo, organizando-os pelo título e ano a que se referem, assim como a identificação dos autores, a amostra, os principais resultados, que assumem uma importância significativa como base para a realização da discussão e as respetivas conclusões.

Os resultados encontrados na revisão bibliográfica efetuada, surgem através da análise dos estudos indicados nas tabelas, conforme se apresentam seguidamente.

Tabela 8 - Análise do Estudo 1 (E1), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão

Estudo	E1
Título	A longitudinal study of the association of epidural anesthesia and low-dose synthetic oxytocin regimens with breast milk supply and breastfeeding rates
Autores/Ano	Kaori Takahata, Shigeko Horiuchi ,Ai Miyauchi ,Yuriko Tadokoro &Takuya Shuo (2023)
Origem	Tokyo, Japão
Tipo de Estudo	Estudo de Coorte
Amostra	Numa amostra de 205, aplicando os critérios de exclusão, foram analisados os dados de 83 mulheres durante a gravidez ou até às 48h após o parto, num hospital-maternidade. As mulheres respeitavam: idade entre 20 e 43 anos, experiência parto único e espontâneo como gravidez de baixo risco, que planeiam amamentar pelo menos 12 semanas após o parto (incluindo alimentação mista), e ser asiática que saiba ler e escrever em japonês.
Principais Resultados	<p>Neste estudo, onde se analisa o efeito da administração de synOT (ocitocina sintética) entre dois grupos distintos, um com aplicação de synOT e outro sem, encontraram-se os seguintes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não se verificou diferenças significativas nas taxas de amamentação entre os dois grupos no que diz respeito à synOT administrada, 5ui em 500ml de solução salina, intraparto; • Não houve associação entre a amamentação e o uso de synOT intraparto.
Conclusão	O estudo sugere que o uso de synOT em doses baixas durante o trabalho de parto não afeta significativamente a amamentação.

Tabela 9 - Análise do Estudo 2 (E2), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão

Estudo	E2
Título	Effects of different doses of synthetic oxytocin on neonatal instinctive behaviors and breastfeeding
Autores/Ano	Yun Zhou, Wenwen Liu, Yang Xu, Xiaoyan Zhang, Yiqun Miao, Aihua Wang & Yuanyuan Zhang (2022)
Origem	Weifang, China
Tipo de Estudo	Estudo Observacional
Amostra	Analisados os dados de 154 mulheres que cumpriam os seguintes critérios: idade superior a 20 anos e experiência de parto vaginal; gestação única e entre 37-42 semanas (incluiu mulheres que escolheram induzir o trabalho de parto devido a desejos pessoais e familiares ou proximidade do término da gravidez, e aquelas que tiveram um trabalho de parto espontâneo sem ocitocina sintética), e mulheres com apoio pessoal e familiar e planeamento para a amamentação.
Principais Resultados	O estudo que aborda a relação da aplicação de diferentes doses de synOT ao comportamento instintivo neonatal e com conseqüente impacto na amamentação, expressou como resultados o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> • A administração de diferentes doses de synOT intraparto pode afetar a expressão completa do comportamento instintivo neonatal, com implicação adversa ao início e à continuidade da amamentação, como o efeito da procura pelo peito e do contato bem como no número de sessões de amamentação; • Os tempos de ocorrência da localização dos lábios na aréola, procura pelo mamilo e o abocanhar foram mais tardios no grupo de administração de synOT em altas doses.
Conclusão	O estudo conclui que o uso de synOT pode ter efeitos adversos sobre o comportamento instintivo neonatal com implicações nos resultados da amamentação.

Tabela 10 - Análise do Estudo 3 (E3), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão

Estudo	E3
Título	Epidural Analgesia With or Without Oxytocin, but Not Oxytocin Alone, Administered During Birth Disturbs Infant Pre-feeding and Sucking Behaviors and Maternal Oxytocin Levels in Connection With a Breastfeed Two Days Later
Autores/Ano	Yuki Takahashi, Kerstin Uvnäs-Moberg, Eva Nissen, Lena Lidfors, Anna-Berit Ransjö-Arvidson & Wibke Jonas (2021)
Origem	Stockholm, Suécia
Tipo de Estudo	Estudo randomizado
Amostra	A amostra do estudo integrava 72 mulheres cujos critérios de inclusão eram: Primíparas, saudáveis, não fumadoras, índice de massa corporal abaixo de 30, os bebés eram saudáveis, nascidos a termo, índice de Apgar de pelo menos 8 no 1º minuto após o parto. Todos os recém-nascidos foram colocados em contacto pele com pele com a mulher imediatamente após o nascimento e iniciaram a amamentação nas primeiras 2 horas após o parto.
Principais Resultados	<p>O presente artigo onde se discute os efeitos da analgesia epidural (EDA) e analgesia epidural combinada com ocitocina sintética (OT), é possível inferir que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nas mulheres em que foi aplicada a EDA ou EDA com OT durante o parto, constatou-se um impacto desfavorável nos comportamentos da amamentação do bebé, nomeadamente na menor procura pelo seio materno, assim como uma pontuação mais baixa na Ferramenta de Avaliação da Amamentação do Bebé; • A EDA, com ou sem infusão de OT durante o parto, afeta negativamente a procura do seio pelo bebé e a libertação de ocitocina materna durante a amamentação.
Conclusão	O efeito causado pela administração de EDA ou EDA com OT no parto, pode influenciar o sucesso da amamentação.

Tabela 11 - Análise do Estudo 4 (E4), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão

Estudo	E4
Título	Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study
Autores/Ano	Marina Gomes, Vera Trocado, Mariana Carlos-Alves, Diana Arteiro & Paula Pinheiro (2018)
Origem	Viana do Castelo, Portugal
Tipo de Estudo	Estudo de Coorte
Amostra	A pesquisa abrangeu um total de 201 mulheres. Foram classificadas como coorte exposta as que receberam ocitocina sintética durante as primeiras e segundas fases do trabalho de parto (101). A coorte não exposta foi composta por mulheres (100) que não receberam ocitocina.
Principais Resultados	<p>O presente artigo no qual se aborda a ocitocina sintética intraparto e a amamentação, através de um estudo de coorte retrospectivo, foram encontrados os resultados que abaixo se descrevem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O uso de ocitocina durante o trabalho de parto demonstrou ser um preditor de comportamento de sucção dificultador na primeira hora de vida; • O uso de ocitocina durante o trabalho de parto, pode revelar-se como um fator dificultador na amamentação durante a primeira hora após o parto; • As mães a quem lhes tinha sido administrada ocitocina de forma frequente durante o trabalho de parto, interromperam a amamentação aos três meses após o parto.
Conclusão	A administração de ocitocina sintética durante o trabalho de parto pode influenciar negativamente a amamentação durante a primeira hora após o nascimento, bem como a sua interrupção nos três meses após o parto.

Tabela 12 - Análise do Estudo 5 (E5), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão

Estudo	E5
Título	The association between intrapartum interventions and immediate and ongoing breastfeeding outcomes: an Australian retrospective population-based cohort study
Autores/Ano	Madison S. Andrew, Roshan J. Selvaratnam, Miranda Davies-Tuck, Kim Howland & Mary-Ann Davey (2022)
Origem	Victoria, Austrália
Tipo de Estudo	Estudo de Coorte
Amostra	Foram analisadas 599,191 mulheres, cumprindo os critérios de parto único e de termo acima das 37 semanas de gestação, cujas mães iniciaram amamentação no hospital, num intervalo de tempo entre 2010 e 2018.
Principais Resultados	<p>Neste artigo que investiga a relação entre os diferentes tipos de intervenções no parto e a amamentação, infere-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • As intervenções intraparto, incluindo a cesariana, analgesia epidural e a perfusão de ocitocina sintética, foram associadas a resultados desfavoráveis na amamentação; • O uso de perfusão de ocitocina estava associada a resultados desfavoráveis na amamentação, incluindo a necessidade de suplementação com fórmula no hospital, levando a uma diminuição das taxas de amamentação exclusiva e a existência de qualquer tipo de amamentação aos 3 e 6 meses.
Conclusão	O estudo conclui que, as intervenções intraparto comuns estão associadas a resultados menos favoráveis na amamentação, tanto no hospital como nos meses após o parto.

Tabela 13 - Análise do Estudo 6 (E6), com a apresentação do título, autores/ano, origem, tipo de estudo, amostra, principais resultados e conclusão

Estudo	E6
Título	The Effects of Intrapartum Administration of Synthetic Oxytocin on Breastfeeding in the First 9 Months Postpartum: A Longitudinal Prospective Study
Autores/Ano	Lea Takács, Frantisek Bartos, Pavel Cepicky & Sarka Kanková (2021)
Origem	Czech Republic, República Checa
Tipo de Estudo	Estudo Longitudinal
Amostra	As participantes foram recrutadas em cinco hospitais de uma maternidade na República Checa entre 2013 e 2014. As mulheres, que foram abordadas por <i>midwives</i> , representam: 439 no pós-parto e nas 6 semanas após o parto, já no que respeita os 9 meses após parto são 274.
Principais Resultados	Neste artigo que aborda os efeitos da administração de ocitocina sintética (synOT) intraparto nos primeiros 9 meses de amamentação pós-parto, constatou-se que: <ul style="list-style-type: none"> • A administração de synOT intraparto foi associada a uma menor taxa de aleitamento exclusivo no momento da alta da maternidade, contudo não foi encontrado o efeito significativo às 6 semanas ou aos 9 meses pós-parto.
Conclusão	O estudo sugere que os efeitos adversos do synOT sobre o aleitamento não persistem além dos primeiros dias pós-parto, ou seja, que a synOT afeta negativamente a iniciação do aleitamento no primeiro momento do pós-parto, mas não tem um impacto significativo a longo do tempo nas 6 semanas subsequentes e nos 9 meses pós-parto.

A partir da literatura analisada foi possível reconhecer, na maioria dos estudos, que existe uma relação entre o efeito da administração de OS durante o trabalho de parto e a amamentação (Andrew et al., 2022; Gomes et al., 2018; Takács et al., 2021; Takahashi et al., 2021; Zhou et al., 2022).

A exceção foi observada no estudo realizado por Takahata et al. (2023), que entre dois grupos distintos, um com aplicação de OS e outro sem, não foram encontradas diferenças significativas nas taxas de amamentação entre esses grupos no que diz respeito à OS administrada, de 5ui em 500ml de solução salina, intraparto, ou seja, não existiu associação entre o uso de OS durante o trabalho de parto e a amamentação. Também, Bell et al. (2014), não encontrou no seu estudo uma resposta evidente da relação da administração de OS

intraparto e a amamentação, relatando que a ocitocina se revela essencial para o processo de parto e à adaptação à maternidade, contudo os efeitos desta ainda não são totalmente compreendidos. Do mesmo modo, estudos relatam resultados inconsistentes no que concerne às evidências de que o uso de OS durante o parto possa afetar negativamente a amamentação, dado que as respostas podem variar de acordo com a dose administrada, o contexto clínico, assim como o suporte à amamentação prestado após o parto (Erickson & Emeis, 2017).

Diferentes doses de OS administradas no trabalho de parto evidenciaram comportamentos instintivos neonatais com consequente impacto na amamentação, nomeadamente, a implicação adversa ao início e continuidade da mesma, como ao efeito da procura pelo peito e do contacto, bem como no número de sessões de amamentação (Zhou et al., 2022). Os mesmos autores fazem referência que, os tempos de ocorrência da localização dos lábios na aréola, procura pelo mamilo e o abocanhar, foram mais tardios no caso das mulheres a quem lhes havido sido administrada OS em altas doses. García-Fortea et al. (2014) também referem que as parturientes ao terem contacto com a OS manifestam maior probabilidade de enfrentarem desafios relacionados ao início da amamentação, sobretudo problemas relacionados com a pega do bebé, uma menor produção de leite e ainda uma menor duração da amamentação exclusiva.

Investigadores demonstraram, através de um estudo de coorte com 201 mulheres, que o uso de OS intraparto, foi um preditor dificultador de comportamento de sucção na primeira hora de vida do bebé, comprometendo a amamentação no puerpério imediato, como também se revelou ser responsável pela interrupção da amamentação aos três meses após o parto (Gomes et al., 2018). Outros investigadores indicam, que a cessação precoce da amamentação está associada à administração de OS, sugerindo que as mulheres que receberam esta hormona durante o parto, apresentaram maior probabilidade de interromper a amamentação prematuramente, em comparação com aquelas a quem não lhes tinha sido aplicada (Morillo et al., 2019).

O impacto desfavorável nos comportamentos da amamentação do bebé, nomeadamente na menor procura pelo seio materno e libertação de ocitocina materna, foi verificado no estudo realizado por Takahashi et al. (2021), quando analisaram os efeitos OS combinada com a analgesia epidural. Estes efeitos são corroborados por Jonas et al. (2009), quando avaliaram se a administração de OS durante o parto e o uso de analgesia epidural tinha algum impacto nas concentrações de ocitocina endógena e na prolactina, com implicações na sucção do bebé durante o segundo dia pós-parto. O mesmo estudo sugere que a administração de OS no momento do parto e o uso de analgesia epidural podem interferir na resposta hormonal normal de ocitocina (ocitocina endógena) e da prolactina na amamentação, comprometendo negativamente a produção de leite e o sucesso desta. Resultados desfavoráveis na amamentação foram também relatados no estudo realizado por Andrew et al. (2022), quando associados a diferentes tipo de intervenção no parto, particularmente a perfusão de OS e a analgesia epidural, levando à necessidade de suplementação com fórmula no hospital, diminuição das taxas de amamentação exclusiva, assim como a existência de qualquer tipo de amamentação aos três e seis meses. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo, que identificou uma associação entre a administração de ocitocina durante o trabalho de parto e as dificuldades na amamentação, incluindo uma redução na duração da amamentação exclusiva e um aumento nas taxas de cessação precoce da amamentação (García-Forteza et al., 2014).

Por outro lado, a pesquisa aplicada por Takács et al. (2021), não encontrou efeitos significativos na amamentação às seis semanas ou aos nove meses pós-parto, associado à administração de OS durante o trabalho de parto. No entanto, verificaram uma menor taxa de aleitamento exclusivo no momento da alta da maternidade, o que de facto corrobora a maioria dos resultados relatados nos estudos por nós analisados.

A revisão bibliográfica efetuada, cujo objetivo foi analisar a existência da relação entre o efeito da administração de OS e a amamentação, permitiu-nos formular as seguintes conclusões:

- i. A administração de OS intraparto não provoca diferenças significativas nas taxas de amamentação, ou seja, não é observada uma associação clara entre o uso de OS e a amamentação;
- ii. A expressão do comportamento instintivo neonatal, como a ocorrência da localização dos lábios na aréola, procura pelo mamilo e o abocanhar, são afetados desfavoravelmente pela aplicação de diferentes doses de OS durante o parto;
- iii. A analgesia epidural e a OS durante o parto têm um impacto desfavorável no comportamento de amamentação dos recém-nascidos, influenciando a libertação de ocitocina endógena durante a fase de amamentação;
- iv. O uso de OS durante o trabalho de parto revelou-se como um fator potencialmente dificultador na amamentação inicial;
- v. As mulheres que recebem OS de forma frequente no parto, apresentam maior taxas de interrupção de amamentação exclusiva, potenciando o aumento da necessidade de suplementação com leite artificial (fórmula).

As limitações que apresentamos como relevante no desenvolvimento desta pesquisa, estão associadas, por um lado, à necessidade da realização de mais estudos que permitam reportar com consistência a relação entre o efeito da administração da OS e a amamentação, e por outro lado impacto da OS no processo fisiológico da produção de leite (hormona ocitocina e prolactina).

Assim, a realização da presente revisão bibliográfica, evidenciou-se como uma mais-valia no que diz respeito ao percurso profissional, bem como à formação pessoal, pelo que proporcionou a mobilização de conhecimentos teóricos, desenvolvendo técnicas de pesquisa, respetiva estruturação dos dados e análise dos mesmos, fundamental para a construção dos principais resultados/discussão que suportam as conclusões, face ao tema em estudo – a administração de ocitocina e o seu impacto na amamentação.

SÍNTESE CRÍTICO-REFLEXIVA

Este relatório finda com a presente síntese crítico-reflexiva que evidencia as experiências obtidas ao longo do percurso do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, contribuindo para o incremento de competências, fomentando o processo contínuo de aprendizagem, que facilitou o meu crescimento pessoal e profissional.

O EEESMO atua em diversificadas áreas ao longo do ciclo da mulher, garantindo o acompanhamento na gravidez, no trabalho de parto/parto e no pós-parto, em que o domínio da atuação assenta no rigor técnico e científico, através da atualização contante de conhecimentos sobre os cuidados de saúde.

A satisfação do cliente, é garantida focando o cliente no centro dos nossos cuidados, neste caso a mulher, e respetiva pessoa significativa e recém-nascido – a tríade, alcançando-o através do respeito da autonomia e das escolhas da mulher. Os padrões de qualidade priorizam os cuidados numa visão holística, garantindo que as necessidades e especificidades individuais são asseguradas. À luz das dotações seguras da OE, importa capacitar os profissionais de saúde, assim como, adequar o rácio face ao contexto, proporcionando cuidados que garantam a qualidade e a segurança de quem cuidamos, traduzindo-se posteriormente numa experiência positiva no cliente alvo dos nossos cuidados.

Na minha experiência em contexto de bloco de partos, inicialmente verifica-se um rácio de três EEESMO para um total de nove parturientes, sendo que no decorrer do estágio, existiu um aumento do número de EEESMO por turno, isto é, quatro EEESMO para um total de nove parturientes em situação de trabalho de parto e parto. Este facto permitiu que a minha prestação de cuidados se centrassem, muitas das vezes, numa parturiente, tendo a oportunidade de acompanhar o seu processo de trabalho de parto e inclusive o parto de uma forma mais individualizada, atendendo às suas necessidades, conforme o que é preconizado.

Durante o contacto com as diversas mulheres trabalho de parto e parto, foi-me possível identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem

especializadas centradas nas suas necessidades, mobilizando a evidência científica que suporta a tomada de decisão na prestação de cuidados em ESMO. Todas as oportunidades de aprendizagem revelaram-se essenciais para que existissem momentos de reflexão crítica com as enfermeiras tutoras no que diz respeito à tomada de decisão do EEESMO.

Uma das temáticas mais sensíveis na área de saúde materna e obstétrica, evidenciou-se também como uma dificuldade sentida, que é, identificar quando devo realizar uma episiotomia. Na teoria, a evidência científica diz-nos que, a realização de uma episiotomia deve ser concretizada em casos como, quando existe necessidade de abreviar o segundo estadio do trabalho de parto por suspeita de hipóxia fetal, perante a iminência de laceração perineal ou quando está já se iniciou (embora a evidência científica não seja consensual), para prevenir lesões obstétricas do esfíncter anal provocada por partes distócicos ou quando já existiu uma lesão do esfíncter anal em partos anteriores (DGS, 2023; SPOMMF, 2022), contudo na prática clínica e inerente há pouca experiência em contexto de sala de partos, este procedimento revela-se como sendo o mais difícil de concretizar, não pela sua técnica, mas sim pela tomada de decisão em que casos específicos devemos fazê-lo. A realização da episiorrafia não se manifestou uma dificuldade em contexto clínico.

Sabemos que a episiotomia representa, para a maioria das mulheres, uma invasão do seu próprio corpo assim como um desrespeito por parte dos profissionais que as acompanham durante o momento do parto. Importa que os profissionais clarifiquem que esta não é feita de forma rotineira, e sim em casos de exceção onde se verifica efetivamente a sua necessidade. É possível inferir que, em muitos momentos, a realização da episiotomia talvez pudesse ser evitada se durante o trabalho de parto fossem adotadas outras medidas, nomeadamente, a liberdade de movimentos, a verticalidade ou até mesmo a alternância de posicionamentos que contribuem positivamente para o progresso de trabalho de parto. O referido anteriormente não se verificou, não pela falta de vontade da equipa que acompanha a mulher neste processo, mas sim pelas condicionantes que estas apresentavam, como por exemplo, a dificuldade em liberdade de movimento e verticalidade em mulheres com analgesia epidural.

Face ao mencionado anteriormente, a analgesia epidural, foi um método verificado a 99% das experiências de parto assistidos, o que se apresenta como um fator dificultador relativamente à liberdade de movimento, não tendo existindo experiências significativas.

A ausência da oportunidade de acompanhar e gerir um trabalho de parto fisiológico, destaca-se como sendo uma experiência que almejo concretizar futuramente, de forma a que mobilizar os conhecimentos teóricos e conseguir assegurar a sua efetividade na prática, aprimorando as minhas competências no que respeita à natureza fisiológica do parto, garantindo um cuidado humanizado às mulheres que acompanho. Importa referir que o processo de aprendizagem é contínuo e que, nem todas competências são desenvolvidas em contexto de estágio, mas devemos fomentar o nosso espírito crítico em relação a elas.

Acompanhar um processo de trabalho de parto numa morte fetal evidencia-se como raro, o que expressa os ganhos em saúde, não obstante, compete ao EEESMO implementar intervenções de apoio à mulher e convivente significativo, durante o período de luto. A oportunidade de aprendizagem num contexto muito distinto daquele que consiste ser o dia-a-dia na sala de partos, em que a magia e emoção caracterizavam cada nascimento, manifestou-se como um momento desafiante para mim, pelo que exigiu uma adaptação significativa dos cuidados prestados, completamente diferentes das práticas comuns. A abordagem do EEESMO deve ser individualizada, criando espaço para que a mulher e convivente significativo, consigam lidar com a situação que estão a vivenciar, proporcionando o apoio necessário e respeitando todas as suas vontades e necessidades emocionais nesse momento tão difícil e custoso, A criação de uma boa relação terapêutica e empatia, permitiu uma melhor gestão das emoções face ao momento triste que todos presenciávamos. Um aspeto que era tido em conta nestas situações, era o internamento da mulher numa sala de partos o mais distante das restantes parturientes, minimizando os estímulos exteriores como o choro de outros bebés, garantindo que a perda é vivida com respeito e dignidade.

O estágio em contexto de bloco de partos, foi o mais desafiador mas indiscutivelmente o mais significativo para mim, onde a magia pautava cada nascimento, tornando-se cada um deles um momento tão emotivo e único. Tive a oportunidade de acompanhar as mulheres em diversos estádios do trabalho de parto, respeitando a sua singularidade, as suas crenças, valores e vontades expressas no plano de parto, quer fosse escrito ou mesmo quando inquiridas verbalmente de quais seriam as suas expectativas face a cada momento do seu parto, envolvendo sempre a sua pessoa significativa aquando da prestação de cuidados. Fui capaz de prestar cuidados especializados ao recém-nascido no momento da adaptação à vida extrauterina, incluindo a avaliação do bem-estar do mesmo, proporcionando a *golden hour* e o contacto pele com pele. Garanti ainda, os cuidados à puérpera no pós-parto imediato, assegurando a sua transferência para o internamento de puerpério.

Um dos aspetos que me fez refletir no contexto do internamento de gravidez com complicações (onde tive oportunidade de contactar com diversas patologias anteriormente descritas na construção do presente relatório) depreende-se com o facto de, na maioria dos casos, as grávidas permaneciam internadas até ao momento do parto, verificando-se casos excepcionais. Ao longo do estágio, uma das inquietações que me surgiu, relaciona-se com o facto de que a maioria dessas mulheres não tinham a oportunidade de frequentar as sessões de preparação para o parto e adaptação à parentalidade proporcionadas pelas unidades de cuidados na comunidade de referência. As mulheres que, previamente a serem internadas já tivessem dado início às sessões conseguiam garantir a sua frequência, com recurso à tecnologia e aos meios digitais, através do *Zoom*. Todavia, aquelas que não tinham oportunidade de se inscrever nesses programas, porque o seu internamento ocorria por exemplo às 23 semanas, não lhes era garantido esse tipo de sessões destinadas à preparação para o parto e adaptação à parentalidade. Em muitos turnos, foi possível em parceria com a enfermeira tutora, proporcionar-lhes momentos de reflexão e de conhecimento no que diz à sua gravidez, processo de trabalho de parto/parto assim como a chegada do recém-nascido, contudo, nem sempre era viável garantir esses momentos face à dinâmica do serviço.

Em reflexão, compete ao EEESMO cuidar da mulher durante o período pré-natal, e proporcionar oportunidades para que, mesmo perante uma gravidez com complicações, as grávidas possam vivenciar a sua transição de uma forma positiva, igualando o acesso às oportunidades comparativamente com aquelas que vivenciam uma gravidez saudável.

O puerpério é o período em que, a mulher restabelece o seu estado físico e emocional pré gravídico. É nesta fase que, os pais assumem um novo papel, enquanto cuidadores do recente elemento chegado à família. Este processo de adaptação exige a interiorização de uma nova identidade assim como as responsabilidades que com ela advêm. O EEESMO é responsável por contribuir e ser um fator facilitador para que esta transição seja bem sucedida. No contacto com este contexto de pós-parto, em que o EEESMO promove, protege e apoia o aleitamento materno, foi-me possível dar continuidade ao processo de aprendizagem no que respeita à amamentação iniciado previamente noutros contextos de estágio, mobilizando os conhecimentos teóricos para a prática clínica. Exigiu uma constante procura pela mais recente evidência científica no que concerne à resolução de problemas relacionados com a amamentação, de forma a que fosse capaz de intervir o mais eficazmente possível, proporcionando cuidados de qualidade à puérpera bem como ao seu filho.

A amamentação sempre se revelou uma área de interesse para mim ao longo de todo o processo formativo, tendo sido o motivo impulsionador para a realização da revisão narrativa da literatura, que investiga o efeito da administração de OS durante o trabalho de parto na amamentação, contribuindo para o incremento de competências que sustentem a nossa tomada de decisão na prática clínica.

A aquisição de competências transversais a todas as áreas de enfermagem de saúde materna e obstétrica, neste processo de aprendizagem contínuo, contribuíram para o desenvolvimento da minha identidade profissional tomando consciência do papel do EEESMO. Não descorando que, todo o acompanhamento obtido ao longo de todo este percurso, a importância da presença das EEESMO que fizeram comigo esta caminhada foram fundamentais

para que, concretize-se mais do que os objetivos propostos, um sonho, que é ser uma EEESMO mais significativa para quem cuida.

O exercício profissional enquanto EEESMO exige um rigor ético exímio, uma vez que, a tomada de decisão e os cuidados prestados à mulher e ao recém-nascido poderão influenciar a experiência vivenciada, pelo que importa, garantir a confidencialidade, o consentimento informado e o respeito pela autonomia da mulher. As competências aprimoradas, como a comunicação eficaz, a relação terapêutica, a empatia e a capacidade para gerir emoções, complementam as competências técnicas e científicas desenvolvidas tal como mencionado ao longo do presente relatório.

As competências comuns a todos os EEESMO incluem o conhecimento aprofundado de patologias obstétricas e neonatais, a capacidade de prestar cuidados em situações de alto e baixo risco, promovendo boas práticas de saúde. Estas, aliadas à formação contínua e às competências de investigação científica, são fundamentais para garantir a prestação de cuidados de qualidade.

Em conclusão, a elaboração deste relatório permitiu concretizar objetivos relacionados com o desenvolvimento pessoal, académico e investigativo, proporcionando um olhar reflexivo sobre o percurso percorrido e antecipando práticas mais fundamentadas e ajustadas aos contextos de atuação.

O percurso realizado ao longo deste processo formativo, representou uma conquista pessoal de grande importância, que deixará para sempre marcas na minha memória. Este processo permitiu-me aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, desenvolver competências fundamentais para a prática clínica baseada na evidência científica, e refletir sobre as experiências vivenciadas em contexto de estágio. Mais do que um trabalho académico, este relatório proporcionou uma oportunidade de crescimento quer pessoal como profissional, desafiando-me a ultrapassar os obstáculos e superar os desafios que surgem no caminho, desenvolvendo um pensamento crítico que me possibilitou consolidar a minha identidade profissional enquanto futura EEESMO.

BIBLIOGRAFIA

Alfasigma. (2018). Folheto informativo: Informação para o utilizador Ocitocina. <https://pt.alfasigma.com/wp-content/uploads/2020/10/SYNTOCINON-inj.pdf>.

Allam, E., Windsor, L. J., & Stone, C. (2014). Anatomy & Physiology Cleft Lip and Palate: Etiology, Epidemiology, Preventive and Intervention Strategies. *Anat Physiol*, 4(3), 2–6. <https://doi.org/10.4172/2161-0940.1000150>.

Allen, L. & Dror, D. (2018). Introduction to Current Knowledge on Micronutrients in Human Milk: Adequacy, Analysis, and Need for Research. <https://doi.org/10.1093/advances/nmy018>.

American Society of Anesthesiologists. (2016). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, 124 (2).

Andrew, M.S., Selvaratnam, R.J., Davies-Tuck, M., Howland, K., & Davey, M.A. (2022). A associação entre intervenções intraparto e resultados imediatos e contínuos da amamentação: um estudo de coorte retrospectivo australiano de base populacional. *International Breastfeeding Journal*, 17 (1), 48.

Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). (2019). Guia para a promoção do aleitamento materno nos cuidados de saúde primários. <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2020/07/Guia-Aleitamento-Materno.pdf>.

Beleza, A. C.S., Ferreira, C.H.J., Driusso, P., Santos, C.B., & Nakano, A.M.S. (2017). Efeito da crioterapia no alívio da dor perineal após parto vaginal com episiotomia: um ensaio clínico randomizado e controlado. *Fisioterapia*, 103 (4), 453-458.

Bell, A. F., Erickson, E. N., & Carter, C. S. (2014). Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of midwifery & women's health*, 59(1), 35-42.

Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., & Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic

review and metaanalysis. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 466.
<https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>.

Bohren, M.A., Hofmeyr, G.J., Sakala, C., Fukuzawa, R.K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.

Bonapace, J., Gagné, G.P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-base fisiológica da dor no trabalho de parto e parto: uma abordagem baseada em evidências para seu gerenciamento. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40 (2), 227-245.

Brandão, S. (2009). O impacto do corte do cordão umbilical pelo pai no envolvimento emocional com o recém-nascido.
<https://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1384/1/Sonia%20Brandao%20-%20Dissertacao.pdf>.

Cardoso, A. (2014). Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais. Novas Edições Académicas.

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A.R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Cardoso, A., Bulcão, E., Koch, C., & Soares, A. (2020/2021). Trabalho de parto: Assistir no parto.

Cardoso, A., Bulcão, E., Koch, C., & Soares, A. (2020/2021). Trabalho de Parto: Executar Técnica de Parto.

Carvalho, A. M. P. S. L. (2018). Ortopedia neonatal, ortodontia e tratamento multidisciplinar de lábio leporino e fenda palatina. (Master's thesis, Egas Moniz School of Health & Science, Portugal).
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25544/1/Carvalho_Ant%c3%b3nio_Maria_Pimentel_dos_Santos_Lopo_de.pdf.

Cavalcante, L. T. C. & Oliveira, A. A. S. (2020). Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicologia em Revista*, 26(1). https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682020000100006;

Coelho, K. C., Rocha, I. M. S., & Lima, A. L. S.(2018). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *Revista Científica de Enfermagem*, 8(22), 14-21.

Dias, C. (2016). Utilização da Bola de Pilates no Trabalho de Parto. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Direção Geral da Saúde (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Norma 002/2023. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orienta%C3%A7%C3%A3o-dgs.pdf>.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Orientação n.º 001/2015 de 19/01/2015.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Orientação n.º 002/2015 de 19/01/2015.

Dodou, H. D., Rodrigues, D. P., Guerreiro, E. M., Guedes, M. V. C., Lago, P. N. D., & Mesquita, N. S. D. (2014). A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery*, 18(2), 262-269.

Entidade Reguladora da Saúde. (2023). Parecer da Entidade Reguladora da Saúde sobre a deliberação do Conselho de Administração (Versão não confidencial), processo ERS/094/2022. https://www.ers.pt/media/gmfh55mo/vnc-ers_094_2022.pdf.

Erickson, E. N., & Emeis, C. L. (2017). Breastfeeding outcomes after oxytocin use during childbirth: an integrative review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 62(4), 397-417.

Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. ESEP. <https://estudar.esenf.pt/mesmo/>.

Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2006). Iniciativa Parto

Normal. Documento de consenso. Barcelona.

Freitas, S. M., Costa, A. R. A. D., Aquino, D. T., Campelo, K. D. S., Linhares, C. D. D. C., Araujo, F. J. L., & Cavalcante, R. M. S. (2021). Hemorragia Pós-Parto: Características, Tratamento e Prevenção. *Brazilian Journal of Surgery & Clinical Research*, 37(3).

Freixo, M. L. (2015). Implicações da utilização da analgesia epidural na evolução do trabalho de parto (Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra).

García-Forteza, P., González-Mesa, E., Blasco, M., Cazorla, O., Delgado-Ríos, M., & González-Valenzuela, M. J. (2014). Oxytocin administered during labor and breast-feeding: a retrospective cohort study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(15), 1598-1603.

Garrett, A. R. D. (2021). O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia na implementação do Plano de Parto. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa).
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/45043/1/MESMO_4465_original.pdf

Gayeski, M. E., & Brüggemann, O. M. (2010). Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 19, 774-782.

Gomes, I. E. M., Padoin, S. M. D. M., Langendorf, T. F., Paula, C. D., Gomes, C. A., & Ribeiro, A. C. (2019). Benefícios da presença do acompanhante no processo de parto e nascimento: revisão integrativa. *Rev Enferm da UFSM*, 9.

Gomes, M., Trocado, V., Carlos-Alves, M., Arteiro, D., & Pinheiro, P. (2018). Ocitocina sintética intraparto e amamentação: um estudo de coorte retrospectivo. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 38 (6), 745-749.

Graça, L. M. (2017). Medicina materno-fetal (5a, Número 5a edição). Lidel.

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>.

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and metaanalysis. *Midwifery*, 87.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>.

INFARMED (2023). Folheto informativo: Informação para o utilizador Efedrina.

<https://www.infarmed.pt/documents/15786/3368817/Relat%C3%B3rio+de+avali+a%C3%A7%C3%A3o+de+financiamento+p%C3%ABlico+%28arquivamento%29+de+Efedrina+Agueissant+%28efedrina%291/8f446e85-4c9f-bfe2-a433-17867a663490?version=1.0>.

INFARMED. (2013). Folheto informativo: Informação para o utilizador Lactulose.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>.

INFARMED. (2019). Folheto informativo: Informação para o utilizador Paracetamol.

<https://farmaciagualtar.pt/wp-content/uploads/Infarmed/2318988.pdf>.

INFARMED. (2021). Folheto informativo: Informação para o utilizador Brufen.

<https://demo2.farmaciarade.pt/wp-content/uploads/BRUFEN-400MG-COMPRIMIDOS-FOLHETO-INFORMATIVO.pdf>.

INFARMED. (2022). Folheto informativo: Informação para o utilizador Enoxaparina.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml;jsessionid= 1--5lIfmKx2il2ISaeuiXuolaatDys9Og2QvvUs.fo1>.

INFARMED. (2022). Folheto informativo: Informação para o utilizador Ropivacaína.

<https://www.infarmed.pt/documents/15786/1594079/Anexo+formulario/a995d754-90dd-4474-9203-eb396a0737a0>.

INFARMED. (2022). Folheto informativo: Informação para o utilizador Hidróxido de Alumínio.

<https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>.

International Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ICN <https://Neuronsong.Com/ / Sites/lcnp-Browser/#/2019/Concepts/Pt/10014052>.

Ionio, C., Ciuffo, G., & Landoni, M. (2021). Contato pele a pele entre pais e filhos e regulação do estresse: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista internacional de pesquisa ambiental e saúde pública*, 18 (9).

Jonas, W., Johansson, L. M., Nissen, E., Ejdebäck, M., Ransjö-Arvidson, A. B., & Uvnäs-Moberg, K. (2009). Effects of intrapartum oxytocin administration and epidural analgesia on the concentration of plasma oxytocin and prolactin, in response to suckling during the second day postpartum. *Breastfeeding Medicine*, 4(2), 71-82.

Lamary, M., Bertoni, CB, Schwabenbauer, K., & Ibrahim, J. (2023). Hora de ouro neonatal: uma revisão das melhores práticas atuais e evidências disponíveis. *Current Opinion in Pediatrics*, 35 (2), 209-217.

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4.

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Portugal. <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.

Lorencetto, S. B., Lemes, S. C., Bertella, C. B., Tuci, B. M., & Maia, J. S. (2021). Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. *Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 277-286.

Lowdermilk, D.L. & Perry, S.E. (2009). Enfermagem na maternidade. Lusodidacta.

Meleis, A. (2010). Transitions Theory: Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research Practice. Nova Iorque: Springer Publishing Company.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto

e Contexto Enfermagem, 17(4), 758-64.

<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>

Monks, DT, & Palanisamy, A. (2021). Oxitocina: no nascimento e além. Uma revisão sistemática dos efeitos de longo prazo da ocitocina periparto. *Anesthesia*, 76 (11), 1526-1537.

Montenegro, C. A. B., & Filho, J. R. (2017). *Rezende Obstetrícia*. Guanabara Koogan LTDA.

Moreira, T. V., Silva, G. T., Setoguchi, E. A., Rangel, M. F. S., Alves, L. B. M., Faleiro, I. B. T., Barbosa, A. D. & Tristão, L. S. (2023). O impacto da hemorragia pós-parto na mortalidade materna: uma revisão da literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), 19823-19832.

Morillo, A. F. C., Duque, M. D., López, A. B. H., Miguel, C. M., Riveiro, P. P., Mariña, A. S., Vicente, A. R., & Gabriel, M. A. M. (2019). Cessation of breastfeeding in association with oxytocin administration and type of birth. A prospective cohort study. *Women and Birth*, 32(1), 43-48.

Nené, M., Batista, M.A. & Marques, R. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Oliveira, C. A., & Sá, R. A. (2020). Cardiotocografia anteparto. *Femina*, 48(5), 316-320.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica: Plano de Parto.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Projeto Maternidade com Qualidade. Efetivar a ingesta ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da OMS.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Circular Informativa: Atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista por via da Certificação Individual de Competências. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17193/circular-informativa-cd-2_2019-atrib-tit-prof-enf-esp-cicpdf__.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Parecer n.º 43/2019: Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materno e obstétrica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2023). Parto Prematuro. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/es/>. Acedido em:31/08/2024.

Organização Mundial de Saúde. (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence%20=12.

Organização Mundial de Saúde. (2014). Recomendações para a prevenção e tratamento da pré-eclâmpsia e da eclâmpsia. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44703/9789248548338_por.pdf?sequence=11&isAllowed=y.

Organização Mundial de Saúde. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.

Organização Mundial de Saúde. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352612/9789240046160-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Pacheco, H. (2014). Um percurso retrospectivo de processo de aquisição de competências: Implicações da Manobra de Valsava no Segundo Período do Trabalho de Parto: Revisão Integrativa da Literatura (Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem do Porto).

Pasin, S. S., & Schnath, F. (2007). Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural. *Clinical and Biomedical Research*, 27(2).

Pereira, A. S., Oliveira, D., Pereira, N., & Néné, M. (2020). Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na prevenção do trauma perineal: Revisão sistemática da literatura. *Projetar Enfermagem-Revista*

Científica de Enfermagem, 55-67.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Keenan-Lindsay, L., & Sams, C. (2022). *Maternal Child Nursing Care in Canada* (3rd ed.). Langara College.

Posner, G.D., Dy, J. Black, A.Y. & Jones, G. (2014) *Trabalho de Parto e Parto de Oxorn e Fotte*. McGraw Hill.

Queiroz, C. et alii. (2011). Aleitamento materno exclusivo em bebês com fissura de lábio e/ou palato. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.*, 16(4), 417-421. <https://doi.org/10.1590/S1516-80342011000400009>.

Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.ª série, N.º 26, 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.ª série, N.º 85, 13560-13565. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-nº-391-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eesmo.pdf.

Roberts, D. (2007). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.

Saccone, G., & Berghella, V. (2016). Corticosteroides pré-natais para maturidade de fetos a termo ou próximos do termo: revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados. *BMJ*, 355.

Santana, L. S., Gallo, R. B. S., Marcolin, A. C., & Quintana, S. M. (2010). Avaliação da intensidade da dor na fase ativa do trabalho de parto em primigestas. *Rev Dor*, 11(3), 214-7.

Schofield, EE, & Winter, LW (2024). Hora de ouro e termorregulação. *Principles of Neonatology*, 57-61. Elsevier.

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Serviço Nacional de Saúde. (2024). <https://www.sns.gov.pt/>.

Silva, L. S., Vasconcelos, T. T. S., & Oliveira, H. F. (2024). Musicoterapia durante o parto: Auxiliando no alívio da dor, uma revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 13(5), e5113545765-e5113545765.

Silva, P. C. D. S., Nogueira, C. M., Oliveira, L. F., & de Freitas, E. A. M. (2019). O significado da música para puérperas acerca da vivência no pré-parto. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 7(3), 331-337.

Silveira, S. K., & Júnior, A. T. (2020). Métodos de avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Femina*, 48(1), 59-64.

Simkin, P., & Ancheta, R. (2017). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. John Wiley & Sons.

Simkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504.

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, GM (2013). Restringindo a ingestão oral de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto. *Cochrane database of systematic reviews*, 8.

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Jones, L., & Hodnett, E. D. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>.

Smith, N. (2018). Cleft lip and/or cleft palate: Promoting adequate nutrition in the newborn with. *Cinahl Information Systems*. DOI: 10.1097/ANC.0000000000000305.

Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2012). Revisão dos consensos em infeções vulvovaginais. <https://spginecologia.pt/wp-content/uploads/2021/07/spg-revisao-dos-consensos-em-infeccoes-vulvovaginais-2012.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF). (2018). Corticoterapia para maturação fetal pulmonar. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Maturação-Fetal-Pulmonar.pdf>.

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF). (2022). Normas de Orientação Clínica: Maturação cervical. <https://www.spommf.pt/norma-de-orientacao-clinica-spommf-maturacao-cervical/>.

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF). (2022). Normas de Orientação Clínica: Episiotomia. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Episiotomia.pdf.

Sousa, A. P. P. (2021). Fatores de risco para parto pré-termo (Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra).

Takács, L., Bartoš, F., Čepický, P., & Kaňková, Š. (2021). Os efeitos da administração intraparto de ocitocina sintética na amamentação nos primeiros 9 meses pós-parto: Um estudo prospetivo longitudinal. *Breastfeeding Medicine*, 16 (12), 965-970.

Takahashi, Y., Uvnäs-Moberg, K., Nissen, E., Lidfors, L., Ransjö-Arvidson, A. B., & Jonas, W. (2021). Epidural analgesia with or without oxytocin, but not oxytocin alone, administered during birth disturbs infant pre-feeding and sucking behaviors and maternal oxytocin levels in connection with a breastfeed two days later. *Frontiers in neuroscience*, 15.

Takahata, K., Horiuchi, S., Miyauchi, A., Tadokoro, Y., & Shuo, T. (2023). Um estudo longitudinal da associação de anestesia peridural e regimes de ocitocina sintética de baixa dosagem com suprimento de leite materno e taxas de amamentação. *Scientific Reports*, 13 (1).

Torres, M. L. A. S. S. (2021). Indução do trabalho de parto: A experiência num serviço em Portugal. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/134661/2/480882.pdf>.

Widström, AM, Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Contato pele a pele na primeira hora após o nascimento, implicações subjacentes e prática clínica. *Acta Paediatrica* , 108 (7), 1192-1204.

Yadav, S., & Rawal, G. (2015). Human breast milk bank. https://www.researchgate.net/publication/277760958_Human_Breast_Milk_Bank.

Zhou, Y., Liu, W., Xu, Y., Zhang, X., Miao, Y., Wang, A., & Zhang, Y. (2022). Efeitos de diferentes doses de ocitocina sintética em comportamentos instintivos neonatais e amamentação. *Scientific Reports* , 12 (1).

Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garmi, G., & Salim, R. (2023). Opções farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto: uma revisão de especialistas. *Jornal Americano de Obstetrícia e Ginecologia*.