



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

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL**

**INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA**  
**INTEGRIDADE DO PERÍNEO INTRAPARTO**

**Joana Catarina Marques Lobão**

**Porto, 2024**

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

---

**INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA INTEGRIDADE DO PERÍNEO INTRAPARTO:**

Relatório de estágio profissional de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

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

Autora: Joana Catarina Marques Lobão

Porto, 2024

Dedico este relatório à minha persistência, resiliência e paciência.

## AGRADECIMENTOS

Começo por agradecer à minha orientadora, Mestre Maria Arminda Nunes, e coorientadora, Professora Doutora Alexandrina Cardoso, por todo o cuidado durante a orientação, momentos de aprendizagem e crescimento académico que me proporcionaram.

Às equipas de enfermagem que me acolheram durante este percurso, pela integração proporcionada e serem uma mais-valia para o meu desenvolvimento profissional durante todo o tempo. Um obrigado especial às minha tutoras, Enfermeiras Especialistas Susana Saraiva, Cátia Silva e Vera Teixeira, por todas as oportunidades de aprendizagem, horas de tutoria, momentos de alegria, seriedade e reflexão, e acima de tudo, de terem demonstrado a importância e a essência do que é ser uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Aos meus pais, Conceição e José, e à minha irmã Inês, por me apoiarem ao longo de todos estes meses de trabalho e me incentivarem, quando o cansaço era muito.

Aos meus amigos de sempre, por serem “casa”, um sincero pedido de desculpas por todos os convites recusados e uma gratidão enorme por me acompanharem em todo o meu percurso.

À Cindy, à Catarina Cruz, à Andreia Correia e à Andreia Silva, um obrigado pelo apoio, disponibilidade, carinho e paciência durante este período exigente.

Ao meu namorado Daniel, por todas as vezes que abdicou do seu tempo para me ajudar, me confortar, por ter acreditado sempre em mim e por todas as vezes que viveu comigo as minhas alegrias e as minhas tristezas durante este percurso. Sem ti, não teria o mesmo sentido!

Agradeço também, a todas as mulheres, casais e recém-nascidos que cruzaram o meu caminho ao longo deste percurso, que me fizeram crescer e nos momentos mais felizes e também nos desfechos menos esperados.

## RESUMO

O presente relatório de estágio profissional relata o percurso realizado durante o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica num hospital de apoio perinatal diferenciado do Norte do país. O documento fornece a caracterização dos contextos clínicos, a conceção de cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica com uma análise crítica-reflexiva da prática para o desenvolvimento de competências na assistência à grávida com complicações, parturiente, puérpera e recém-nascido, bem como a pessoa significativa, conforme o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 391/2019.

Neste Estágio de Natureza Profissional, surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as intervenções promotoras da integridade do períneo e o seu impacto para a mulher no intraparto, no âmbito de um projeto de investigação do serviço de bloco de partos, com a realização de uma revisão narrativa da literatura.

Este percurso permitiu adquirir competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e refletir sobre as melhores práticas de cuidados especializados. A revisão narrativa identificou as intervenções para preservar a integridade do períneo no parto, com o objetivo de reduzir traumas perineais, melhorar o bem-estar da parturiente e promover uma experiência de parto positiva.

Palavras-chaves: Integridade Perineal; Intraparto; Parto; Segundo Estadio; Intervenções.

## ABSTRACT

The present professional internship report recounts the journey made during the masters degree in Maternal Health and Obstetric Nursing in a differentiated perineal support hospital in the north of the country. This document provides a characterization of the different clinical contexts, the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing's conception of care with a critical-reflective analysis of their practice for the development of competences in caring for the pregnant woman with complications, the parturient, the puerperal woman and the newborn, without forgetting the significant person, as said in the nº 391/2019 regulation of specific competences of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing.

During the internship of professional nature, a need to deepen knowledge about interventions that promoted perineal integrity and its impact for women during childbirth arose, as part of a research project in the labor ward, which resulted in a narrative review of the literature.

This journey enabled me to acquire skills essential to a Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing and to reflect on the best practices of specialized care. The narrative revision identified techniques to preserve perineal integrity during childbirth, with the goals of reducing perineal trauma, improve the parturient women well-being and thus promote a positive childbirth experience.

Keywords: Perineal integrity; Intrapartum; Labor; Second stage; Interventions.

## CHAVE DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

bpm – batimentos por minuto

CTG - cardiotocografia

ECTS – *European Credit Transfer System*

EEESMO – Enfermeiro(a) Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto.

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

G – Gesta

HPP – hemorragia pós-parto

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE – Ordem dos Enfermeiros.

OMS – Organização Mundial da Saúde

P – Para

PCC – População, Conceito, Contexto

QCRI - *Qatar Computing Research Institute*

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

**ÍNDICE**

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS</b>	<b>14</b>
<b>3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS</b>	<b>18</b>
3.1. GESTÃO DE EXPECTATIVAS APÓS O PARTO	18
3.2. DESAFIOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM INSUFICIÊNCIA CERVICAL E AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO	35
3.3. COMPLICAÇÕES NO TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO: HEMORRAGIA PÓS-PARTO	49
3.4. A JORNADA DE UMA PRIMIGESTA	65
3.5. A DETERMINAÇÃO DA PARTURIENTE NO MOMENTO DO NASCIMENTO DO SEU FILHO	84
3.6. MACROSSOMIA FETAL: RELATO DE CASO DE UM PARTO EUTÓCICO BEM-SUCEDIDO	99
<b>4. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA INTEGRIDADE DO PERÍNEO INTRAPARTO</b>	<b>111</b>
<b>5. REFLEXÃO CRÍTICA</b>	<b>122</b>
<b>6. CONCLUSÃO</b>	<b>128</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>130</b>
<b>8. APÊNDICES</b>	<b>143</b>

**ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 - Significado atribuído ao parto.....	21
Quadro 2 - Autocuidado pós-parto.....	22
Quadro 3 - Complicações pós-parto .....	23
Quadro 4 - Conhecimento sobre amamentação.....	25
Quadro 5 - Capacidade sobre amamentação .....	26
Quadro 6 - Conhecimento sobre lactação.....	27
Quadro 7 - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido .....	28
Quadro 8 - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido .....	29
Quadro 9 - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido.....	32
Quadro 10 - Consciencialização da relação entre a autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais.....	40
Quadro 11 - Conhecimento sobre complicações durante a gravidez .....	40
Quadro 12 - Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez ....	42
Quadro 13 - Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho .....	44
Quadro 14 - Luto.....	45
Quadro 15 - Conhecimento sobre trabalho de parto .....	47
Quadro 16 - Trabalho de parto.....	53
Quadro 17 - Trabalho de parto e controlo da dor .....	55
Quadro 18 - Parto .....	57
Quadro 19 - Nascimento.....	59
Quadro 20 - Expulsão da Placenta .....	60
Quadro 21 - Perda sanguínea.....	62
Quadro 22 - Amniotomia.....	69
Quadro 23 - Dor de Trabalho de Parto.....	71
Quadro 24 - Conhecimento sobre trabalho de parto .....	72
Quadro 25 - Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto .....	74
Quadro 26 - Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.....	78
Quadro 27 - Parto .....	79
Quadro 28 - Nascimento do Leonardo .....	81
Quadro 29 - Dequitação .....	82
Quadro 30 - Dor de trabalho de parto .....	88

Quadro 31 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto .....	89
Quadro 32 - Trabalho de Parto .....	92
Quadro 33 - Nascimento da Alexandra .....	94
Quadro 34 - Dequitadura .....	95
Quadro 35 - Amamentação.....	97
Quadro 36 - Dor de trabalho de parto .....	102
Quadro 37 - Trabalho de parto.....	103
Quadro 38 - Parto .....	105
Quadro 39 - Nascimento do Gustavo.....	106
Quadro 40 - Dequitadura .....	108
Quadro 41 - Metabolismo do Recém-Nascido.....	109

## 1. INTRODUÇÃO

O presente documento foi realizado no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, englobado no Curso do Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que decorreu no ano letivo 2023/2024. O foco principal da unidade curricular é o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), conforme definido nos Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE) - nº 140/2019 e nº 391/2019 respetivamente.

O presente relatório pretende apresentar a descrição crítica e reflexiva das competências adquiridas no decorrer do estágio profissional, com principal relevo para as competências específicas ao EEESMO. É o culminar de uma longa jornada na aquisição de conhecimentos numa área tão nobre como a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), retratando um percurso que decorreu entre 12 de setembro de 2023 e 18 de julho de 2024. Este período foi dividido em três contextos de estágio que, por ordem cronológica, ocorreram da seguinte forma: Internamento no Puerpério, que contemplou 100 horas; o Internamento de Grávidas de Risco, que teve atribuídas 200 horas; e o Bloco de Partos, onde foram realizadas 672,5 horas, por necessidade de prolongamento do período de estágio devido ao cumprimento das experiências mínimas obrigatórias para obtenção de título profissional de EEESMO.

Esta componente prática é indispensável para um amadurecimento do conhecimento teórico adquirido no ano letivo anterior, aprimorando uma atitude crítica e reflexiva com fundamentação em evidência científica mais recente. Os diferentes módulos que compõem a unidade curricular permitiram o desenvolvimento das competências específicas na área ESMO, tendo sido implementadas intervenções de enfermagem na prestação de cuidados especializados a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos com base na mais recente evidência científica.

Durante a realização do estágio no bloco de partos, as intervenções promotoras do período intraparto suscitaram interesse e curiosidade, o que conduziu à formulação de uma questão de revisão da literatura: Quais as intervenções promotoras da integridade do períneo intraparto? O tema escolhido enquadrou-se num projeto de melhoria do serviço. A integridade do períneo é uma condição que tem vindo a apresentar cada vez maior relevância quer para os profissionais de saúde, quer para as mulheres, apresentando um impacto significativo na mulher contribuindo para uma experiência de parto positiva. O trauma perineal afeta a maioria das mulheres, seja por laceração, episiotomia ou até ambos. Este trauma pode apresentar impactos físicos e psicológicos na mulher, como alterações na autoestima e autoconfiança (Vieira et al., 2018).

De acordo com os artigos analisados, os autores defendem que para promover a integridade do períneo no período intraparto, a aplicação de calor perineal, o apoio perineal manual, as posições de parto adotadas no segundo estadio de trabalho de parto, a massagem perineal, o uso de gel obstétrico, o uso da bola de parto e o uso de vocalizações no segundo estadio de trabalho de parto são intervenções que podem ser implementadas para prevenir o trauma perineal. Estas intervenções descritas são incluídas nas competências do EEESMO para prevenção do trauma perineal.

Assim, cabe a cada EEESMO selecionar aquelas que são mais adequadas, com base na sua experiência e formação, considerando fatores como o trabalho de parto e as características anatómicas da parturiente, assim como as suas vontades expressas, seja verbalmente ou através do seu plano de parto, para as colocar em prática.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro visa a caracterização dos diferentes serviços onde foi realizada a prática clínica deste estágio. O segundo contempla a conceção de cuidados especializados em ESMO desenvolvida durante o período de ensino clínico. O terceiro desenvolve uma revisão da narrativa acerca das intervenções promotoras da integridade do períneo intraparto, apresentando os resultados obtidos e respetivas conclusões, na perspetiva de suscitar debate e aprofundamento científico do impacto destas estratégias na prática

clínica. Por último, no quarto capítulo, é desenvolvida uma reflexão crítica das experiências vivenciadas em ensino clínico tendo por base o Regulamento nº391/2019 das Competências Específicas do EEESMO.

Nas diferentes componentes do estágio, foram estabelecidos objetivos específicos individuais, que incluíram a aquisição de competências para realização de cuidados especializados e de qualidade durante a vigilância da gravidez de baixo risco e de alto risco, no trabalho de parto e parto, e no período pós-parto, com integração do conhecimento sobre os cuidados ao recém-nascido, promovendo assim a adaptação à parentalidade. Para além destas competências, pretendeu-se também desenvolver a área da prática profissional, ética e legal, a organização dos cuidados e o desenvolvimento pessoal e profissional. Finalmente, foi também objetivo demonstrar capacidades de investigação científica, fomentando o conhecimento através de uma revisão da narrativa sobre a temática mencionada.

Para a realização deste relatório, procedeu-se à consulta de evidência científica, utilizando os seguintes recursos de pesquisa: *EBSCOhost*, *Scopus*, *Cochrane Library*, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e o Google Académico, bem como sites institucionais internacionais que apresentassem relevo no desenvolvimento deste relatório.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

A unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final” é uma unidade curricular anual com 45 *European Credit Transfer System* (ECTS). Esta unidade comporta 800 horas de estágio e 30 horas de orientação tutorial. As 800 horas de estágio subdividem-se em três módulos: o puerpério com 100h de contacto, o internamento de grávidas/medicina materno-fetal, com 200 horas de contacto, e o bloco de partos, que corresponde a 60% das horas atribuídas, perfazendo um total de 500 horas.

A unidade hospitalar, classificada como Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado, e Segundo o Ministério da Saúde (2016), como Instituição Hospitalar do Grupo III, comporta então um serviço de urgência de ginecologia/obstetrícia, serviço de obstetrícia, consulta de obstetrícia e ginecologia, bloco de partos, neonatologia, consulta de pediatria, internamento de pediatria e contempla um departamento de meios complementares de diagnóstico. O hospital, também classificado como Hospital Amigo dos Bebés promove e apoia o aleitamento materno, através de diversas medidas, desde a preparação para a parentalidade, formação de especialistas na amamentação, promoção da amamentação desde o primeiro minuto de vida do recém-nascido e apoio durante as restantes fases do período pós-parto da mulher e vida do bebé.

Cada um dos módulos decorreu, por ordem cronológica, nos serviços de Puerpério, Internamento de Grávidas de Risco (ou Unidade Materno-Fetal) e Bloco de Partos. Em cada módulo foi também atribuído um ou mais tutores, de acordo com a necessidade do aluno, para que fossem atingidos os seus objetivos traçados para cada um. A missão do hospital onde decorreu o estágio é de assistir a comunidade na promoção da saúde, identificando as suas necessidades e assegurando o acesso a cuidados de saúde completos, personalizados e de excelência ao longo da vida, promovendo confiança e segurança aos seus utilizadores.

Por forma a evidenciar os elementos que definem os locais de estágio e explanar as oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram, irei proceder à sua caracterização.

O Puerpério, serviço por onde se iniciou o meu estágio de natureza profissional, é composto por 21 unidades de internamento, das quais uma destina-se a situações de isolamento da díade mãe-bebé. Esta unidade recebe as mulheres após o parto, seja parto eutócico, distócico ou cesariana, juntamente com o recém-nascido, permitindo a permanência da pessoa significativa na totalidade do internamento. A equipa de enfermagem é composta por uma enfermeira-gestora, duas enfermeiras-referência, responsáveis pelas altas e gestão do turno, e 25 enfermeiros, entre eles especialistas de saúde materna e obstétrica, saúde infantil e pediátrica e enfermeiros de cuidados gerais.

A jornada de trabalho no serviço do Puerpério compreende turnos em *roulement*, onde as manhãs e as tardes de 6,5 horas cada uma, e a noite de 12,5 horas. Cada enfermeiro é alocado a uma ou mais díades mãe-bebé, sendo dividido a carga de trabalho de forma igualitária e de acordo com as necessidades de cada puérpera, para promover uma adequação de cuidados e uma maior disponibilidade do profissional de saúde. Em relação às dotações seguras, estas são adequadas de acordo com a percentagem de ocupação do serviço uma vez que, de acordo com a OE, é de um EEESMO por cada três puérperas com patologia e um EEESMO por cada seis puérperas normais (Regulamento nº743/2019 da OE). Os registos de enfermagem são documentados com recurso aos sistemas de informação *SClinico®*.

O Internamento de Grávidas de Risco apresenta seis unidades destinadas a grávidas com patologia ou para indução de trabalho de parto, sendo admitidas através da urgência de ginecologia/obstetrícia ou através da consulta externa e depois encaminhadas para o serviço. À chegada, as grávidas ficam alocadas a uma unidade e recebidas pela enfermeira, que lhes explica as políticas do serviço e de visitas, permitidas entre as 11 horas e as 19:30 horas. De seguida, são avaliadas as suas necessidades e elaborado o seu plano de cuidados, com o objetivo de otimizar os cuidados prestados, promovendo o bem-estar da grávida e proporcionando uma experiência positiva. Durante o internamento nesta unidade, as grávidas podem estar acompanhadas pela pessoa significativa dentro do período de visitas.

Em relação à equipa de enfermagem, é composta pela mesma equipa que compõe o Bloco de Partos, permanecendo um enfermeiro especialista por turno. A jornada

de trabalho compreende turnos em *roulement*, onde as manhãs e as tardes de 6,5 horas cada uma e a noite de 12,5 horas, podendo ser ajustados os turnos mediante as necessidades do serviço. No que concerne às dotações seguras, estas são adequadas de acordo com a percentagem de ocupação do serviço que, segundo a OE, é de um EEESMO por cada três grávidas de alto risco ou seis grávidas de médio-risco (Regulamento nº743/2019 da OE). Os registos de enfermagem são documentados com recurso aos sistemas de informação *SClinico*®.

Finalmente, o Bloco de Partos apresenta seis salas de partos, uma sala de reanimação do recém-nascido com dois reanimadores e material necessário para atuação de primeira linha numa emergência neonatal, uma sala de bloco operatório preparada para realização de cesarianas de urgência/emergência ou, em último caso, a realização de cesarianas eletivas e uma sala de relaxamento com diversos dispositivos (como rebozos, bolas de partos, espaldares), para usufruto da grávida/parturiente e uma sala de trabalho para a equipa de enfermagem. Em cada sala de parto existe uma casa de banho, um reanimador de recém-nascido, uma cama para a grávida e um cadeirão para a pessoa significativa, que aqui também pode acompanhar continuamente a grávida. À entrada de cada duas salas de partos existe um carro completo com o material necessário para atuar em caso de emergência obstétrica. As grávidas são admitidas através da urgência de ginecologia/obstetrícia e depois encaminhadas para o serviço, se se encontrarem em trabalho de parto.

Em relação à equipa, esta é composta por uma enfermeira gestora, uma enfermeira-referência e 26 enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. A jornada de trabalho compreende turnos em *roulement*, onde as manhãs e as tardes de 6,5 horas cada uma, e a noite de 12,5 horas. Em relação às dotações seguras, encontram-se três enfermeiros por cada turno alocados ao Bloco de Partos, que neste serviço, segundo a OE, deverá de ser de dois EEESMO por turno por cada 1000 partos anuais, sendo que, mulheres no primeiro estadió de trabalho de parto deverá de ser um EEESMO por cada duas mulheres, e nos restantes deverá de ser um EEESMO por cada mulher. Além disso, por cada três mulheres em Indução do trabalho de parto, deverá estar atribuído um EEESMO e por

cada seis mulheres no pós-parto imediato sem complicações, deve estar atribuído 1 EEESMO (Regulamento nº743/2019 da OE).

Os registos de enfermagem são documentados com recurso aos sistemas de informação *SClinico*®, *Obscare*® e *PatientCare*®, em caso de prestação de cuidados após cesariana.

O *SClinico*® é o sistema de informação usado pela maioria das instituições do Sistema Nacional de Saúde para registos de enfermagem. O *Obscare*® é específico para os registos de especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, abrangendo consultas, acompanhamento da grávida, partograma, e cuidados no pós-parto imediato.

Finalmente, o *PatientCare*® é um sistema de informação utilizado nos serviços de Bloco Operatório em Portugal para registos das cirurgias, cuidados pré e pós-operatórios, incluindo cesarianas. Neste, são realizando todos os registos, desde a administração de fármacos, os sinais vitais e as várias intercorrências durante e após a cirurgia.

O estágio permitiu mobilizar conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado, identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem da especialidade de saúde materna e obstétrica centrados nas necessidades da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. Além disso, teve como objetivo a utilização da evidência científica mais recente para a tomada de decisão na prestação de cuidados, a adoção de uma postura crítica sobre o papel do EEESMO na sociedade e a elaboração do relatório de estágio com uma reflexão sobre as competências adquiridas.

### 3. CONCEÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

A conceção de cuidados especializados consiste na prestação de cuidados de saúde altamente qualificados e específicos, com o objetivo de responder às necessidades diferenciadas da mulher. Estes cuidados são fornecidos por EEESMO, que possuem formação avançada e que envolvem uma avaliação diferenciada das necessidades da pessoa, planeamento e execução dos cuidados e uma avaliação contínua das intervenções implementadas.

De seguida, apresentam-se seis casos clínicos que resultam das experiências obtidas durante o estágio e que refletem as competências desenvolvidas da prática especializada do EEESMO.

#### 3.1. GESTÃO DE EXPECTATIVAS APÓS O PARTO

Caso Clínico: Mariana, 28 anos, IIG (gesta) 0P (para), 1 abortamento, encontra-se no primeiro dia após cesariana por trabalho de parto estacionário. Daniel, 28 anos, pai do Tomás, pessoa significativa da Mariana no internamento. Tomás, primeiro dia de vida, nascido às 21:47 horas, Apgar 9/10/10, 3040 gramas e 49 centímetros.

A Mariana é técnica administrativa, coabita com o Daniel, que trabalha por turnos em empresa de transportes e mercadorias. A gravidez foi planeada e desejada. A assistência pré-natal foi num hospital privado e em cuidados de saúde primários, e a Mariana integrou o programa de preparação para o parto e parentalidade. Segundo a Mariana, a gravidez “*foi tranquila*” (sic), com presença de náuseas e vômitos no primeiro trimestre e azia, cansaço e lombalgias no terceiro trimestre, sendo classificada de “baixo risco”.

A Mariana elaborou em casa o seu plano de parto e discutiu-o na consulta com o EEESMO. No plano de parto estava expresso o desejo de: adotar estratégias facilitadoras do parto vaginal e de início espontâneo; acompanhada pelo Daniel durante todo o internamento, inclusive em caso de cesariana; participar ativamente nas de-

cisões sobre o seu parto, obtendo por parte dos profissionais de saúde o consentimento livre e informado. Neste plano, durante o trabalho de parto, explicitava a vontade de: não administração de clister para limpeza cólica ou realização de tricotomia; a liberdade de movimentos; o uso de roupa pessoal; o uso da bola de Pilates; a ingestão de alimentos leves e de água; o toque vaginal apenas quando necessário; a administração de ocitocina e realização de amniotomia se clinicamente indicado e tinha intenção de recorrer a analgesia via cateter epidural.

A grávida foi internada para indução de TP às 39 semanas. Segundo a Mariana, o motivo da indução deveu-se ao percentil 81 de estimativa de peso fetal na última ecografia realizada às 32 semanas, a qual aceitou. Após três dias de indução, o trabalho de parto resultou em cesariana por não progressão do trabalho de parto.

No entanto, o parto não teve o desfecho desejado: o parto foi por cesariana, a Mariana não teve oportunidade de iniciar contacto pelo com pelo logo após o nascimento, nem amamentar na primeira hora de vida. O Daniel não realizou o corte do cordão umbilical como estava mencionado no plano de parto, mas teve a oportunidade de iniciar contacto pele com pele no recobro.

A cesariana é uma intervenção cirúrgica que consiste na remoção do recém-nascido através de uma incisão suprapúbica, indicado, entre outros, em casos de posição fetal não compatível para parto vaginal, sofrimento fetal, trabalho de parto estacionário ou prolapso do cordão umbilical. Embora seja segura, a cesariana sendo uma cirurgia, envolve riscos, como de infeção, risco de hemorragia pós-parto, recuperação mais demorada e lesões nos órgãos, quando comparada com um parto vaginal, e ainda implicações na amamentação que, devido ao contexto, coloca em causa a *Golden Hour* (Lowdermilk & Perry, 2009; Campos & Pinto, 2022).

No puerpério, a Mariana apresentou dificuldades em amamentar, em lidar com as suas expectativas e com o desfecho do seu parto. Necessitou de adaptação ao seu novo papel de mãe, relativamente às competências parentais. A puérpera apresenta o útero bem contraído, infra umbilical, lóquios rubros em quantidade moderada, cheiro *sui generis*. No abdómen, apresenta um penso PICO (por pressão ne-

gativa) que se apresenta repassado, delimitado, com uma mácula de dois centímetros de diâmetro, aderente e funcionante. O cateter urinário foi removido no fim do turno da noite, tolerou o levante e apresentou primeira micção.

**Tempo de Acompanhamento:** Totalidade do Turno (08h-14h)

### **JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO CLÍNICO:**

A seleção deste caso clínico permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito de cuidados especializados de ESMO no que diz respeito a: Amamentação, Ligação Mãe/Pai-Filho, Recuperação Pós-Parto, Adaptação à Parentalidade, num contexto cuja cliente vivenciou uma experiência de parto diferente das expectativas que tinha construído inicialmente. Este caso, para além do desenvolvimento das competências anteriormente referidas, destacou-se pela oportunidade de realizar e refletir sobre a importância de um momento de *Debriefing*<sup>1</sup> após um parto cujas expectativas da puérpera não foram ao encontro do seu desejo inicial. Com a implementação desta intervenção, a puérpera tornou-se disponível para se envolver no cuidado ao recém-nascido, no autocuidado e recuperação pós-parto, promovendo assim competências parentais. Adicionalmente, permitiu o desenvolvimento de competências na implementação de intervenções promotoras de autoeficácia.

Concomitantemente, a presença do pai, permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito da Ligação Pai-Filho na promoção de contacto pele com pele e do envolvimento do mesmo no cuidado ao filho. Além disso, foi identificada a necessidade de promover a capacidade e autoeficácia do pai no que concerne às competências parentais.

De seguida, encontram-se nos Quadros 1 a 9, os diferentes focos de atenção alvo dos cuidados de EEESMO durante o contacto com a Mariana.

---

<sup>1</sup> Consiste num dos três modelos de cuidados analisados por Afaf Meleis na sua obra “*Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*” (2010), e que é uma intervenção de enfermagem baseada na reconstrução de um evento crítico do cliente, recorrendo ao diálogo, à recriação das memórias relacionadas, e que resulta na recriação de sentimentos e emoções que resultaram do mesmo, permitindo a uma reflexão racional sobre a situação.

**DOMÍNIO: PÓS-PARTO****Quadro 1** - Significado atribuído ao parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Significado atribuído ao Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Mariana no início do turno apresenta fácies triste e verbaliza “ <i>Sinto-me incompetente com o parto.</i> ” “(...) Por ter sido uma cesariana, não consigo dar de mamar ao Tomás porque me dói (...)”, sugerindo que necessita de auxílio e é o momento próprio para intervir.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> Parto por cesariana por trabalho de parto estacionário. A Mariana, no seu plano de parto, expressa a vontade de um parto vaginal de início espontâneo, acompanhada pelo Daniel, inclusive em caso de cesariana; participar ativamente nas decisões sobre o seu parto, obtendo por parte dos profissionais de saúde o consentimento livre e informado.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar significado atribuído à experiência do parto
<b>OBJETIVO:</b> Reformular significado atribuído à experiência do parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>  (09:00) Assistir cliente a analisar o significado dificultador (próximo contacto) Avaliar a evolução do significado atribuído à experiência do parto	

(09:00) Assistir cliente a analisar o significado dificultador - Atividades que concretizam a Intervenção:

- Explicar o que é um significado: O significado é uma representação interna de algo que experienciamos. Não é uma verdade absoluta ou um facto universal, pelo que estes se vão modificando ao longo da nossa vida (Meleis, 2010).
- Analisar com a puérpera a compreender quais os fatores que motivam a puérpera a percecionar a sua experiência como dificultadora: A prática de cuidados especializados em enfermagem de saúde materna é centrada nas necessidades da mulher, inserida na família e na sociedade. Atendendo ao seu estado emocional, é necessário potenciar as suas capacidades e mini-

mizar as suas dificuldades através de intervenções de apoio e gestão emocional, como parte integrante do apoio ao processo de transição para a parentalidade (Regulamento nº391/2019 da OE). Assim, foi promovida a reflexão sobre a experiência através de questões como “*Como se sentiu durante o período em que se encontrava em indução de trabalho de parto?*”, “*Como foram para si os dois dias em que se encontrava em indução de trabalho de parto?*”, “*Em que pensou durante os dois dias em indução de trabalho de parto?*”, “*Ao fim do segundo dia, quando foi indicada para realização de cesariana devido ao trabalho de parto ter parado, como reagiu a essa notícia?*”, “*O que significou para si esse momento?*”, “*Como se sentiu logo após a realização da cesariana?*”, “*De 0 a 10, quanto considera que esse modo de pensar contribuiu para a sua experiência de parto?*”, “*O que necessitaria que acontecesse para deixar de pensar no assunto de forma mais positiva?*”. Isto permitiu à Mariana refletir sobre as suas emoções e assim, ter uma maior disponibilidade na realização de ensinamentos e aquisição de capacidades durante o internamento<sup>2</sup>.

**Quadro 2 - Autocuidado pós-parto**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Autocuidado Pós-Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Mariana apresenta um padrão de sono alterado. Não associa nenhuma estratégia para promover o sono nesta fase da sua vida uma vez que refere que necessita de estar alerta para melhor cuidar do seu filho. A Mariana pediu ajuda para encontrar estratégias que promovam o seu descanso. É o momento próprio para intervir.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Mariana apresenta dificuldade em adormecer, pelo que realizou Hidroxizina 25 miligramas todos os dias do internamento de grávidas e bloco de partos, na tentativa de descansar melhor e conseqüentemente, se sentir bem. Parto por cesariana por trabalho de parto estacionário.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover autogestão da recuperação pós-parto	

<sup>2</sup> Afaf Meleis (2010) explora o *Debriefing* no Pós-Parto, e concluiu que este permite fortalecer a saúde mental da puérpera, reduzindo o risco de complicações a esse nível, com a depressão pós-parto ou *Baby blues*. O *Debriefing* corresponde a um período de entrevista que se inicia com a descrição das experiências, seguida de questionar sobre dúvidas que possam surgir e depois a extrapolação de sentimentos.

**INTERVENÇÕES:**

(09:30) Ensinar sobre autogestão do sono/repouso no pós-parto  
(próximo contacto) Avaliar conhecimento sobre autogestão do sono/repouso no pós-parto

(09:30) Ensinar sobre autogestão do sono/repouso no pós-parto - Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar sobre a importância de um padrão de sono/repouso adequado: Segundo Duran & Vural (2023), um dos problemas mais comuns nas puérperas após uma cesariana são os distúrbios do sono. Um padrão de sono razoável para manutenção de um bem-estar físico e psicológico é importante, e essa deteção deve de ser feita o mais precocemente possível para evitar alterações a outros níveis, nomeadamente ao nível das competências parentais e da ligação mãe-filho. Bei et al. (2010), num estudo realizado sobre a avaliação do sono desde a preconceção até ao puerpério, concluem que a presença de um sono leve e pobre no pós-parto, pode traduzir-se em alterações de humor nas mulheres, levando até à necessidade de acompanhamento de profissionais de saúde especializados para acompanhá-las nesta fase desafiante das suas vidas.
- Explicar sobre estratégias a adotar para um padrão de sono/repouso adequado: uma das estratégias mais comuns e que é transversal a qualquer transição, seja esta de aquisição de um novo papel, ou numa transição saúde-doença, é o relaxamento previamente à ida para a cama descansar. A adoção de estratégias como o uso de aparelhos eletrónicos até uma hora antes de ir dormir e eliminar quaisquer estímulos visuais, nomeadamente a televisão e telemóvel, pode ser útil para induzir o sono (Matenchuk & Davenport, 2021). Em casa, será útil organizar o dia, dividindo as tarefas pelo casal, que são responsabilidade dos dois, por forma a reduzir o stresse sobre a mãe, poderá ser uma estratégia a pensar na chegada a casa após a alta.

**Quadro 3 - Complicações pós-parto**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Autocuidado Pós-Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	

<p>A Mariana não se recordava de quais os sinais a que deveria de estar atenta, nomeadamente sinais de infeção. No que concerne a este tema, a Mariana demonstrava disponibilidade para aprender, ao questionar sobre este aspeto.</p>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>                  A Mariana verbalizou que tinha de realizar uma higiene mais regular na zona perineal devido a presença dos lóquios, permitindo uma vigilância adequada dos mesmos. Sabia também que eles vão mudando de características, à medida que o tempo vai passando, que “(...) <i>nos primeiros três dias têm sangue, e depois vão ficando cada vez mais claros, e vão diminuindo de quantidade também, e geralmente este processo demora até 10 dias até ficarem escassos.</i>”                  Parto por cesariana por trabalho de parto estacionário.</p>	
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p>	<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Promover autogestão da recuperação pós-parto</p>	
<p><b>INTERVENÇÕES:</b>                  (10:00) Ensinar sobre complicações pós-parto                  (próximo contacto) Avaliar a evolução do conhecimento sobre complicações pós-parto</p>	

(10:00) Ensinar sobre complicações pós-parto - Atividades que concretizam a Intervenção:

- Explicar sobre sinais e sintomas de infeção: a presença de lóquios sero-hemáticos ou serosos após as quatro semanas pode indicar a presença de alguma alteração a nível do útero, quando presente concomitantemente com febre, dor abdominal e sensibilidade, e secreções vaginais com cheiro fétido ou até do tipo purulenta (Lowdermik & Perry, 2009). O risco deste tipo de situações ocorrer nas mulheres submetidas a cesariana é superior àquelas submetidas a parto vaginal (OMS, 2015).
- Explicar sobre vigilâncias a ter no pós-parto: a Mariana, para além da vigilância dos lóquios, deverá também estar atenta para sinais como fadiga excessiva, alterações do padrão de sono e alterações de humor. Segundo Oliveira et al. (2022), estes sinais poderão surgir no pós-parto e traduzir-se em problemas ao nível da saúde mental. Os sinais devem ser valorizados e avaliados precocemente pelos EEESMO por forma a conduzir a puérpera a um acompanhamento adequado, evitando complicações (Guerra et al., 2014). Deverá também vigiar o padrão de eliminação urinária e intestinal para a

presença de alterações, as quais se persistirem, deverão ser motivo para observação médica.

## DOMÍNIO: AMAMENTAÇÃO

**Quadro 4 -** Conhecimento sobre amamentação

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Amamentação
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Mariana considera que “(...) o leite materno é a melhor alimentação para o meu filho, tem todos os nutrientes necessários, é gratuito e não me preciso de preocupar com a temperatura.” Não refere outras vantagens da amamentação e questionou se existem outros benefícios. A puérpera referiu também ter bastantes dificuldades em perceber quais são os sinais de saciedade do seu bebé: “Não tenho a certeza se quando ele larga a mama se largou porque está satisfeito ou apenas a largou por ter largado a mama.” (sic)	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> Parto por cesariana por trabalho de parto estacionário. A Mariana pretende amamentar.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação
<b>OBJETIVO:</b> Promover conhecimento sobre amamentação	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (10:15) Ensinar sobre amamentação; (10:20) Ensinar sobre sinais de saciedade. (próximo contacto) Avaliar a evolução do conhecimento sobre amamentação	

(10:15) Ensinar sobre amamentação – Atividades que concretizam as intervenções:

- Explicar os benefícios da amamentação para a mãe e recém-nascido: amamentar promove o vínculo afetivo entre o bebé e a mãe, quer pelo contacto físico, quer pela conexão emocional que este promove decorrente do contacto frequente. Estima a movimentação dos músculos da mastigação e promove o estabelecimento da deglutição e respiração no bebé. Na mãe, facilita a involução uterina pela libertação de uma hormona denominada Ocitocina que, para além de ser a hormona da felicidade é também a hormona que promove contratilidade e libertação de leite materno. Também é considerado um fator protetor contra o cancro da mama, endométrio e ovário e pode ser facilitador de perda de peso devido aos gastos energéticos, quando cumprido um regime alimentar saudável (Levy & Bértolo, 2012).

(10:20) Ensinar sobre sinais de saciedade – Atividades que concretizam a Intervenção:

- Explicar reações do recém-nascido que evidenciam saciedade: A sucção torna-se cada vez mais lenta, o bebé larga espontaneamente a mama, fica relaxado ou adormece. Isto corresponde a sinais de saciedade. (Lowdermilk & Perry, 2009).
- Explicar sinais indiretos de saciedade: além dos anteriores, apresentar várias micções por dia, a recuperação da perda de peso inicial nos primeiros 15 dias de vida e o ganho de peso de cerca de 20-30 gramas por dia são indicadores de uma nutrição adequada (Lowdermilk & Perry, 2009).

**Quadro 5 - Capacidade sobre amamentação**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Amamentação
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<p>A Mariana, à observação de uma mamada, aplica corretamente a posição clássica, com recurso à almofada de amamentação. Necessita de ajustes no posicionamento da mama com o bebé e a apresentação da mama ao mesmo. Por vezes, não coloca a mão em C. Não foi capaz de se adaptar às restantes nesta fase, mesmo com tentativas, que demonstrou durante o contacto.</p> <p>Referiu que <i>“Para além de ter sido uma cesariana, estou a ter muita dificuldade em dar de mamar ao Tomás porque me dói ou porque não tenho posição para amamentar porque ainda tenho dores e isso faz-me sentir mal comigo própria, sabe?”</i></p>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<p>Durante a observação no turno, foi possível concluir que a Mariana oferece a mama quando sempre que o Tomás suga os dedos ou o reflexo de procura, movimentando a cabeça em sinal de procura ou se encontra a chorar. Termina a mamada quando ele larga a mama e refere já terem passado mais de 20 minutos.</p> <p>A Mariana utiliza mamilo de silicone e almofada de amamentação pois referem ser dispositivos que lhe facilitam a amamentação de forma muito significativa, apoiando bem o Tomás na posição que utiliza.</p> <p>Parto por cesariana por trabalho de parto estacionário.</p>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar a capacidade para amamentar
<b>OBJETIVO:</b> Promover a capacidade para amamentar	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
<p>(10:30) Assistir a amamentar</p> <p>(próximo contacto) Avaliar a capacidade para amamentar</p>	

(10:30) Assistir a amamentar – Atividade que concretiza a Intervenção:

- Assistir a puérpera na técnica da amamentação: com recurso à posição que lhe é mais confortável, a Mariana foi ajudada a realizar os ajustes necessários à técnica por forma a que a mamada seja eficaz. Com a demonstração numa mama de silicone da mãe na posição em C, a Mariana entendeu visualmente e assim permitir que o bebé abocanhe a mama adequadamente. A mão serve para fazer um suporte suave para ajudar a posicionar a mama na direção da boca do bebé, através da aproximação do mamilo e da aréola da boca do bebé, facilitando uma pega eficaz.

## DOMÍNIO: LACTAÇÃO

Quadro 6 - Conhecimento sobre lactação

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Lactação
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> Aquando observação da mamada, a Mariana questionou como saberia que estaria a produzir leite suficiente para o seu bebé. <i>“Eu sei que, para que tenha leite, o melhor estímulo é a amamentação, devido à estimulação”</i> . Gostaria de amamentar o máximo de tempo possível e como tal pretende adotar estratégias precocemente para que a produção e libertação de leite seja cada vez <i>“maior e melhor”</i> (sic).	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> Parto por cesariana por trabalho de parto estacionário.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação
<b>OBJETIVO:</b> Promover conhecimento sobre lactação	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (10:35) Ensinar sobre lactação (próximo contacto) Avaliar conhecimento sobre lactação	

(10:35) Ensinar sobre lactação – Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar os fatores que influenciam a produção e libertação de leite materno: a produção de leite materno insuficiente é um dos motivos mais comuns para abandonar o abandono precoce da amamentação. Os motivos subjacentes à baixa produção de leite materno incluem condições de saúde que afetam a capacidade do bebé de mamar de forma eficaz. Excluídos os problemas de saúde do bebé, é provável que os fatores maternos sejam a causa da baixa produção de leite. A produção de leite funciona segundo um mecanismo designado “*feedback* positivo”, isto é, quando o bebé é amamentado, há produção, no cérebro da mãe, de uma hormona chamada prolactina que tem como principal função promover a produção de leite para a mamada seguinte. Assim, maiores níveis de stresse impedem que as hormonas intervenientes na produção de leite sejam produzidas (Prime et al., 2011).
- Explicar estratégias de estimulação da produção de leite materno: O facto de o bebé não mamar é o principal contributo para uma produção de leite menor. Por esse mesmo motivo, quando algumas mães receiam que o seu leite seja insuficiente, a medida mais eficaz (na maioria dos casos) é colocar o bebé mais vezes ao peito. Isto permite aumentar a produção do leite materno pelo estímulo de sucção, que provoca a libertação do leite e, consequentemente, a sua produção.

## DOMÍNIO: ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

**Quadro 7** - Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Conhecimento da mãe/pai sobre higiene do recém-nascido
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> O Daniel referiu não saber como gerir a higiene de um recém-nascido, verbalizou que considerava que um recém-nascido deveria tomar banho todos os dias e relatou não saber mais. O mesmo questionou o que deveria fazer e pediu para que lhe explicassem melhor.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> O Daniel não esteve presente nas sessões de preparação para a parentalidade e é pai pela primeira vez.	

<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar o conhecimento do pai sobre higiene do recém-nascido
<b>OBJETIVO:</b> Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (11:00) Ensinar sobre higiene oral (próximo contacto) Avaliar evolução do conhecimento sobre a higiene do recém-nascido	

(11:00) Ensinar sobre higiene oral – Atividades que concretizam as intervenções:

- Explicar os benefícios da higiene oral: A higiene oral ajuda a manter limpa a cavidade oral, já que o recém-nascido pode ficar com restos alimentares na boca, nomeadamente açúcares presentes no próprio leite materno, que podem originar um ambiente ideal para a proliferação de bactérias. Com a cavidade oral limpa, o recém-nascido tem menor risco de aparecimento de doenças, como a candidíase oral. A limpeza e a massagem das gengivas antes da erupção dos primeiros dentes favorecem a erupção num meio limpo, sem resíduos alimentares e microrganismos, para além de motivar a criança, mais tarde, a seguir os hábitos de higiene oral (Moyer, 2014).
- Explicar a frequência da higiene oral: No mínimo, duas vezes ao dia, sendo que uma deve ser realizada ao deitar, uma vez que o recém-nascido passa mais horas a dormir neste período do dia. A outra poderá ser mediante as rotinas implementadas no bebé.

**Quadro 8** - Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Capacidade da mãe/pai para cuidar da higiene do recém-nascido
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> O Daniel nunca prestou cuidados de higiene a um recém-nascido, e pediu se poderia ser o próprio a prestar os cuidados de higiene ao Tomás.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> O Daniel não esteve presente nas sessões de preparação para a parentalidade e é pai pela primeira vez.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar capacidade do pai para cuidar da higiene do recém-nascido
<b>OBJETIVO:</b> Promover papel parental desenvolvimental: higiene e conforto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (11:15) Instruir a dar banho	

(11:20) Instruir sobre cuidados à pele do recém-nascido  
(11:25) Instruir e treinar a tratar do coto do cordão umbilical  
(11:30) Instruir e treinar a trocar fralda  
(próximo contacto) Avaliar a evolução da capacidade do pai para cuidar da higiene do recém-nascido

(11:15) Instruir a dar banho - Atividades que concretizam as intervenções:

- Demonstrar como preparar o ambiente: Foi explicado ao Daniel, como se certificava que o ambiente estaria quente e sem correntes de ar, com as portas fechadas e bem vedadas e, se tiver aquecedor, ligar antes e desligar antes de trazer o bebé para a divisão. Aconselha-se a que o ambiente esteja entre os 22 e 24 graus. Foi reunido todo o material necessário: toalha do bebé, roupa do bebé, que deve de estar preparada por ordem de colocação (da primeira para a última), banheira (se for o caso), material para higiene do bebé, creme, material para cuidar das unhas e do cabelo e exposto na zona onde iria preparar o bebé depois do banho para perceber todas os elementos necessário, tendo aproveitado para tirar uma foto. Foi explicado como pode preparar a água na banheira, começando por colocar água fria e só depois a água quente, temperando. Pode recorrer a um termómetro de água ou o cotovelo para certificar que a temperatura está adequada ente os 36.5 e os 37 graus Celsius e com uma altura de água na banheira de cinco a sete centímetros (New, 2019).
- Demonstrar a técnica do banho: Após todo o material e ambiente preparados, o Daniel pode despir o bebé sobre uma toalha macia. Se o bebé tiver tido uma dejeção, antes de colocar bebé na banheira, aconselha-se a realização da higiene perineal. Foi demonstrada a técnica do banho, explicado cada passo e questionando sempre se o Daniel tinha entendido, dando espaço no final da intervenção para demonstrar novamente, com recurso a um boneco, para que pudesse experimentar. Foi reiterado que o importante é ter sempre segurança no posicionamento do bebé (New, 2019).

(11:20) Instruir sobre cuidados à pele do recém-nascido – Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicitar sobre as características da pele de um recém-nascido: A pele do recém-nascido funciona como uma barreira protetora, com pH neutro (próximo do 7, enquanto o pH da pele de um adulto é ácido, entre 4,5 e 5,5) e constitui o principal órgão de defesa do recém-nascido. Por isso, a manutenção da saúde da pele deverá estar presente em todos os cuidados. A pele de um recém-nascido é mais frágil e mais sensível do que a de um adulto, visto que a epiderme e a derme são mais finas, sendo mais suscetível a infeções e a agressões por químicos. Importa que, para um bem-estar, seja mantida a acidez da pele do recém-nascido, pois é uma das principais medidas protetoras ao crescimento de bactérias. O uso de produtos de higiene, que contêm químicos, podem provocar alterações no pH da pele, tornando-a mais alcalina diminuindo a sua capacidade antibacteriana (Blume-Peytavi et al., 2012).
- Demonstrar os critérios de escolha dos produtos de higiene: Existem diversos produtos de higiene que se podem utilizar na pele do recém-nascido, sendo que os mais recomendados são os “sabão sem sabão”. Estes são detergentes sintéticos e têm um pH ligeiramente ácido, fazem pouca espuma, são suaves, hipoalergénicos, não contêm constituintes químicos prejudiciais à pele do recém-nascido e não provocam irritação da pele, podendo apresentar-se sob forma líquida ou sólida. Se não os usarem, recomenda-se usar somente água nas primeiras semanas (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014).

(11:25) Instruir e treinar a tratar do coto do cordão umbilical – Atividades que concretizam a intervenção:

- Demonstrar os cuidados com o coto umbilical: O coto umbilical deve ser lavado da base para a extremidade, durante o banho. Se não tomar banho, usar compressas e água morna para ajudar a limpar as secreções (Lowdermilk & Perry, 2009).
- Demonstrar como secar o coto umbilical: O coto umbilical deve ser limpo e seco, através do uso de compressas limpas ou uma toalha, executando movimentos de pressão na mesma ordem em que se lava o coto umbilical. Foi

dada a oportunidade do Daniel realizar a limpeza após a demonstração, o qual se verificou que executou de forma adequada.

(11:30) Instruir e treinar a trocar fralda – Atividade que concretiza a intervenção:

- Demonstrar como trocar a fralda: No que se relaciona com a região perineal, o contacto prolongado com urina e fezes predispõe a agressões locais da pele, pelo que manter esta zona limpa e seca é fundamental para prevenção de eritemas. As toalhitas perfumadas são desaconselhadas, sendo a limpeza com água morna e secar com compressas secas por pressão e não fricção o cuidado mais aconselhado (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2014). Foi demonstrada a intervenção de troca da fralda, dando a oportunidade ao Daniel de a realizar na próxima troca de fralda, o qual executou adequadamente, sem dificuldade.

**Quadro 9** - Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> À observação, verifica-se que quer a Mariana, quer o Daniel necessitam de maior apoio quando o Tomás se encontra a chorar, utilizam a estratégia de confortar o bebé ao colo e falar para ele, mas algumas vezes sem sucesso. Ambos chamam pela equipa de enfermagem quando tal acontece e pedem ajuda para aprender mais sobre estratégias para lidar com o choro do Tomás.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> O Daniel não esteve presente nas sessões de preparação para a parentalidade e é pai pela primeira vez.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido
<b>OBJETIVO:</b> Promover papel parental desenvolvimental: lidar com o choro	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (11:45) Instruir e treinar a usar estratégias para lidar com o choro (próximo contacto) Avaliar evolução da capacidade da mãe/pai para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido	

(11:45) Instruir e treinar a usar estratégias para lidar com o choro - Atividades que concretizam as Intervenções:

- Instruir e treinar sobre a massagem abdominal: A massagem abdominal consiste numa estratégia de alívio local que é muitas vezes causador do desconforto no bebé por imaturidades dos seus sistemas corporais. Assim, esta promove alívio e saída de ar retido no sistema digestivo. Pode ser feita de várias formas, uma delas é a massagem ILU, onde consiste em desenhar essas letras sobre o abdómen do bebé da direita dele para a esquerda, de forma que o ar percorra o caminho do cólon e saia. Pode também recorrer à flexão dos membros inferiores sobre o abdómen, provocando alguma pressão sobre o mesmo, resultando no mesmo efeito. Foi aproveitado um momento de desconforto do Tomás para realizar a intervenção e dar também a oportunidade da Mariana e do Daniel de realizar a técnica, que necessita de melhoria (Novita et al., 2018).
- Instruir sobre a técnica dos 5'S: A Técnica dos 5'S é uma técnica amplamente conhecida no mundo e é bastante eficaz para lidar com o choro do bebé nos seus primeiros tempos de vida. Consiste em 5 estratégias: o "Swaddling" ou Embrulhar, que consiste em embrulhar o bebé numa manta, restringindo os seus movimentos corporais e "imitando" o restrito espaço que este tinha no útero nas últimas semanas de gravidez; o "Side Stomach Position" ou Posição de Lado ou de Bruços, que confere conforto ao bebé, apoiando-o sobre o braço dominante; o "Shushing", que recorre a Ruído Branco para acalmar o bebé, imitando os sons que este ouvia no útero; o "Swinging" que consiste em baloiçar o bebé e que segundo diversos estudos, verifica-se que esta estratégia acalma o bebé; e o "Sucking" com recurso a uma chupeta (quando aconselhado) ou ao dedo para o bebé sugar, estratégia esta que acalma o bebé (Novita et al., 2018). Houve a oportunidade de demonstrar as cinco estratégias da técnica e permitir a Mariana e o Daniel treinar as intervenções, que necessitam de melhoria.

O caso clínico acima descrito permitiu a reflexão sobre os cuidados puerperais, não só na componente física, mas também na componente psicológica, e o papel do EEESMO na transição de papéis, de mulher para puérpera e para mãe e de que modo o EEESMO pode intervir na assistência à parentalidade e na adaptação das rotinas e ajuste à sua nova vida, bem como na pessoa significativa.

Como EEESMO, foi possível promover uma reflexão racional sobre a experiência do parto na Mariana e, ao encorajá-la a partilhar e processar essas emoções, foi possível gerar um momento de apoio emocional que favoreceu uma melhor aceitação da situação vivida. Esta abordagem, centrada nas necessidades da mulher e no apoio emocional, foi fundamental para o bem-estar de Mariana, promovendo a sua autoestima e, conseqüentemente, a sua autoconfiança, fulcral na transição que vivencia e nos desafios que a maternidade traz, como a amamentação e os cuidados ao recém-nascido, uma vez que a Mariana é mãe pela primeira vez. Isto promoveu uma recuperação mais equilibrada e satisfatória.

Foi também possível ajudar este casal a orientar, em termos burocráticos, a sua licença parental, uma vez que o Daniel ainda não tinha tomado a decisão de qual licença iria usufruir. Foi orientado a recorrer ao Balcão Único da Segurança Social por forma a esclarecer dúvidas relativamente a descontos e outras informações burocráticas através do site ou ao balcão presencial da Segurança Social mais próximo da área de residência.

### 3.2. DESAFIOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM INSUFICIÊNCIA CERVICAL E AMEAÇA DE PARTO PRÉ-TERMO

**Caso Clínico:** A Mónica, 29 anos, primigesta, 26 semanas e 4 dias, encontra-se no quarto dia de internamento por ameaça de parto pré-termo e suspeita de incompetência cervico-istmica.

A Mónica é técnica administrativa e é casada há um ano com o João, de 34 anos. A Mónica encontra-se grávida pela primeira vez. A assistência pré-natal tem sido realizada no centro de saúde, tendo feito até ao momento seis consultas. Até ao momento realizou as consultas de vigilância da gravidez em instituição privada e iniciou recentemente o programa de preparação para o parto e parentalidade através do seu centro de saúde, tendo apenas atendido a uma sessão teórica sobre a gravidez.

Segundo a Mónica, a gravidez *“foi calma e boa”* (sic), *“quase sem sintomas, só percebi que estava grávida porque o meu período estava atrasado e doíam-me as mamas”* (sic). Até ao momento realizou duas ecografias cujo parâmetros se encontravam dentro do expectável para a idade gestacional, com o feto em crescimento e dentro dos percentis normais. No que concerne às perdas sanguíneas, apresentou dois episódios, um no primeiro trimestre às 11 semanas, mas que era acastanhado e em pequena quantidade e, às 20 semanas, perda sanguínea escassa durante um dia que motivou observação médica, sem outras intercorrências registadas.

Há quatro dias, deu entrada na urgência de Ginecologia/Obstetrícia com queixas de pressão na região pélvica e perdas sanguíneas de sangue vivo em moderada quantidade, segundo a grávida. À entrada, foi verificado prolapso de membranas no canal vaginal, com colo centrado, quatro centímetros de dilatação e 80% de extinção, e cuja avaliação foi estimada na tentativa de evitar rutura de membranas. Na avaliação ecográfica, verificado feto do em apresentação cefálica com batimento cardíaco fetal presente, e peso estimado de 955 gramas (no percentil 70). Grávida com perceção dos movimentos fetais.

A insuficiência cervico-ístmica corresponde à incapacidade de o colo do útero manter o tónus que necessita para manter feto, placenta e bolsa amniótica dentro do útero, sem que ocorram contrações uterinas regulares. Pode manifestar-se por abortamento tardio ou por parto pré-termo entre as 14 e as 27 semanas de gravidez, sem que ocorram sintomas. Pode ser provocado por defeitos do desenvolvimento embrionário, doenças do tecido conjuntivo (com a síndrome de *Marfan*), traumatismo cervical anterior (por exemplo, devido a uma conização), hiperdistensão uterina ou uma inflamação ou infeção locais. O diagnóstico é feito através do histórico obstétrico anterior, com perdas fetais assintomáticas no segundo trimestre, por ecografia de forma acidental ou por presença de dilatação cervical entre as 14 e 27 semanas sem sintomatologia associada, podendo apresentar membranas colapsadas para a cavidade vaginal, com alta probabilidade de rotura espontânea das mesmas (Gonçalves et al., 2021).

Na avaliação por cardiotocografia (CTG), este apresentava contratilidade irregular com contrações não percebidas pela grávida, com frequência cardíaca fetal (FCF) nos 155 batimentos por minuto (bpm). Apresentava variabilidade 5-10 bpm, e nesta avaliação sem desacelerações.

Em relação ao estado de saúde da Mónica, apresenta apenas a nível analítico um aumento de leucócitos e da *polymerase chain reaction* (PCR), indicativo de possível corioamniotite, pelo que foi prescrita Gentamicina à antibioterapia que já se encontrava a realizar desde o início do internamento. Esta necessidade deve-se ao facto de aumentar a cobertura contra os possíveis microrganismos que podem provocar esta condição de saúde em mulheres grávidas.

A corioamniotite é uma infeção do líquido amniótico, das membranas amnióticas, da placenta e da decídua. É causada por mais que do que um microrganismo através da sua migração pela zona vaginal, normalmente originários da sua flora, ou até entericamente. Como fatores de risco para esta condição de saúde, são, entre outras, os múltiplos exames vaginais, a colonização por *Streptococcus* grupo B e infeção genital prévia. A corioamniotite aumenta o risco de parto pré-termo, infeção materna no pós-parto e aumenta o risco de infeção neonatal. O diagnóstico baseia-se na presença de febre materna, acompanhada de taquicardia, e que normalmente

traduz também numa taquicardia fetal. Além deste sintoma, pode estar associada a dor na palpação uterina, corrimento vaginal purulento ou líquido amniótico com cheiro fétido e aumento de leucócitos e PCR a nível analítico (Campos & Pinto, 2022).

Em relação aos exsudados vaginais, que realizou no serviço de urgência à entrada, apresenta todos negativos, incluindo o *Streptococcus* do grupo B. No que concerne a antecedentes, a Mónica é saudável. Grávida em repouso absoluto devido à condição de saúde. Ficou internada na Unidade Materno-Fetal para vigilância do estado de saúde, tendo iniciado logo após o protocolo de maturação pulmonar fetal, que consistiu na administração de Dexametasona 6mg intramuscular a cada 12 horas durante 48 horas, a realização de um ciclo de *Atosiban* endovenoso, que é um tocolítico para prevenir o início do trabalho de parto, e mantém a toma de Nifedipina oral a cada 12 horas, que é considerado também um tocolítico. Realizou também uma toma de quatro gramas de Sulfato de Magnésio endovenoso em bólus para neuroprotecção fetal, devido ao risco de parto iminente.

No internamento, encontra-se com o seguinte regime terapêutico: Enoxaparina 40mg 1x dia (19h); Ampicilina 2g 6/6H (0h,6h,12h,18h); Nifedipina 20mg 09h e 21h; Gentamicina (90mg) 8/8H (07h, 15h, 23h).

A nifedipina é um anti hipertensor antagonista do cálcio, atuando particularmente sobre as células do miocárdio e as células do músculo vascular liso das artérias coronárias e dos vasos periféricos de resistência (INFARMED, 2022). No entanto, este fármaco também reduz o risco de parto pré-termo se tratamento realizado pelo menos durante sete dias e utilizado antes das 34 semanas de gestação, levando a um menor risco de morbilidades no recém-nascido (Conde-Agudelo et al., 2011). Como efeitos secundários frequentes apresenta cefaleias, edemas (principalmente edema periférico), vasodilatação e obstipação.

A enoxaparina é um fármaco administrado de forma profilática, uma vez que a Mónica se encontra em repouso absoluto, por forma a prevenir a ocorrência de tromboembolismo venoso. Este medicamento é de eleição por apresentar menor risco

de complicações hemorrágicas, reações alérgicas cutâneas, trombocitopenia e redução da densidade mineral óssea e fetal, pois não atravessa a barreira hemato-placentária. Como efeitos secundários, de salientar os mais frequentes, que são hemorragia, diminuição ou aumento das plaquetas, cefaleias, urticária, prurido e eritema, hematoma no local de injeção e aumento dos valores analíticos hepáticos (INFARMED, consultado em 05/2024).

A ampicilina é um antibiótico da família das penicilinas que atua ao nível da parede bacteriana, enfraquecendo-a e levando à morte da bactéria. Está indicada como antibioterapia profilática na prevenção de sépsis neonatal por corioamniotite. Como efeitos secundários frequentes, são a dor no local de administração, rubor cutâneo, náuseas e diarreia (INFARMED, 2022).

A gentamicina é um anti-infeccioso da classe dos antibacterianos indicado para infeções por bacilos gram-negativos, definidos como sensíveis, principalmente nas suas manifestações renais e urológicas. É também indicado como profilaxia nas infeções em ameaças de parto pré-termo associado à ampicilina para cobertura total contra todos os agentes causadores de infeção nestas situações. Como efeitos secundários frequentes apresenta rash e urticária que cessam após término de tratamento.

A Mónica, no dia em que foi realizado o contacto com a mesma, está consciente para a possibilidade da sua bebé, ao referir *“Eu sei que há a possibilidade de ela nascer, pequenina e frágil, e por isso estou aqui internada. Há pouco que possa fazer a não ser seguir as indicações e confiar na equipa médica e de enfermeiros, que estão a cuidar bem de mim. Espero que ela aguente mais tempo cá dentro e que tudo corra bem.”*

**Tempo de Acompanhamento:** Acompanhamento realizado durante o turno da Manhã (08h-14h).

## **JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO:**

O caso clínico escolhido foi o único caso com que tive contacto de ameaça de parto pré-termo em idade gestacional inferior a 30 semanas, bem como com presença de bolsa amniótica íntegra. A grávida apresentava necessidade de cuidados especializados na gravidez com complicações e, de acordo com o Regulamento nº391/2019, que descreve as competências específicas de EEESMO e refere que “Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez” e “Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante”, este caso permitiu o desenvolvimento de competências em relação a intervenções em relação ao luto do filho imaginado. O facto de esta ser uma primeira gravidez e das implicações que apresenta no significado que a grávida atribui à gravidez, bem como mobilização de conhecimento teórico relacionado com a ameaça de parto pré-termo, incompetência cervical e corioamniotite, permitiram o amadurecimento como futura especialista em ESMO.

O caso clínico escolhido permitiu também um amadurecimento de competências de comunicação clínica, através da gestão do ambiente e da escuta ativa na interação com a grávida e a pessoa significativa que ela escolheu. Ao valorizar a relação terapêutica com os dois, permitiu espaço para a demonstração de emoções, com conforto e segurança durante esses momentos, indo ao encontro das suas necessidades, receios e vontades neste momento delicado das suas vidas. Isto vai ao encontro do que são as competências comuns do EEESMO, referidas no artigo 6º do regulamento nº140/2019 da OE, para uma melhoria dos cuidados prestados, garantindo um ambiente terapêutico e seguro.

De seguida encontram-se, nos quadros 10 a 15, os diversos focos de atenção alvos dos cuidados de EEESMO durante o contacto que tive com a Mónica.

## **DOMÍNIO: ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ**

**Quadro 10** - Consciencialização da relação entre a autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Consciencialização da relação entre a autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Mónica não entende a necessidade do repouso. Refere que “ <i>Eu faço-o porque me disseram para o fazer.</i> ” (sic). É o momento para intervir.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> Primigesta, 26 semanas e 4 dias, encontra-se no quarto dia de internamento por ameaça de parto pré-termo e suspeita de incompetência cervico-istmica.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais
<b>OBJETIVO:</b> Promover a consciencialização para auxiliar a lidar com a gravidez com complicações.	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (09:30) Contratualizar com a cliente experiência indutora da consciencialização	

(09:30) Contratualizar com a cliente experiência indutora da consciencialização –  
Atividade que concretiza a intervenção:

- Discutir com a Mónica sobre o impacto do ajuste das atividades diárias, com o intuito que reconheça o que está a acontecer: O repouso apresenta impacto nos desfechos perinatais em casos de incompetência cervico-istmica pois diminui as forças a que o corpo está sujeito, ainda mais pelo facto de apresentar prolapso das membranas, situação em que está contraindicado a realização de procedimentos como a cerclage (Mattar et al., 1999). Limitar as suas atividades e garantir o repouso adequado contribui para um ambiente mais seguro e estável para o desenvolvimento da Bruna, ajudando a prolongar a gravidez até um estadio mais próximo do termo.

**Quadro 11** - Conhecimento sobre complicações durante a gravidez

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Conhecimento sobre complicações durante a gravidez
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	

<p>A Mónica não sabe o que significa incompetência cervical pelo que questiona a enfermeira o que isso significa, pois apesar da médica que a observou lhe ter explicado, devido a toda a informação transmitida, receia não ter compreendido. A Mónica questiona sobre a sua condição de saúde e procura saber por forma a potenciar resultados o mais positivos possível na sua condição de saúde que reflitam bem-estar na sua filha. Apresenta também uma postura que demonstra interesse em saber mais e fazer o melhor possível, ao questionar e procurar informação sobre o assunto.</p>	
<p><b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> Primigesta, 26 semanas e 4 dias, encontra-se no quarto dia de internamento por ameaça de parto pré-termo e suspeita de incompetência cervico-istmica.</p>	
<p><b>DIAGNÓSTICO:</b></p>	<p>Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez</p>
<p><b>OBJETIVO:</b> Promover conhecimento sobre complicações durante a gravidez</p>	
<p><b>INTERVENÇÕES:</b> (10:00) Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez</p>	

(10:00) Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez – Atividades que concretizam a Intervenção:

- Explicar o que é ameaça de parto pré-termo: A ameaça de parte pré-termo ocorre quando o trabalho de parto se inicia antes das 37 semanas de gravidez. Decorrente desta situação, os recém-nascidos prematuros poderão experienciar problemas de saúde logo após o parto, como problemas respiratórios, cardíacos e de regulação da temperatura. Apresentam também alto risco de hemorragia no cérebro, icterícia e anemia. Devido à sua imaturidade, também poderão surgir problemas de alimentação e digestivos e alterações na sua imunidade (Vogel et al., 2018). O parto pré-termo pode ter efeitos na ligação que estabelece com a sua filha devido à distância e necessidade de cuidados diferenciados. Como resultado, há mães que sentem desapego do seu bebé, concorrendo para uma ampla variedade de sentimentos de culpa, raiva e depressão, bem como dificuldades na amamentação (Rezende, 2011).
- Explicar o que é incompetência cervico-ístmica: A incompetência cervico-ístmica é a incapacidade do colo do útero de permanecer fechado durante a gravidez, podendo levar à saída do feto. Esta condição é geralmente detetada por ecografias ou presença de sinais e sintomas, como prolapso das

membranas amnióticas. Isto aumenta o risco de parto pré-termo devido ao crescimento fetal e ao aumento do líquido amniótico. Como estratégias preventivas, existem a cerclagem, o repouso, a administração de progesterona e a monitorização dos sinais de trabalho de parto (ACOG, 2016; Montenegro et al., 2014). É importante a intervenção do EEESMO no acompanhamento destas grávidas, providenciando apoio emocional e ensinamentos sobre todo o processo e diagnóstico, consciencializando a grávida dos diferentes desfechos.

**Quadro 12** - Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Mónica apenas refere, como vigilância das complicações durante a gravidez, que deve estar atenta para a presença de perdas sanguíneas e de dores abdominais. A Mónica questiona sobre a sua condição de saúde e procura saber por forma a potenciar resultados o mais positivos possível na sua condição de saúde que reflitam bem-estar na sua filha. Apresenta também uma postura que demonstra interesse em saber mais através de questões e procura de informação sobre o assunto.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> Primigesta, 26 semanas e 4 dias, encontra-se no quarto dia de internamento por ameaça de parto pré-termo e suspeita de incompetência cervico-istmica.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez
<b>OBJETIVO:</b> Promover conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (10:10) Ensinar sobre autovigilância das complicações durante a gravidez (10:13) Ensinar sobre contagem dos movimentos fetais.	

(10:10) Ensinar sobre autovigilância das complicações durante a gravidez - Atividade que concretiza a intervenção:

- Explicar sobre os sinais de alarme para ameaça de parto pré-termo: São frequentes alguns sinais de alarme de parto pré-termo, entre eles são frequentes algias pélvicas, lombalgias e dor abdominal (constantes ou intermitentes), sensação de pressão pélvica, modificação e/ou aumento do fluxo vaginal (mucoso ou mais fluido e/ou hemático) e contrações uterinas de intervalos inferiores a dez minutos, com ou sem dor (Graça, 2017). É importante frisar que deve alertar o EEESMO para o surgimento ou agravamento dos sintomas acima referidos. Além destes sinais, deve ainda estar alerta para a perceção de ausência ou diminuição de movimentos fetais (relacionado com o bem-estar fetal) ou queixas urinárias. (Lowdermilk & Perry, 2009).

(10:13) Ensinar sobre contagem dos movimentos fetais – Atividade que concretiza a intervenção:

- Explicar sobre contagem dos movimentos fetais: A Mónica, enquanto se encontra internada, pode ter uma perceção do bem-estar fetal através da perceção dos movimentos fetais. Os movimentos fetais começam a ser perceptíveis entre as 18-21 semanas de gravidez. Isto pode ser realizado da seguinte forma: primeiro, deve adotar uma posição confortável. Escolhe uma altura do dia e conta até dez movimentos no mesmo horário, todos os dias. Com isto, consegue perceber o padrão de movimentos da sua filha e perceber se apresentam alterações. Se tal acontecer, mesmo após recurso às estratégias de estimulação como comer um doce ou mexer na barriga, deverá alertar a equipa de profissionais de saúde. Para melhor perceção dos movimentos fetais, uma estratégia mais facilitadora será colocar a mão sobre a barriga (Mangesi et al., 2015; DGS, 2018).

## **DOMÍNIO: ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE**

**Quadro 13** - Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<p>A Mónica, quando se refere à gravidez, sorri, com brilho nos olhos, e relata que foi uma gravidez desejada e planeada, que tem sido uma experiência transformadora e muito positiva até ao momento, sempre quis ser mãe e ainda ficou mais feliz quando soube que era menina, pois “<i>sempre quis que o primeiro bebé fosse menina, enquanto o meu marido só quer que venha saudável, então este facto deixou-me sempre “nas nuvens”. Sinto-me muito feliz com este momento que vivo</i> “. Refere-se ao bebé pelo nome, chamando-a de Bruna e acariciou a barriga várias vezes no turno. No entanto, a Mónica desconhece a aparência de um recém-nascido e desconhece a aparência na possibilidade de ser prematura.</p> <p>A Mónica apresenta disponibilidade para aprender, com uma postura que demonstra interesse em saber mais e fazer o melhor possível, ao questionar e procurar informação sobre o assunto. Revela interesse no que está a ser dito.</p>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
Primigesta, 26 semanas e 4 dias, encontra-se no quarto dia de internamento por ameaça de parto pré-termo e suspeita de incompetência cervico-istmica.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe-filho
<b>OBJETIVO:</b> Promover conhecimento sobre promoção da ligação mãe-filho	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
(10:20) Ensinar sobre desenvolvimento fetal	

(10:20) Ensinar sobre desenvolvimento fetal - Atividade que concretiza a intervenção:

- Explicar desenvolvimento fetal até às 26/28 semanas: Na fase da gravidez em que a Mónica se encontra, a maioria dos órgãos dos sentidos da Bruna estão formados e ela já consegue sentir o cheiro e o sabor do líquido amniótico, além de escutar os sons externos, respondendo com movimentos. Começa a desenvolver um ciclo normal de sono-vigília (Okawa et al., 2017). As pálpebras estão separadas, levando à abertura dos olhos. Nesta idade gestacional, o comprimento estimado da Bruna será de cerca de 36,5 centímetros e peso de cerca de 875 gramas.

## DOMÍNIO: EMOÇÃO

Quadro 14 - Luto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Luto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Mónica questiona o que poderá acontecer daqui para a frente, pelo que foi informada de que há a possibilidade, apesar de todos os esforços quer da equipa de profissionais de saúde, quer da Mónica, da Bruna nascer prematura. A Mónica, quando confrontada com a possibilidade da Bruna “nascer pequenina e frágil”, refere que não era isto que imaginava quando engravidou e demonstra fácies de tristeza e desilusão. Demonstra ainda sentimentos de incredibilidade e questiona porque é que isto acontece, e acima de tudo, lhe aconteceu a ela, ela que está grávida do primeiro filho.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> Primigesta, 26 semanas e 4 dias, encontra-se no quarto dia de internamento por Ameaça de Parto Pré-Termo e Suspeita de Incompetência Cervico-Istmica. À entrada, foi verificado um prolapso de membranas até metade da vagina, com colo centrado, e uma estimativa de quatro centímetros de dilatação e 80% de extinção do colo, e cuja avaliação foi estimada na tentativa de evitar rutura de membranas.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre Luto (do filho imaginado)
<b>OBJETIVOS:</b> Determinar a evolução do luto; facilitar comunicação e expressão de emoções; promover mudança no processo de pensamento: luto; promover autocontrolo: processos de pensamento sobre o luto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (Contínuo) Gerir o ambiente; (Contínuo) Executar escuta ativa; (11:00) Ensinar sobre fases do luto; (próximo contacto) Avaliar a evolução do luto (próximo contacto) Avaliar a evolução do conhecimento sobre o luto	

(Contínuo) Gerir o Ambiente – Atividades que Concretizam a Intervenção:

- Providenciar à grávida uma unidade individual se possível, em ambiente calmo e resguardado;
- Manter a privacidade;
- Incentivar a presença da pessoa significativa.

(11:00) Ensinar sobre fases do luto – Atividade que concretiza a intervenção:

- Explicar que existem cinco fases no luto – negação, ira, negociação, depressão e aceitação. Para a Mónica, estas fases podem não ocorrer por esta ordem exata e nem toda a gente experiencia o luto da mesma forma. A negação é considerada um mecanismo de defesa que permite a sobrevivência daquela perda, e é como uma recusa a aceitar que aquela situação ocorreu. A ira, ou revolta, é considerada necessária e é quando a pessoa apresenta pensamentos do tipo “Porque é que aconteceu isto? Porquê?”. Nesta fase, facilmente se pode zangar ou gerar conflito. Depois, tem outra fase, que é chamada de negociação e é quando negligencia a dor que sente e adia estes sentimentos de perda. A depressão é outra fase e corresponde a uma altura de menor energia, tristeza, inação e ausência de vontade para qualquer atividade de vida diária que possa vir a sentir. A Mónica pode sentir-se negativa, com falta de esperança e incapacidade de sentir. Finalmente, a aceitação, é aquela fase em que a pessoa aceita a perda e que a vida tem de seguir. Entende que não é culpa sua o que aconteceu e encontra estratégias para lidar com os sentimentos do luto, conforta-se e cura essa dor (Lim, 2013).

(Contínuo) Executar Escuta Ativa – Atividade que concretiza a intervenção:

- Demonstrar disponibilidade para ouvir a grávida e pessoa significativa sempre que esta achar pertinente ou tiver necessidade de colocar qualquer questão ou esclarecer qualquer dúvida que possa surgir no decorrer do internamento, utilizando parte do tempo disponível para se sentar com a Mónica para questionar sobre o seu estado.

**DOMÍNIO: PARTO****Quadro 15** - Conhecimento sobre trabalho de parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Conhecimento sobre trabalho de parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Mónica, em relação ao trabalho de parto, tendo em conta a sua condição de saúde, sabe o que são contrações regulares com dor associada e que culmina no parto, que é saída da sua filha. Não relata mais nenhuma informação relacionada. A Mónica apresenta disponibilidade para aprender ao questionar sobre como é o trabalho de parto.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Mónica, 29 anos, primigesta, 26 semanas e 4 dias, encontra-se no quarto dia de internamento por ameaça de parto pré-termo e suspeita de incompetência cervicostmica. À entrada, foi verificado um prolapso de membranas até metade da vagina, com colo centrado, e uma estimativa de quatro centímetros de dilatação e 80% de extinção do colo, e cuja avaliação foi estimada na tentativa de evitar rutura de membranas.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Melhorar o conhecimento sobre trabalho de parto e parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (10:45) Ensinar sobre trabalho de parto e parto	

(10:45) Ensinar sobre trabalho de parto e parto – Atividades que Concretizam a Intervenção:

- Explicar o que é a contração uterina: As contrações do útero são espasmos musculares intensos cujo objetivo é ajudar a posicionar a Bruna para nascer, ajudando-a também a progredir através do canal vaginal, também chamado de canal de parto. Estas são essenciais durante o trabalho de parto por este motivo. Caracterizam-se por ter a barriga “dura e empinada” com “dor tipo moedeira ao fundo da barriga” e que vem e vem e que aumentam de intensidade à medida que as hormonas aumentam de concentração no seu organismo, promovendo a progressão do bebé no canal de parto (Lowdermilk & Perry, 2009).
- Explicar sinais que permitam reconhecer/suspeitar de início de trabalho de parto: Por forma a entender se se encontra em trabalho de parto ou não, é importante avaliar o seu padrão de contrações uterinas. Assim, para o fazer, deve primeiro verificar as características de cerca de 5-6 contrações para

perceber o seu padrão: quanto tempo dura uma contração, quanto tempo passa entre uma contração e a seguinte e a intensidade de cada uma delas. Se verificar que há alteração de alguma destas características deve novamente registar o padrão de algumas contrações seguidas e perceber o que muda e remeter para o profissional de saúde (Lowdermilk & Perry, 2009).

- Explicar os critérios que pode usar para decidir recorrer aos serviços de saúde: A forma como cada mulher vive o seu trabalho de parto é única e como o mesmo evolui também é individualizado, adquire ritmo próprio. Desta forma, as causas que devem influenciar a tomada de decisão para dirigir-se a um serviço de saúde por necessidade de avaliação mais detalhada são: rotura de membranas, perda de sangue via vaginal, ausência de movimentos fetais, febre e contrações uterinas mais intensas e com uma frequência de uma contração uterina de 10/10 minutos (Lowdermilk & Perry, 2009).

O caso clínico acima descrito permitiu uma reflexão sobre a fragilidade da vida, a realização de um tipo de luto numa condição de saúde que foge ao normal padrão da gravidez e do impacto que as intervenções de um EEESMO podem ter na adaptação à gravidez com complicações, com especial impacto na vivência das transições saúde/doença e desenvolvimental que a Mónica viveu.

Além disso, o caso da Mónica promoveu uma reflexão sobre o vínculo entre uma mãe e o seu filho, que se inicia antes do seu nascimento e, por este motivo, quando há intercorrências e a gravidez foge ao padrão espectável, como por exemplo, a ameaça do parto pré-termo, pode levar ao luto pelo filho imaginado. Isto recorda-nos que a parentalidade envolve, muitas vezes, a necessidade de adaptar expectativas, de aprender a aceitar que nem tudo será perfeito ou como planeado. E, acima de tudo, reforça a importância, não só um cuidado físico, mas também um cuidado emocional, mesmo em momentos de dificuldade e perda.

### 3.3. COMPLICAÇÕES NO TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO: HEMORRAGIA PÓS-PARTO

**Caso Clínico:** Clara, 33 anos, II GIP, com um parto eutócico há quatro anos, A Rh positivo, deu entrada no Bloco de Partos às 07:30 horas da manhã com diagnóstico de trabalho de parto às 38 semanas e 3 dias.

A Clara é técnica auxiliar de saúde num lar de idosos, e vive em união de facto há cerca de sete anos com o Emanuel, de 32 anos, empregado de mesa num café. Têm um filho juntos, chamado Diogo, com quatro anos de idade. O Emanuel acompanhou a Clara durante o período de internamento no Bloco de Partos.

A gravidez foi planeada e desejada. A assistência pré-natal ocorreu nos cuidados de saúde primários e integrou o programa de preparação para o parto e parentalidade. Segundo a Clara, a gravidez *“foi tranquila, com algumas náuseas e vómitos no primeiro trimestre e tive cansaço e dores nas costas no terceiro trimestre”* (sic).

A Clara, para este parto, não elaborou plano de parto escrito por referir já saber o que pretendia ou não para o seu parto. A Clara entrou pelas 7 horas nas urgências de ginecologia e obstetrícia por queixas de contrações uterinas dolorosas e regulares, com intervalos de cinco minutos. É saudável, sem antecedentes médicos e desconhece alergias. Apresenta um resultado negativo para o rastreio pré-natal de *Streptococcus* grupo B.

Na urgência, verifica-se colo do útero amolecido, com 80% de extinção e quatro centímetros de dilatação, feto em apresentação cefálica e no I plano de *Hodge*, com bolsa amniótica íntegra. Na avaliação do CTG, foram verificadas contrações uterinas regulares, contabilizando uma média de quatro contrações em dez minutos, 145 bpm de linha de base, movimentos presentes (cinco a cada dez minutos), com acelerações presentes e boa variabilidade.

A Clara solicitou a colocação de cateter epidural para alívio da dor pelas 07:45 horas, tendo antes realizado estratégias não farmacológicas: hidroterapia, exercícios na bola de parto, vocalizações e respiração, que permitiu lidar com a dor das

contrações uterinas. Após a sua colocação, apresentou alívio total das queixas álgicas na zona lombar que apresentava previamente aquando da contração uterina.

Pelas 08:40 horas, a Clara apresentou rotura espontânea da bolsa amniótica, líquido amniótico claro, em abundante quantidade, com odor *sui generis*. Pelas 09h15, a Clara referiu vontade de efetuar esforços expulsivos e, ao exame vaginal, verificou-se que apresentava dilatação completa e apresentação fetal encontrava-se no III plano de *Hodge*. Neste momento, iniciou esforços expulsivos, que tiveram uma duração de 22 minutos. Pelas 09:37 horas, nasceu a Bárbara, com 2775 gramas, 46,5 centímetros, perímetro cefálico de 33,5 centímetros e Apgar 9 no primeiro minuto, 10 no quinto minuto e 10 no décimo minuto.

No pós-parto imediato, a Clara apresentou uma hemorragia pós-parto (HPP), por atonia uterina, tendo sido necessário a realização de massagem uterina bimanual e administração de fármacos uterotónicos.

A Clara apresentava laceração perineal de primeiro grau, pelo que por se apresentar sangrante, foi suturada com um ponto hemostático e um ponto de sutura donatti para controlo da hemorragia, nesta altura já apresentava perda sanguínea escassa com lóquios hemáticos, e bom estado geral, com desconforto ligeiro na zona perineal que referiu não necessitar de medicação em SOS para a dor. Amamentou a Bárbara na primeira hora de vida, apresentando conhecimento e capacidades efetivas quanto à amamentação e aos cuidados ao recém-nascido.

A HPP, por definição, é a perda de 500 mililitros ou mais nas 24 horas seguintes a um parto vaginal, e a 1000 mililitros ou mais após uma cesariana (OMS, 2012). É considerada uma HPP precoce qualquer perda sanguínea genital persistente que ocorre nas primeiras 24 horas após o parto. Esta pode ser causada por atonia uterina, que corresponde à maioria dos casos, lesões do trato genital, retenção de partes ou da totalidade da placenta, e placenta acreta (Campos e Pinto, 2022). Na presença de uma situação deste tipo, deverá ser chamada imediatamente ajuda, verificar a origem da hemorragia, verificar a contratilidade uterina, realizar avaliação dos sinais vitais, ter dois cateteres venosos periféricos funcionantes, fazer reposi-

ção volémica com cristaloides, vigiar a diurese. De acordo com a origem da hemorragia, tomar as devidas atitudes: se for por atonia uterina, iniciar massagem uterina externa até obter contração, administrar Ocitocina (20 unidades em 500 mililitros de soro fisiológico a 500mililitros/hora). Caso estas medidas não cessem, realizar compressão uterina bimanual durante dez minutos para promover contratilidade uterina como método de controlo de hemorragia temporário e administrar quatro comprimidos de 200 microgramas de Misoprostol por via sublingual ou via retal (deve ser escolhida a que for mais viável de acordo com o estado da puérpera). Pode ainda proceder-se à administração de Sulprostona um grama endovenoso em 500 mililitros de soro fisiológico a 125 mililitros/hora, podendo ir até 500 mililitros/hora. Ainda podem ser realizadas outras intervenções, as quais já são de domínio médico, que são a colocação de um Balão de Bakri no útero, a embolização das artérias uterinas ou até uma laparotomia em caso de hemorragia não controlada após estas medidas anteriormente referidas (Campos e Pinto, 2022).

**Tempo de Acompanhamento:** Totalidade do Turno (08h-14h)

### **JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO:**

A seleção deste caso clínico permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito de cuidados especializados de ESMO, tal como descritas no Regulamento nº 391/2019, mais especificamente as competências associadas aos cuidados à mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, e no qual o EEESMO tem os objetivos de assistir o parto num ambiente seguro, tranquilo e que transmita confiança e bem-estar à mulher, otimizando quer a sua saúde, quer a saúde do recém-nascido na adaptação à vida extrauterina; diagnosticar antecipadamente complicações para a saúde da parturiente e do recém-nascido, atuando atempadamente; e fornecer cuidados à parturiente que apresente uma patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

A situação vivenciada permitiu também um desenvolvimento de competências no âmbito da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-parto imediato, desde promover a saúde da puérpera e do recém-nascido, diagnosticar

e prevenir complicações para a saúde dos dois, e providenciar os cuidados necessários, seja qual for a situação de saúde que apresentem.

Esta experiência permitiu colocar em prática as competências onde o EEESMO “*Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com complicações pós-parto*” e “*Coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações pós-parto.*” (Regulamento nº391/2019 da OE).

O desafio que este caso clínico fez surgir foi a HPP que a Clara apresentou, tendo sido necessário uma atuação rápida, com intervenção do EEESMO com recurso às primeiras medidas de controlo de hemorragia através da massagem uterina externa e administração de Ocitocina 20 unidade diluídas em perfusão e 5 unidades diretas por via endovenosa, intervenção médica através da realização da massagem bimanual, e administração de Misoprostol 800 microgramas por via retal para controlo da hemorragia. A atonia uterina é considerada a causa mais comum de HPP e, entre os fatores de risco, encontra-se a multiparidade.

A HPP que a Clara apresentou após a dequitação deveu-se a esta causa e a mesma apresentava apenas este fator de risco. Neste contexto, a abordagem adequada é de administração de uterotónicos e a execução dos procedimentos clínicos anteriormente referidos que foram realizados e que são essenciais para o controlo da hemorragia, promovendo um tratamento seguro e eficaz (OMS, 2012). Associado a isto foi a possibilidade de manter o contacto pele com pele entre o recém-nascido e a mãe durante o controlo da HPP, uma vez que este permite a libertação de Ocitocina, fundamental para a involução uterina, promovendo a contratilidade do músculo uterino, que por sua vez assiste ao controlo da HPP (Pinto et al., 2022).

No caso clínico desenvolvido foi possível refletir sobre o protocolo de atuação institucional em caso de hemorragia pós-parto, na rapidez e eficácia das atitudes tomadas pela equipa multidisciplinar, bem como rápida atuação da equipa de enfermagem perante a presença dos sinais de atonia uterina, evitando complicações mais graves.

De seguida, estão apresentados, entre os quadros 16 a 21, os diversos focos de atenção alvo dos cuidados de EEESMO durante o contacto realizado com a Clara.

## DOMÍNIO: PARTO

**Quadro 16** - Trabalho de parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Clara apresentava dor lombar ligeira pelas 08:30 horas, referindo um desconforto, apesar da alternância de posições que ia fazendo. Neste momento, referiu vontade de se levantar. Apresentava sensibilidade nos membros inferiores e sem formigamento. Com ajuda da EEESMO, foi assistida a realizar levante, e ficou em posição verticalizada a realizar movimentos basculantes, que ajudou a aliviar o desconforto lombar que sentia. Foi questionada se desejava uma massagem na zona lombar para ajudar a aliviar a tensão da dor que sentia, a qual assentiu.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Clara deu entrada no Bloco de Partos às 07:30 horas da manhã com diagnóstico de trabalho de parto. Colo do útero amolecido, com 80% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e no I plano de <i>Hodge</i> , com bolsa amniótica íntegra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (08:30) Gerir ambiente físico para promover relaxamento (08:30) Massajar região lombo-sagrada.	

(08:30) Gerir ambiente físico para promover relaxamento – Segundo a OMS (2018), promover um ambiente calmo, tranquilo, com diminuição das fontes de distração ou potenciais stressores promove o relaxamento da parturiente, contribuindo para uma experiência de parto positiva. As atividades abaixo descritas podem influenciar o trabalho de parto de forma positiva uma vez que este é influenciado por fatores ambientais, entre eles o ruído e o ambiente, principalmente no período expulsivo. Um ambiente mais natural possível durante o período expulsivo permite a ativação do cérebro primitivo para o equilíbrio hormonal necessário e o decorrer de um parto mais fisiológico (Silva & Shimo, 2017). Atividades que concretizam a intervenção:

- Reduzir fontes de ruído que sejam incomodativas;

- Diminuir as fontes de luz para promover o relaxamento e, conseqüentemente aumente a produção de ocitocina natural;

(08:30) Massajar região lombo-sagrada – Segundo Patyal et al., 2024, a realização de massagem lombo-sagrada em parturientes na fase ativa do trabalho de parto é eficaz no alívio da dor de trabalho de parto. Atividades que concretizam a intervenção:

- Primeiro deve ser solicitado o consentimento à Clara para a realização da massagem. De seguida, deve ser explicado o que se irá suceder. Após, foi reunido o material necessário: cadeira, bola de parto e óleo de massagem. Com a Clara na sua posição mais confortável, foi realizada pressão com o punho na região sagrada, referindo a própria onde pressionar e com quanta força pode pressionar. Pode ser alternada a pressão com massagem simples, usando as mãos, por forma a relaxar a musculatura lombo-sagrada. Depois, colocar as mãos na zona da cintura mais estreita, abaixo da grade costal: a mão direita, mais afastada, com os dedos apontados para baixo; a mão esquerda, mais perto, com os dedos voltados para cima. Pressionar com firmeza, com um ritmo lento e constante, movendo as mãos para cima, através das costas em direção uma à outra. Realizar os movimentos tanto tempo quanto a parturiente quiser (Sequeira et al., 2020).

**Quadro 17** - Trabalho de parto e controlo da dor

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Clara solicitou analgesia epidural para alívio da dor pelas 9 horas.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Clara deu entrada no Bloco de Partos às 07:30 horas da manhã com diagnóstico de trabalho de parto. Colo do útero amolecido, com 80% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e no I plano de <i>Hodge</i> , com bolsa amniótica íntegra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVOS:</b> Controlar dor de trabalho de parto; Facilitar trabalho de parto/nascimento	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (09:00) Gerir analgesia; (09h00) Gerir ambiente físico para promover relaxamento; (SOS) Vigiar efeitos secundários da analgesia epidural	

(09:00) Gerir analgesia: Atividades que concretizam a intervenção

- Administrar medicação prescrita de acordo com a prescrição médica - Ropivacaína a 2%, 10 mililitros por via epidural em SOS de 1/1 hora: A Ropivacaína é um anestésico local de longa duração indicado no controlo da dor aguda, neste caso na dor por trabalho de parto, para realização de analgesia, podendo ser administrados entre 10-20 miligramas de Ropivacaína por hora para manutenção da analgesia (Kuthiala & Chaudhary, 2011).

(SOS) Vigiar efeitos secundários da analgesia epidural – Segundo Graça (2017), os efeitos secundários da administração de analgesia epidural são a hipotensão arterial, tremores, prurido, aumento da temperatura dos membros inferiores, náuseas, vômitos, retenção urinária, complicações hemorrágicas como hematoma epidural e complicações neurológicas, pelo que deve ser realizada a vigilância destes parâmetros para prevenção de complicações. Para este efeito foram monitorizados a tensão arterial, os sinais de retenção urinária e os sinais e sintomas de complicações da analgesia epidural.

Segundo Agrawal et al., (2014), a analgesia epidural reduz de forma eficaz a dor durante o trabalho de parto e parto. No entanto, Callahan et al., (2023), na revisão

que realizaram, verificaram que a analgesia epidural aumentou a duração do primeiro estadio de trabalho de parto em 30 minutos e o segundo estadio de trabalho de parto em 15 minutos, quando comparado com outras alternativas de analgesia, como a administração por bólus de fármacos por via endovenosa. Referem também que alguns estudos apontam para um aumento da probabilidade de desfecho em parto instrumentado em mulheres submetidas a analgesia epidural pois interfere na sensibilidade motora da parturiente que, por sua vez, apresenta diminuição da percepção da vontade de puxar.

No entanto, novas modalidades de analgesia epidural têm vindo a surgir, como a administração de concentrações baixas de ropivacaína ou a administração por bólus por via epidural intermitente, no sentido de contornar estes resultados e promover uma medida de alívio da dor segura, promotora de um parto vaginal e que, ao mesmo tempo, confira conforto e bem-estar às mulheres em situação de trabalho de parto. Estes factos não foram possíveis de conferir durante o período de estágio pois quase todas as mulheres a que assisti ao parto apresentavam cateter epidural com administração de ropivacaína a 2% em bólus de hora em hora, as quais as doses eram administradas por requisição da própria quando apresentava queixas de dor.

**Quadro 18 - Parto**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<p>Pelas 09:15 horas, a Clara referiu vontade de puxar e pressão intensa na zona perineal. Neste momento, apresentava colo do útero mole com dilatação de 10 centímetros, 100% de extinção e posição do colo anterior. Feto em apresentação cefálica, com variedade occipito-anterior esquerda e no III plano de <i>Hodge</i>.</p> <p>No que concerne ao CTG, apresentava uma linha basal entre os 110-160 bpm, com variabilidade entre os 5-25 bpm e sem desacelerações repetitivas.</p> <p>Em relação à contratilidade uterina, apresenta quatro contrações uterinas rítmicas por cada 10 minutos, com duração de 45 segundos cada contração. Apresentava dor sacro lombar com pressão perineal associada, característica do período expulsivo.</p> <p>A Clara apresenta uma cicatriz de episiotomia resultante do parto anterior. Aquando da aproximação do coroamento da cabeça do feto, apresenta distensão da pele do períneo, com alterações da coloração (tom esbranquiçado) e períneo curto, segundo a parturiente, confirmado pela observação.</p> <p>A Clara iniciou esforços expulsivos pelas 09:15 horas e pelas 09:37 horas, nasceu a Bárbara, com 2775 gramas, 46,5 centímetros, perímetro cefálico de 33,5 centímetros e Apgar 9 no primeiro minuto, 10 no quinto minuto e 10 no décimo minuto.</p>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<p>A Clara deu entrada no Bloco de Partos às 07:30 horas da manhã com diagnóstico de trabalho de parto. Colo do útero amolecido, com 80% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e no I plano de <i>Hodge</i>, com bolsa amniótica íntegra.</p>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover parto eutócico	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
(09:37) Assistir no parto	

(09:37) Assistir no parto – A assistência por EEESMO no parto vaginal foi associada a diversos benefícios para mães e recém-nascidos, desde a redução do uso de anestesia regional, promovendo uma maior mobilidade durante o trabalho de parto, a realização de episiotomias e de instrumentação de partos, promovendo um parto cujo foco é as vontades, crenças e valores da mulher, individualizando a sua experiência (Barradas et al, 2015). Nesta intervenção, foram utilizadas intervenções de promoção da integridade do períneo. Segundo Rodrigues et al. (2023), a aplicação de compressas quentes reduz o risco de trauma perineal na parturiente, promovendo relaxamento da musculatura da zona e permitindo uma passagem menos

traumática para os tecidos circundantes. Aasheim et al., (2017) verificou que a técnica de proteção de períneo com recurso às mãos reduzia o risco de lacerações perineais de terceiro e quarto graus.

- Em primeiro lugar, foi explicado o procedimento e o que se iria suceder de forma sucinta e clara, referindo de que forma a parturiente possa colaborar e sentir. Foi também requisitado o consentimento para a realização de cada intervenção ao longo do período expulsivo, sem descurar o plano de parto ou vontades verbalizadas pela parturiente.
- Durante o período expulsivo da Clara, foram aplicadas compressas embebidas em água aquecida a uma temperatura que a Clara considerasse tolerável e, em caso de falta de sensibilidade para a temperatura, uma temperatura adequada para a pele sem provocar lesões. As compressas foram substituídas sempre que encontravam sujas e a sua aplicação foi realizada no intervalo das contrações para promover o relaxamento das estruturas perineais.
- No coroamento da apresentação fetal, foi utilizada a técnica *Hands-On*, juntamente com o controlo da saída da cabeça na tentativa de promover a integridade perineal devido às características do períneo (com cicatriz de episiotomia). Esta ação permite completar a flexão da cabeça e que esta se desprenda lentamente (Rezaei et al., 2014).
- Foi pedido à parturiente para parar de puxar após a exteriorização completa da cabeça do feto. Com a mão não dominante, foi verificada a existência de circular cervical do cordão. A bebé apresentava uma circular larga, pelo que foi removido o cordão do pescoço através da cabeça, sem ocorrer estiramento, pela manobra de Somersault.
- Após, deu-se um compasso de espera para que a bebé fizesse a restituição (quando regressa à posição em que se deu a descida da apresentação fetal).
- De seguida, já com a bebé de posição restituída, procedeu-se ao desencravamento do ombro anterior e logo após, ao desencravamento do ombro posterior.
- Finalmente, com a mão dominante já livre, segurado o bebé nas nádegas, enquanto a não dominante ficou a segurar o resto do corpo, assistindo à

saída do bebé e posterior colocação do bebé sobre a Clara, realizando contacto pele com pele, que era vontade da mesma.

## DOMÍNIO: NASCIMENTO

Quadro 19 - Nascimento

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Nascimento
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> Pelas 09:37 horas, nasceu a Bárbara, com 2775 gramas, 46,5 centímetros, perímetro cefálico de 33,5 centímetros e Apgar 9 no primeiro minuto, 10 no quinto minuto e 10 no décimo minuto.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Clara pretendia realizar contacto pele com pele logo após o nascimento, que o cordão umbilical fosse clampado tardiamente pelo pai, e que amamentasse na primeira hora.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Nascimento
<b>OBJETIVO:</b> Promover adaptação favorável à vida extrauterina	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (09:39) Executar clampeamento do cordão umbilical (09:40) Executar técnica de pele com pele	

(09:39) Executar clampeamento do cordão umbilical – Segundo a ACOG (2020), a laqueação tardia do cordão umbilical em recém-nascidos de termo aumenta os valores de hemoglobina e conseqüentemente, os valores de ferro sistémicos ao nascimento, que se traduz em efeitos benéficos em termos desenvolvimentais. Um dos benefícios é a redução da probabilidade de o recém-nascido necessitar de transfusão. O corte do cordão deve então ser adiado cerca de 30 a 60 segundos após o nascimento se o recém-nascido se encontrar bem. Atividades que concretizam a intervenção:

- Proceder à laqueação do cordão umbilical depois de parar de pulsar: foi questionado o casal quem pretendia realizar o corte do cordão umbilical. O Emanuel e a Clara responderam que queriam que fosse o pai, pelo que, cerca de um minuto após o nascimento, o cordão foi clampado e foi dada uma tesoura ao Emanuel para que o fizesse.

(09:37) Executar técnica de pele com pele – Segundo Karimi et al. (2019), o contacto pele com pele imediatamente após o nascimento promove a produção de ocitocina materna, que contribui para a manutenção da contratilidade uterina, fundamental para a dequitação, saída da placenta e involução uterina. Este facto assiste na prevenção da hemorragia pós-parto. Além disto, verificou-se que o contacto pele com pele promoveu uma boa regulação da temperatura corporal dos bebés que fez com que diminuísse neste os níveis de stress após o nascimento, bem como uma maior adaptabilidade no que concerne à amamentação, facilitando e aumentando o vínculo mãe-filho (Campos et al., 2020). De acordo com Moore et al., (2016), recém-nascidos que realizam contacto pele com pele ininterrupta após o nascimento localizam o mamilo pelo cheiro, adaptam-se melhor à mama e, consequentemente, são bebés cuja amamentação é mais facilitadora, quer pela boa pega, quer pela promoção da produção de leite. Pelo que, dada esta evidência científica, bem como a vontade expressa da Clara de o realizar, foi colocada a Bárbara em decúbito ventral com a face virada para a mãe e em contato pele com pele sobre o tórax da Clara, ficando coberta com um lençol aquecido na estufa presente no bloco de partos.

## DOMÍNIO: PARTO

**Quadro 20** - Expulsão da Placenta

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A dequitação deu-se pelas 09:50 horas, com mecanismo de saída de <i>Schultz</i> , tendo sido feita avaliação posterior para verificar se a placenta se encontrava completa e sem cotilédones aberrantes, que foi confirmado.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Clara deu entrada no Bloco de Partos às 07:30 horas da manhã com diagnóstico de trabalho de parto. Colo do útero amolecido, com 80% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e no I plano de <i>Hodge</i> , com bolsa amniótica íntegra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto/nascimento	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (09:50) Assistir na expulsão da placenta	

(09:50) Assistir na expulsão da placenta – Segundo a OMS (2014), a gestão ativa da dequitação é importante na prevenção de hemorragia pós-parto. Consiste na administração de uterotónicos, neste caso Ocitocina endovenosa, a tração controlada do cordão umbilical quando se verificam os sinais de que o descolamento da placenta já se deu, e a massagem ligeira do fundo uterino.

- A atitude tomada no caso clínico foi de ter uma gestão ativa, através da administração de perfusão de Ocitocina 10 unidades em 1 litro de soro fisiológico a 250 mililitros/hora, de acordo com o protocolo do serviço, e da tração controlada do cordão umbilical com recurso a manobra de *Kustner* para verificar o descolamento da placenta do útero. Foi também massajado o fundo uterino ligeiramente para assistir à saída da placenta.
- Finalmente, foi executada a manobra de *Dublin*, através da rotação no sentido dos ponteiros do relógio para a exteriorização completa das membranas, prevenindo a possibilidade de ficar algum fragmento retido, enquanto foi segurada a placenta aquando da exteriorização e usando o seu peso e a força da gravidade para diminuir a pressão sobre as membranas e facilitar a sua saída.
- Após a saída da placenta, foi verificado o globo de segurança de *Pinard* e foi observada a totalidade da placenta, ao recriar a bolsa amniótica, verificando os cotilédones e cordão umbilical para confirmar integridade e regularidade das estruturas.
- Foi também observada a perda sanguínea vaginal e verificada a anormalidade da perda, recorrendo logo após a massagem do fundo uterino para assistir na contratilidade uterina e promover a saída de qualquer coágulo.

**DOMÍNIO: SISTEMA CARDIOVASCULAR****Quadro 21** - Perda sanguínea

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Perda sanguínea
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A dequitação da placenta foi fisiológica, com mecanismo de descolamento de <i>Schultz</i> às 09:50 horas. Apresentava uma laceração perineal de primeiro grau, a qual foi corrigida com um ponto de sutura donatti. Em relação à perda sanguínea vaginal, apresentou uma perda abundante, com saída de coágulos e útero não contraído. Verificou-se uma atonia uterina e a equipa médica foi chamada, tendo atuado e estado presente em todo o momento.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Clara apresentava uma tensão arterial de 90/50 mmHg e frequência cardíaca de 125 bpm.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Hemorragia pós-parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover recuperação pós-parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (09:52) Referenciar complicação pós-parto ao médico (09:52) Implementar medidas de tratamento de hemorragia pós-parto (09:55) Avaliar evolução da recuperação pós-parto	

(09:52) Referenciar complicação pós-parto ao médico – De acordo com as diretrizes de um grupo de especialistas participantes na Consulta Técnica da OMS sobre prevenção e tratamento da Hemorragia Pós-Parto, a realização da massagem uterina bimanual é uma técnica a ser utilizada de forma temporária até que os cuidados adequados sejam disponibilizados para a resolução da HPP (OMS, 2014).

(09:52) Implementar medidas de tratamento de hemorragia pós-parto

- A massagem contínua externa no fundo uterino foi ser a primeira medida a adotar no imediato para promover a contratilidade uterina após o diagnóstico de atonia uterina. Isto promove a formação do globo de segurança de *Pinard* (Ramalho & Moucho, 2024), pelo que foi a primeira atitude a tomar perante o quadro de hemorragia presente.
- Enquanto aguardava para chegada do médico, foi assegurado por um colega dois acessos venosos periféricos funcionantes. Neste caso foram possíveis obter dois de calibre 18G nas veias do antebraço esquerdo e direito.

É fundamental ter um acesso de grande calibre permeável e funcionante para realização de reposição de fluidos rápida e eficaz, bem como ter também um acesso disponível em caso de necessidade de transfusão (Campos, Silva & Costa, 2011).

- Foi também assegurado o esvaziamento vesical, por forma a que a bexiga não provocasse compressão sobre o útero, impedindo a sua contração. Isto permite verificar também a função renal e a hipovolémia, ao monitorizar entradas e saídas de líquido do organismo da Clara (Mavrides et al. 2016).
- Chegado o médico, este iniciou a realização de massagem bimanual combinada para promover a contração uterina e controlar a hemorragia, bem como a administração de uterotónicos. Isto faz com que as faces anterior e posterior do músculo uterino sejam estimuladas a contrair (Sequeira et al., 2020).
- Entretanto, por indicação médica, foi administrada ocitocina. Para aumentar a contratilidade uterina e diminuir a perda sanguínea, a ocitocina endovenosa é o uterotónico de primeira escolha, e, portanto, o primeiro a ser administrado, injetando cinco unidades internacionais diretas inicialmente, pelo risco de hipotensão, podendo ser repetida se necessário (Mavrides et al., 2016). Deve aumentar-se a perfusão de Ocitocina (neste caso, segundo o protocolo institucional são injetadas 10 unidades internacionais em um litro de uma solução cristalóide a 250mililitros/hora para prevenir, e foi aumentada para 500mililitros/hora a perfusão). A hemorragia não respondeu a estas medidas, pelo que foi administrado 800 microgramas de Misoprostol, um analógico sintético da prostaglandina E1, por via retal ou via sublingual, mediante a via mais viável no momento para melhor absorção (Montenegro et al., 2014).
- A administração de cristalóides permite compensar a volémia perdida devido às perdas sanguíneas, para restaurar o volume intravascular. (Mavrides et al., 2016). Procedeu-se à administração de Lactato de Ringer a 500mililitros/hora para reposição de fluidos.
- A monitorização dos sinais vitais foi realizada a cada 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto, para detetar alterações que possam ocorrer.

rer devido à hemorragia (taquicardia, taquipneia, hipotensão, hipotermia, entre outros) (Mavrides et al., 2016). O pulso é um valor que representa a diferença entre os valores tensionais e é um excelente indicador de perfusão tecidual que, em caso de diminuição, reflete-se em má perfusão e respetivo comprometimento orgânico. A tensão arterial é um indicador fundamental para o risco de choque hipovolémico. Uma diminuição franca deste indicador releva danos e necessita de resposta rápida por parte dos profissionais de saúde (Ramalho & Moucho, 2024; Mavrides et al. 2016). A temperatura corporal deverá ser monitorizada pelo risco de hipovolemia que existe em situações de perdas juntamente com a infusão rápida de líquidos (Mavrides et al., 2016). A saturação periférica de oxigénio é também um dado que avalia o risco de hipoxia tecidual, resultante da alteração hemodinâmica presente. Foram então realizadas a vigilância do pulso, tensão arterial, saturação periférica de oxigénio e temperatura.

(09:55) Avaliar evolução da recuperação pós-parto: É importante verificar a contratilidade uterina durante este processo para verificar se as medidas implementadas vão sendo eficazes para a resolução da hemorragia. Após as intervenções realizadas, deve apresentar útero contraído com a formação do globo de segurança de *Pinard*. A avaliação da perda sanguínea após administração dos fármacos e restantes atitudes terapêuticas é fundamental para uma rápida atuação em caso de necessidade de medidas mais invasivas ou necessidade de administração de outros fármacos, bem como prevenir complicações mais graves. A perda hemática tornou-se escassa.

O caso clínico relatado permitiu o desenvolvimento de competências na assistência ao parto de uma mulher com uma experiência de parto anterior, gestão de vontades expressas por parte da parturiente e, principalmente, a gestão de uma complicação no pós-parto imediato, a hemorragia pós-parto por atonia uterina, que levou ao desenvolvimento de competências com a deteção precoce de complicações e respetivas intervenções.

### 3.4. A JORNADA DE UMA PRIMIGESTA

**Caso Clínico:** Bárbara, 25 anos, IG0P, 39 semanas, A Rh positivo, deu entrada no Bloco de Partos às 08:30 horas da manhã para indução de trabalho de parto.

A Bárbara é lojista e vive com Joel, de 31 anos, comercial de automóveis, há cerca de três anos. Durante o internamento, foi acompanhada pela sua mãe, Tânia, por escolha da própria.

A gravidez não foi planeada e foi desejada. A assistência pré-natal ocorreu na unidade local de saúde e em médico privado, não integrou o programa de preparação para o parto e parentalidade, por referir não ser compatível com o seu horário de trabalho. Segundo a Bárbara, a gravidez foi classificada de baixo risco e, durante a mesma, apresentou infeções do trato urinário de repetição por *Klebsiella* multirresistente, tendo realizado tratamento com Fosfomicina toma única, seguido de sete dias de Amoxicilina por via oral devido à persistência, e Cefuroxima por via oral durante sete dias por manter urocultura positiva, que surtiram efeito, tendo apresentado urocultura negativa no terceiro trimestre.

No que concerne ao plano de parto escrito, a Bárbara não elaborou e não tinha opinião formada sobre as fases do trabalho de parto. Sabia o que era a indução de trabalho de parto, que lhe foi explicado pela obstetra que a seguiu e pela EEESMO que a recebeu no Bloco de Partos. Além disso, indicou que teria preferência que fosse por via vaginal exceto se fosse necessário, por motivos de saúde quer da própria, quer do seu bebé, uma cesariana. E que gostaria de amamentar e de fazer contacto pele com pele com o seu filho após o nascimento.

A Bárbara é saudável, sem antecedentes médicos relevantes, desconhece alergias, pertence ao grupo sanguíneo A Rh positivo e não realizou pré-natal de *Streptococcus* grupo B. No entanto, por indicação médica, não tem critérios para realização de antibioterapia profilática, o que é incongruente com o que está preconizado a nível institucional, que indica que em caso de *Streptococcus* do grupo B

desconhecido, deve ser iniciado o protocolo de administração de antibioterapia profilática para prevenção de infecção, coincidente com a evidência científica existente (Lowdermilk & Perry, 2009; Campos e Pinto, 2022).

Na admissão, o colo do útero encontrava-se posterior e amolecido, inteiro e um centímetro de dilatação, o feto em apresentação cefálica e acima do I plano de *Hodge*, com bolsa amniótica íntegra. Na avaliação do CTG, foi verificada uma linha de base nos 135 bpm, com uma contração uterina de intensidade baixa em trinta minutos de monitorização, com acelerações presentes e variabilidade entre os 5 e 25 bpm. Iniciou indução de trabalho de parto por indicação médica com administração de 50 microgramas de Misoprostol por via vaginal às 09h20, tendo sido realizada apenas essa toma única por apresentar desde início muita dinâmica, com aumento da contratilidade uterina e, por decisão da equipa médica, não foram administradas mais tomas.

A Bárbara utilizou estratégias não farmacológicas para alívio da dor de parto e também demonstrou vontade de colocar cateter epidural para alívio da dor, que colocou, tendo sido as estratégias por si escolhidas para o efeito. Foi necessário a realização de amniotomia por taquicardia fetal sustentada com bolsa amniótica íntegra para avaliação do líquido amniótico, o qual se verificou meconial “velho” (tonalidade verde acastanhado), com odor *sui generis*.

Durante o trabalho de parto e após diminuição da frequência cardíaca fetal para uma linha de base nos 140 bpm, foi iniciada administração de Ocitocina endovenosa (10 unidades em um litro de um soro polieletrolítico), segundo protocolo instituído. Após mais de quatro horas sobre indução com ocitocina, iniciou esforços expulsivos espontâneos e o Leonardo nasceu na madrugada do dia seguinte ao início da indução, com boa vitalidade.

**Tempo de Acompanhamento:** Totalidade do Turno (20h-08h)



## **JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO:**

A seleção deste caso clínico permitiu o desenvolvimento de competências no âmbito de cuidados especializados de ESMO, tal como descritas no Regulamento de Competências Específicas do EEESMO nº 391/2019, referente aos cuidados à “(...) mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto.”, e no qual o EEESMO tem os objetivos de realizar o parto num ambiente seguro, tranquilo e que transmita confiança e bem-estar à mulher, otimizando quer a sua saúde, quer a saúde do recém-nascido na adaptação à vida extrauterina; diagnosticar antecipadamente complicações para a saúde da parturiente e do recém-nascido, atuando atempadamente; e fornecer cuidados à parturiente que apresente uma patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.

A prestação de cuidados à Bárbara permitiu desenvolver competências no acompanhamento da mulher no pós-parto imediato, promovendo a saúde da puérpera e do recém-nascido, prevenindo complicações e oferecendo cuidados adequados. Além disso, possibilitou a aplicação de conhecimentos teóricos e o amadurecimento de competências especializadas em ESMO no trabalho de parto, parto e pós-parto.

Foi particularmente um desafio pois a grávida apresentava falta de conhecimento sobre o trabalho de parto e parto, e também sobre a adaptação à parentalidade, que são abordados neste caso clínico, por exemplo, a amamentação. Isto permitiu refletir sobre o impacto da informação para a tomada de decisão durante o trabalho de parto e parto e o entendimento de todo o processo em que esta grávida se encontrava, reconhecendo na própria os diferentes estádios do trabalho de parto e, conseqüentemente, as estratégias a adotar de promoção do trabalho de parto e uma experiência de parto positiva.

Em seguida, encontram-se detalhados nos quadros 22 a 29, os focos de atenção desenvolvidos durante o contacto com a Bárbara.

**DOMÍNIO: PARTO****Quadro 22 - Amniotomia**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> Por apresentar CTG suspeito (taquicardia fetal na ordem dos 170 bpm), e suspeita de líquido amniótico meconial, com dilatação de quatro centímetros e extinção de 50%, foi dada indicação pela equipa médica de realizar amniotomia, que ocorreu às 20:30 horas, com saída de líquido amniótico em abundante quantidade, meconial “velho” (tonalidade verde acastanhado), com odor <i>sui generis</i> . Foi explicado o procedimento, o qual a parturiente consentiu a realização.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Bárbara, de 25 anos, IG0P, 39 semanas, A Rh positivo, deu entrada no Bloco de Partos às 08:30 horas da manhã para indução de trabalho de parto. Na admissão, com colo do útero posterior e amolecido, inteiro e um centímetro de dilatação, o feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> , com bolsa amniótica íntegra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto/nascimento	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (20h30) Executar Amniotomia	

(20:30) Executar Amniotomia: De acordo com Smyth, Markham & Dowswell (2013), a amniotomia corresponde à rotura artificial das membranas amnióticas, um procedimento comum na Obstetrícia com o propósito de promover a contratilidade uterina e diminuir a duração do trabalho de parto. O procedimento é realizado em caso de necessidade de verificar as características do líquido amniótico ou em casos de trabalho de parto prolongado. Este facto leva à reflexão do seu uso como método de diminuição da duração de trabalho de parto, uma vez que não há evidência científica suficiente para validar este procedimento como viável para o efeito. Em casos em que há suspeita de alterações no líquido amniótico que sugiram presença de infeção (líquido com presença de mecónio) ou até descolamento da placenta (líquido hemático), verifica-se um método de primeiro diagnóstico e como forma de adequar o modo de atuação perante tais casos (Smyth et al., 2013; Sequeira et al., 2020). Atividades que concretizam a intervenção:

- Foi preparado o material a utilizar para o procedimento: um par de luvas esterilizadas, um amniótomo (pinça de Herff longa ou ramo da pinça de

Kocker), uma aparadeira e material para higiene do períneo (compressas não esterilizadas e soro fisiológico para irrigação).

- Após, foi explicado o procedimento, com objetivo de romper as membranas amnióticas para avaliação do líquido amniótico, e que também como efeito a apresentação fetal pressionar diretamente o colo do útero, e que, juntamente com o líquido amniótico, é irritante para o colo do útero e promove a extinção e dilatação. Foi também obtido o consentimento para a realização do procedimento por parte da Bárbara.
- De seguida, a Bárbara foi posicionada em decúbito dorsal, com a cabeceira ligeiramente elevada, e os calcanhares unidos, deixando cair as pernas para os lados, o mais relaxadas possível.
- Antes da realização do procedimento, foi avaliado o bem-estar fetal, através da monitorização cardiotocográfica. Assim que foi validado o bem-estar do bebé, foi realizada a higiene perineal da Bárbara com o seu consentimento, com o recurso a compressas e soro fisiológico a temperatura confortável para a mesma.
- Foi posicionada a aparadeira, preparado todo o material e depois foi pedido o consentimento para realização do toque vaginal, com o intuito de localizar o colo do útero, validar a extinção e dilatação do mesmo e confirmar se a apresentação fetal é cefálica, está insinuada e no primeiro plano de *Hodge*.
- De seguida, foi realizada a rotura das membranas amnióticas com recurso ao amniótomo, rompendo suavemente e após a rotura, foi acompanhada o apoio da apresentação no colo do útero, com a saída do líquido amniótico, sem remover os dedos que apoiam a apresentação, para evitar a compressão do cordão umbilical ou o prolapso do mesmo.
- Finalmente, após a saída do líquido amniótico, foram avaliadas as suas características e verificou-se que era meconial, castanho-esverdeado, odor *sui generis* e em moderada quantidade. Além disso, o CTG evidenciava ainda taquicardia fetal, tendo ficado monitorizada por mais uma hora para avaliação das características do CTG e prevenir complicações. Foi também avaliada a temperatura materna axilar, que após a amniotomia, apresentava 36,7 graus Celsius. Isto permitiu concluir que as alterações do CTG previamente

à amniotomia poderiam estar a ser provocadas pelo líquido amniótico mecânico, pelo que posteriormente, foi realizada a vigilância de sinais e sintomas de infeção à Bárbara a partir deste momento (vigilância da temperatura, frequência cardíaca materna, sintomas de aumento da temperatura como frio e tremores).

**Quadro 23 - Dor de Trabalho de Parto**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Bárbara pediu analgesia epidural para alívio da dor pelas 17:45 horas. O mesmo foi colocado pelas 18:10 horas, tendo apresentado alívio total das queixas álgicas na zona lombar e abdominal/suprapúbicas que apresentava aquando da contração uterina. Requisitou novamente administração de medicação por bólus via epidural às 20:35, 23:05 e 00:30 horas.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> À observação, apresentava fácies de dor e referiu “ <i>não tenho posição para estar na cama</i> ”. Segundo a parturiente, com dor seis, segundo a escala numérica da dor.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Dor de trabalho de parto
<p><b>OBJETIVOS:</b> Facilitar trabalho de parto/nascimento Controlar dor de trabalho de parto Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto</p>	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (20h30) Assistir a posicionar (20:30) Gerir ambiente físico para promover relaxamento (20:45) Gerir analgesia	

(20:30) Assistir a posicionar – Ajudar a parturiente a posicionar-se em decúbito dorsal para administração da analgesia epidural, por forma a surtir efeito de forma igual no seu corpo.

(20:30) Gerir ambiente físico para promover relaxamento – Segundo a OMS (2018), promover um ambiente calmo, tranquilo, com diminuição das fontes de distração ou potenciais stressores promove o relaxamento da parturiente, neste caso para a realização de um procedimento que pode ser considerado fator de stress na Bárbara. Foi reduzido o ruído e assistida a Bárbara a adotar uma posição corporal confortável, estando junto a ela e mantendo também a sua pessoa significativa no quarto para ajudar a tranquilizar a mulher.

(20:45) Gerir analgesia - Atividades que concretizam a intervenção: Tal como prescrição médica, foi administrados 10 mililitros de Ropivacaína a 2% por via epidural, estratégia farmacológica que requisitou para controlo da dor de trabalho de parto. Após a administração, foram avaliadas a tensão arterial e a frequência cardíaca materna devido ao risco de hipotensão e, após 15 minutos, questionada se não apresentava outros efeitos secundários como náusea, calafrios e tonturas (Kuthiala & Chaudhary, 2011). Esta intervenção foi também realizada às 23:05 e 00:30 horas.

**Quadro 24** - Conhecimento sobre trabalho de parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Conhecimento sobre trabalho de parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
A Bárbara questionou sobre quanto tempo em média um trabalho de parto poderia durar. Apresenta interesse em saber mais sobre o assunto pois desconhece como é um trabalho de parto, apenas do que ouviu falar das mulheres da família e da pouca pesquisa que fez, que nos primeiros filhos demora mais, e principalmente quando é por indução de trabalho de parto.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
A Bárbara, de 25 anos, IG0P, 39 semanas, A Rh positivo, deu entrada no Bloco de Partos às 08:30 horas da manhã para indução de trabalho de parto. Na admissão, com colo do útero posterior e amolecido, inteiro e um centímetro de dilatação, o feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> , com bolsa amniótica íntegra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Melhorar conhecimento sobre trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (21:00) Ensinar sobre trabalho de parto	

(21:00) Ensinar sobre trabalho de parto – Segundo a CIPE (2019), ensinar corresponde a informar alguém, de forma sistematizada, sobre um tema. Ensinar implica dotar alguém de conhecimento e este é o conteúdo baseado na informação transmitida. O conhecimento, quando relacionado com um processo de transição, neste caso, na preparação para o trabalho de parto e parto, é entendido como condição facilitadora na medida em que se a pessoa conhecer atempadamente o que é esperado para cada momento, irá adotar as estratégias necessárias para lidar com as mudanças relacionadas e como tal, promover uma transição saudável, sendo fundamental para uma grávida adquirir este conhecimento (Meleis, 2010). Atividades que concretizam a intervenção:

- Explicar o parto como um processo físico, psicológico e hormonal: o trabalho de parto é um processo individual e, como tal, cada mulher experienciará-o de maneira diferente. Este corresponde a um conjunto de processos, quer físicos, quer mentais, e que dependem destas duas valências, cujo objetivo final, é ter o seu filho nos braços. Para que ocorra, em termos físicos, depende dos ossos e músculos da mulher, mas também da colaboração do bebé. Além disso, depende também da forma como as hormonas se comportam, especificamente aquelas que diretamente intervêm no parto, como por exemplo a Ocitocina, que é responsável pelas contrações uterinas e assim, responsável também pela saída do bebé. As contrações aumentam a sua intensidade à medida que o trabalho de parto progride e a dilatação se vai dando. Com o aumento de intensidade das contrações, a dor associada acompanha-a e torna-se cada vez mais difícil de controlar. Com a progressão do trabalho de parto, também o cérebro começa a focar-se apenas no que está a viver e limita as suas ações, atingindo aquilo que se chama a “partolândia”, onde a parturiente estará cada vez menos disponível para falar ou realizar outras atividades e estará mais focada. A mente entra nesta fase, considerada fundamental para o foco e determinação na fase do parto. Tudo se intensifica e é, portanto, fundamental para uma progressão favorável do trabalho de parto. Por isso, adotar uma posição calma, tranquila e segura, questionando sempre que tiver qualquer dúvida, ajudará a Bárbara a atingir uma excelente experiência de parto (Lowdermilk & Perry, 2009; Cardoso et al., 2023).
- Explicar como reconhecer o padrão de contratilidade e os critérios a valorizar para reconhecer a sua evolução: Durante o trabalho de parto, o útero aumenta sua atividade, com mudanças espontâneas nas características e intervalos das contrações. A avaliação do padrão das contrações consiste em calcular o tempo entre elas, a sua duração e intensidade. Se ocorrerem alterações em dois desses parâmetros, como maior intensidade e intervalos mais curtos, podem ser significativos de contrações de trabalho de parto. Em caso de dúvida, é recomendada a consulta a um EEESMO. (Lowdermilk & Perry, 2009).

**Quadro 25** - Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Bárbara admitiu não saber que estratégias são úteis para promover a evolução do seu trabalho de parto. Considera que se ficar parada não realiza nada, pelo que questiona que atitude poderá tomar para o efeito. Apresenta interesse em saber mais sobre o assunto pois desconhece como é um trabalho de parto, apenas do que ouviu falar das mulheres da família e da pouca pesquisa que fez, que nos primeiros filhos demora mais, e principalmente quando é por indução de trabalho de parto.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Bárbara, de 25 anos, IG0P, 39 semanas, A Rh positivo, deu entrada no Bloco de Partos às 08:30 horas da manhã para indução de trabalho de parto. Na admissão, com colo do útero posterior e amolecido, inteiro e um centímetro de dilatação, o feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> , com bolsa amniótica íntegra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (21:15) Instruir e treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto (21:25) Instruir e treinar sobre o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto	

(21:15) Instruir e treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto: Promover a escolha das posições de trabalho de parto em que se sente mais confortável contribui para uma experiência de parto globalmente mais satisfatória (Kibuka et al., 2021). Nos últimos anos, segundo a evidência científica, tem se verificado que as posições verticalizadas oferecem um número significativo de vantagens. Estas posições diminuem o tempo de duração do trabalho de parto, a taxa de partos instrumentados e a taxa de episiotomias (Familiari et al., 2023; Kibuka et al., 2021). Além disso, verifica-se que a força gravítica e a contração uterina são mais eficientes, facilitando a saída do feto e contribuindo para um trabalho de parto facilitador. Os estudos comprovam também que posições verticalizadas são benéficas para a circulação materna, não comprimindo a aorta materna e como tal a circulação fetal não apresenta comprometimento (Moura et al., 2022; Berta et al., 2019). Atividades que concretizam a intervenção:

- Instruir sobre a pelve e o seu potencial de mobilidade: a pelve é um conjunto de ossos e articulações, com um formato circular/esférico, e corresponde ao espaço onde o bebé está. Por ser um conjunto de elementos de variadas constituições, tem um potencial para mobilizar consoante necessidades, bem como se moldar e ajustar as estruturas. Foi sugerido colocar as mãos sobre as suas ancas e percorrer os ossos que a constituem, acompanhando-a e realizando movimentos de mobilidade da pelve (para frente e para trás, laterais e circulares). Recurso a uma imagem da pelve para validar esta informação.
- Instruir e treinar exercícios músculo articular pélvicos: Durante o trabalho de parto, o bebé percorre um espaço composto por ossos, pela pelve, e por músculos, e ligamentos e cartilagem adjacentes a esses ossos. Com recurso a uma animação digital, foram demonstradas as estruturas da pelve que, durante a gravidez, foram-se ajustando às mudanças e aperfeiçoaram-se com o objetivo de facilitar o parto fisiológico. Em condições normais, os ossos que constituem a pelve estão estreitamente juntos através dos ligamentos. Devido a uma hormona produzida na gravidez, chamada relaxina, estes ligamentos relaxam, ficando mais flexíveis e permitindo aumentar o espaço interior da pelve para permitir o crescimento do bebé e isto é maior aquando

da ocorrência de movimento. Juntamente a isto, a cabeça do feto também é um conjunto de ossos com zonas de ligação entre eles e que estão preparados para se ajustar durante a passagem pela pelve e pelo canal vaginal. Cada contração uterina permite à cabeça se orientar dentro da pelve, facilitando a sua rotação. Na parte mais inferior da pelve, quando o feto está prestes a nascer, cóccix move-se para trás, aumentando o diâmetro nesta zona. Para que isto aconteça, é importante que os ossos da pelve tenham espaço para fazer esse movimento, sem que estejam em contacto com superfícies duras. Finalmente, os músculos pélvicos são também um conjunto de estruturas importantes no trabalho de parto, na medida em que apresentam bastante força (suportam os órgãos do abdómen e estabilizam a coluna vertebral). Para que facilitem o trabalho de parto, precisam de estar relaxados o suficiente para distender quando for necessário, mas também contrair para que o bebé adote a posição mais favorável para nascer, pelo que foi demonstrado, através da realização da contração e relaxamento dos músculos perineal para que Bárbara percecionasse essa musculatura (Lowdermilk & Perry, 2009; Cardoso et al., 2023).

- Instruir sobre exercícios de mobilidade e posições verticalizadas enquanto estratégias promotoras da progressão do trabalho de parto: por forma a que todas as estruturas da pelve sejam utilizadas em toda a sua totalidade, é importante adotar movimentos corporais durante o trabalho de parto. Isto apresenta benefícios, desde uma menor duração do trabalho de parto, diminuição da perceção da dor, aumenta a eficácia das contrações uterinas e promove a circulação materno-fetal. Para além disso, as mulheres que se mantêm ativas durante o trabalho de parto referem uma experiência de parto mais positiva (Garbelli & Lira, 2021). As posições verticais são também benéficas neste sentido, na medida em que é utilizada a força da gravidade, que atua no sentido descendente, para a progressão do bebé no canal de parto. São também benéficas para a circulação, uma vez que com a não compressão da veia cava inferior, responsável pela circulação materno-fetal, é melhora assegurada a oxigenação do bebé. Em adição, com a força da

gravidade, as contrações são mais eficazes, pressionando mais intensamente o colo do útero e promovendo a dilatação. Desta forma, deverá adotar uma liberdade de movimentos que considere mais vantajosa para si e com a qual sinta maior conforto (Garbelli & Lira, 2021). Assim, adotar posições como de cócoras, sentada, ou em quatro apoios promovem as características acima descritas, tendo sido demonstradas ao realizar com a Bárbara as mesmas por forma a perceber o seu conforto na sua realização.

(21:25) Instruir sobre uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto – O uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto, como a bola de parto, o amendoim ou o banco de parto, para além de promoverem mobilidade, que concede uma maior eficácia das contrações uterinas e promove um melhor posicionamento do bebé para o nascimento, permitem também diminuir a intensidade da dor sentida pela mulher, confere maior conforto e promove uma experiência mais positiva de parto (Grenvik et al., 2023). Atividade que concretiza a intervenção:

- Instruir sobre a bola de parto e a sua utilidade: a bola de parto é útil para assistir no controlo da dor bem como para promover o trabalho de parto e considerado um instrumento de movimento dinâmico, pelo que é inevitável realizar movimentos ao nível pélvico, que são feitos de forma mais natural. Esta é vantajosa pois alia a mobilidade e a verticalidade no mesmo momento, e melhora o conforto da parturiente, promovendo uma experiência de parto mais satisfatória. O posicionamento que adquire na bola permite também o acesso fácil às costas para ser realizada uma massagem, se assim o desejar. Para verificarmos se a bola está adequada à altura, os joelhos devem fazer um ângulo de 90° com a anca. Enquanto se encontra na bola, balançar para a frente e para trás pode ser relaxante e permite o alongamento dos músculos e ligamentos que suportam o útero (Delgado et al., 2019). Foi realizada a instrução aquando da EEESMO e a Bárbara sentadas numa bola de parto para perceção de todas os aspetos acima descritos.

**Quadro 26** - Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Bárbara desconhecia estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto, pelo que lhe foram explicadas as várias disponibilizadas pelo serviço, tendo a mesma escolhido realizar exercícios na bola de parto e respiração. Após validação do conhecimento sobre as estratégias, foram-lhe então instruídas as estratégias não farmacológicas que escolheu.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Bárbara não realizou preparação para o parto e parentalidade durante a gravidez.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
<b>OBJETIVO:</b> Melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (21:00) Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto (21:10) Instruir e treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto	

(21:00) Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto: segundo Cardoso et al. (2023), a dor de trabalho de parto é uma experiência subjetiva e as estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto não têm a intenção de fazer a dor desaparecer. O objetivo ao ajudar a mulher a escolher as abordagens adequadas para si ajudam-na a lidar melhor com a dor de trabalho de parto e reduzindo assim, um fator causador de stresse. Atividade que concretiza a intervenção:

- Proporcionar experiência da estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto e reflexão sobre o seu efeito: foi apresentada a estratégia da respiração para a Bárbara pois foi esta a considerada mais adequada pela própria após explicação breve sobre os diversos métodos.

(21:10) Instruir e Treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto – Atividade que concretiza a intervenção:

- Demonstrar a técnica de respiração e treinando com a mesma, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si: a respiração é uma estratégia capaz

de abstrair a mulher e assim, diminuir a sua perceção cognitiva da dor, reduzindo a sua intensidade. Além disso, a concentração na respiração permite a abstração da dor, estimula a produção de endorfinas, a diminuição dos níveis de stress e a promoção do relaxamento. A redução do stress leva a maior produção de ocitocina natural, que promove o trabalho de parto (Cardoso et al., 2023).

- A grávida deve adotar uma posição confortável e, se necessário, para maior concentração, fechar os olhos. De seguida, realizar uma inspiração com a duração de três segundos, reter o ar nos pulmões cerca de três segundos, e expirar durante cerca de seis segundos.
- Demonstrar a técnica de relaxamento com a bola de parto e treinando com a mesma, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si: A bola de parto permite que a grávida tenha uma alternativa ao leito, adotando posições diferentes, e assim promova o relaxamento muscular nas zonas lombo-sagrada e pélvica. O movimento rítmico a que fica sujeita pelo balanço sobre a bola ajuda a reduzir a pressão sobre estas áreas, proporcionando alívio e, conseqüentemente, diminua a dor sentida (Delgado et al., 2019). Desta forma, foi escolhida uma bola de parto adequada para a altura da grávida e colocada a mesma junto a uma zona onde a Bárbara se possa apoiar e estar segura. Foi assegurado o bem-estar fetal através da avaliação do CTG captado nesta posição, com ajuste das sondas em caso de necessidade.
- Foi demonstrado à Bárbara os diversos movimentos em que pode realizar sobre a bola com efeito sobre a região lombo-sagrada e pélvica, como movimento para a frente e para trás, para os lados, movimentos circulares. Pode associar a estratégia da respiração durante o seu uso para promover maior relaxamento muscular. A Bárbara foi receptiva a estas estratégia e foi adotando durante o trabalho de parto como estratégia facilitadora da sua progressão e bem-estar próprio.

#### Quadro 27 - Parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
-------------------------	-------------------

<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<p>Pelas 00:35 horas, a Bárbara apresentava reflexo de <i>Fergusson</i> e, ao ser examinada, verificou-se que apresentava dilatação completa e apresentação fetal encontrava-se entre o II e o III plano de <i>Hodge</i>, cefálica, com variedade fetal occipito-anterior esquerda.</p> <p>Em relação ao CTG, apresentava uma linha basal de 145 bpm, com variabilidade entre os 5 e 25 bpm e sem desacelerações repetitivas. O padrão de contractilidade uterina era regular, com cinco contrações a cada dez minutos e com duração de cada contração de 35 segundos. A dor que a Bárbara apresentava neste momento estava localizada na zona lombo-sagrada, com pressão perineal associada e irradiação suprapúbicas, típica do segundo estadio de trabalho de parto.</p> <p>Iniciou esforços expulsivos espontâneos por esta hora, que tiveram uma duração de 29 minutos. Durante os esforços expulsivos, apresentava alterações da coloração aquando da aproximação do coroamento da cabeça do feto, como distensão da pele do períneo.</p> <p>Pelas 01:04 horas, nasceu o Leonardo, com 2900 gramas, 48 centímetros, perímetro cefálico de 35 centímetros e Apgar 9 no primeiro minuto, 10 no quinto minuto e 10 no décimo minuto.</p>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<p>A Bárbara encontra-se no primeiro dia de indução de trabalho de parto com Miso-prostol e, posteriormente, com Ocitocina às 39 semanas.</p>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover parto eutócico	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
(01:04) Assistir no parto	

(01:04) Assistir no parto – A assistência por EEESMO no parto vaginal foi associada a diversos benefícios para mães e recém-nascidos, desde a redução do uso de anestesia regional, promovendo uma maior mobilidade durante o trabalho de parto, a realização de episiotomias e de instrumentação de partos, promovendo um parto cujo foco é as vontades, crenças e valores da mulher, individualizando a sua experiência (Barradas et al, 2015).

- Assim, tal como no caso anterior, procedeu-se à explicação do que se iria suceder naquele momento e foi requisitado o consentimento à Bárbara para realização da técnica do parto, explicando as manobras e o seu objetivo, sem descurar o plano de parto ou vontades verbalizadas pela parturiente.
- Foi implementada a proteção do períneo com recurso à intervenção *Hands-On*. Uma vez que a Bárbara é primigesta, apresentava alterações da colora-

ção aquando da aproximação do coroamento da cabeça do feto, como distensão da pele do períneo, foi tomada a decisão de realizar esta intervenção para promover a integridade do períneo. Além disso, recorreu-se à aplicação de vaselina para hidratação do períneo e promoção da elasticidade da pele (Geranmaye et al, 2011; Vieira et al., 2018).

- O parto e nascimento decorreram sem qualquer complicação, tendo sido cumprido todo o procedimento tal como descrito, treinado e aprofundado durante as aulas teóricas (Cardoso et al., 2020).

## DOMÍNIO: NASCIMENTO

Quadro 28 - Nascimento do Leonardo

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Nascimento
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> Pelas 01:04 horas, nasceu o Leonardo, com 2900 gramas, 48 centímetros, perímetro cefálico de 35 centímetros e Apgar 9 no primeiro minuto, 10 no quinto minuto e 10 no décimo minuto.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Bárbara pretendia que fosse a sua mãe, avó do bebé e pessoa significativa, a cortar o cordão umbilical do bebé.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Nascimento
<b>OBJETIVO:</b> Promover adaptação favorável à vida extrauterina	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (01:05) Executar clampeamento do cordão umbilical (01:05) Executar técnica de pele com pele	

(01h05) Executar clampeamento do cordão umbilical – De acordo com as diretrizes das OMS (2018) e da ACOG (2020), foi realizado o clampeamento do cordão umbilical tardiamente, com a sua laqueação a ser feita pela pessoa significativa da Bárbara a pedido das duas um minuto após o nascimento.

(01h04) Executar técnica de pele com pele – A Bárbara demonstrou vontade de realizar contacto pele com pele com o Leonardo após a laqueação do cordão umbilical, pelo que foi procedimento ao mesmo. Esta intervenção é vantajosa pois promove a produção de ocitocina materna, importante para ajudar na contratilidade uterina e na dequitação, promovendo a saída da placenta e prevenindo hemorragia pós-parto (Karimi et al., 2019).

## DOMÍNIO: PARTO

Quadro 29 - Dequitação

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A dequitação deu-se pelas 01:10 horas, com mecanismo de saída de <i>Schultz</i> , tendo sido feita avaliação posterior para verificar se a placenta se encontrava completa e sem cotilédones aberrantes, que foi confirmado.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Bárbara encontra-se no primeiro dia de indução de trabalho de parto com Miso-prostol e, posteriormente, com Ocitocina às 39 semanas.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto/nascimento	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (01:10) Assistir na expulsão da placenta	

(01:10) Assistir na expulsão da placenta – Segundo a OMS (2014), a gestão ativa da dequitação é importante na prevenção de hemorragia pós-parto. Consiste na administração de uterotónicos, neste caso Ocitocina endovenosa, a tração controlada do cordão umbilical quando se verificam os sinais de que o descolamento da placenta já se deu, e a massagem ligeira do fundo uterino. Por este motivo, foi adotada a gestão ativa do terceiro estadio do trabalho de parto, para prevenir esta complicação, sempre em comunicação com a Bárbara e explicando o que foi acontecendo durante esta fase, realizando a tração controlada do cordão umbilical concomitante com a massagem ligeira no fundo uterino por períodos para ajudar ao descolamento da placenta, tal como realizado no caso anterior. Após a saída da placenta, foi verificado o globo de segurança de *Pinard* e verificada a integridade da placenta.

Este caso clínico permitiu dotar de conhecimento e capacidade para lidar com o trabalho de parto uma primigesta que não tinha realizado preparação para o parto

e parentalidade, mobilizando o conhecimento adquirido e *skills* de comunicação clínica para que essa transmissão fosse eficaz, promovendo uma experiência de parto positiva, sem nunca esquecer as vontades e medos da Bárbara.

### 3.5. A DETERMINAÇÃO DA PARTURIENTE NO MOMENTO DO NASCIMENTO DO SEU FILHO

**Caso Clínico:** Joana, 30 anos, IG0P, 38 semanas e 1 dia, A Rh positivo, internada no Bloco de Partos, encontra-se no segundo dia de Indução de Trabalho de Parto.

A Joana exerce a profissão de tradutora por conta própria. Vive em união de facto com Francisco, de 34 anos, empresário, há cerca de sete anos, e é a sua pessoa significativa durante a totalidade do internamento.

A gravidez foi planeada e desejada por ambos. A assistência pré-natal foi na unidade local de saúde e em médico privado, e integrou o programa de preparação para o parto e parentalidade. Segundo a mesma, a gravidez *“foi calma, muito feliz, no início com algumas tonturas, náuseas e vômitos no primeiro trimestre, tendo feito o Nausefe, que aliviou a sua sintomatologia, e tive azia, cansaço e dores nas costas no terceiro trimestre, e também o internamento que foi complicado, mas logo entendi o motivo e percebi ser o melhor para as duas.”* (sic). A Joana confidenciou que tentavam ser pais há já alguns anos e ser mãe foi algo que sempre quis ser.

A Joana foi diagnosticada com Colestase Intra-hepática Gravídica às 34 semanas, com necessidade de internamento para controlo das transaminases. De fatores de risco, apresentava o uso contínuo e prolongado de anti contraceptivo oral, pois era o seu método há mais de 10 anos (Blumenfeld & Koo, 2022). Apresentava prurido generalizado, de predomínio noturno (sobretudo abdómen, tórax, planta dos pés e dorso) com início há cerca de quatro dias. Foi medicada com hidroxizina e ácido ursodesoxicólico, que surtiu efeito na totalidade. Ao fim de cinco dias, assintomática e com melhoria franca dos valores das transaminases, teve alta. A Joana ficou referenciada para indução de trabalho de parto às 38 semanas após discussão entre a equipa médica e a grávida devido aos possíveis riscos inerentes à patologia. Por este motivo a gravidez de Joana foi classificada como gravidez de alto-risco, de acordo com Montenegro et al. (2014).

A Colestase Intra-Hepática Gravídica é uma patologia que se caracteriza por um prurido persistente de início a nível palmar e que progride para o restante corpo, associado a alterações das enzimas hepáticas e/ou dos ácidos biliares, e que, por norma, a recuperação do quadro clínico dá-se nos primeiros 10 dias após o parto. Com fatores de risco, estão relatados a idade materna superior a 35 anos, histórico da doença em gravidez anterior, familiares diretos com histórico de Colestase Intra-Hepática Gravídica, patologia hepática pré-existente, gestação múltipla e a variação sazonal (o inverno). Ainda se encontra relatado na literatura que os contraceptivos orais podem aumentar o risco de Colestase Intra-Hepática Gravídica (Blumenfeld & Koo, 2022; Hague et al., 2023).

A Colestase Intra-Hepática Gravídica não tem cura, no entanto é possível durante a gravidez tratar os seus sintomas. Assume particular relevância clínica devido ao risco de parto pré-termo, morte fetal, líquido amniótico meconial, estados fetais não tranquilizadores e hemorragia pós-parto, ainda que esta associação não seja inequívoca, no entanto, os casos estudados ao longo dos anos, revelaram este risco. Além destes riscos, também tem associado perturbações do sono associadas ao prurido materno (Blumenfeld & Koo, 2022; Hague et al., 2023; Zehner et al., 2023).

A Joana realizou consulta de plano de parto pelas 34 semanas, tendo esclarecido todas as dúvidas sobre os diferentes aspetos lá integrados. Então, para o seu parto a Joana planeou adotar estratégias facilitadoras do parto vaginal e de início espontâneo, que não se sucedeu devido à necessidade de indução por questões clínicas; acompanhada pelo Francisco durante todo o internamento, inclusive em caso de cesariana; participar ativamente nas decisões sobre o seu parto, obtendo por parte dos profissionais de saúde o consentimento livre e informado. Neste plano, durante o trabalho de parto, explicitava a vontade de: não administração de clister para limpeza cólica ou realização de tricotomia; a liberdade de movimentos; o uso de roupa pessoal; o uso da bola de parto; a ingestão de alimentos leves e de água; o toque vaginal apenas quando necessário; a administração de ocitocina e realização de amniotomia se clinicamente indicado e pretendia analgesia epidural. Em relação ao nascimento, demonstrou vontade de que o cordão fosse laqueado tardiamente, que

fosse o Francisco a laquear o cordão umbilical, que fizesse logo após o nascimento o contacto pele com pele, e que amamentasse na primeira hora de vida.

A Joana deu entrada no internamento de grávidas às 38 semanas para indução de trabalho de parto, que teve a duração de dois dias, e o nascimento da Alexandra aconteceu no início da manhã do terceiro dia de indução. Foi um trabalho de parto, parto e pós-parto imediato que não apresentaram intercorrências.

Por apresentar *Streptococcus B* positivo, realizou Penicilina endovenosa no total durante o internamento como antibioterapia profilática para o efeito, tendo ficado com dois cateteres venosos periféricos, um de 18G no antebraço direito, para administração de antibioterapia, e um de 20G no antebraço esquerdo, para realização de soroterapia. Apresentava alergia grave ao latex, pelo que foram substituídos na sala de parto todos os materiais que continham esta substância.

**Tempo de Acompanhamento:** Totalidade do Turno (20h-08h)

#### **JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO:**

A seleção deste caso clínico permitiu, à semelhança dos restantes casos clínicos, o desenvolvimento de competências no âmbito de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tal como descritas no Regulamento nº 391/2019 e, para além disso, fornecer cuidados à parturiente que apresente uma patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto, que foi o caso da Joana com a patologia de Colestase Intra-Hepática Grávida, que implica monitorização e vigilâncias mais frequentes, devido ao risco de morte fetal associado à patologia.

Este caso clínico permitiu também um desenvolvimento de competências no âmbito da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, desde promover a saúde da puérpera e do recém-nascido, diagnosticar e prevenir complicações para a saúde dos dois, e providenciar os cuidados necessários, seja qual for a situação de saúde que apresentem, que foi realizado no pós-parto imediato da Joana.

De forma particular, a forma como foi estabelecida a excelente relação terapêutica com a Joana e o Francisco, permitiu personalizar os cuidados especializados em ESMO para potenciar uma experiência positiva para o casal, indo ao encontro das suas necessidades, receios e vontades para o momento que se aproxima, ou seja, o parto. Ambos relataram confiança plena na equipa presente na sala de partos, evidenciando-se a felicidade nas suas caras aquando do nascimento da sua filha e, posteriormente, a transferência para o puerpério. Além disto, a particularidade da alegria contagiante, a boa disposição da Joana e as suas características pessoais tornaram cativante o caso clínico acima descrito.

De seguida, encontram-se descritos, entre os quadros 30 e 35, os diversos focos de atenção da conceção de cuidados do EEESMO organizados por quadros com respetiva descrição.

**DOMÍNIO: PARTO**

**Quadro 30 - Dor de trabalho de parto**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<p>A Joana, durante o primeiro dia de indução de trabalho de parto, fez gestão da dor sentida através de estratégias não farmacológicas, como a bola de parto, a hidroterapia, a meditação, a respiração e as vocalizações.</p> <p>No segundo dia de indução, pelas 21 horas, por aumento da intensidade da dor sentida, verbalizou que queria iniciar analgesia epidural através da introdução de cateter epidural.</p> <p>À observação, apresentava fácies de dor, queixas de dor na zona lombar com irradiação abdominal, adotou posição antiálgica no leito e segundo a parturiente, com dor 8 segundo a escala numérica da dor. A gestão de analgesia foi controlada através da administração por bólus da medicação prescrita.</p>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<p>A Joana, 30 anos, IG0P, 38 semanas e 1 dia, A Rh positivo, deu entrada no Bloco de Partos pelas 8 horas da manhã e encontra-se no segundo dia de Indução de Trabalho de Parto.</p>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Dor de trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Controlar dor de trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
<p>(21:00) Assistir no posicionamento</p> <p>(SOS) Gerir analgesia;</p> <p>(contínuo) Vigiar efeitos secundários da analgesia epidural</p>	

(21:00) Assistir no posicionamento – Esta intervenção, ainda que envolva competências que podem ser atribuídas a um enfermeiro de cuidados geral, está descrito na literatura que o envolvimento de um EEESMO, principalmente aquele responsável pelos cuidados à mulher, na colocação de cateter epidural e posteriores cuidados estão associados a uma maior satisfação da mulher durante o internamento no Bloco de Partos (Su et al., 2023). Pelo que foi preparada a sala de partos para a realização do procedimento e assistida a grávida a ficar em posição sentada, com as pernas estendidas. No final, foi realizado penso compressivo no local de inserção do cateter epidural e fixado o mesmo, bem como monitorizados os sinais vitais: avaliação da tensão arterial de cinco em cinco minutos nos primeiros minutos após injeção epidural; se hemodinamicamente estável, nova medição aos 30 minutos; se mantiver valor de tensão arterial, avaliar conforme administração por via epidural.

(SOS) Gerir analgesia: Foi administrada 10 mililitros de Ropivacaína a 2% por via epidural sempre que a Joana requisitava, sem que fosse ultrapassado o intervalo mínimo entre administrações e segundo prescrição médica.

(contínuo) Vigiar efeitos secundários da analgesia epidural – A Joana apresentou náuseas pelas 02:30 horas, pelo que ainda foram administrados quatro miligramas de *Ondasetrom* endovenoso por indicação médica, que surtiu efeito. Não foram registados outros efeitos adversos (Kuthiala & Chaudhary, 2011).

Segundo Graça (2017), ainda existem outros efeitos secundários decorrentes da analgesia epidural, como a hipotensão arterial, os tremores, o prurido, aumento da temperatura dos membros inferiores e retenção urinária, que não se verificaram. Foram então realizadas as seguintes vigilâncias: Monitorização da tensão arterial, vigilância dos sinais de retenção urinária e dos sinais e sintomas de complicações da analgesia epidural.

**Quadro 31** - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<p>A Joana, após ser verificada que apresentava sensibilidade nos membros inferiores, pelo exame de sensibilidade tátil, demonstrou vontade de adotar posições verticalizadas pois referiu maior conforto nestas, bem como necessidade de “<i>aliviar as costas</i>” (sic).</p> <p>Foi assistida a realizar levante e quis ficar em pé, a caminhar pelo quarto. Queria realizar exercícios de mobilidade da pelve, mas não apresentava uma posição adequada aquando da realização dos mesmos, pelo que requisitou ajuda para validação da correta realização dos exercícios.</p> <p>Apresenta uma postura reveladora de interesse em saber mais sobre o assunto e envolve-se na prática.</p>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<p>A Joana, 30 anos, IGOP, 38 semanas e 1 dia, A Rh positivo, deu entrada no Bloco de Partos pelas 8 horas da manhã e encontra-se no segundo dia de Indução de Trabalho de Parto.</p>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
<p>(22:00) Instruir sobre posições corporais facilitadoras do trabalho de parto;</p> <p>(22:10) Treinar posições corporais facilitadoras do trabalho de parto;</p>	

(22:20) Instruir sobre exercícios da mobilidade da pelve;  
(22:30) Treinar exercícios da mobilidade da pelve.

(22:00) Instruir sobre posições corporais facilitadoras do trabalho de parto: Promover a escolha da posição em que se sente mais confortável contribui para uma experiência de parto globalmente mais satisfatória. Nos últimos anos, segundo a evidência científica, tem se verificado que as posições verticalizadas oferecem um número significativo de vantagens. Numa revisão sistemática da Cochrane realizada por Kibuka et al. (2021), concluiu-se que estas diminuem o tempo de duração do trabalho de parto, a taxa de partos instrumentados e a taxa de episiotomias. Atividade que concretiza a intervenção:

- Demonstrar exercícios promotores da evolução do trabalho de parto: demonstrar junto da grávida e pessoa significativa posições facilitadoras da progressão de trabalho de parto, nomeadamente as posições verticais, que facilitam o posicionamento do feto, ficando mais favorável para o parto e o alinhamento corporal. Estas compreendem manter a posição vertical, o uso da bola de parto, realizar assimetrias dos membros inferiores em posição verticalizada e associar a respiração diafragmática e o relaxamento para ajudar a relaxar os músculos do pavimento pélvico.

(22:10) Treinar posições corporais facilitadoras do trabalho de parto: O encorajamento das parturientes a adotar um movimento pélvico em posições verticais por parte dos EEESMO promove a fisiologia do parto, a descida da apresentação, a expansão dos diâmetros fetais, promove a mobilidade do sacro e aumenta a eficácia das contrações uterinas, bem como promove a autonomia na mulher (Costa et al., 2023). Atividade que concretiza a intervenção:

- Permitir a grávida treinar as posições anteriormente instruídas de forma a escolher quais aquelas que contribuem para um maior conforto e bem-estar, assim como permitem uma perceção da progressão de trabalho de parto na grávida.

(22:20) Instruir sobre exercícios da mobilidade da pelve – O uso de movimentos pélvicos, principalmente quando recorrido a uma bola de parto, reduz a duração do primeiro e segundo estádios de trabalho de parto, além de que diminui a intensidade da dor, a ansiedade e a fadiga, bem como o risco de cesariana e edema vulvar. Isto contribui igualmente para uma maior satisfação na mulher (Delgado et al., 2024). Atividade que concretiza a intervenção:

- Demonstrar exercícios promotores da mobilidade da pelve, através de movimentos rítmico, que constituem estratégias que combinam o movimento pélvico com as posições verticais. A parturiente pode recorrer aos exercícios basculantes, colocando as mãos sobre as proeminências ósseas da cintura e movimentar a pelve para a frente e para trás, para a esquerda e para a direita. Pode também reproduzir o infinito com a bacia e fazer movimentos laterais e circulares. Estes movimentos devem ser realizados em pé ou na bola de parto e com ajuda da pessoa significativa.

(22:30) Treinar exercícios da mobilidade da pelve – Atividade que concretiza a intervenção:

- Permitir a grávida treinar as posições anteriormente instruídas de forma a escolher quais aquelas que permitem maior conforto e bem-estar e permitem uma maior perceção da progressão de trabalho de parto na grávida.

## Quadro 32 - Trabalho de Parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<p>Às 05:50 horas, a Joana apresentava reflexo de <i>Fergusson</i> e, ao ser examinada, verificou-se que apresentava dilatação completa e apresentação fetal encontrava-se no II plano de <i>Hodge</i>, cefálica e variedade occipito-esquerda transversa.</p> <p>O CTG apresentava linha basal de 130 bpm, com variabilidade entre os 5 e 25 bpm, com padrão de contratilidade rítmico, normal e com quatro contrações uterinas em dez minutos, com cada contração de duração de 40 segundos.</p> <p>Às 06:20 horas, com aumento da intensidade da vontade de puxar, apresentação fetal já no III plano de <i>Hodge</i> e em occipito-púbica, iniciou esforços expulsivos. Nesta altura, o CTG apresentava uma linha basal de 140 bpm, com variabilidade entre os 5 e 25 bpm e sem desacelerações repetitivas. O padrão de contractilidade uterina era regular, com cinco contrações a cada dez minutos e com duração de cada contração de 40 segundos.</p> <p>A dor que a Joana apresentava neste momento estava localizada na zona lombosagrada, com pressão perineal associada, típica do segundo estadio de trabalho de parto.</p> <p>A Joana é primigesta, apresenta alterações da coloração aquando da aproximação do coroamento da cabeça do feto, como distensão da pele do períneo. Aplicadas medidas de proteção do períneo, que foram a massagem perineal entre contrações e a aplicação de calor perineal.</p>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<p>A Joana encontra-se no segundo dia de indução de trabalho de parto com Misoprostol às 38 semanas.</p> <p>A parturiente referiu ter realizado massagem perineal na preparação para o parto uma vez por dia desde as 35 semanas, tendo recorrido a profissionais de saúde (EEESMO e Fisioterapeuta especializada na área de Fisioterapia Pélvica). <i>“O meu marido aprendeu com as profissionais e em casa era ele que me fazia. Fizemos uma vez por dia durante as três semanas em que pude fazer. Era um pouco desconfortável no início, mas depois passava.”</i> (Sic).</p>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover parto eutócico	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
(06:59) Assistir no parto	

(06:59) Assistir no parto – O parto vaginal assistido por EEESMO resulta na redução do uso de anestesia regional, promove uma maior mobilidade durante o trabalho de parto, diminui a realização de episiotomias e de instrumentação de partos, e promove um parto mais humanizado e cujo foco é a mulher e as suas vontades, crenças e valores, individualizando a sua experiência (Barradas et al, 2015).

- Em primeiro lugar, foi explicado o procedimento assistir o parto, e após, pedido o consentimento à Joana, que o concedeu. Foi sempre tido em conta o plano de parto ou as vontades verbalizadas pela mesma.
- De seguida, foi assistida ao posicionamento que a Joana escolheu para o momento do período expulsivo.
- Após, foi avaliado o períneo da Joana e implementadas medidas de proteção do períneo: a aplicação de calor perineal para relaxamento da musculatura e permitindo uma passagem do bebé menos traumática para as estruturas (Rodrigues et al., 2023), e a realização de massagem perineal no segundo estadio de trabalho de parto, ambas para promoção de integridade perineal (Aasheim et al., 2017).
- Após, foi assistida ao parto, onde a Joana realizou “puxos” espontâneos, foram cumpridos os tempos da Joana e da bebé sempre, e foi sempre verificado o bem-estar materno e fetal durante todo o procedimento.
- O parto decorreu sem intercorrências, com períneo integro.

**DOMÍNIO: NASCIMENTO****Quadro 33** - Nascimento da Alexandra

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Nascimento
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> Pelos 06:59 horas, com idade gestacional de 38 semanas e 2 dias, nasceu a Alexandra, com 2940 gramas, 48 centímetros, perímetro cefálico de 34 centímetros e Apgar 9 no primeiro minuto, 10 no quinto minuto e 10 no décimo minuto. Após o nascimento, a Alexandra realizou contacto pele com pele com a Joana e o cordão umbilical foi cordado pelo Francisco um minuto após o nascimento, tendo sido cumpridas as vontades expressas no plano de parto. A Alexandra apresentava boa vitalidade, choro forte, cor de pele rosada, sem malformações visíveis e sem dificuldade respiratória.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Joana demonstrou vontade de que o cordão fosse laqueado tardiamente, que fosse o Francisco a laquear o cordão umbilical e que fizesse contacto pele com pele logo após o nascimento.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Nascimento
<b>OBJETIVO:</b> Promover adaptação à vida extrauterina	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (07:00) Executar clampeamento do cordão umbilical (07:00) Executar técnica de pele com pele	

(07:00) Executar clampeamento do cordão umbilical – No plano de parto da Joana, esta referia que pretendia a laqueação tardia do cordão umbilical que, segundo a ACOG (2020), é uma medida que pode ser implementada se o bebé se encontrar bem pois aumenta os valores de hemoglobina e conseqüentemente, os valores de ferro sistémicos ao nascimento, que se traduz em efeitos benéficos em termos desenvolvimentais. Uma vez que a Alexandra se encontrava bem, foi possível realizar.

- Procedeu-se à laqueação do cordão umbilical depois de parar de pulsar, que foram cerca de dois minutos, sempre validando o bem-estar materno e fetal e vigiando sinais de complicações. O cordão umbilical foi clampado cerca de três a quatro centímetros acima do anel umbilical com recurso a um clampe de cordão umbilical e uma pinça de *Kocker* e o Francisco demonstrou vontade de realizar o corte do cordão umbilical, pelo que foi instruído a fazê-lo entre o clampe e a pinça.

(07:00) Executar técnica de pele com pele – Também era vontade da Joana realizar contacto pele com pele após o nascimento. Segundo Karimi et al. (2019), o contacto pele com pele após o nascimento promove a produção de ocitocina materna, que mantém a contratilidade uterina, fundamental para a dequitação e involução uterina, prevenindo a hemorragia pós-parto, fundamental em parturientes com colestase intra-hepática, que apresentam maior risco de tal ocorrência (Blumenfeld & Koo, 2022). O contacto pele com pele também é benéfico na regulação da temperatura corporal do recém-nascido, diminuindo os seus níveis de stress e uma maior adaptação na amamentação, aumentando o vínculo mãe-filho (Campos et al. 2020).

- A Alexandra foi colocada, após o nascimento, em decúbito ventral com a face virada para a Joana sobre o tórax da mãe, ficando coberta com um lençol aquecido

**Quadro 34 - Dequitação**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A dequitação deu-se pelas 07:06 horas, com mecanismo de saída de <i>Duncan</i> , tendo sido feita avaliação posterior para verificar se a placenta se encontrava completa, assegurando que não ficou retido algum fragmento de placenta ou parte de cotilédone.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Joana, 30 anos, IGOP, 38 semanas e 1 dia, A Rh positivo, deu entrada no Bloco de Partos pelas 8 horas da manhã e encontra-se no segundo dia de indução de trabalho de parto.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto/nascimento	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (07:06) Assistir na expulsão da placenta	

(07:06) Assistir na expulsão da placenta – Em casos de grávidas com colestase intra-hepática gravídica, deve ser adotada uma gestão ativa do terceiro estadio de trabalho de parto, correspondente à dequitação, pelo risco de hemorragia pós-parto (Hague et al., 2023).

- Foi adotada uma gestão ativa do terceiro estadió de trabalho de parto por forma a prevenir esta complicação, informando sempre a Joana do que está a acontecer: a dequitação que corresponde à saída da placenta e que poderá sentir ainda contrações.
- Foi ajustado o seu posicionamento por forma a poder avaliar o seu estado geral. Foi primeiro verificado se o útero se encontrava bem contraído ao palpar o fundo uterino e observados os sinais de descolamento de placenta (mudança de forma do útero de discóide para ovóide, a perda sanguínea escurecida através do introito vaginal e o alongamento do cordão umbilical, indicador da proximidade da placenta ao introito vaginal).
- Depois, foi realizada a manobra de *Kustner* para validar se já teria ocorrido o descolamento da placenta. Como não foi verificado, foi massajado delicadamente o fundo uterino para assistir à saída da placenta e pedido à Joana que puxasse para ajudar a essa saída.
- Aquando do início da exteriorização da placenta, foi realizada a manobra de *Dublin*, usado o peso da placenta e a força da gravidade para diminuir a pressão sobre as membranas, prevenindo a retenção de fragmentos placentários.
- Foi verificado o globo de segurança de *Pinard* e a perda sanguínea, que se encontrava moderada, espectável para o período de pós-parto imediato. Além disso, verificou-se a saída de coágulos, pelo que a Joana foi avaliada para validar a ausência de coágulos, fundamental para promover a involução uterina (OMS, 2012)
- Verificou-se que o mecanismo de saída da placenta foi de *Duncan*, pelo que a placenta foi cuidadosamente verificada para validar a sua integridade. Este mecanismo apresenta maior risco de hemorragia pós-parto, pelo que foram avaliadas as perdas sanguíneas a cada 15 minutos e os sinais vitais para deteção precoce desta complicação (OMS, 2012).

**DOMÍNIO: AMAMENTAÇÃO****Quadro 35 - Amamentação**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Amamentação
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Joana colocou em prática os conhecimentos adquiridos durante as sessões de preparação para o parto, colocando a Alexandra à mama. Considerou que a posição deitada seria uma boa opção para este momento. À observação da mamada, aplica corretamente a posição deitada, tendo necessitado de ajustes no posicionamento da mama com o bebé, e correções da mão que aborda a mama. Além disso, verificou-se que a Joana oferece a mama sempre que a Alexandra suga os dedos ou realiza o reflexo de procura, movimentando a cabeça em sinal de procura ou se encontra a chorar. Termina a mamada quando ela larga a mama e refere já terem passado mais de 20 minutos.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Joana pretendia amamentar, principalmente na primeira hora de vida da Alexandra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar a capacidade para amamentar
<b>OBJETIVO:</b> Promover a capacidade para amamentar	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (07:20) Assistir a amamentar (próximo contacto) Avaliar a evolução da capacidade para amamentar	

(07:20) Assistir a amamentar – Segundo a OMS (2023), a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido, chamada a “*Golden Hour*”, assegura o consumo do colostro, rico em anticorpos, considerado protetor para a saúde do recém-nascido. A evidência científica indica também que o contacto pele com pele logo após o nascimento promove uma amamentação facilitadora e mais duradoura. A OMS recomenda que seja adotada a prática e que as puérperas devem, desde o início, serem acompanhadas por um EEESMO para que sejam capacitadas para uma boa prática da amamentação, colmatem as suas dificuldades e assim promovam uma ação tão benéfica para o seu bebé como também benéfica para si própria. Atividade que concretiza a Intervenção:

- Ajudar a puérpera na técnica da amamentação: Com recurso à posição deitada, que considerou mais confortável no momento, ajudar a Joana a realizar os ajustes necessários à técnica por forma a que a mamada seja eficaz. Demonstrar que deve adotar sempre a posição em C da mão, que o bebé

esteja ligeiramente abaixo da mama e que apresente o lábio inferior invertido com bochecha redonda e a abocanhar o mamilo e aréola inferior para permitir que o bebé esteja adequadamente ajustado à mama.

O caso clínico relatado permitiu o amadurecimento de competências ao nível da técnica do parto, da condução do trabalho de parto tendo por base o plano de cuidados da Joana, uma grávida com patologia presente, levando à mobilização de conhecimento e desenvolvimento de juízo clínico com o intuito de prevenir complicações que pudessem surgir devido à sua existência.

### 3.6. MACROSSOMIA FETAL: RELATO DE CASO DE UM PARTO EUTÓCICO BEM-SUCEDIDO

**Caso Clínico:** Isabel, 24 anos, IIIGIP, com parto eutócico há três anos, 41 semanas e 1 dia, A Rh positivo, encontra-se internada no Bloco de Partos no segundo dia de indução de trabalho de parto.

A Isabel exerce a profissão de empregada de mesa. Vive em união de facto com Geovanny, de 25 anos, empregado de mesa também, há cerca de cinco anos, e é a sua pessoa significativa durante a totalidade do internamento.

A gravidez foi planeada e desejada por ambos. A assistência pré-natal foi no centro de saúde e integrou o programa de preparação para o parto e parentalidade. A Isabel apresentou um plano de parto escrito à admissão no bloco de parto.

Para o seu parto, a Isabel pretende adotar estratégias facilitadoras do parto vaginal e de início espontâneo (que acabou por não se suceder devido à necessidade de indução por questões clínicas); acompanhada pelo Geovanny durante todo o internamento, inclusive em caso de cesariana; participar ativamente nas decisões sobre o seu parto, obtendo por parte dos profissionais de saúde o consentimento livre e informado.

Durante o trabalho de parto, a Isabel descreveu, no seu plano de parto, a vontade de: não administração de clister para limpeza cólica ou realização de tricotomia; a liberdade de movimentos; o uso de roupa pessoal; o uso da bola de parto; a ingestão de alimentos leves e de água; o toque vaginal apenas quando necessário; a administração de ocitocina e realização de amniotomia se clinicamente indicado, e analgesia epidural apenas quando solicitada pela própria. Em relação ao nascimento, demonstrou vontade de que o cordão fosse laqueado tardiamente, que fosse o Geovanny a laquear o cordão umbilical, que fizesse logo após o nascimento o contacto pele com pele, e que amamentasse na primeira hora de vida.

À entrada na admissão, verificou-se o colo do útero posterior e amolecido, colo inteiro e dois centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e no I plano

de *Hodge*, com bolsa amniótica íntegra. Na avaliação do CTG, verificada contratilidade uterina regular de baixa intensidade em 30 minutos de monitorização, com linha basal entre os 130-160 bpm, variabilidade entre os 5-25 bpm e sem desacelerações repetitivas. Devido à idade gestacional, iniciou indução de trabalho de parto por indicação médica, uma vez que, segundo a OMS (2022), está recomendada a indução de trabalho de parto em grávidas de baixo risco cuja idade gestacional atingiu as 41 ou mais semanas, devido ao risco aumentado de morbidade e mortalidade materna e fetal. Foram administrados 50 microgramas de Misoprostol por via vaginal, sendo que no primeiro dia de indução realizou três tomas com intervalo de tempo de seis horas, tendo sido reavaliada previamente e segundo protocolo da instituição, tendo ficado no internamento de grávidas por ausência de trabalho de parto.

No segundo dia de indução foi transferida para o Bloco de Partos pelas nove horas da manhã, para iniciar indução com perfusão de Ocitocina a 15mililitros/hora segundo protocolo da instituição. Pelas 11:15 horas apresentou rotura da bolsa amniótica, com líquido de cor normal, quantidade moderada e odor *sui generis*. Pelas 12:30 horas, requisitou colocação de cateter epidural, o qual foi colocado pelas 13 horas. Às 19 horas, apresentava dilatação completa, mas com apresentação fetal entre o I e II planos de *Hodge*.

Após mais de 2:30 horas no segundo estadio de trabalho de parto, recorrendo a todas as posições para beneficiar a rotação da apresentação fetal para uma favorável para o parto, pelas 21:40 horas, a Isabel referiu sentir muita pressão na zona perineal e vaginal, pelo que aquando avaliação, foi verificada apresentação fetal entre o III e o IV plano de *Hodge*, variedade occipito-pubica. Pelas 21:50 horas, nasceu o Gustavo e dado os parâmetros do bebé, foi considerado macrossómico, pelo que, por indicação da pediatra, foi realizada vigilância da glicemia 30 minutos após a mamada, que sempre se apresentou dentro dos parâmetros normais. A dequitação ocorreu pelas 22 horas, do parto resultou uma laceração perineal de segundo grau e uma laceração vaginal baixa, ambas corrigidas. Apresenta perda sanguínea escassa com lóquios hemáticos, e bom estado geral, com desconforto ligeiro na zona perineal que referiu não necessitar de medicação em SOS para a

dor. Amamentou o Gustavo na primeira hora de vida, sem necessidade de assistência na amamentação.

**Tempo de Acompanhamento:** Totalidade do Turno (20h-08h)

### **JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO:**

A seleção deste caso clínico, para além do desenvolvimento de competências, tal como descritas no Regulamento nº 391/2019, associadas aos cuidados à “(...) mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”, e do desenvolvimento de competências no âmbito da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, para promover a saúde da puérpera e do recém-nascido, diagnosticar e prevenir complicações para a saúde dos dois, e providenciar os cuidados necessários, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas de ESMO.

Mais concretamente, foi um desafio no que concerne a avaliar a “...integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação. “, devido à complexa laceração perineal que apresentou, e no avaliar e determinar “...a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto” devido à macrossomia fetal, sendo este caso uma oportunidade de desenvolver competências e adequar a prática a situações cuja apresentação fetal não é facilitadora do trabalho de parto, estimulando o conceber, planear, implementar e avaliar “...intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.”

De forma particular, o acompanhamento durante o trabalho de parto e parto permitiu um estreitamento da relação terapêutica com a Isabel e o Geovanny, indo ao encontro das suas vontades, necessidades e crenças, personalizar os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para potenciar uma experiência positiva para o casal.

De seguida, encontram-se presentes os quadros 36 a 41, que contemplam os focos de atenção do EEESMO desenvolvidos durante o contacto realizado com a Isabel.

**DOMÍNIO: PARTO****Quadro 36 - Dor de trabalho de parto**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A Isabel demonstrou vontade de colocar cateter epidural, que foi colocado pelas 13 horas, com alívio total das suas queixas. No turno, pelas 20:30 horas, voltou a requisitar analgesia epidural. À observação, apresentava fácies de dor, e segundo a parturiente, com dor seis segundo a escala numérica da dor.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Isabel, de 24 anos, II GIP (eutócico há três anos), 41 semanas e 1 dia, A Rh positivo, encontra-se internada no Bloco de Partos no segundo dia de indução de trabalho de parto. À entrada, com colo do útero amolecido, com 50% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> , com bolsa amniótica íntegra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Dor de trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Controlar dor de trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (20:30) Gerir analgesia; (contínuo) Vigiar efeitos secundários da analgesia epidural	

(20:30) Gerir analgesia: A intervenção foi realizada pelas 20:30 horas a pedido da Isabel, por queixas de dor lombar com irradiação abdominal. Assim, por apresentar cateter epidural, foram administrados 10 mililitros de Ropivacaína a 2% por via epidural, tendo sido ainda necessário administrar mais dois mililitros devido à dose ser insuficiente, por indicação do anestesista de urgência. Esta intervenção foi também realizada às 21:30 horas.

(contínuo) Vigiar efeitos secundários da analgesia epidural – Segundo Graça (2017), os efeitos secundários da administração de analgesia epidural são a hipotensão arterial, tremores, prurido, aumento da temperatura dos membros inferiores, náuseas, vômitos, retenção urinária, complicações hemorrágicas como hematoma epidural e complicações neurológicas, pelo que deve ser realizada a vigilância destes parâmetros para prevenção de complicações. Para isso, foram monitorizados a tensão arterial e frequência cardíaca, os sinais de retenção urinária e os sinais e sintomas de complicações de analgesia epidural acima referidos.

**Quadro 37** - Trabalho de parto

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> Pelas 19 horas, a Isabel encontrava-se com dilatação completa, apresentação fetal entre o I e II planos de <i>Hodge</i> , mantinha variedade occipito-direita transversa e as-sinclitismo anterior. Não apresentava vontade de puxar, pelo que foi incentivada a adotar posições verticalizadas e realização de assimetrias.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Isabel, de 24 anos, IIIGIP (eutócico há três anos), 41 semanas e 1 dia, A Rh positivo, encontra-se internada no Bloco de Partos no segundo dia de indução de trabalho de parto. À entrada, com colo do útero amolecido, com 50% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> .	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
<b>OBJETIVO:</b> Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras de trabalho de parto	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (19:00) Instruir e treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto (19:15) Instruir e treinar exercícios de mobilidade da bacia (19:30) Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	

(19:00) Instruir e treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto: O movimento, a verticalidade e as mudanças de posição tem demonstrado melhores resultados quando comparado com a adoção de posição supina. Além disso, melhoraram a estática fetal, principalmente em variedades que não são favoráveis a des-cida do feto pelo canal de parto. Para isto, a mulher pode ser incentivada a adotar posições verticais para promover a progressão do trabalho de parto e o nascimento do bebé, e de seguida encontram-se as estratégias demonstradas (Lowdermilk & Perry, 2009; Berta et al., 2019; Costa et al., 2023).

- Demonstrar como realizar os exercícios promotores da evolução do trabalho de parto, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: Alguns exercícios facilitam o posicionamento do feto mais favorável para o parto e o alinhamento corporal. Assim, movimentos assimétricos dos membros inferiores com recurso a uma bola de parto, uma cadeira ou

um estrado são formas de as desenvolver. Se utilizar a bola de parto, recorrer a alternância da flexão de um membro inferior e extensão do outro promove a assimetria, sendo facilitador da passagem do feto pela escavação pélvica. A posição “de gatas”, com apoio na bola de parto, por exemplo, promove a rotação fetal em variedades fetais posteriores. Esta posição consiste em apoiar os pés no chão e alternar flexão e extensão dos membros interiores, promovendo assimetrias, com o movimento da gravidade a levar o feto em direção ao púbis. (Costa et al., 2023; Cardoso, Bulcão, Koch e Soares, 2020). A Isabel aderiu a estas estratégias, tendo experimentado todas por forma a perceber quais as que adequaram mais a si. A bola de parto foi a que usou com mais frequência, pois alternou entre estratégias.

(19:15) Instruir e treinar exercícios de mobilidade da bacia: Os movimentos da bacia promovem uma dinâmica das estruturas pélvicas, promovendo a ampliação dos espaços, nomeadamente o estreito médio da bacia, e que as espinhas isquiáticas se separem. Para isto, devem ser adotados posicionamentos que permitam essa mobilidade. O propósito desta intervenção é promover a experiência pela mulher do efeito da mobilidade da pelve, nomeadamente a mobilidade dos ossos da bacia e a sua relação com facilitar/dificultar a descida fetal (Cardoso et al., 2023).

- Demonstrar exercícios promotores da mobilidade da pelve, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: no repouso deve ser evitado decúbito dorsal, dando preferência a posições laterais e quatro apoios. Alternar rotação externa e interna do fémur e assimetrias dos membros inferiores para mover as espinhas isquiáticas com recurso a almofadas e movimentação no leito dos membros inferiores. Se optar por estar em movimento com a pelve livre, alternar a rotação externa e interna do fémur através de movimentos basculantes (para a frente e para trás, para os lados, com o movimento do infinito ou movimentos circulares da bacia) e fazer assimetrias dos membros inferiores para mover as espinhas isquiáticas.

(19h30) Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: As intervenções acima realizadas pela Isabel permitiram a descida da apresentação fetal, ainda que o segundo estadio do trabalho de parto tivesse

demorado mais do que o habitual, principalmente para um trabalho de parto de um segundo filho. O facto de o feto se encontrar em posição occipito-direita transversa e assinclitismo anterior levou a uma maior demora neste estadio, por não se encontrar em posição facilitadora para o parto.

**Quadro 38 - Parto**

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b>	
<p>Pelas 21:40 horas, a apresentação fetal já se encontrava entre o III e IV planos de <i>Hodge</i>, cefálica, com variedade occipito-púbica. O CTG apresentava linha basal nos 150 bpm, com variedade entre os 5 e 25 bpm, cinco contrações em 10 minutos e duração da contração de 35 segundos. Apresentava dor sacro lombar com pressão perineal e suprapúbica intensas, característico da fase de trabalho de parto em que se encontrava.</p> <p>A Isabel apresenta uma cicatriz de laceração perineal do parto anterior. Aquando da aproximação do coroamento da cabeça do feto, apresenta distensão da pele do períneo, com alterações da coloração (tom esbranquiçado) e períneo curto, segundo a parturiente, confirmado pela observação.</p>	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b>	
<p>A Isabel, de 24 anos, IIIGIP (eutócico há três anos), 41 semanas e 1 dia, A Rh positivo, encontra-se internada no Bloco de Partos no segundo dia de indução de trabalho de parto. À entrada, com colo do útero amolecido, com 50% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i>, com bolsa amniótica íntegra.</p>	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVO:</b> Promover parto eutócico	
<b>INTERVENÇÕES:</b>	
(21:50) Assistir no parto	

(21:50) Assistir no parto – A assistência dos EEESMO no parto vaginal está relacionada com a diminuição do uso de analgesia, promove uma maior mobilidade durante o trabalho de parto, diminui a taxa de episiotomias realizadas e de instrumentação de partos, promovendo um parto fisiológico cujo foco é as vontades, crenças e valores da mulher, promovendo uma experiência de parto positiva (Barradas et al, 2015; Cardoso et al., 2023).

- Assim, foi explicado o procedimento da assistência ao parto, referindo de que forma a Isabel pode colaborar e sentir. Foi também requisitado o consentimento à Isabel para realização do procedimento, de forma simples e

clara, explicando as manobras e o seu objetivo, sem descurar o plano de parto ou vontades verbalizadas pela parturiente.

- De seguida, foi avaliado o períneo, e por apresentar uma cicatriz de laceração perineal do parto anterior, distensão da pele do períneo com alterações da coloração (tom esbranquiçado) e períneo curto, foi realizada a Manobra de Ritgen para proteger o períneo e, assim, promover a sua integridade.
- Aquando da verificação da presença de circular cervical, foi verificada a sua presença, pelo que foi removido o cordão do pescoço através da cabeça, sem ocorrer estiramento com a Manobra de Sommersault.
- Foi necessário pedir à Isabel para segurar nos seus joelhos e aumentar a abertura dos membros inferiores por dificuldade no desencravamento dos ombros, que surtiu efeito.
- O períneo apresentou uma laceração perineal de segundo grau e ainda apresentava uma laceração vaginal baixa, ambas corrigidas. Não foram evidenciadas outras intercorrências.

## DOMÍNIO: NASCIMENTO

**Quadro 39** - Nascimento do Gustavo

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Nascimento
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> Pelas 21:50 horas, nasceu o Gustavo, com 4230 gramas, 54,5 centímetros, perímetro cefálico de 39 centímetros e Apgar 9 no primeiro minuto, 10 no quinto minuto e 10 no décimo minuto.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Isabel demonstrou vontade de que o cordão fosse laqueado tardiamente e que o Geovanny cortasse o cordão, que fosse feito contacto pele com pele com o bebé logo após o nascimento, e que amamentasse na primeira hora de vida.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Nascimento
<b>OBJETIVO:</b> Promover adaptação facilitadora à vida extrauterina	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (21:50) Executar técnica de pele com pele (21:52) Executar clameamento do cordão umbilical	

(21:50) Executar técnica de pele com pele – Foi vontade da Isabel, expressa verbalmente, de realizar contacto pele com pele com o Gustavo logo após o nascimento. Segundo Karimi et al. (2019), o contacto pele com pele promove a produção de ocitocina materna, essencial para que ocorra a contratilidade uterina, e que se dê a dequitação, saída da placenta e involução uterina, fundamental para a prevenção da hemorragia pós-parto. Segundo Campos et al. (2020), esta intervenção promove a regulação da temperatura corporal do recém-nascido, diminuindo os níveis de stress após e promove a amamentação, facilitando e aumentando o vínculo mãe-filho.

- Assim, de acordo com a vontade expressa pela Isabel, o Gustavo foi colocado após o nascimento, em decúbito ventral com a face virada para a Isabel sobre o seu tórax e coberto com um lençol aquecido.

(21:52) Executar clampeamento do cordão umbilical – A Isabel, no plano de parto que realizou, referiu que pretendia que o Geovanny realizasse a laqueação do cordão umbilical e que este fosse tardio. Esta medida é congruente com as recomendações da ACOG (2020), que diz que em recém-nascidos de termo, esta medida permite um aumento dos valores de hemoglobina e de ferro sistémico ao nascimento, prevenindo a anemia neonatal. Segundo esta recomendação, deve ser adiado o corte do cordão cerca de 60 segundos após o nascimento se o recém-nascido se encontrar bem, que foi o caso.

- Desta forma, foi questionado o Geovanny e a Isabel se se mantinha a vontade anteriormente expressa no que concerne à laqueação do cordão umbilical. Ambos referiram que se mantinha, pelo que foi o Geovanny quem o fez, entre o clampe de cordão umbilical e a pinça de *Kocker*.

**Quadro 40** - Dequitação

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Trabalho de Parto
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> A dequitação deu-se pelas 22 horas, com mecanismo de saída de <i>Duncan</i> , tendo sido feita avaliação posterior para verificar se a placenta se encontrava completa e sem cotilédones aberrantes, que foi confirmado.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> A Isabel, de 24 anos, II GIP (eutócico há três anos), 41 semanas e 1 dia, A Rh positivo, encontra-se internada no Bloco de Partos no segundo dia de indução de trabalho de parto. À entrada, com colo do útero amolecido, com 50% de extinção e quatro centímetros de dilatação, o feto em apresentação cefálica e acima do I plano de <i>Hodge</i> , com bolsa amniótica íntegra.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Trabalho de Parto
<b>OBJETIVO:</b> Facilitar trabalho de parto/nascimento	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (22h00) Assistir na expulsão da placenta	

(22:00) Assistir na expulsão da placenta – Segundo a OMS (2014), a adoção de uma gestão ativa do terceiro estadio de trabalho de parto, a dequitação, previne a hemorragia pós-parto. Isto é realizado através da administração de uterotónicos (Ocitocina endovenosa), a tração controlada do cordão umbilical após validação da presença de sinais de descolamento da placenta e a massagem ligeira do fundo uterino.

- Para isso, no caso clínico, foi mantida a privacidade e um ambiente calmo, tranquilo e aquecido. A Isabel foi informada de tudo o que estava a acontecer, a qual respondeu que ainda se lembrava, e que ainda estava a sentir contrações.
- O útero foi avaliado para mudança de forma (discoide para ovoide), avaliada a perda sanguínea e o alongamento do cordão umbilical. Estes são os sinais de descolamento da placenta que, quando validados pela realização da manobra de Kustner, pode ser realizada a tração controlada do cordão ao mesmo tempo que a Isabel realizou esforço expulsivo para ajudar na exteriorização da placenta.
- Aquando do início da exteriorização da placenta, foi executada a manobra de Dublin e, com recurso à força da gravidade e do peso, foi sendo exteriorizada, diminuindo a pressão sobre as membranas e promovendo a sua saída.

- Após a saída da placenta, foi verificado o globo de segurança de *Pinard* e observada a placenta de forma minuciosa para confirmar a ausência de anomalias. Finalmente, foram verificadas as perdas sanguíneas e a presença de coágulos, massajando o útero e avaliando a saída.

## DOMÍNIO: SISTEMA REGULADOR

Quadro 41 - Metabolismo do Recém-Nascido

<b>FOCO DE ATENÇÃO:</b>	Metabolismo
<b>DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:</b> Devido às dimensões do bebé Gustavo compatíveis com macrosomia fetal, tem indicação de realização de pesquisa de glicemia capilar 30 minutos após a alimentação do nascimento até às quatro horas de vida, de acordo com o protocolo da instituição. A primeira mamada do bebé ocorreu entre as 22:15 horas e as 22:45 horas, pelo que a glicemia foi avaliada às 23:15 horas.	
<b>DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:</b> Pelas 21:50 horas, nasceu o Gustavo, com 4230 gramas, 54,5 centímetros, perímetro cefálico de 39 centímetros e Apgar 9 no primeiro minuto, 10 no quinto minuto e 10 no décimo minuto.	
<b>DIAGNÓSTICO:</b>	Risco de Hipoglicemia
<b>OBJETIVO:</b> Determinar Evolução da Glicemia	
<b>INTERVENÇÕES:</b> (23:15) Avaliar evolução da glicemia capilar	

(23:15) Avaliar evolução da glicemia capilar – O termo macrosomia é usado para descrever os recém-nascidos com peso ao nascimento superior a 4000 gramas. Estes apresentam, entre outros, maior risco de hipoglicemia. Assim, é fundamental realizar um controlo da glicemia capilar, bem como vigiar no recém-nascido para sinais de hipoglicemia (Ribeiro et al., 2017). Estes sinais, ainda que raros pois a grande maioria dos recém-nascidos são assintomáticos, são: tremores, diminuição do tónus muscular, diminuição da frequência cardíaca, diminuição dos reflexos, irritabilidade, aumento da frequência respiratória e diminuição da temperatura. Assim, se o recém-nascido realizar alimentação precoce aos 30 a 60 minutos de vida, deve ser realizada a primeira medição de glicemia 30 minutos após a alimentação, repetição às quatro e seis horas de vida e depois de seis em seis horas ou de quatro em quatro horas, com esta medição a dever ser feita antes da alimentação. O valor alvo da glicemia é igual ou superior a 30 miligramas/decilitro nas primeiras 24 horas de vida (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013).

- Avaliar glicemia capilar – Realizada através de picada no calcâneo do bebé, com resultado de 103 miligramas/decilitro.
- Vigiar sinais de hipoglicemia no recém-nascido – assintomático durante o período de estadia no bloco de partos e até à transferência para o puerpério.

Este caso clínico demonstrou-se um desafio durante o trabalho de parto pela necessidade de adequação de estratégias e intervenções a implementar pela variedade fetal, recorrendo a soluções criativas para promover a descida da apresentação fetal.

O facto de ter sido um trabalho de parto extenso, levando à procura de várias estratégias para promover a progressão do trabalho de parto num bebé cuja variedade não era favorável levou a uma mobilização de conhecimento diverso para que o objetivo fosse cumprido: promover o parto eutócico e cumprir as vontades expressas da mulher no seu plano de parto. Foi um trabalho de parto e parto desafiante em todos os sentidos para especialistas e casal, cujo resultado foi positivo, assim como a experiência, tal como relatado por ambos no final.

## 4. INTERVENÇÕES PROMOTORAS DA INTEGRIDADE DO PERÍNEO INTRAPARTO

No presente capítulo foi desenvolvida uma revisão narrativa da literatura no âmbito do projeto do serviço de bloco de partos, de título “Intervenções promotoras da integridade do períneo intraparto”. A revisão divide-se em introdução, onde é apresentado o tema e a justificação do tema analisado, metodologia, onde é descrita a pesquisa realizada, os resultados da pesquisa realizada, a discussão sobre os resultados obtidos, e as conclusões obtidas da revisão realizada.

### 4.1. INTRODUÇÃO

O Regulamento das Competências Específicas nº 391/2019 da OE refere, no nº1 do Artigo 4º, alínea c) “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*”. De uma forma mais específica, este refere que o EEESMO cuida a mulher durante o trabalho de parto num ambiente seguro, otimizando a saúde da parturiente, aquando de acordo o plano de parto que a mulher estabeleceu, garantindo intervenções relacionadas com o parto que o permitam.

Além disso, realça que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, melhorando as condições de saúde da mãe e do feto, e aplica as técnicas adequadas na execução do parto de apresentação cefálica e, em caso de urgência, do parto de apresentação pélvica. Esta prática alinha-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em ESMO preconizados, promovendo uma experiência de parto positivo e contribuindo para a satisfação quer da cliente, quer dos profissionais.

Na prática clínica, existem intervenções já utilizadas e que estão descritas na literatura, que promovem a integridade do períneo intraparto, nomeadamente: o recurso a *Hands-On* e *Hands-Off*, posições de trabalho de parto alternativas, a aplicação de calor perineal e a massagem perineal (Aasheim et al., 2017; Huang et al., 2019; Berta et al., 2019; Satone et al., 2023).

Segundo estes autores, as intervenções de promoção da integridade do períneo estão associadas à diminuição do trauma perineal por diminuição do segundo estágio de trabalho de parto. A adoção de posições de trabalho de parto laterais ou de quatro apoios por parte da mulher diminui a prevalência de episiotomia, melhora a recuperação no pós-parto e diminui o impacto físico e psicológico de um processo transformador que é o parto. As posições não supinas levam a uma maior satisfação da mulher, promovendo a relação terapêutica com a mesma.

Durante o decorrer do estágio de natureza profissional, foi proposto pela enfermeira gestora do serviço de bloco de partos, a participação num projeto de melhoria contínua da qualidade, no qual foi sugerido realizar uma pesquisa bibliográfica das intervenções que contribuem para promover a integridade do períneo durante o período intraparto. Esta temática suscitou o meu interesse, conduzindo à seguinte questão de revisão: *quais as intervenções promotoras da integridade do períneo intraparto?* Neste sentido, realizou-se uma revisão narrativa com o objetivo de identificar as intervenções que promovem a integridade do períneo intraparto.

#### **4.2. METODOLOGIA**

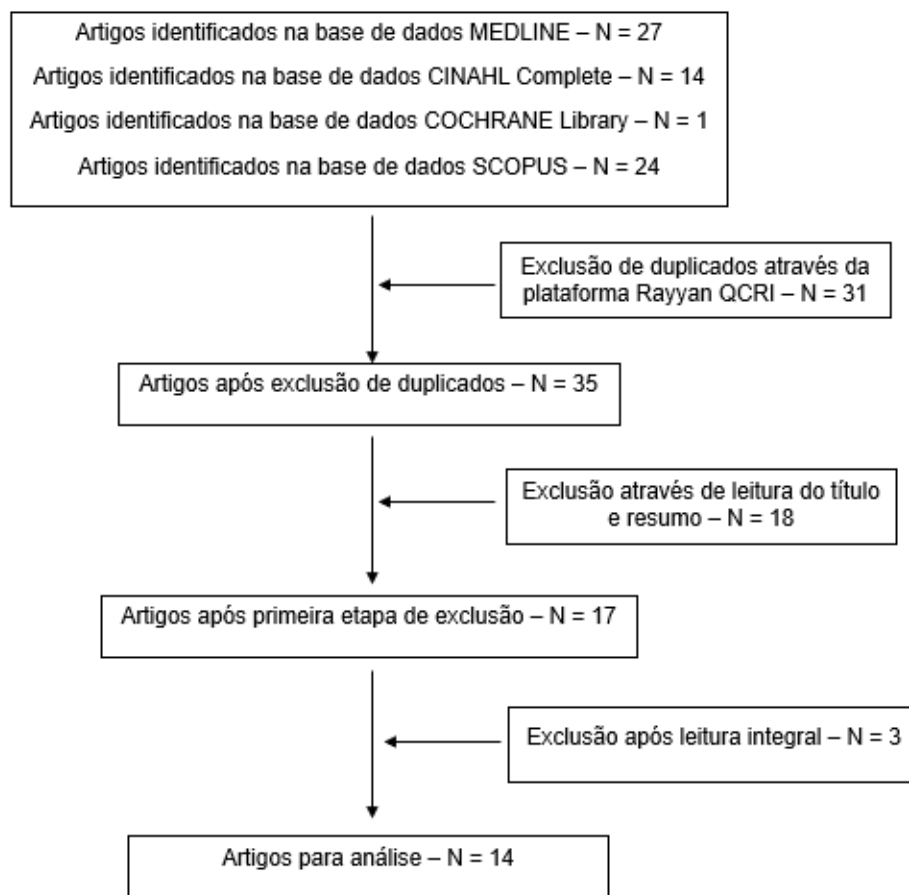
Em seguida, procedeu-se à realização de uma revisão narrativa com recurso à mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto). Nesta revisão, a População refere-se aos EEESMO (ou equivalente noutros países que exerçam as mesmas competências) responsáveis pelas intervenções que promovem a integridade do períneo durante o parto. O Conceito descreve o tema central da revisão e, neste caso, focou-se nas intervenções que preservam a integridade do períneo intraparto. Nesta revisão foram considerados todos os Contextos onde se aplica o Conceito (cuidados hospitalares, comunitários ou domicílio) (Amendoeira, 2022). Em apêndice, encontra-se o quadro com a descrição do PCC utilizado para a revisão de literatura.

A estratégia de pesquisa utilizada para a revisão correspondeu, inicialmente, à determinação das palavras-chave e descritores a utilizar, recorrendo aos Descritores em Ciências da Saúde e Descritores *Medical Subject Headings* (MeSH). Após, foi

realizada a pesquisa nas quatro bases de dados escolhidas: *MEDLINE* (via *PubMed*), *CINAHL Complete* (via *EBSCO*), *Scopus* e *Cochrane Library*, usando os termos indexados e palavras-chave selecionados. Finalmente, foram incluídos artigos publicados em todos os idiomas, sem definição temporal. Cada fase da pesquisa contou com a participação de dois revisores independentes. No Apêndice 1, estão descritas as estratégias usadas na *MEDLINE (PubMed)*, na *CINAHL Complete (EBSCO)* e na *Cochrane Library*.

Da pesquisa realizada, resultaram 27 artigos da *MEDLINE*, 14 artigos da *CINAHL Complete*, 24 artigos na *Scopus* e um artigo na *Cochrane Library*, resultando num total de 66 artigos incluídos. Após a pesquisa, todos os registos identificados foram agrupados e enviados para a plataforma *Rayyan QCRI (Qatar Computing Research Institute [Data Analytics], Doha, Qatar)* e eliminados os estudos em duplicado, resultando em 35 artigos a analisar.

Por forma a avaliar a elegibilidade dos estudos, foi realizada uma avaliação dos mesmos através da leitura dos títulos e resumos, tendo resultado em 17 artigos a analisar que, após a leitura do texto integral de cada um, por forma a avaliar se respondem à questão de investigação, foram ainda excluídos 3 artigos, resultando num total de 14 artigos incluídos na revisão, de acordo com o Fluxograma de seleção de artigos apresentado na figura 1.



**Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos**

Os dados extraídos para a revisão foram organizados numa tabela própria, incluída como apêndice neste documento. A tabela foi elaborada de acordo com os objetivos da revisão e apresenta detalhes específicos sobre as características das fontes de evidência. O instrumento de recolha de dados foi modificado e revisto conforme necessário durante o processo de recolha de dados.

### 4.3. RESULTADOS

Os artigos analisados revelaram as seguintes intervenções de promoção de integridade perineal: massagem perineal no segundo estadio de trabalho de parto, a aplicação de calor perineal, o apoio perineal manual, as posições de parto adotadas no segundo estadio de trabalho de parto, a massagem perineal, o uso de gel obstétrico, o uso da bola de parto e o uso de vocalizações no segundo estadio de trabalho de parto para prevenir trauma perineal.

Fadlalmola et al. (2023), na revisão sistemática e meta-análise dos 13 estudos analisados, revelaram que a aplicação de calor perineal com o recurso a compressas com água aquecida diminui a percentagem de episiotomias, o grau de laceração perineal e de lacerações que requerem sutura, reduzindo a prevalência do trauma perineal. Hastings-Tolsma et al. (2007) e Türkmen et al., (2021) obtiveram os mesmos resultados em relação a esta intervenção

Em relação ao posicionamento, Eason et al. (2000) observaram que, embora os estudos analisados apresentassem resultados contraditórios, não foram identificadas diferenças significativas na integridade perineal ao comparar posições verticalizadas com a posição semi-sentada durante o período expulsivo. Em contrapartida, quando o posicionamento no período expulsivo é apoiado com um banco de partos, por exemplo, a probabilidade de laceração perineal aumenta, mas a taxa de episiotomias diminui, quando comparada com posições deitadas (supina ou lateral). No entanto, Hastings-Tolsma et al. (2007) verificaram, no seu estudo, que o posicionamento lateral no período expulsivo promove a integridade do períneo. Adicionalmente, Terry et al. (2006) verificaram que as posições não supinas adotadas no período expulsivo, quando comparadas com as posições supinas, apresentaram uma maior taxa de mulheres com períneo íntegro, bem como, na presença de lacerações, estas eram de menor grau. Em contrapartida, o grupo que adotou posições supinas no período expulsivo apresentou maior frequência de lacerações de maior grau, no entanto, nenhuma mulher apresentou laceração de quarto grau.

Na revisão de Kurnaz et al. (2022), os autores verificaram, na maioria dos estudos analisados, que as posições verticalizadas reduzem a probabilidade de episiotomia, ainda que registassem ambiguidade nos resultados obtidos, pois alguns estudos analisados referem que a probabilidade de necessidade de episiotomia aumenta. Além disto, posições verticalizadas aumentam a prevalência de lacerações de primeiro grau, porém tal não é impactante na ocorrência de lacerações perineais de maior grau, reduzindo até o risco deste tipo de lacerações.

No que concerne às intervenções *Hands-On/Hands-Off*, a revisão realizada por Eason et al. (2000) verificou que ambas as intervenções não tiveram qualquer influência na integridade perineal. No entanto, Hastings-Tolsma et al. (2007) recomendaram a intervenção *Hands-On*, pois o seu uso diminui a probabilidade de episiotomia, mas a intervenção *Hands-Off* aparentou ser mais vantajosa pois apresentou uma menor percentagem de lacerações perineais. Vieira et al. (2018), na revisão integrativa apurou, em dois estudos resultantes da pesquisa realizada, que não existe diferença entre a integridade do períneo com recurso à intervenção *Hands-On* e a intervenção *Hands-Off*.

Ma et al. (2020) descreve, no estudo realizado, a intervenção *Moderate Perineal Protection Technique*, onde se verificou que no grupo de intervenção, foram realizadas menos episiotomias (22,9%), do que no grupo de controlo (32,2%), bem como uma menor taxa de lacerações perineais no grupo de intervenção e, portanto, verificou-se uma maior integridade do períneo no grupo de intervenção.

Em relação ao uso de gel obstétrico, composto por ácido poliacrílico, hidroxietilcelulose e propilenoglicol, sem preservantes e esterilizado com recurso a vapor, Schaub et al. (2008) evidenciaram que o seu uso em partos eutócicos diminui a duração do segundo estadio de trabalho de parto de forma significativa. É também impactante na percentagem de lacerações perineais, diminuindo-a, traduzindo-se num aumento da integridade perineal nas mulheres submetidas à aplicação do gel. Ashwal et al. (2016) obtiveram os mesmos resultados no estudo que conduziram em relação à duração dos estadios de trabalho de parto, ainda que a taxa de lace-

rações perineais fosse similar, apenas diferenciando-se na percentagem de lacerações perineais de segundo grau, que foi menor no grupo de investigação, onde foi aplicado o gel obstétrico.

Em relação à massagem perineal, Hastings-Tolsma et al. (2007) revelam que o uso de episiotomia era menor quando se procedia à realização de massagem perineal no segundo estadio de trabalho de parto e inclusive durante o período pré-natal.

Geranmayeh et al. (2012), no seu estudo experimental, apuraram que o segundo estadio de trabalho de parto foi mais curto no grupo de intervenção que foi submetido à massagem perineal apresentou maior taxa de períneo íntegro, pela diminuição da necessidade de episiotomia. Não se verificaram lacerações perineais superiores a segundo grau. Apesar disto, segundo os autores acima citados, a amostra é considerada insuficiente para conclusões absolutas sobre a integridade perineal. Vieira et al. (2018) apuraram maior benefício nas primíparas, e acrescentam que, quando combinada com exercícios do pavimento pélvico, aumentava a probabilidade de integridade perineal. Ainda referem que a massagem perineal com vaselina a partir dos oito centímetros de dilatação diminuiu a probabilidade de laceração perineal e de episiotomia. Em contrapartida, verificaram que, nos estudos analisados na sua revisão, a massagem com óleo de amêndoas doces não apresentava benefícios ao nível da integridade perineal

Em relação ao tipo de “puxo” e o impacto na integridade perineal, Eason et al. (2000) verificaram que o “puxo” dirigido ou orientado por terceiros não diminui a probabilidade de períneo íntegro. No entanto, a amostra é limitada e, portanto, insuficiente para obter conclusões concretas. Colacioppo et al. (2011) reiteraram, no seu estudo, que quando a mulher adotava a intervenção de “puxos” espontâneos no segundo estadio de trabalho de parto, a percentagem de integridade perineal era superior.

Delgado-García et al. (2012) verificaram que o uso da bola de parto diminuía ligeiramente a duração do segundo estadio de trabalho de parto, assim como, no grupo

de intervenção, verificou-se uma maior percentagem de mulheres com períneo íntegro, e uma menor percentagem de episiotomia quando comparado com o grupo de controlo.

Neta et al. (2022) procederam ao estudo das vocalizações como fator de influência na integridade perineal. Na amostra analisada, não se verificou em nenhum dos grupos a realização de episiotomias ou a instrumentalização de partos. No grupo de intervenção apenas se verificaram lacerações de primeiro e segundo graus. Em contrapartida, o grupo de controlo apresentou lacerações perineais de maior profundidade quando ocorriam, sem que se tivessem sido verificadas lacerações perineais de quarto grau. Não se verificaram outras lesões graves decorrentes do parto nas mulheres do grupo de intervenção e apenas três mulheres registaram lacerações perineais de terceiro grau. Não se verificaram diferenças entre os grupos no que concerne às lacerações perineais que necessitem de sutura nem o número de pontos realizados.

#### 4.4. DISCUSSÃO

A análise completa dos artigos permitiu identificar diversas técnicas que promovem a integridade do períneo. Entre estas, destacam-se a aplicação de calor perineal, o apoio manual ao períneo durante o período expulsivo (técnicas *Hands-On/Hands-Off*), o uso de gel obstétrico, a massagem perineal, as posições de parto adotadas no segundo estágio do trabalho de parto, o uso da bola de parto e a utilização de vocalizações durante o segundo estágio do trabalho de parto.

A aplicação de calor perineal demonstrou uma redução significativa nas taxas de episiotomias e lacerações perineais, o que se traduz num maior número de períneos íntegros, conforme descrito por Fadlalmola et al. (2023), com resultados corroborados por Hastings-Tolsma et al. (2007) e Türkmen et al. (2020). Esta intervenção, que é considerada de fácil aplicação e alcance, apresenta também um baixo custo, e o seu efeito pode ser explicado pela vasodilatação causada pela temperatura das compressas embebidas em água aquecida, que modulam os mediadores inflamatórios e diminuem o estímulo de dor causado pelo estiramento dos músculos

e pele do períneo devido à progressão da descida da apresentação e isquemia local causada pela tensão e espasmo musculares.

A técnica *Hands-On/Hands-Off* gerou resultados contraditórios, com Eason et al. (2000) apontando que nenhuma das abordagens influencia a integridade perineal, enquanto Hastings-Tolsma et al. (2007) recomendou a técnica *Hands-Off*, que foi associada a uma menor ocorrência de lacerações perineais. Ma et al. (2019) apresentou uma variação da técnica de apoio perineal, a Proteção Perineal Moderada, que foi eficaz na redução de episiotomias e traumas perineais. Verifica-se então que estudos mais recentes são a favor do uso de técnicas de apoio perineal manual por apresentarem melhores desfechos neste sentido.

O uso de gel obstétrico, analisado por Schaub et al. (2008) e Ashwal et al. (2015), evidencia que este reduz o tempo do segundo estadió do parto e diminui a prevalência de lacerações perineais, especialmente de segundo grau, o que também contribui para uma promoção da integridade do períneo, e que se deve à diminuição do atrito que a passagem da apresentação fetal gera sobre o canal de parto, reduzindo a tensão sobre as suas estruturas.

A massagem perineal no segundo estadió do trabalho de parto foi outra intervenção analisada, sendo eficaz na prevenção de lacerações, especialmente em primíparas. Geranmayeh et al. (2011) relataram ainda uma redução de episiotomias e lacerações graves em mulheres que foram sujeitas a massagem perineal durante o período intraparto. Este é considerado um método inofensivo, no entanto sugere-se que os EEESMO escolham com critério o momento apropriado para a sua utilização, com base na sua experiência, nas condições de prestação de cuidados e no conforto da mulher. Em adição, estes resultados são reforçados pelas recomendações da *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) sobre o uso de compressas com água aquecida durante o segundo estadió de trabalho de parto.

Em relação às posições de parto, Eason et al. (2000) identificaram que as posições verticalizadas não apresentaram vantagens claras sobre a posição semi-sentada quanto à integridade perineal, mas as posições laterais foram associadas a menor risco de lacerações graves, conforme Hastings-Tolsma et al. (2007). Por outro lado, Kurnaz et al. (2022) indicaram que posições verticalizadas reduzem a necessidade

de episiotomia, mas podem aumentar a incidência de lacerações de primeiro grau, portanto, podem aumentar a taxa de integridade perineal, sendo uma intervenção que pode ser sugerida após análise das características anatómicas da parturiente, bem com a sua vontade expressa verbalmente ou no plano de parto.

Quanto à realização de “puxo” espontâneo, Colacioppo et al. (2012) mostraram que este está associado a uma maior integridade perineal, ao contrário do “puxo” dirigido, o que deverá ser uma intervenção a considerar na prática clínica, uma vez que ainda existe muito a tendência de fazer a gestão dos “puxos” da mulher por fatores que poderão ser externos e considerados noutra temática. Dispositivos como a bola de parto também foram avaliados, com Delgado-García et al. (2011) apontando que seu uso aumenta a taxa de períneo íntegro e ainda reduz a duração dos dois primeiros estadios do trabalho de parto. Este é considerado de baixo custo, já implementado nos serviços de Bloco de Partos por todo o mundo, no entanto, esta duas últimas intervenções necessitam de uma pesquisa mais aprofundada sobre o seu efeito sobre o períneo da mulher.

Finalmente, Neta et al. (2022) exploraram o uso de vocalizações, demonstrando que estas podem ajudar a prevenir lacerações profundas, embora não tenham influenciado na necessidade de sutura ou na gravidade das lacerações e, consequentemente, na promoção da integridade do períneo.

A evidência analisada revela uma diversidade de intervenções para promover a integridade do períneo intraparto, cada uma com variações na eficácia e na aplicabilidade. Estes resultados destacam a importância de adotar uma abordagem personalizada, sustentada por práticas baseadas na evidência. É também importante salientar que, por forma a escolher as melhores intervenções para promoção de integridade do períneo, deve se ter em conta os fatores que aumentam o risco de trauma perineal que, segundo Hastings-Tolsma et al. (2007), são exemplos as primigestas, a idade avançada do primeiro filho e o segundo estadio de trabalho de parto prolongado. É também importante dotar as grávidas de conhecimento em relação a medidas de proteção da integridade do períneo na preparação para o parto e parentalidade, uma vez que não é clara a transmissão desse conhecimento durante o período referido.

#### 4.5. SÍNTESE DA REVISÃO

Esta revisão foi realizada com o objetivo de identificar intervenções que promovam a integridade do períneo intraparto. Entre as técnicas destacam-se a aplicação de calor perineal, o apoio manual ao períneo, as posições verticalizadas e a massagem perineal, que apresentam maior impacto nesse âmbito. Já o uso de gel obstétrico, a utilização da bola de parto e as vocalizações durante o período expulsivo requerem mais investigação científica para comprovar a sua eficácia na preservação da integridade perineal.

No entanto, a escolha das intervenções deve ser feita pelo EEESMO com base na sua experiência e formação, e fatores como o trabalho de parto, a anatomia da mulher e preferências da parturiente. A educação para práticas que preservem a integridade perineal é essencial. A revisão destaca a importância da prática baseada em evidências e a necessidade de mais estudos sobre intervenções como a bola de parto e vocalizações.

## 5. REFLEXÃO CRÍTICA

Um EEESMO, de acordo com o regulamento nº391/2019 da OE, cuida “...a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”. No serviço do puerpério, foi possível observar as práticas clínicas e rotinas nos diferentes turnos. Devido ao hospital onde foi realizado todo o ensino clínico incluir a iniciativa “Amigo dos bebés” com implementação de intervenções promotoras da amamentação, verifica-se um grande investimento nesta área de intervenção, a qual traz benefícios, quer à mãe, quer ao recém-nascido.

De acordo com a literatura, a amamentação oferece diversos benefícios para a mãe, incluindo a redução do risco de doenças como cancro da mama e osteoporose, a aceleração da recuperação do corpo no pós-parto através da libertação de ocitocina, que estimula a contratilidade uterina, bem como a diminuição do stress e da ansiedade, promovendo uma sensação geral de bem-estar. O ato de amamentar contribui para a recuperação do tónus muscular do corpo, particularmente nos músculos do pavimento pélvico, os quais foram comprometidos durante a gravidez e o parto e portanto, ao promover a amamentação, também se está a promover uma recuperação pós-parto facilitadora (Geraldo et al., 2023). Em relação ao recém-nascido, o leite materno é considerado o melhor alimento pois é de fácil digestão, promove o vínculo com a mãe e transmite imunidade pela transmissão de células do sistema imunitário da mãe para o bebé (Levy & Bértolo, 2012; Geraldo et al., 2023; Sousa et al., 2021).

De facto, a promoção da amamentação, por apresentar os benefícios acima descritos, também leva à promoção de outras dimensões, como a recuperação pós-parto e o vínculo mãe-filho, ainda que é necessário validar quais as vontades da mulher em relação à amamentação, a sua disponibilidade e reforçar a importância de acompanhamento na alta clínica para que nunca se sintam desamparadas, principalmente àquelas onde se verificaram dificuldades na adaptação à amamentação e que são mães pela primeira vez.

O apoio e a dedicação dos enfermeiros do serviço na promoção da amamentação englobam uma decisão informada das mulheres, atitudes preventivas de complicações da amamentação (como o ingurgitamento mamário e o bloqueio dos ductos) e, acima de tudo, uma disponibilidade notória para dar apoio às puérperas nesta fase das suas vidas. No entanto, é também necessário sensibilizar os enfermeiros para as outras necessidades da mulher, nomeadamente ao nível da saúde mental, onde considero ter sido uma necessidade pouco respondida ao longo do internamento.

A saúde mental tem vindo a surgir como fundamental para o sucesso, quer na amamentação, quer na autoconfiança da aquisição do papel parental, e consequentemente na preparação da alta. Segundo Steen & Francisco (2019), o período pós-parto é um dos momentos pelos quais as mulheres passam por altos níveis de stresse e ansiedade, que estão relacionados com o bem-estar e podem, por conseguinte, influenciar o comportamento das puérperas. A saúde mental não é frequentemente avaliada e, consequentemente, tende a ser desvalorizada, resultando em diagnósticos tardios que podem ter um impacto significativo e potencialmente permanente na vida da mulher e daqueles que a rodeiam. É fundamental considerar a promoção do bem-estar emocional nesta população e identificar formas de o preservar, integrando essa abordagem como parte essencial da assistência à mulher, especialmente durante o puerpério.

Outra das áreas de intervenção do EEESMO são os cuidados à mulher durante o período pré-natal. Estes cuidados foram colocados em prática no Internamento de Grávidas de Risco ou Unidade Materno-Fetal. Durante o período de estágio foram vários os casos que surgiram de grávidas de alto risco, bem como grávidas para indução de trabalho de parto. Neste contexto, foram testemunhados dois tipos de realidades diferentes: grávidas com condições de saúde que comprometem o normal percurso de uma gravidez e possibilidade de comprometer a vida dos seus filhos, bem como grávidas em início de indução de trabalho de parto, mais próximas de conhecerem os seus filhos, o que levou à reflexão sobre a fragilidade que condições de saúde como a ameaça de parto pré-termo, a rotura prematura de membranas, a gravidez gemelar, entre outras, podem levar um estado de graça a uma

situação de grande stress, ansiedade e, em última instância, de uma perda inesperada.

Foi ainda possível acompanhar uma situação de pós-operatório de um abortamento às 14 semanas de gestação, observando o impacto que este pode ter numa mulher que já era mãe e havia experienciado um abortamento anteriormente. Este caso evidenciou que qualquer perda, independentemente do momento de vida ou de experiências prévias, pode causar um impacto muito significativo nas pessoas. Esta mulher apresentava um humor depressivo, com fúrias de choro, pouco comunicativa e, portanto, foi um desafio estabelecer uma relação terapêutica. O estado em que esta mulher se encontrava é compatível com a primeira fase de luto que, segundo Miles & Demi (1997), citado por Gonçalves (2014), corresponde à fase de sofrimento e caracteriza-se por choque ou paralisia emocional, tentativa de fuga da realidade, sentimentos de incapacidade, medo ou desespero, e choro intenso ou depressão.

Em qualquer uma das situações é fundamental a adequação dos cuidados, e esses cuidados trazem impacto na forma como vivenciam esta transição. O internamento de grávidas permitiu assim mobilizar conhecimentos, aprimorar capacidades de comunicação e de gestão de expectativas dos casais, respondendo à competência do EEESMO, que *“concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável”*, de acordo com o Regulamento de Competências do ESMO nº391/2019.

É também uma competência do EEESMO *“cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”*. O ensino clínico no bloco de partos revelou-se o mais desafiante de todos, não só pela vasta mobilização de competências, mas também pela intensidade da prática clínica que neste serviço ocorre. A oportunidade de presenciar o nascimento de uma nova vida era motivo de grande entusiasmo para mim, embora sempre ciente da possibilidade de ocorrerem ocasionalmente desfechos desfavoráveis. A responsabilidade que me foi atribuída ao longo deste percurso proporcionou uma reflexão profunda sobre a importância do papel do EEESMO como elemento essencial na vivência de uma experiência de parto

positiva. Tal responsabilidade gerou em mim uma inquietação natural, porém, simultaneamente, fez-me estar mais atenta às necessidades, desejos, medos e receios manifestados por cada mulher e pelas pessoas significativas com quem interagi. Este facto vai ao encontro do que está preconizado no regulamento de competências do EEESMO, “atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”.

A experiência no bloco de partos proporcionou-me uma visão holística sobre a mulher em toda a sua essência, bem como sobre a sua capacidade de gerir o próprio parto. Esta vivência permitiu-me observar esse momento tão significativo na vida de uma mulher como uma espectadora atenta, com o principal objetivo de assegurar uma experiência positiva tanto para a parturiente quanto para a sua pessoa significativa, sempre priorizando a segurança materno-fetal. É importante destacar que o que constitui uma experiência positiva para uma mulher pode não o ser para outra, evidenciando, assim, a relevância de um plano de parto personalizado, bem como considero fundamental um olhar atento sobre este por parte de todos os profissionais de saúde.

As competências técnicas, como a técnica do parto e realização da episiorrafia ou correção de uma laceração perineal, são aspetos que, com a prática, alcançarei mestria, no entanto, a tomada de decisão de realizar uma episiotomia ou uma amniotomia foram, para mim, momentos de inquietude, ainda que fosse sempre colocado em prática o que a evidência científica refere sobre as temáticas em questão.

A amniotomia, também conhecida como rotura de membranas artificial ou rotura terapêutica, consiste no rompimento intencional da bolsa amniótica através das membranas, realizado por um EEESMO ou por um obstetra, e é realizado por diversos motivos, entre eles a avaliação do líquido amniótico quando há suspeitas de alterações, monitorização fetal interna ou como acelerador do trabalho de parto. Este último deve-se à saída do líquido amniótico que é aparentemente irritativo para o colo do útero, juntamente com o aumento de pressão sobre o mesmo pela cabeça do feto, aumentando, por consequência a contratilidade uterina (Mahdy, Glowacki e Eruo, 2024). Os critérios para aplicação são: apresentação fetal insinuada, com

cinco ou mais centímetros de dilatação do colo uterino e sem contra-indicações materna ou fetais presentes (Montenegro et al., 2014).

Apesar desse facto, o uso da amniotomia como método de encurtamento do primeiro estadio de trabalho de parto não apresenta diferenças significativas quando comparada com a não realização da técnica, e nem tão pouco sugere o seu uso por rotina, pois verifica-se, na revisão sistemática levada a cabo por Smyth et al. (2013), que isto leva a um maior risco de cesariana. Tive a oportunidade de realizar este procedimento durante o ensino clínico, no entanto, os critérios para a realização da técnica e posterior realização na prática necessitam de maior sensibilização por parte das equipas de profissionais de saúde, pois verifiquei que nem sempre foi aplicada de acordo com estes critérios por todos.

A episiotomia é uma incisão perineal realizada com o objetivo de aumentar a área de passagem do feto. Esta técnica tem sido amplamente analisada nos últimos anos, sobretudo em relação aos critérios que orientam a sua aplicação. Atualmente, o seu uso tem vindo a diminuir entre os profissionais de saúde. Inicialmente, acreditava-se que o uso generalizado da episiotomia ajudava na prevenção de lacerações perineais de terceiro e quarto graus (Eason et al., 2000). No entanto, estudos mais recentes demonstram que essa prevenção não ocorre e indicam que as lacerações de primeiro e segundo graus possuem uma melhor capacidade de cicatrização em comparação com a episiotomia, a qual é equiparada a uma laceração de segundo grau (Kurnaz et al., 2022). É então fundamental que se apliquem critérios para a realização de episiotomia, tendo atenção à palidez do períneo, à tensão dos tecidos ao toque e à elasticidade do períneo, bem como do bem-estar fetal antes de decidir (OMS, 2018).

Nos partos que acompanhei, a minha atuação foi sempre guiada pela intenção de ser pouco intervencionista e sustentada em evidência científica. No entanto, dos quarenta partos assistidos, foram realizadas onze episiotomias, maioritariamente devido à presença de sofrimento fetal durante a descida da apresentação fetal, sendo necessária uma intervenção rápida para assegurar o nascimento do bebé.

O parto é um momento de extrema importância para as mulheres, que cada vez mais estão mais bem informadas e conscientes das suas vontades e receios. As memórias desse momento perduram ao longo do tempo e influenciam o seu conceito como mulher, mãe e parceira.

Procurei, então durante as minhas experiências em sala de parto, sempre alinhar o meu cuidado com as expectativas e desejos de cada parturiente. Contudo, em algumas situações, especialmente ao iniciar o acompanhamento já com o trabalho de parto em curso, nem sempre foi possível identificar de imediato as preferências individuais de cada mulher. Nesse sentido, sugiro que, caso não seja possível que o mesmo EEESMO acompanhe todo o processo de trabalho de parto, seja adotada a prática padronizada de leitura do plano de parto (quando disponível em formato físico ou digital) no início de cada turno.

Adicionalmente, as principais orientações desses documentos, ou informações verbalmente obtidas na ausência de um plano escrito, deveriam ser transmitidas durante a passagem de turno. Mais do que as características de dilatação e do colo do útero, é essencial compreender como cada mulher está a lidar com a evolução do seu trabalho de parto e quais são as suas preferências nesse processo, fundamentais para uma experiência de parto positiva.

Esta reflexão crítica permitiu também perceber que existem intervenções realizadas com o intuito de acelerar o trabalho de parto ou minimizar complicações, mas que podem acarretar riscos, como lesões perineais graves, sofrimento fetal e maior probabilidade de cesarianas desnecessárias. Assim, a promoção de um parto humanizado, baseado em evidência científica e no respeito à autonomia da mulher, é fundamental para assegurar uma vivência positiva e segura. Isso envolve o uso criterioso de intervenções, garantindo que sejam realizadas apenas quando realmente indicadas, de forma a otimizar os resultados maternos e neonatais. A mesma política pode ser aplicada na fase pré-natal e na fase do puerpério da mulher.

## 6. CONCLUSÃO

O percurso realizado durante estes dois anos em formação no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foi um desafio longo, com alguns obstáculos pelo caminho, mas que se verificou recompensador, não só em termos profissionais através do desenvolvimento que proporcionou, como também a nível pessoal, na aquisição de estratégias na expectativa de adquirir novas competências pessoais e amadurecer outras previamente existentes.

O relatório apresentado destaca as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios, abrangendo as etapas do ciclo reprodutivo abrangidas na prática clínica: o puerpério, com o pós-parto, a adaptação à parentalidade e à gravidez com complicações, e o trabalho de parto e parto. Para cada estágio, os objetivos definidos foram alcançados, apesar da necessidade de prolongamento do estágio. Este foi o início de um percurso, como futura EEESMO, de procura incessante da melhor evidência científica para promover uma prática clínica aprimorada e da qual leve orgulho à profissão. Vale a pena ressaltar que nem todas as experiências foram descritas detalhadamente, sendo destacadas aquelas que contribuíram para o desenvolvimento de habilidades e competências específicas que promoveram momentos de reflexão crítica.

As intervenções implementadas seguiram o que se encontra recomendado na evidência científica mais atual. No entanto, algumas práticas foram realizadas de forma distinta, mas de acordo com as orientações dos orientadores de estágio e concordantes com os protocolos da instituição, o que levou a uma necessidade de perceber o que é necessário melhorar na prática clínica. Durante o estágio, foi possível cumprir as experiências mínimas obrigatórias preconizadas pela OE (2019) para a atribuição do título de EEESMO, que inclui a realização de 100 exames pré-natais, nomeadamente a assistência a 40 grávidas em situação de risco, a assistência a 40 parturientes e realização de pelo menos 40 partos eutócicos, e, nesta parte, para além dos partos eutócicos, incluiu a também a participação em partos distócicos por ventosa, não foi possível a participação ativa num parto de apresentação pélvica, pelo que recorreu-se à simulação, à prática de episiotomia e

episiorrafia, e cuidados a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos, com assistência a, pelo menos, 40 puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais.

A realização dos estágios proporcionou um entendimento de que, acima de conduzir os cuidados de forma sistematizada e como é lecionado em termos teóricos, é importante adequar os mesmos às pessoas alvo dos cuidados, adaptando-os às suas expectativas, experiências anteriores e necessidades individuais de cada um, seja a mulher, a pessoa significativa ou o recém-nascido. Para tal, é fundamental fomentar uma relação terapêutica eficaz por forma a conhecer de forma individual cada um destes elementos, a fim de satisfazer suas necessidades específicas de uma forma competente, em vez de se oferecer apenas cuidados padronizados. Além disso, a realização da revisão narrativa da literatura representou uma etapa importante de aprendizagem, não só pelo desenvolvimento destas competências, como pela resposta a uma questão de investigação muito pertinente para a prática clínica, de uma forma mais particular no segundo estadio de trabalho de parto. Este trabalho realizado permitiu então uma consciencialização sobre a necessidade de produzir conhecimento com aplicabilidade na prática clínica, que é evidenciado pelos diversos autores cujos artigos foram analisados.

Apesar de terem sido atingidos os objetivos gerais e específicos para o exercício profissional como EEESMO, a aquisição de conhecimento e as aprendizagens próprias desta função não se encerram com o término do percurso académico. O final do processo formativo deve ser visto como um ponto de partida para a contínua busca de conhecimento e aprendizagens que acompanhem a mais recente evidência científica, garantindo uma constante atualização. Só assim será possível oferecer cuidados especializados de excelência na área da saúde materna e obstétrica.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- ACOG. (2020). *Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth*. ACOG Committee Opinion No.814. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology* 136: e100-6.
- ACOG (2016). Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstetrics & Gynecology* 128(4): p e155-e164, DOI: 10.1097/AOG.0000000000001711
- Agrawal, D., Makhija, B., Arora, M., Haritwal, A., Gurha, P. (2014). The effect of epidural analgesia on labour, mode of delivery and neonatal outcome in Nullipara of India, 2011-2014. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 8(10), OC03–OC06. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/9974.4930>
- Amendoeira, J. (2022). Revisão sistemática de literatura - A scoping review. In *Instituto Politécnico de Santarém - UMIS-ESSS*. isbn: 978-989-33-2553-7%0Ahttps://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL\_SCOPING\_REVIEW\_mai\_2022\_PT.pdf
- Ashwal, E., Aviram, A., Wertheimer, A., Krispin, E., Kaplan, B., Hirsch, L. (2016). The impact of obstetric gel on the second stage of labor and perineal integrity: a randomized controlled trial. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 29(18), 3024–3029. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1114079>
- Barradas, A.; Torgal A. L.; Gaudêncio, A. P.; Prates, A.; Madruga, C.; Clara, E. (2015). Livro de bolso – enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetrícia/partejas. Acedido a 09-09-2016. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf).

- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2620-0>
- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatatos, G. N., Pathirana, D., Bartels, N. G. (2012). Skin care practices for newborns and infants: Review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric Dermatology*, 29(1), 1–14. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01594.x>
- Blumenfeld, J., Koo, K. (2022). Navigating Uncertainty: A Case Study of Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 67(3), 398–402. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13362>
- Callahan, E. C., Lee, W., Aleshi, P., George, R. B. (2023). Modern labor epidural analgesia: implications for labor outcomes and maternal-fetal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1260–S1269. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.017>
- Campos, D. A.; Silva, I.S.; Costa, F.J. (2011) *Emergências Obstétricas*. (1ªed.) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Campos, D. A.; Pinto, L. (2022) *Protocolos de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal*. (1ª ed.) Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Campos, P.M.; Gouveia, H.G.; Strada, J.K.R.; Moraes, B.A. (2020). Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Revista Gaúcha Enfermagem.*; 41(esp): e20190154. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>
- Cardoso A, Aires C, Machado S, Silva C, Grilo AR (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., Capela P., Carvalho U., Albergaria E., Figueiredo A., (2023). Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros
- Cardoso, A.; Bulcão, E.; Koch, C.; Soares, A. (2020) *Procedimento: Assistir no Parto*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Colacioppo, P. M., Gonzalez Riesco, M. L., Koiffman, M. D. (2011). Use of Hyaluronidase to Prevent Perineal Trauma During Spontaneous Births: A Randomized, Placebo-Controlled, Double-blind, Clinical Trial. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 56(5), 436–445. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00056.x>
- Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2021, maio 28). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. 2ª Assembleia Ordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3\\_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf)
- Conde-Agudelo, A., Romero, R., Kusanovic, J. P. (2011). Nifedipine in the management of preterm labor: A systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 204(2), 134.e1-134.e20. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.11.038>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) – versão 2019*. Conselho Internacional de Enfermeiros.
- Costa, A. C., Prata, J. A., Oliveira, K. R., da Silva, C. R. F., Progianti, J. M., Mouta, R. J. O., Pereira, A. L. F. (2023). Freedom of Movement and Positioning in Childbirth With Non-Invasive Technologies of Nursing Care. *Cogitare Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.89444>

- Delgado-García, B. E., Orts-Cortés, M. I., Poveda-Bernabeu, A., Caballero-Pérez, P. (2012). Ensayo clínico controlado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto. *Enfermería Clínica*, 22(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.07.001>
- Delgado, A., Amorim, M. M., Oliveira, A. do A. P., Souza Amorim, K. C., Selva, M. W., Silva, Y. E., Lemos, A., Katz, L. (2024). Active pelvic movements on a Swiss ball reduced labour duration, pain, fatigue and anxiety in parturient women: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 70(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.11.001>
- Delgado, A., Maia, T., Melo, R. S., Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35(December 2018), 92–101. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.01.015>
- DGS (2018). *Guia para Grávidas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <https://biblioteca.sns.gov.pt/artigo/guia-digital-para-gravidas/>
- Duran, S., Vural, G. (2023). Problems Experienced by the Mothers in Post-Cesarean Period: A Narrative Review. *Iranian Journal of Public Health*, 52(10), 2036–2041. <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i10.13841>
- Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. (2000). Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology*. Mar;95(3):464-71. doi: 10.1016/s0029-7844(99)00560-8. PMID: 10711565.
- Fadlalmola, H., Abdelmalik, M. A., Masaad, H. K. H., Abdalla, A. M., Mohammaed, M. O., Abbakr, I., Mohammed, A. M., A.saeed, A., Beraima, M. A., Sambu, B. M., Osman, A. M. A., M.elhusein, A., Habiballa, M., Yousef, H., Hamid, H., Ali, A., Ahmed, N., Banaga, A., Omer, R. (2023). Efficacy of warm compresses in preserving perineal integrity and decreasing pain during normal labor: A systematic review and meta-Analysis. In *African Journal of Reproductive Health* (Vol. 27, Issue 4, pp. 96–123). Women’s Health and Action Research Centre. <https://doi.org/10.29063/ajrh2023/v27i4.11>

- Familiari, A., Neri, C., Passananti, E., Marco, G. Di, Felici, F., Ranieri, E., Flacco, M. E., Lanzone, A. (2023). Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. *AJOG Global Reports*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100160>
- Garbelli, L., Lira, V. (2021). Maternal positions during labor: Midwives' knowledge and educational needs in northern Italy. *European Journal of Midwifery*, 13, 1–9. <https://doi.org/10.18332/EJM/136423>
- Geraldo, C., Rodeia, C., Silva, D., Guerreiro, I., Varela, M., Silva, S., Goes, M., João, A., Coelho, A., Dias, A., Lusquinhos, L. (2023). Benefícios do aleitamento materno e a importância dos cuidados de enfermagem para a adesão à amamentação exclusiva. *Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora; Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora; Comprehensive Health Research Centre (CHRC)*, 9(1), 3–5. [https://revistas.uevora.pt/index.php/saude\\_envelhecimento/article/view/600](https://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/600)
- Geranmayeh, M., Habibabadi, Z. R., Fallahkish, B., Farahani, M. A., Khakbazan, Z., Mehran, A. (2012). Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in second stage of labor. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 285(1), 77–81. <https://doi.org/10.1007/s00404-011-1919-5>
- Gonçalves, B. M. M., Brum, I. R., Vasquez, Y. R. G. (2021). Incompetência ístmocervical: uma revisão narrativa com ênfase no tratamento. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e5050. <https://doi.org/10.25248/reas.e5050.2021>
- Gonçalves, J.T.T. (2014). *Luto parental em situações de morte inesperada: reações à perda, estratégias de coping, e percepção de qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/18271/1/ulfpie047275\\_tm\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/18271/1/ulfpie047275_tm_tese.pdf)

- Grenvik, J. M., Coleman, L. A., Berghella, V. (2023). Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: what is the evidence? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1270–S1273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.014>
- Guerra, M. J., Braga, C., Quelhas, I., Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 1, 117–124. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18436>
- Hague, W. M., Briley, A., Callaway, L., Dekker-Nitert, M., Gehlert, J., Graham, D., Grzeskowiak, L., Makris, A., Markus, C., Middleton, P., Peek, M. J., Shand, A., Stark, M., Waugh, J. (2023). Intrahepatic cholestasis of pregnancy – Diagnosis and management: A consensus statement of the Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ): Executive summary. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 63(5), 656–665. <https://doi.org/10.1111/ajo.13719>
- Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. (2007) Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN Am J Matern Child Nurs*. May-Jun;32(3):158-64. doi: 10.1097/01.NMC.0000269565.20111.92. PMID: 17479052.
- Heshmati, A., Honkaniemi, H., Juárez, S. P. (2023). The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review. *The Lancet Public Health*, 8(1), e57–e75. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00311-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00311-5)
- INFARMED (2022). RESUMO DE CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO: Lovenox. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1886316/anexo+lovenox/5ea9614d-fd16-4f29-80db-c2c9cafc630e?version=1.0>
- INFARMED (2022). RESUMO DE CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO: Amoxicilina. Disponível em: [https://www.infarmed.pt/documents/15786/1886316/Amoxicilina\\_po\\_suspensao\\_oral\\_RCM\\_v2.doc/17ba80c9-6215-4c8a-9bec-92b8ac341c05](https://www.infarmed.pt/documents/15786/1886316/Amoxicilina_po_suspensao_oral_RCM_v2.doc/17ba80c9-6215-4c8a-9bec-92b8ac341c05)

- INFARMED (2022). RESUMO DE CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO: Nifedipina. Disponível em: <https://www.bayer.com/sites/default/files/2024-02/20221014-rcm-adalat-cr-30-mg-rec30844.pdf>
- Karimi, F. Z., Heidarian Miri, H., Salehian, M., Khadivzadeh, T., Bakhshi, M. (2019). The effect of mother-infant skin to skin contact after birth on third stage of labor: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Public Health*, 48(4), 612–620. <https://doi.org/10.18502/ijph.v48i4.982>
- Kibuka, M., Price, A., Onakpoya, I., Tierney, S., & Clarke, M. (2021). Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews. *European Journal of Midwifery*, 5, 1–14. <https://doi.org/10.18332/EJM/142781>
- Kurnaz, D., Balacan, Z., & Karacam, Z. (2022). The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19(4), 383–395. <https://doi.org/10.5152/jern.2022.09454>
- Kuthiala, G., Chaudhary, G. (2011). Ropivacaine: A review of its pharmacology and clinical use. *Indian Journal of Anaesthesia*, 55(2), 104–110. <https://doi.org/10.4103/0019-5049.79875>
- Levy, L., Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. In *Manual de Aleitamento Materno*. UNICEF.
- Lim, W.M. (2013). Revisiting Kubler-Ross's Five Stages of Grief: Some Comments on the Iphone 5. *Journal of Social Sciences*, 9(1), 11–13. <https://doi.org/10.3844/jssp.2013.11.13>
- Ma, D. M., Hu, W., Wang, Y. H., Luo, Q. (2020). A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 40(1), 25–29. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1587605>

- Mahdy H, Glowacki C, Eruo F.U. (2024) Amniotomy. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470167/>
- Mangesi, L., Hofmeyr, G. J., Smith, V., Smyth, R. M. D. (2015). Fetal movement counting for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004909.pub3>
- Mattar, R., Matheus, E. D., Mendes, E. T. R., Stefano, T., Kobayashi, S., Santana, R. M., Camano, L. (1999). O tratamento da insuficiência istmocervical com pro-trusão de membranas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 21(3), 171–174. <https://doi.org/10.1590/s0100-72031999000300009>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C.; Campos, D. A. (2014). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Moore, E. R., Bergman, N., Gc, A., Medley, N. (2016). Moore ER et al. Early skin-to-skin contact formothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 11. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
- Moura, R., Borges, M., Oliveira, D., Parente, M., Kimmich, N., Mascarenhas, T., Natal, R. (2022). A biomechanical study of the birth position: a natural struggle between mother and fetus. *Biomechanics and Modeling in Mechanobiology*, 21(3), 937–951. <https://doi.org/10.1007/s10237-022-01569-2>
- Moyer, V. A. (2014). Prevention of dental caries in children from birth through age 5 years: US preventive services task force recommendation statement. *Pediatrics*, 133(6), 1102–1111. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-0483>

- Nené, M.; Marques, R.; Batista, M.A. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (1ª ed.) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Neta, J. N., Amorim, M. M., Guendler, J., Delgado, A., Lemos, A., Katz, L. (2022). Vocalization during the second stage of labor to prevent perineal trauma: A randomized controlled trial. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 275, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.06.007>
- New, K. (2019). Evidence-based guidelines for infant bathing. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Neonatal Skin Care Evidence-Based Clinical Practice Guideline.*, 4, 1–4. <https://www.researchreview.co.nz/getmedia/0a9e5190-b8ac-419f-8f44-43b8e5ba8c4b/Educational-Series-Evidence-based-guidelines-for-infant-bathing.pdf.aspx?ext=.pdf>
- Novita, R. V. T., Astuti, N. Y., Susilo, W. (2018). the Effectiveness of “Calming Baby Tips” in Overcoming Crying Babies. *Journal of Maternity Care and Reproductive Health*, 1(2). <https://doi.org/10.36780/jmcrh.v1i2.24>
- Okawa, H., Morokuma, S., Maehara, K., Arata, A., Ohmura, Y., Horinouchi, T., Konishi, Y., Kato, K. (2017). Eye movement activity in normal human fetuses between 24 and 39 weeks of gestation. *PLoS ONE*, 12(7), 1–12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178722>
- Parreira, A.; Marques, R. (2017) *Feridas: Manual de Boas Práticas*. (1ª ed.) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda
- Patyal, N., Kumari, S., Verma, D., Yadav, H., Kaur, J., Kaur, H. (2024). Effectiveness of Sacral Massage on Labor Pain and Satisfaction Among Antenatal Mothers in Active Phase of Labor. *National Journal of Community Medicine*, 15(4), 299–306. <https://doi.org/10.55489/njcm.150420243670>

- Pinto, D. C., Coelho, I. S. F., Lima, C. S., Galvão, C. B., Carvalho, M. S., Lima, A. V. da C., Rosa, J. G. dos S., Costa, A. C. M. da. (2022). Cuidados de enfermagem na hemorragia pós-parto / Nursing care in postpartum hemorrhage. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 40919–40934. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n5-530>
- Prime, D. K., Geddes, D. T., Hepworth, A. R., Trengove, N. J., Hartmann, P. E. (2011). Comparison of the patterns of milk ejection during repeated breast expression sessions in women. *Breastfeeding Medicine*, 6(4), 183–190. <https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0014>
- Ramalho, C.; Moucho, M. (2024) *Protocolos de Medicina Materno-Fetal* (4ª ed.). Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II Série, nº85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Regulamento nº140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento nº743/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, nº184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Rezaei, R., Saatsaz, S., Chan, Y. H., Nia, H. S. (2014). A Comparison of the “Hands-Off” and “Hands-On” Methods to Reduce Perineal Lacerations: A Randomised Clinical Trial. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64(6), 425–429. <https://doi.org/10.1007/s13224-014-0535-2>
- Rezende, J. (2011). *Obstetrícia* (12ª ed.). Guanabara Koogan.
- Ribeiro, S. P., Costa, R. B., Dias, C. P. (2017). Macrossomia Neonatal : Fatores de Risco e Complicações Pós-parto. *Birth and Growth Medical Journal*, XXVI(1), 21–30.

- Rodrigues, S., Silva, P., Rocha, F., Monterroso, L., Silva, J. N., de Sousa, N. Q., Escuriet, R. (2023). Perineal massage and warm compresses – Randomised controlled trial for reduce perineal trauma during labor. *Midwifery*, 124, 103763. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103763>
- Schaub, A. F., Litschgi, M., Hoesli, I., Holzgreve, W., Bleul, U., Geissbühler, V. (2008). Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: A randomized controlled trial on labor facilitation. *Journal of Perinatal Medicine*, 36(2), 129–135. <https://doi.org/10.1515/JPM.2008.024>
- Sequeira, A.; Pousa, O.; Amaral, C.F. (2020) *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. (1ª ed.) Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Smyth, R. M. D., Alldred, S. K., Markham, C. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub3>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2013). Consenso Clínico “*Hipoglicemia neonatal*”. Disponível em: [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia\\_neonatal.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf)
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2014). Consenso Clínico “*Cuidados cutâneos no Recém-Nascido*”. Disponível em: [https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele\\_RN.pdf](https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2014-Pele_RN.pdf)
- Sousa, F. L. L. de, Alves, R. S. S., Leite, A. C., Silva, M. P. B., Veras, C. A., Santos, R. C. A., Freitas, R. G., Silva, V. C. R. da, Siconetto, A. T., Sucupira, K. S. M. B., Silva, L. A. C. da, Santos, S. F. dos, Sousa, S. L. F. de, Galdino, M. A. de M., Fernandes, M. dos S., Silva, D. M. da, Santos, J. R. F. de M., Alencar, V. P., Ferreira, B. R. (2021). Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recém nascido. *Research, Society and Development*, 10(2), e12710211208. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.11208>

- Steen, M., Francisco, A. A. (2019). Bem-estar e saúde mental materna. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(4), III–IVI. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900049>
- Su, Y. H., Su, H. W., Chang, S. L., Tsai, Y. L., Juan, P. K., Tsai, J. F., Lai, H. C. (2023). Involving a Dedicated Epidural-Caring Nurse in Labor Ward Practice Improves Maternal Satisfaction towards Childbirth: A Retrospective Study. *Healthcare (Switzerland)*, 11(15). <https://doi.org/10.3390/healthcare11152181>
- Terry, R. R., Westcott, J., O’Shea, L., Kelly, F. (2006). Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *Journal of the American Osteopathic Association*, 106(4), 199–202.
- Türkmen, H., Çetinkaya, S., Apay, E., Karamüftüoğlu, D., Killıç, H. (2021). The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage of Labor: Randomized Clinical Trial. *Complementary Medicine Research*, 28(1), 23–30. <https://doi.org/10.1159/000507605>
- Vieira, F., Guimarães, J. V., Souza, M. C. S., Sousa, P. M. L., Santos, R. F., Cavalcante, A. M. R. Z. (2018). Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review. In *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 223 (1), pp. 18–25. Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.01.036>
- Vogel, J. P., Chawanpaiboon, S., Moller, A. B., Watananirun, K., Bonet, M., Lumbiganon, P. (2018). The global epidemiology of preterm birth. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 52, 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.04.003>
- WHO (2012). WHO recommendation on Routes of oxytocin haemorrhage after prevention of postpartum administration for the vaginal birth. *Geneva: World Health Organization*. ISBN 9789240013926.

WHO (2018). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. *Geneva: World Health Organization*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO. (2022). *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term*.

Zehner, L., Mai, M., Dückelmann, A. M., Hamza, A., Eckmann-Scholz, C., Maass, N., & Pecks, U. (2023). Intrahepatic cholestasis of pregnancy: an evaluation of obstetric management in German maternity units. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 308(3), 831–838. <https://doi.org/10.1007/s00404-022-06754-3>

## 8. APÊNDICES

### APÊNDICE I – Estratégias de pesquisa utilizadas nas bases de dados

**Quadro 1** - Estratégia de Pesquisa utilizada na base de dados MEDLINE (PubMed) no dia 21 de abril de 2024.

Fonte	Fórmula de Pesquisa	Resultados
#1	"perineal integrity"[Title/Abstract]	30
#2	"parturition"[MeSH Terms]	23,056
#3	"delivery, obstetric"[MeSH Terms]	93,174
#4	"labor stage, second"[MeSH Terms]	1,631
#5	"parturition"[MeSH Terms] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor stage, second"[MeSH Terms]	110,830
#6	("parturition"[MeSH Terms] OR "delivery, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor stage, second"[MeSH Terms]) AND "perineal integrity"[Title/Abstract]	27

**Quadro 2** - Estratégia de Pesquisa utilizada na base de dados CINAHL Complete (via EBSCO) no dia 21 de abril de 2024.

Fonte	Fórmula de Pesquisa	Resultados
#1	"perineal integrity"[Title/Abstract]	28
#2	MH (Labor Stage, Second)	1058
#3	MH (Childbirth)	12382
#4	#3 OR #4	13372
#5	(#3 OR #4) AND #1	14

**Quadro 3** - Estratégia de Pesquisa utilizada na base de dados COCHRANE Library no dia 21 de abril de 2024.

Fonte	Fórmula de Pesquisa	Resultados
#1	"Perineal Integrity"	17
#2	Parturition	850
#3	"Labor Stage, Second"	276
#4	"Delivery, Obstetric"	1873
#5	#2 OR #3 OR #4	2724
#6	#5 AND #1	1

**APÊNDICE II – Quadro de extração de dados**

Título	Autores (Ano)	País	Tipo de Estudo	Objetivo	Amostra	Resultados da fonte da evidência	Conclusão
“A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour”	Dong-Mei Ma, Wen Hu, Ya-Hong Wang & Qiong Luo (2019)	China	Estudo experimental	Perceber o grau de eficácia da técnica moderada de proteção do períneo durante um parto eutócico espontâneo.	31249 mulheres constituem o grupo de controlo, que será submetida à técnica de proteção do períneo tradicional, e 57,056 mulheres aceitaram a realização da técnica moderada de proteção do períneo.	Cerca de 22,9% das mulheres no grupo de intervenção, onde foi aplicada a técnica de proteção moderada, foram submetidas a episiotomia, e o mesmo aconteceu a cerca de 32,2% das mulheres incluídas no grupo de controlo. A integridade do períneo e a satisfação da mulher foi verificada em maior percentagem no grupo de intervenção, e foi menor no que toca ao trauma perineal e à hemorragia pós-parto neste grupo do que no grupo de controlo. Os resultados obtidos também permitiram perceber que o grupo de intervenção apresentava menor score de dor perineal, dias de internamento, e retenção urinária e incontinência pós-parto.	A técnica moderada de proteção do períneo é eficaz e segura, reduz a taxa de episiotomia, aumenta a taxa de integridade do períneo e satisfação materna, e melhora a taxa do desfecho neonatal.
“Efficacy of warm compresses in preserving perineal integrity and decreasing pain during normal labor:	Hammad Fadlalloh, Mohammed A. Abdelmalik, Huda K.H. Masaad,	Sudão e Arábia Saudita	Revisão Sistemática e Meta-Análise	Verificar a eficácia do uso de compressas com água quente na preservação	Mulheres cujo parto foi por via vaginal de bebé único em apresentação cefálica.	Os 13 estudos analisados revelaram que o uso de compressas com água aquecida diminuía a percentagem de episiotomias, o grau de laceração perineal e de lacerações que requerem sutura, confirmados pelas conclusões obtidas de Magoga et al., Hastings-Tolsma et al., e Mohamed et al. Estes	A aplicação de calor perineal com recurso a compressas diminui a prevalência de episiotomias, lacerações de 3º e 4º graus e lacerações perineais que requerem sutura, recomendando o seu uso.

<p>A systematic review and meta-Analysis”</p>	<p>Adel M. Abdalla, Mohammaed O. Mohammaed, Ibrahim Abbakr, Almoez M. Mohammed, Abdalrahman A.Saeed, Mohamed A. Beraima, Bin-yameen M. Sambu, Abdalla MA. Osman, Amal M.Elhusein, Mohammed Habiballa, Huda Yousef, Hawa</p>			<p>ção da integridade do períneo em mulheres com partos eutócicos cuja de bebé único em apresentação cefálica.</p>		<p>podem ser explicados pela vasodilatação causada pela temperatura das compressas embebidas em água aquecida, que modulam os mediadores inflamatórios e diminuem o estímulo de dor causado pelo estiramento dos músculos e pele do períneo devido à progressão da descida da apresentação e isquemia local causada pela tensão e espasmos musculares. Além disto, diminuía o desconforto ao toque na zona e diminui a presença de edema e hematoma. Dahlen et al. concluiu que esta técnica não provoca efeitos adversos e é economicamente acessível, além de que reduz o risco de trauma perineal severo, resultados são reforçados pelas recomendações da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sobre a aplicação de calor perineal durante o segundo estadio de trabalho de parto. No entanto, Aashiem et al. concluíram não haver diferença no seu uso no que toca a integridade de períneo, lacerações perineais de 1º e 2º graus e ainda aquelas que requerem sutura. No entanto, referem ocorrer uma diminuição de lacerações grau superior com recurso a essa técnica. A avaliação da dor durante o trabalho de parto foi também avaliada neste</p>	<p>Deverão ser realizados mais estudos para estratificar melhor a técnica.</p>
---	---	--	--	--	--	--	--

	Hamid, Anwar Ali, Nasrelde en Ahmed, Amel Banaga e Rasha Omer (2023)					estudo, que foi significativamente menor, verificado nos estudos de Essa <i>et al.</i> , Ibrahim <i>et al.</i> , Mamuk and Gençalp <i>et al.</i> e Dahlen et al. No estudo de Gaheen <i>et al.</i> não foram verificadas nenhuma diferença significativa. Os resultados obtidos poderão ser explicados pela diminuição da intensidade da dor relacionada com a realização da técnica durante o segundo estadio de trabalho de parto. Além disso, o facto da estimulação do toque, em conjunto com a temperatura, cria uma experiência agradável aquando da aplicação. Estas competem com os estímulos de dor que são rececionados na medula e resulta numa sensação menor de dor. Pode também ser explicado pela produção de endorfinas aquando da aplicação das compressas com água aquecida.	
“Getting Through Birth In One Piece: Protecting the Perineum”	Hastings-Tolsma, M.; Vincent, D.; Emeis, C.; Francisco, T.	EUA	Estudo Descritivo	Descrever as características das mulheres que sofriam trauma perineal resultante	A amostra compreende 510 mulheres saudáveis de termo (entre as 37 e 42 semanas de gestação) com uma gravidez única e que realizaram preparação para o	Cerca de metade das mulheres incluídas no estudo sofreram lacerações perineais, 10% foram submetidas a episiotomia. As primigestas são mais suscetíveis a ter uma laceração perineal quanto mais avançada for a sua idade e as múltiparas apresentam menor probabilidade de contraírem lacerações. Quer o estudo realizado, quer o estudo de Albers et al. (1996)	É fundamental a preparação dos profissionais de saúde para transmissão de conhecimento e capacidade às grávidas, fornecendo informação sobre o uso de opiáceos endovenosos/intramusculares, a adoção de posiciona-

				de episiotomia e/ou laceração espontânea durante o parto, detalhar os traços clínicos que aumentam a probabilidade de períneo íntegro no pós-parto e comparar as conclusões com as obtidas no estudo de Albers et al. (1996).	parto e parentalidade.	concluíram que o posicionamento lateral para o parto tinha um efeito protetor do períneo, sendo importante dotar os enfermeiros de conhecimento e capacidade para utilizar esta prática de forma segura e transmitir às parturientes. O estudo concluiu também que a aplicação de compressas com água aquecida durante o segundo estagio do parto era protetor do períneo, que coincide com o estudo de Albers et al. (1996) mas contraditório com outras conclusões encontradas em outros estudos analisados. A realização de episiotomia era menos provável quando eram aplicadas medidas de promoção de integridade do períneo, tal como as acima descritas, a técnica <i>hands-on</i> ou <i>hands-off</i> e a massagem perineal no segundo estagio de trabalho de parto, e ainda a massagem perineal no período pré-natal. No entanto, a técnica <i>hands-off</i> verificou ser mais vantajosa pois apresenta menor percentagem de lacerações perineais e episiotomia. Concluiu-se ser necessário maior aprofundamento.	mentos laterais no segundo estagio do parto, a técnica <i>hands-on</i> e a massagem perineal, relacionando estas estratégias com a promoção de períneos íntegros. Isto permitirá diminuir a taxa de episiotomias e de lacerações perineais graves, principalmente em mulheres mais suscetíveis à ocorrência de trauma perineal.
"Obstetric gel shortens second stage of labor and	Schaub, A.F.; Litschgi, M.;	Suíça	Estudo Experimental	Determinar se o gel obstétrico	Foram selecionadas 251 primíparas com gravidez única de termo	Dos 228 casos elegíveis, foram analisados 183 casos. O uso do gel obstétrico reduziu a percentagem de lacer	O uso sistemático de gel obstétrico no parto vaginal mostrou efeitos

<p>prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation”</p>	<p>Hoesli, I.; Holzgreve, W.; Bleul, U.; Geissbühler, V. (2008)</p>			<p>trico diminui o segundo estadio de trabalho de parto e exerce um efeito protetor no períneo.</p>	<p>em apresentação cefálica, 228 era elegíveis para o estudo e foram distribuídas em 2 grupos: Grupo A – não submetidas a aplicação de gel obstétrico; Grupo B – submetidas a aplicação de gel obstétrico.</p>	<p>rações perineais e mostrou um aumento significativo da integridade perineal. Os resultados não mostraram uma mudança significativa no desfecho de parâmetros secundários, tais como a taxa de instrumentalização e desfechos maternos e neonatais. Não foram observados efeitos secundários no uso do gel obstétrico.</p>	<p>significativos na integridade perineal. Para investigar mais profundamente o impacto do gel obstétrico nos desfechos de parâmetros secundários, estudos clínicos de uma maior dimensão terão de ser levados a cabo.</p>
<p>“Postpartum Outcomes in Supine Delivery by Physicians vs Non-supine Delivery by Midwives”</p>	<p>Terry, R.R.; Westcott, J.; O’Shea, L.; Kelly, F. (2006)</p>	<p>EUA</p>	<p>Estudo Experimental</p>	<p>Comparar desfechos maternos e neonatais resultantes do uso de posições supinas e não supinas mantidas durante o segundo estadio de trabalho de parto.</p>	<p>198 partos em dois hospitais entre junho de 1997 e outubro de 1998, de gravidezes de baixo risco, dos quais 100 adotaram posições supinas e 98 usaram posições não supinas (sentada, de quatro apoios e de cócoras).</p>	<p>Foi observada uma diferença significativa no que toca à integridade perineal entre os grupos, onde o grupo que utilizou posições não supinas apresentou maior taxa de períneo íntegro e lacerações perineais de menor grau. Em contrapartida, o grupo que adotou posições supinas para o período expulsivo apresentou maior percentagem de lacerações de maior grau, no entanto, nenhuma mulher apresentou laceração de quarto grau. No que concerne ao edema vulvar, verificou-se que as mulheres do grupo de posições supinas apresentaram edema vulvar e um edema mais significativo que as que constituíram o grupo de posições não supinas. No</p>	<p>As mulheres devem ser encorajadas a adotar posições não supinas durante o trabalho de parto, pois se verificam seguras e sem risco para a mãe ou para o bebé e é uma estratégia promotora de integridade perineal durante o parto. É necessário investigação adicional para criação de instrumentos de avaliação das posições no parto, melhorar as práticas ideais para o trabalho de parto e definir</p>

						que toca à perda sanguínea, as mulheres cujos partos foram em posição não supinas tiveram uma perda estimada menor que aquelas que adotaram posições supinas.	a influência da formação dos profissionais de saúde para os desfechos maternos e neonatais.
“Preventing perineal trauma during childbirth: A systematic review”	Eason, E.; Labrecque, M.; Wells, G.; Feldman, P. (2000)	Canadá	Revisão Sistemática e Meta-Análise	Revisão sistemática de técnicas propostas para prevenir trauma perineal durante o trabalho de parto e meta-análise da evidência da sua eficácia através de estudos randomizados controlados.	Intervenções realizadas por profissionais de saúde que pudessem resultar em trauma perineal em parto vaginal e desfechos de interesse.	A episiotomia seletiva reduziu a percentagem de trauma perineal que requeria sutura. A episiotomia por rotina não preveniu lacerações no esfíncter anal, confirmado pelo estudo de Klein et al., onde 46 das 47 mulheres com lacerações do esfíncter anal foram alvo de episiotomia. A episiotomia mediana aumentava o risco de laceração do esfíncter anal, comprovado nos estudos de Coats et al., Klein et al. e Legino et al. Os oito estudos analisados em relação ao parto, permitiu concluir que o parto instrumentalizado aumentava a probabilidade e intensidade das lacerações perineais, tal como averiguado por Yancev et al., e que era maior em partos distócicos por fórceps. Não foi encontrada nenhuma evidência sobre a massagem perineal durante o segundo estadio de trabalho de parto. Foi também analisado os efeitos das posições verticais com dispositivos (banco de parto, almofadas, banco	A análise permitiu concluir que evitar a episiotomia protegeu a integridade perineal e como medida de prevenção de trauma perineal, encontra-se a massagem perineal pré-parto. Partos instrumentalizados com fórceps aumentam a probabilidade de lacerações de 3º e 4º graus, quando comparados com partos distócicos por ventosa ou partos eutócicos. As posições verticalizadas não apresentaram influência no trauma perineal. Não há evidência que confirme ou refute que a massagem perineal no segundo estadio do trabalho de parto seja benéfica ou prejudicial.

						<p>baixo) versus posições deitadas (supina ou lateral) no períneo, e resultou numa menor probabilidade de sofrer episiotomia aquando adoção de posição vertical no parto. No entanto, estas apresentaram maior percentagem de lacerações perineais que necessitaram de sutura. No que toca à hidroterapia, no estudo analisado, os partos em água foram menos intervencionados e, como tal, foi menor grau de laceração perineal.</p> <p>No que concerne à apresentação fetal e à progressão do feto no canal de parto, McCandlish et al. relatou a intervenção <i>hands-on</i> e a intervenção <i>hands-off</i> que, em comparação, verificou que apenas apresentam diferenças na intensidade da dor pós-parto. Não foram encontrados estudos sobre aplicações de géis lubrificantes ou compressas quentes na zona perineal, ainda que sejam recomendados. Finalmente, os autores verificaram que o “puxo” dirigido e/ou comandado por terceiros não aumenta o risco de trauma perineal, não sendo conclusiva a revisão neste parâmetro em particular.</p>	<p>É necessário maior investigação nesta área, nomeadamente sobre as técnicas de flexão da cabeça do feto e perceber o impacto sobre a zona perineal, as técnicas de “puxo” e as estratégias de aplicação direta no períneo como compressas humedecidas com água aquecida e aplicação de gel obstétrico.</p>
“Ensayo clínico contro-	Delgado-García, B.E.;	Espanha	Estudo Experimental	Determinar os efeitos do	58 grávidas entre os 18 e os 35 anos, primíparas,	No grupo de intervenção, verificou-se uma maior percentagem de mulheres com períneo íntegro, e uma menor	O uso de bolas de parto é uma intervenção se-

lado y aleatorizado para determinar los efectos del uso de pelotas de parto durante el trabajo de parto”	Orts-Cortés, M.I.; Poveda-Bernabeu, A.; Caballero-Pérez, P. (2011)			uso da bola de parto durante o trabalho de parto em relação ao tempo do primeiro e segundo estadios de trabalho de parto, a integridade perineal, a perceção da intensidade da dor e a segurança.	com gravidez termo de feto único em apresentação cefálica e gestação vigiada. 34 grávidas compõem o grupo de intervenção e 24 constituem o grupo de controlo, escolhidas de forma aleatória.	percentagem de realização de episiotomia quando comparado com o grupo de controlo. Em ambos os grupos não ocorreram lacerações de terceiro ou quarto graus. Não foram encontrados estudos experimentais com os quais fosse possível realizar comparação de resultados.	gura e aumenta a percentagem de integridade perineal. No entanto, a amostra utilizada é muito reduzida, pelo que futuramente deverá ser utilizada uma amostra maior para que se chegue a conclusões mais definitivas, e se consigam avaliar outras variantes da utilização da bola de parto.
“Reducing perineal trauma through perineal massage with vaseline in	Geranmayeh, M.; Habibabadi, Z.R.; Fallahkish, B.; Farahani,	Irão	Estudo Experimental	Investigar os efeitos da massagem perineal com vaselina na incidência	90 mulheres primíparas entre os 18 e os 30 anos, divididas em grupo de controlo e grupo de intervenção, idade gestacional entre	No grupo de intervenção, verificou-se maior percentagem de períneo íntegro. Em ambos os grupos não ocorreram lacerações de terceiro e quarto graus. A massagem perineal aparenta diminuir a necessidade de episiotomia e aumentar a percentagem de lacerações de primeiro e segundo graus. Os	A massagem perineal com vaselina no segundo estadio do parto aumenta a integridade do períneo e reduz a percentagem de lacerações perineais. Assim sendo, este método

<p>second stage of labor”</p>	<p>M.A.; Khakbazan, Z.; Mehran, A. (2011)</p>			<p>do trauma perineal e na percentagem de episiotomias e lacerações perineais.</p>	<p>as 38 e 42 semanas, com critérios para parto vaginal, inexistência de cicatrizes perineais que possam interferir com a massagem perineal ou com os efeitos da vaselina.</p>	<p>resultados dos estudos não mostram qualquer efeito da massagem perineal na redução da taxa de integridade perineal. No entanto, verifica-se que é inofensivo, sendo sugerido que os EEESMO escolham com critério o momento apropriado para a sua utilização, com base na sua experiência, nas condições de prestação de cuidados e no conforto da mulher.</p>	<p>é recomendado como uma maneira eficaz para manter a integridade do períneo durante o parto e recomendamos que investigação adicional seja realizada.</p>
<p>“Scientific evidence on perineal trauma during labor: Integrative review”</p>	<p>Vieira, F.; Guimarães, J.V.; Souza, M.C.S.; Sousa, P.M.L.; Santos, R.F.; Cavalcante, A.M.R.Z. (2018)</p>	<p>Brasil</p>	<p>Revisão Integrativa</p>	<p>Avaliar a evidência científica no que toca à gestão e preservação da integridade perineal durante o período expulsivo.</p>	<p>Foram obtidos 153 artigos a partir da pesquisa realizada em 3 bases de dados (137 na MEDLINE, 12 na LILACS e 4 na BDENF). 57 artigos foram pré-selecionados após aplicação dos critérios de inclusão, e após leitura integral, foram excluídos 47 artigos, resultando numa amostra de 10 artigos para a revisão.</p>	<p>A massagem perineal com vaselina a partir dos 8 cm de dilatação diminuí a probabilidade de laceração perineal, e consequentemente, o uso de episiotomia, levando a uma menor necessidade de correção deste tipo de traumas perineais. No entanto, mais de 50% das mulheres no estudo foram submetidas a episiotomia e foi baixa a taxa de integridade perineal. Em contrapartida, um dos estudos analisados verificou que a massagem perineal com recurso a óleos não apresentava benefícios ao nível da integridade perineal, concluindo não haver diferenças entre o grupo de controlo e grupo de intervenção em todas as variáveis. No que toca ao apoio perineal durante o período expulsivo com o recurso às mãos, foi analisado o <i>hands-on</i> em re-</p>	<p>A estratégia <i>hands-on</i> é uma intervenção que aparenta ser favorável à integridade do períneo, e pode reduzir a prevalência de lacerações perineais de maior grau. No entanto, a massagem perineal durante o segundo estágio de trabalho de parto não apresenta efeitos benéficos para o períneo. Ainda, a injeção de <i>Hialuronidase</i> aparenta ter efeitos positivos na integridade perineal, no entanto, necessita de mais investigação.</p>

						<p>lação ao <i>hands-off/poised</i> em dois estudos resultante da pesquisa realizada. Na análise, verificou-se que não existe diferença no que toca à integridade do períneo entre as duas técnicas. No entanto, verificou-se que a técnica <i>hands-on</i> previne a ocorrência de lacerações de terceiro e quarto graus, sendo recomendado o seu uso. No que concerne à injeção de <i>hialuronidase</i>, esta apenas foi verificada num estudo. O grupo de intervenção no estudo apresentou uma menor taxa de lacerações perineais, não sendo possível analisar as outras variáveis por não serem avaliadas no estudo. Os resultados obtidos não são suficientes para recomendar o seu uso.</p>	
<p>“The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage of Labor: Randomized Clinical Trial”</p>	<p>Türkmen, H.; Çetinkaya, S.; Apay, E.; Karamüftüoğlu, D.; Kılıç, H. (2020)</p>	<p>Turquia</p>	<p>Estudo Experimental</p>	<p>Determinar o efeito da aplicação de calor na zona perineal no que toca à dor perineal e a integridade perineal no segundo</p>	<p>100 primíparas, das quais a 50 foi aplicado calor perineal (grupo de intervenção) e 50 que não foi aplicada esta estratégia (grupo de controlo). A aplicação de calor no grupo de intervenção foi com recurso a</p>	<p>Em relação à integridade do períneo, foi significativamente mais alta no grupo de intervenção e foi verificada uma maior taxa de lacerações perineais neste grupo. No entanto, a grande maioria foram classificadas de laceração perineal de primeiro grau, e como tal, foi menor a taxa daquelas que requereram sutura. No grupo de controlo, verificou-se maior taxa de episiotomias e como tal, maior necessidade de correção com sutura deste tipo de trauma perineal.</p>	<p>A aplicação de calor na zona perineal com recurso a água aquecida durante o segundo estágio de parto aumentou a percentagem de integridade perineal no grupo analisado. Assim, pode dizer-se que esta estratégia pode ser utilizada na prática clínica dos EEESMO para promoção de uma experiência positiva no</p>

				estadio de trabalho de parto e conforto pós-parto.	água quente durante o segundo estadio de trabalho de parto.		parto, promovendo conforto. É necessário aprofundamento do tema para melhor perceber os efeitos da técnica nos parâmetros avaliados.
“The Effects of Upright Positions in the Second Stage of Labor on Perineal Trauma and Infant Health: A Systematic Review and Meta-Analysis”	Kurnaz, D.; Balacan, Z.; Karacam, Z. (2022)	Turquia	Revisão Sistemática e Meta-Análise	Determinar os efeitos das posições verticalizadas em relação ao trauma perineal e à saúde do recém-nascido, baseado em estudos primários sobre posições de parto usados no segundo estadio	Resultado inicial de 19704 artigos pesquisados nas bases de dados PubMed, Ulusal Tez Merkezi, DerigiPark, Ulakbim, MEDLINE, Cochrane e EBSCO, e 3 de outros. Foram excluídos os duplicados e por leitura do título e resumo, resultando em 169 artigos. Após a leitura integral dos artigos, foram incluídos na revisão 16 artigos.	As posições verticalizadas não afetam a integridade do períneo. No entanto, outros estudos relataram falta de relação entre as posições verticalizadas e a integridade do períneo. Nesta meta-análise, as posições verticalizadas reduzem a probabilidade de realização de episiotomia, tal como reportado em outras meta-análises. No entanto, no estudo de Schirmer et al., verificou-se que estas posições aumentam a taxa de episiotomia. Esta revisão também verificou que a frequência de lacerações de primeiro grau nas posições verticalizadas aumentam, no entanto nas lacerações de grau superior não apresenta impacto, facto também averiguado por Deliktaş and Kukulcu e outro estudo analisado pelos autores da revisão. No entanto, uma revisão sistemática da Cochrane realizada em 2017, verificou que as posições verticalizadas reduzem o risco de laceração de segundo grau. Esta diferença poderá	Posições verticalizadas durante o parto diminuem a possibilidade de realização de episiotomia, aumentam a probabilidade de laceração perineal de primeiro grau. É recomendado que as mulheres no segundo estadio de trabalho de parto escolham a posição em que pretendem parir e se estas não fizerem uma escolha informada, devem ser evitadas as posições supinas, sendo necessária mais formação para os EEESMO e o desenvolvimento de políticas para informar as mulheres das diferentes posições durante o parto. É tam-

				de trabalho de parto.		dever-se às práticas aplicadas pelos EEESMO na progressão da descida da apresentação e posterior nascimento da cabeça do bebé. Neste estudo, foi relatado que as posições verticalizadas não têm qualquer efeito no desenvolvimento de lacerações de terceiro e quarto graus ou traumatismo do esfíncter anal, que é compatível com resultados de outros estudos. Elvander et al. reportaram resultados diferentes, relatando que, no seu estudo, eram as posições horizontais que aumentavam parcialmente as lacerações de terceiro e quarto graus e traumatismos do esfíncter anal. Identificaram como fatores para trauma perineal profundo um perímetro cefálico acima da média, edema vulvar, rigidez perineal, presença fúndica, primeiro parto, uso de anestesia regional, a variedade fetal e o peso do recém-nascido. Com base nestes resultados, é necessário realizar mais estudos para admitir com certeza os fatores que poderão causar trauma perineal.	bém importante continuar a aprofundar o conhecimento através de estudos para validar os efeitos das posições de parto na saúde materna e fetal, na integridade perineal, e na preferência e satisfação destas mulheres. Os EEESMO devem ter em conta a recomendação da OMS (2018) publicadas nas sua <i>guidelines</i> para os cuidados durante o parto, que enfatiza um parto respeitador, reiterando que as mulheres devem de ser encorajadas a adotar diferentes posições durante o segundo estadio de trabalho de parto de acordo com a sua preferência, incluindo as posições verticalizadas.
"The impact of obstetric gel on the second stage of labor and	Ashwal, E.; Aviram, A.; Wertheimer, A.;	Israel	Estudo Experimental	Investigar a segurança, aplicabilidade e	200 mulheres entre os 18 e os 40 anos, com consentimento assinado, intenção	Em relação à integridade perineal, o grupo de controlo ou grupo A apresentou maior taxa de lacerações perineais de segundo grau e de episiotomias em relação ao grupo de investigação	O uso sistemático do gel obstétrico <i>Dianatal</i> ® durante um parto eutócico é seguro. Não ficaram demonstrados

<p>perineal integrity: a randomized controlled trial”</p>	<p>Krispin, E.; Kaplan, B.; Hiersch, L. (2015)</p>			<p>impacto do gel obstétrico <i>Dianatal</i>® no segundo estadio do trabalho de parto.</p>	<p>de parto vaginal, gravidez única de termo de feto em apresentação cefálica, com dilatação à admissão de menos de 4cm, que pretendiam ter o seu parto em hospital terceiro.</p> <p>Foram divididas em dois grupos: o grupo A, ou grupo de controlo, constituído por 100 mulheres, cujos cuidados realizados foram os habitualmente instituídos, e o grupo B, ou grupo de intervenção, constituído por 100 mulheres, cujos cuidados instituídos foram os habituais com a adição da aplicação do gel obstétrico <i>Dianatal</i>®.</p>	<p>ou grupo B. No geral, a percentagem de lacerações perineais não variou entre os dois grupos e não foram registadas lacerações perineais de 3º ou 4º graus. No que toca à segurança do procedimento, este verificou-se ser seguro por não se ter registado nenhuma reação adversa ou anafilática no dia nem nos dois dias seguintes ao uso do gel obstétrico e o mesmo não afetou negativamente nos partos que resultaram em cesariana ou foram instrumentados.</p>	<p>os efeitos para a proteção do períneo, provavelmente devido à amostra utilizada. Recomendam o uso de uma amostra mais significativa para posteriores estudos.</p>
---	--	--	--	--	---	---	--

<p>Use of Hyaluronidase to Prevent Perineal Trauma During Spontaneous Births: A Randomized, Placebo-Controlled, Double-blind, Clinical Trial</p>	<p>Colacioppo, P.M.; Riesco, M.L.G.; Koiffman, M.D. (2011)</p>	<p>Brasil</p>	<p>Ensaio Clínico Aleatório, Duplamente Cego e Controlado</p>	<p>Comparar a frequência e severidade do trauma perineal durante o parto eutócico espontâneo com ou sem injeções perineais de <i>Hialuronidase</i></p>	<p>160 mulheres, divididas em dois grupos, com mais de 18 anos, primigestas com gravidez única de termo e feto vivo em apresentação cefálica com dilatação de 8 ou mais cm à admissão no bloco de partos, em parto espontâneo sem analgesia epidural. 80 mulheres ficaram no grupo de controlo, submetido a uma injeção perineal placebo, e 80 mulheres no grupo de intervenção, com administração de injeção perineal de <i>Hialuronidase</i>.</p>	<p>Foi verificado uma taxa de integridade perineal ligeiramente maior no grupo de intervenção do que no grupo de controlo, o que se aplica também à percentagem de trauma perineal e ao número de lacerações perineais de terceiro grau. No entanto, verificaram-se um maior número de lacerações de primeiro grau no grupo de intervenção. Quando a mulher adotava uma estratégia de “puxos” espontâneos no segundo estadio de trabalho de parto, a percentagem de integridade perineal era superior à inicialmente verificada, e quando foi adotada a técnica de puxos dirigidos, observou-se que a proporção de trauma perineal severo foi inferior nas mulheres do grupo de intervenção. Em ambos os grupos se verificou a presença de edema perineal na mesma proporção, no entanto, aquelas submetidas ao injetável de <i>Hialuronidase</i>, viu o seu edema reduzir muito significativamente até dois dias após o parto.</p>	<p>O estudo conclui que não se verificou um aumento da integridade perineal nem uma redução da percentagem de trauma perineal pela injeção de <i>Hialuronidase</i> no períneo, não se verificando a hipótese inicialmente levantada no início deste estudo.</p>
<p>“Vocalization during the second stage of labor to</p>	<p>Neta, J.N.; Amorim, M.M.;</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo Experimental</p>	<p>Comparar a frequência e o grau de laceração</p>	<p>Selecionadas 40 divididas em dois grupos: o grupo de controlo, constituído por</p>	<p>No grupo de intervenção com o uso da intervenção vocalização, verificou-se apenas lacerações perineais de até segundo grau. No grupo de con-</p>	<p>O estudo conclui que a técnica de vocalização aplicada em centros de parto natural e em cuidados prestados por</p>

<p>prevent perineal trauma: A randomized controlled trial”</p>	<p>Guendler, J.; Delgado, A.; Lemos, A.; Katz, L. (2022)</p>			<p>perineal no parto vaginal, com e sem o uso da técnica da vocalização durante o segundo estadio de trabalho de parto.</p>	<p>20 mulheres; e o grupo de intervenção, constituído por 20 mulheres, com a aplicação da técnica. Mulheres com idade gestacional entre as 37 e as 42 semanas, que deram entrada no bloco de partos em fase ativa de trabalho de parto, até 8 cm de dilatação cervical com feto em apresentação cefálica.</p>	<p>trol, verificaram-se lacerações perineais na maioria das mulheres e com maior grau de profundidade. Não se averiguaram lacerações de quarto grau. Verificaram-se maior percentagem de lacerações de maior grau e maior profundidade no grupo de controlo. Não se verificaram outras lesões graves decorrentes do parto nas mulheres do grupo de intervenção e apenas três mulheres registaram lacerações perineais de terceiro grau.</p>	<p>EEESMOs, esta apresenta um impacto significativo no grau da laceração perineal que a mulher sofre no parto, e além disso no tipo de laceração e promove maior satisfação nas mulheres. Necessário desenvolver mais estudos neste âmbito.</p>
--	--	--	--	---	---	---	---