ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido após cesariana

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Ana Rita Gonçalves Peixoto

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

CONTACTO PELE COM PELE ENTRE O PAI E O RECÉM-NASCIDO APÓS CESARIANA: Relatório de estágio de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

SKIN-TO-SKIN CONTACT WITH FATHER AND THE NEWBORN AFTER CESAREAN SECTION: Internship report for the development of specialized clinical skills in the area of Maternal Health and Obstetric Nursing

Relatório de estágio de natureza profissional oorientado pela Professora Doutora Alexandrina Cardoso e coorientado pela Mestre Clara Ramos.

Porto, 2024

DEDICATÓRIA

A DEUS, O MEU ORIENTADOR DA VIDA.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todos aqueles que permitiram que o culminar deste percurso fosse possível.

A todas as mulheres, pessoas significativas, famílias e recém-nascidos que contribuíram para o meu processo de aprendizagem.

À Professora Doutora Alexandrina, por ser sempre fonte de incentivo, coragem e serenidade. Por não nos deixar cair em desânimo, pela motivação e acima de tudo por marcar o nosso coração de uma forma tão significativa e sublime.

Aos professores, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela disponibilidade, partilha de conhecimentos e acompanhamento ao longo do meu percurso formativo.

Aos enfermeiros cooperantes, com quem partilhei muitas horas de estágio e com os quais aprendi muito, em especial ao EEESMO Francisco, à EEESMO Clara, à EEESMO Vera, à EEESMO Raquel, à EEESMO Sandra, à EEESMO Paula, à EEESMO Graça e à EEESMO Antónia. Agradeço de coração a disponibilidade, a compreensão e a amizade. Encontrei em cada um de vós características que são uma referência daquilo que quero ser enquanto futura EEESMO.

Aos meus colegas de trabalho, pelo apoio, por me facilitarem dias e trocas de turnos constantes e ainda pelo incentivo nos momentos mais difíceis.

À Ana, pela paciência, pela ajuda e pela disponibilidade ao longo destes dois anos.

Às colegas de curso, que se tornaram amigas ao longo desta caminhada, pela partilha de momentos incríveis ao longo deste percurso académico, pelos desabafos, pelos sorrisos, pelo apoio. Sem dúvida que convosco o caminho tornou-se mais leve.

Aos meus amigos, pela compreensão das ausências, pela motivação e incentivo nos momentos menos bons. Por último agradecer aos pilares da minha vida.

À Paula, a irmã que sempre quis e sonhei ter. Por seres tal como és, pelo incentivo, pela disponibilidade na leitura integral, por tudo.

À minha família, avós, sogros, tios, primos, afilhados, Dani - obrigada por compreenderem as faltas e por me apoiarem sempre nas minhas decisões. Para vocês não existem palavras.

À minha estrelinha, por ser a luz que guia a minha vida, o meu farol. Sei que nunca me abandonas. Sei e sinto-o, querida avó.

Aos meus pais, por serem o meu maior exemplo de educação, dedicação e por me ensinarem a lutar sempre pelos meus objetivos. Nunca encontrarei palavras para descrever o que sois em mim e na minha vida. Obrigada por serem âncora nesta viagem.

Ao meu Micael, o companheiro de todas as horas, por ser o meu ombro amigo, por acreditar em mim e por me levantar nos momentos mais difíceis. Obrigada por estares sempre comigo e me apoiares neste desafio, pela resiliência, pela paciência, por seres o meu maior suporte neste desafio da minha vida. Esta conquista é também tua e a minha maior sorte é ter-te como companheiro da minha vida. Tens sido o mastro da minha vida. Acredita que és o meu maior exemplo de amor.

A Deus, o leme da minha vida. O meu orientador da vida.

Grata por saber que tenho pessoas tão incríveis na minha vida.

RESUMO

O Relatório de Estágio de Natureza Profissional descrito reflete um percurso crucial no contexto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, expondo o processo como uma etapa central na consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. O estágio, decorreu num hospital geral e diferenciado entre 13 de setembo e 28 de junho e possibilitou o aprofundamento do conhecimento teórico e aquisições de capacidades técnico-práticas em três áreas centrais: Gravidez com Complicações, Trabalho de Parto e Puerpério.

A realização deste relatório visa a descrição e análise de forma a ilustrar o desenvolvimento das competências específicas descritas no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros. A reflexão crítica sobre as experiências descritas é uma parte essencial neste documento, que permitiu uma análise cuidadosa da interligação entre teoria e prática e da capacidade de resolução de problemas em diversas situações.

Neste relatório é também explanado uma aproximação de investigação na integração do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido após cesariana, um tema que tem merecido uma crescente atenção na literatura, sobretudo pela sua relevância na promoção da ligação pai-filho bem como nos efeitos de estabilidade hemodinâmica do recém-nascido. A revisão integrativa de literatura desenvolvida reforça por um lado a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na promoção do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido quando a mãe não está disponível e, por outro lado, destaca a relevância da investigação contínua para sustentar e potenciar a qualidade dos cuidados prestados.

O relatório reflete, assim, um contributo primordial para a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica sublinhando a importância da prática clínica e na capacidade de interligação entre a teoria e a prática.

Palavras-chave: Contacto pele com pele; Pai; Recém-nascido; Cesariana

ABSTRACT

The Professional Internship Report described reflects a crucial journey within the context of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, highlighting the process as a central stage in consolidating the specific competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. The internship took place in a general and specialized hospital between September 13th and June 28th, and allowed for the deepening of theoretical knowledge and the acquisition of technical-practical skills in three key areas: pregnancy complications, Labor and Delivery, and Postpartum Care.

The purpose of this report is to describe and analyze the development of the specific competencies outlined in the Competency Regulation for Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing, as established by the Portuguese Order of Nurses. Critical reflection on the experiences described is an essential part of this document, enabling a careful analysis of the interconnection between theory and practice, as well as problem-solving abilities in various situations.

This report also explores an investigative approach to the integration of skin-to-skin contact between the father and the newborn after a cesarean section, a topic that has received increasing attention in the literature, particularly due to its relevance in promoting the father-child bond and its effects on the newborn's hemodynamic stability. The integrative literature review conducted reinforces, on one hand, the importance of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in promoting skin-to-skin contact between the father and newborn when the mother is unavailable, and on the other hand, highlights the relevance of continuous research to support and enhance the quality of care provided.

Thus, this report represents a fundamental contribution to the acquisition of specific competencies for the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, emphasizing the importance of clinical practice and the ability to link theory and practice.

Keywords: Skin-to-skin contact; Father; Newborn; Cesarean section.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTG – Cardiotocografia

DGS - Direção Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FIGO - International Federation of Gynaecology and Obstetrics

HPP - Hemorragia pós-parto

IA – Índice de Apgar

MCESMO – Mesa Colégio Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

MMF - Medicina Materno-Fetal

OE - Ordem dos Enfermeiros

ODA - Occipito Direita Anterior

OEA - Occipito Esquerda Anterior

OMS - Organização Mundial de Saúde

SUGO - Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 11

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO 14

2.1 Serviço de Medicina Materno-Fetal 14

2.2 Serviço de Sala de Partos 15

2.3 Serviço de Puerpério 18

3. CUIDAR DA MULHER COM UMA A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.. 21

3.1. Expectativas e Desafios: A Experiência da Metrorragia no 3.º Trimestre *21*

4. CUIDAR DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO 29

4.1. Uma caminhada interior com a bola: uso das estratégias facilitadoras na progressão do Trabalho de Parto 29

4.2. Promover a autoeficácia da mulher durante o período expulsivo 44

4.3. Intervenção do EEESMO numa situação de emergências obstétricas 53

64.4. Contactar para amamentar: O papel do contacto pele com pele na amamentação 66

5. CUIDAR DA MULHER E RECÉM-NASCIDO DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO 74

5.1. Promoção da ligação pai-filho: desenvolvimento de competências parentais no pós-parto 74

6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO 85

6.1. Enquadramento teórico 85

6.2. Metodologia 88

6.3. Análise e Discussão dos Resultados 91

6.4. Resposta à questão de investigação..... 102

7. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..... 103

8. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS..... 105

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 108

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos 91

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Conceção de cuidados de grávida com diagnóstico de placenta prévia……..24

Quadro 2 – Conceção de Cuidados: Uma caminhada interior com a bola: uso das estratégias facilitadoras na progressão do Trabalho de Parto……..35

Quadro 3 - Conceção de cuidados – Promover a autoeficácia da mulher durante o período expulsivo……...48

Quadro 4 - Conceção de Cuidados: Intervenção do EEESMO numa situação de emergências obstétricas…….56

Quadro 5 - Conceção de Cuidados: Contactar para amamentar: O papel do contacto pele com pele na amamentação……...68

Quadro 6 - Promoção da ligação pai-filho: desenvolvimento de competências parentais no pós-parto…….77

Quadro 7 - Análise dos resultados da revisão bibliográfica……..96

Quadro 8 - Registo de experiências…….. 103

1. INTRODUÇÃO

No âmbito da realização do Estágio de Natureza Profissional do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), este documento é apresentado como um Relatório de Estágio. Nele, é descrito todo percurso académico desenvolvido e realçadas algumas experiências clínicas vivenciadas ao longo do ano letivo 2023/2024, enquanto estudante deste mestrado conforme é preconizado pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros (OE) nº 140/2019 e Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da OE nº 391/2019.

Este relatório serve como um instrumento para descrever as atividades desenvolvidas, incluindo diagnósticos e vigilâncias, durante os estágios. É uma oportunidade para analisar criticamente o processo de aquisição e desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), conforme delineado pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019). Além disso, este relatório inclui uma componente de aproximação de competência de investigação, através de uma revisão integrativa da literatura sobre uma temática relevante e reflexiva à prática clínica centrada nos cuidados à mulher imediatamente após o parto, a saber o contacto pele com pele.

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas n.º391/2019, o EEESMO tem responsabilidade em diversas áreas de intervenção: na saúde reprodutiva/ginecológica da mulher em idade fértil, no planeamento familiar e pré-concecional, na gravidez, no trabalho de parto, no puerpério e no climatério (OE, 2019). Para desenvolver competências nesta área, realizei o Estágio de Natureza Profissional num Hospital Central da Região Norte do País, de 13 de setembro de 2023 a 28 de junho de 2024, sendo que ao longo período temporal era preconizado realizar um total de 800h. Esta Unidade Curricular incluiu três áreas de intervenção: Gravidez com Complicações no serviço de Medicina Materno-Fetal (MMF) com uma carga horária de 200h, Trabalho de

Parto na Sala de Partos num total de 500h, e Pós-Parto e Parentalidade no serviço de Puerpério que compreendeu 100h.

Estruturalmente, este documento está organizado em sete capítulos principais. O primeiro capítulo aborda a contextualização dos estágios, onde é referido quais os serviços onde tive a oportunidade de desenvolver competências específicas do EEESMO, bem como o n.º total de horas referentes a cada estágio. É também descrito sumariamente os contextos, as características, os indicadores bem como os projetos de cada serviço.

Os próximos três capítulos referem-se à concepção de cuidados desenvolvida nos estágios. Será desenvolvida uma reflexão crítica tendo por referência um plano de cuidados relativo à mulher em contexto de gravidez com complicações no serviço de MMF, que corresponde ao segundo capítulo, posteriormente será realizada uma reflexão crítica de aquisição de conhecimentos através de quatro planos de cuidados em contexto de cuidar da mulher em Trabalho de Parto, ao longo do estágio na sala de partos que dizem respeito ao terceiro capítulo. Seguidamente será explanado a conceção de cuidados com um plano de cuidados desenvolvido no serviço de Puerpério referente ao cuidar da mulher e pessoa significativa na transição à parentalidade, alusivo ao quarto capítulo.

No que concerne à revisão da literatura realizada, durante o módulo do Trabalho de Parto, que decorreu na Sala de Partos, tive a oportunidade de desenvolver competências no âmbito do cuidar de puérperas e pais que experienciaram o processo de parto/nascimento de um filho. Executrar a técnica de contacto pele a pele entre o pai e o recém-nascido após um nascimento por cesariana é uma intervenção com inúmeros benefícios comprovados para ambos. A implementação desta intervenção contribui positivamente na estabilização fisiológica do recém-nascido, promove e fortalece a ligação pai-filho e aumenta o envolvimento paterno nos cuidados ao recém-nascido. Com base numa revisão integrativa da literatura, foi analisado criticamente a evidência científica disponível, contribuindo para a implementação de intervenções de enfermagem específicas de enfermagem saúde materna e obstétrica que promovam e facilitem o contacto pele com pele

entre o pai e o recém-nascido. No quinto capítulo é apresentada a componente de investigação acima mencionada.

Por conseguinte, no sexto capítulo é descrito o contributo das respectivas experiências vivenciadas para o desenvolvimento de competências.

Por fim, no sétimo capítulo é realizado uma reflexão critica sobre todo o processo de desenvolvimento de competências e específicas desenvolvido ao longo dos estágios, bem como uma reflexão critico-reflexiva sobre as competências específicas do EEESMO.

Para a elaboração deste relatório, procedeu-se à consulta de evidência científica, utilizando os seguintes recursos de pesquisa: EBSCOhost, Scopus, Pubmed, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, Google Académico, para além de obras literárias científicas disponíveis na biblioteca da ESEP.

O seguinte relatório segue a normas do Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos e referências pela Norma APA 7th. Por sua vez, a conceção de cuidados apresentada segue a linha orientadora da *Nursing Ontos.*

2. CARATERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS DE ESTÁGIO

De forma a expressar o desenvolvimento de competências urge a necessidade de descrever e caracterizar os locais onde ocorreu o estágio.

Assim, os estágios ocorreram num hospital central de grau III na região Norte de Portugal sendo que, relativamente à Saúde Materna é considerado um hospital de apoio perinatal diferenciado. O facto de ter reaizado todos os estágios no mesmo centro hospitalar permitiu um melhor conhecimento da sua estrutura e organização, sendo um fator facilitador do estágio.

Em seguida, é apresentada uma breve descrição de cada contexto clinico nomeadamente no que diz respeito aos seus recursos físicos e humanos, métodos de trabalho.

2.1 Serviço de Medicina Materno-Fetal

O estágio decorreu entre 5 de maio de 2024 a 28 de junho de 2024 e permitiu uma imersão no cuidado da mulher com gravidez com complicações, um campo que exige um conhecimento técnico e científico avançado.

Segundo o parecer n.º 43/2019, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), estão descritas as dotações seguras para os cuidados prestados pelo EEESMO, sendo recomendada uma dotação de 1:3 na gravidez de alto risco e 1:6 na gravidez de médio risco.

Ao longo do meu estágio no serviço de MMF, no turno da manhã, a equipa é composta por três EEESMO, no turno da tarde e da noite é composto por dois EEESMO respectivamente.

Cada um desempenha papéis cruciais para assegurar o funcionamento eficiente da unidade, sendo que no turno da manhã, um dos enfermeiros é designado para a admissão da puérpera proposta a indução do trabalho de parto, onde prestam cuidados de enfermagem especializados, no âmbito da indução do trabalho de parto. Os outros dois EEESMO prestam cuidados especializados no âmbito da gravidez de risco de acordo com a patologia e idade gestacional subjacente. No turno da tarde e da noite são destacados dois

EEESMO que se dividem consoante as mulheres grávidas internadas no serviço.

Uma característica importante do serviço é a gestão criteriosa da distribuição das mulheres grávidas, sendo ajustada conforme a disponibilidade de vagas, ou seja, mediante a possibilidade devido às vagas disponivéis no serviço, o EEESMO ajusta a distribuição e a admissão das mulheres consoante a sua idades gestacional, patologia e situação clínica. Em casos de perda gestacional, interrupção médica da gravidez e morte fetal, as grávidas são internadas num quarto mais afastados das grávidas com viabilidade fetal, garantindo um ambiente de maior privacidade e respeito pelas suas circunstâncias. As puérperas cujos recém-nascidos estão internados na neonatologia também são admitidas numa enfermaria específica.

Além disso, as grávidas são admitidas em enfermarias de acordo com as semanas de gestação, sempre que possível, para otimizar o cuidado e a vigilância clínica. Esta organização é essencial para oferecer um acompanhamento adequado às necessidades específicas de cada fase gestacional, contribuindo para a prevenção de complicações e a promoção da saúde materno-fetal. Esta gestão é também vantajosa para as mulheres grávidas na medida em que facilita a gestão de emoções e expectativas face à gravidez e à sua evolução.

Existem também uma sala de exames, que permite a realização de procedimentos médicos e intervenções de enfermagem.

Quanto às visitas neste serviço, é permitida a presença de um acompanhante durante o período diurno, entre as 11h e as 20h e a presença de mais duas visitas entre as 18h e as 20h.

2.2 Serviço de Sala de Partos

O estágio decorreu entre 13 de Setembro de 2024 a 2 de janeiro de 2024 e permitiu desenvolver um amplo conhecimento técnico-prático centrado no cuidado da mulher em trabalho de parto.

O contexto da sala de partos é dinâmico e complexo, exigindo aos profissionais de saúde uma combinação de conhecimentos teóricos, competências técnicas

e capacidades de tomada de decisão rápida e eficaz. A presença de um EEESMO é fundamental para garantir um acompanhamento contínuo e de qualidade, promovendo a segurança e o bem-estar da parturiente e do recém-nascido (Vaz et al., 2022).

A Sala de Partos encontra-se inserido no Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia (SUGO), é composto por: admissão, sala de partos e bloco cirúrgico.

A admissão é organizada por um gabinete onde a EEESMO procede à triagem e os respetivos gabinetes de avaliação médica; uma sala onde é realizada a cardiotocografia (CTG) e prestação de cuidados em situações de urgência.

Por sua vez, a Sala de Partos é composto por uma sala com quatro camas, destinada à prestação de cuidados à mulher no âmbito da fase latente do trabalho de parto, designada por “Cuidados Intermédios”, uma casa de banho de uso partilhado pelas parturientes, e armários para as parturientes guardarem os seus bens pessoais em que cada armário está identificado com o número da cama atribuída; cinco salas de parto individuais, sendo que a primeira sala de partos é destinada a grávidas que optam por um trabalho de parto natural, ou seja, que não querem analgesia epidural, uma abordagem sem intervenções, hands *off*. Esta sala é também destinada a situações de morte fetal, situações de Interrupção Médica da Gravidez, por se encontrar num local mais resguardado das restantes. É composto também por um gabinete médico e um gabinete de enfermagem. O serviço é contemplado pelo sistema “Omniview- SisPorto” o que permite a visualização do CTG em diferentes locais do serviço simultaneamente.

Por fim, o serviço é também constituído pelo bloco operatório e recobro. Todas as salas estão equipadas com monitor de CTG, duas bombas perfusoras, um cadeirão disponibilizado para o acompanhante, uma bola de partos, uma bola em forma de amendoim, um reanimador, um carro de emergência que dispõe material de reanimação neonatal, e algum material de uso clínico. As salas de parto são compostas também por uma casa de banho com duche individual. As grávidas dão entrada no serviço pelo corredor central, enquanto os acompanhantes circulam por um corredor lateral, podendo estar presentes durante todo o internamento na Sala de Partos.

No serviço há também disponível num armário de fácil acesso caixas pré preparadas para situações de emergência, como Hemorragia Pós-Parto (HPP), Hiperestimulação Uterina. Em cada caixa encontra-se a medicação utilizada referente a cada emergência obstétrica, com o intuito de minimizar o tempo à procura do material utilizado perante uma situação critica. Após a utilização é da respinsabilidade do EEESMO repor a caixa bem como confirmar o estado do material. No caso da HPP, existe também uma check-list com o protocolo do serviço para ser lido e seguido perante uma situação de HPP.

O Serviço da Sala de Partos entrou em obras em meados de outubro com o objetivo de proporcionar melhores condições da estrutura física, sendo que após a conclusão das mesmas, as mulheres que entravam em trabalho de parto ficavam num quarto individual onde permaneciam durante o trabalho de parto, tendo deixado de existir a sala designada “cuidados intermédios “.

No que diz respeito aos recursos humanos, a equipa é composta por um enfermeiro gestor que gere a sala de partos, serviço de puerpério, serviço de MMF, e pelo serviço de consultas externas de Obstetrícia e por um enfermeiro responsável em cada serviço. Na Sala de Partos, a restante equipa é formada por 30 EEESMO, divididos em cinco equipas. Cada equipa é constituída por cinco EEESMO com diferentes níveis de perícia sendo que em todos os turnos existe um enfermeiro responsável. O horário segue um esquema rotativo de turnos, sendo que a manhã corresponde ao período das 8h-15h, a tarde das 14h30-21h30 e a noite ao período das 21h-8h30.

Os cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica são centrados na mulher, prevalecendo o método individual de trabalho. O método individual de trabalho consiste na abordagem de assistência total à parturiente, em que um enfermeiro é responsável pela conceção e execução do cuidado total a uma ou mais parturientes, em função da carga de trabalho, no sentido de satisfazer todas as suas necessidades. Este método parece ter algumas vantagens em relação a métodos de trabalho direcionados à tarefa por não existir fragmentação entre a conceção e a execução dos cuidados, diminuindo a ocorrência de eventos adversos e maximizando a segurança dos cuidados prestados à mulher (Ventura-Silva et al., 2021).

As dotações recomendadas para a assistência na sala de partos são cruciais para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados às parturientes. As dotações seguras preconizadas visam uma relação de 1:2 durante o primeiro estádio do trabalho de parto, o que permite que cada EEESMO acompanhe até duas mulheres simultaneamente, permitindo um suporte adequado às mulheres. Durante o período expulsivo, a relação preconizada é de 1:1. Esta dotação é essencial, uma vez que este é um evento crítico que requer atenção contínua e personalizada para garantir o bem-estar da mulher.

No serviço da sala de partos encontravam-se escalados cinco EEESMO, independentemente do turno, com um membro da equipa destacado para o SUGO. Todavia, durante o estágio, foi observada uma dotação de 1:3, independentemente do estadio em que as mulheres se encontravam no trabalho de parto. Esta distribuição pode comprometer a qualidade da assistência, uma vez a carga de trabalho elevada pode influenciar a capacidade dos profissionais de manter uma comunicação eficaz e tranquilizadora, aspetos fundamentais para a segurança e conforto das parturientes.

Este estágio permitiu uma variada experiência ao nível dos cuidados, da assistência e da vigilância de mulheres em todo o seu trabalho de parto.

2.3 Serviço de Puerpério

O estágio de puerpério revelou-se fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas nesta área. Este estágio decorreu entre 8 de abril de 2024 a 3 de maio de 2024.

O serviço em questão é composto por nove quartos, sendo que um deles é individual e os restantes são duplos. Por vezes existe a necessidade de acrescentar camas suplementares transformando os quartos duplos em quartos triplos. Cada unidade dispõe de uma cama para puérperas, um berço para o recém-nascido, um armário individual, uma mesa-de-cabeceira, e um cadeirão para a pessoa significativa. Da mesma forma como na sala de partos, no serviço de puerpério é também permitido a presença de uma pessoa significativa 24h por dia e ainda duas visitas durante o período da tarde.

Em cada quarto existe uma casa de banho partilhada pelas puérperas e um local destinado à prestação de cuidados do recém-nascido, sendo este também partilhado pelos recém-nascidos. No serviço existe ainda uma sala de tratamento, com duas bancadas com superfícieis aquecidas que se destinam a prestação de cuidados ao recém-nascido, uma sala de observação de puérperas, e uma sala de trabalho de enfermagem.

Este serviço dispõe de uma sala designada de “Cantinho de Amamentação”, bem como uma linha telefónica de apoio à amamentação disponível 24h por dia após a alta hospitalar.

Assim como nos serviços acima mencionadas, no internamento de puerpério é utilizado o método individual de organização dos cuidados, no qual um enfermeiro assume a responsabilidade por todos os cuidados prestados à puérpera e ao seu recém-nascido.

No internamento de puerpério, são destacados três enfermeiros em cada turno (turno da manhã, turno da tarde e no turno noite). A gestão de recursos humanos é realizada pela enfermeira-chefe sendo que por vezes é necessário completar a equipa com um enfermeiro extra em consonância com a atribuição de camas suplementares. Os rácios realizados neste serviço muitas das vezes não cumprem o recomendado pelo parecer n.º 43/2019 da MCEESMO (1:3 no puerpério patológico e de 1:6 no puerpério normal) uma vez que não havia divisão entre o puerpério patológico e o puerpério considerado normal. O mesmo parecer menciona ainda a recomendação de que todos os cuidados sejam assegurados por EEESMO, contudo a equipa de enfermagem deste serviço é composta maioritariamente por enfermeiros com este grau de especialidade, contudo também por enfermeiros de cuidados gerais.

A admissão no puerpério decorre após duas horas de pós-parto imediato. O EEESMO da sala de partos, responsável pelos cuidados à díade, acompanhava-os até ao serviço de puerpério, sendo que a transmissão da informação era realizada de forma presencial, acompanhada também pelo processo clínico em formato papel e em formato digital.

No que concerne ao tempo de internamento, este varia conforme o decorrer do internamento e consoante as necessidades individuais de cada puérpera e

recém-nascido. Nas situações em que o puerpério decorre sem intercorrências o tempo de internamento após o parto é de 48 horas, quer seja parto eutócico, parto instrumentado ou por cesariana.

Enquanto Hospital Amigo dos Bebés, no hospital onde decorreu o estágio, as puérperas e recém-nascidos permanecem em alojamento conjunto, exceto situações em que o recém-nascido apresente necessidades especiais, com internamento na Unidade de Neonatologia e/ou a puérpera necessite de cuidados especiais com necessidade de internamento no Serviço de Medicina Intensiva.

3. CUIDAR DA MULHER COM UMA A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez, como processo corporal, é uma etapa fundamental na transição para a parentalidade. O acompanhamento do EEESMO ao longo desta jornada vai além da vigilância da gravidez, sendo também focado na promoção do conhecimento e capacidades, no empoderamento da mulher, no desenvolvimento de competências e na construção da autoeficácia que permita à mulher tomar decisões com confiança. Além disso, o EEESMO atua na reformulação de significados que possam interferir na adoção de comportamentos saudáveis (Cardoso et al., 2023). O apoio à adaptação à gravidez é centrado na grávida e nas pessoas significativas que a grávida define ao longo deste processo (Cardoso et al., 2023).

A gravidez é um período repleto de sonhos e expectativas, em que a mulher ou o casal desenvolve uma ideia imaginária do futuro filho e projetam várias esperanças para esta fase. No entanto, o diagnóstico de uma patologia durante a gravidez pode provocar um misto de emoções difíceis de gerir, substituindo a alegria e a esperança pela incerteza e pelo medo do desconhecido. Nestes momentos, o EEESMO, através das competências específicas, desempenha um papel imperativo na conduta para o bem-estar da mulher e do recém-nascido de modo a permitir que a grávida beneficie de uma preparação para o parto e adaptação à parentalidade adequada e ajustada às suas necessidades e expectativas (OE, 2015).

3.1. Expectativas e Desafios: A Experiência da Metrorragia no 3.º Trimestre

A placenta prévia é uma patologia obstétrica que se caracteriza pela inserção total ou parcial da placenta no segmento inferior do útero obstruindo parcial ou totalmente o orifício cervical interno (de Campos et al., 2022). Existem quatro tipos de placenta prévia sendo eles a total ou completa, a incompleta ou parcial, a de inserção baixa e a marginal. Relativamente à placenta prévia de inserção marginal considera-se que o bordo da placenta atinge a margem do orifício cervical interno. É uma inserção placentária patológica que pode causar complicações significativas durante a gravidez e o parto (Durukan et al., 2019). Segundo de Campos et al. (2022), a placenta prévia pode provocar hemorragias significativas, que representam a principal causa de

morbimortalidade materna e fetal. Além disso, o mesmo autor refere que a necessidade de intervenções obstétricas, como a realização de cesariana, torna-se mais premente conforme se aproxima o termo da gravidez, devido ao aumento do risco de descolamento da placenta ou hemorragia grave.

Segundo de Campos et al. (2022), quando a perda hemática vaginal é reduzida a moderada, é recomendado protelar o parto de modo a possibilitar a administração de corticoterapia, promovendo a maturação pulmonar fetal. Caso o orifício cervical interno esteja completamente obstruído, deve-se optar por uma cesariana eletiva.

A presença de placenta prévia é um importante fator de risco para a eventual hemorragia pós-parto. Por isso, recomenda-se que a grávida permaneça em repouso absoluto para prevenir um trabalho de parto espontâneo. A realização de exames vaginais também deve ser evitada (de Campos et al., 2022)

De acordo com o risco de patologia associada à gravidez e de acordo com a idade gestacional, a vigilância da mulher torna-se essencial. De acordo com de Campos et al. (2022), é importante monitorizar sinais vitais, vigiar sinais de hemorragia vaginal e realizar de CTG.

A intervenção do EEESMO a nível terapêutico relaciona-se com a orientação para o repouso e restrição de atividade física bem como para a vigilância de sinais de alarme (Sosa et al., 2015). O papel do EEESMO é central no amnito desta vigilância e assistência, assegurando que a mulher se consciencialize da sua condição clínica e cumpra o plano terapêutico instituído.

A assistência à mulher estende-se ao suporte emocional e psicológico da mulher. A literatura destaca que condições como a placenta prévia podem gerar ansiedade significativa, medo e *stress*, particularmente devido à incerteza sobre a saúde fetal e as possíveis complicações maternas. Fernández-Míguez et al. (2012) argumentam que o impacto psicológico é exacerbado pela necessidade de repouso prolongado, que podem causar sentimentos de isolamento. Neste contexto, o EEESMO deve adotar uma abordagem centrada na mulher, de forma a promover estratégias que ajudem a mulher a lidar com a ansiedade e a manter o seu bem-estar psicológico.

A escuta ativa, a implementação de estratégia de relaxamento, o apoio na gestão de expectativas face à gravidez e ao parto são intervenções do EEESMO que facilitam a promoção do bem-estar físico e psicológico da mulher. A educação sobre a condição clínica e as possíveis intervenções obstétricas também desempenham um papel crucial na redução da ansiedade, capacitando a mulher com informações claras e precisas sobre a evolução da gravidez e posteriormente para o parto.

Além disso, a comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar é vital para garantir que a mulher seja recetora de cuidados holísticos. De acordo com Oliveira (2023), o EEESMO atua como um elo entre a mulher, os obstetras e outros profissionais de saúde, facilitando a coordenação dos cuidados e assegurando que todas as necessidades da grávida sejam consideradas de forma integrada.

Em suma, a gestão de expectativas de uma gravidez com complicações, nesta situação por placenta prévia marginal exige um equilíbrio delicado entre a vigilância clínica rigorosa e o suporte emocional sólido. O EEESMO desempenha um papel fundamental, não apenas na monitorização dos sinais de alarme, mas também na mitigação dos efeitos psicológicos desta condição, promovendo uma gravidez o mais fisiológica possível para a mulher e para o recém-nascido.

3.1.1. Conceção de cuidados

O presente estudo de caso refere-se a uma grávida cujo nome fictício é Inês. A Inês, 28 anos, nascida cinco de outubro de 1996, solicitadora de profissão. Vive com o André, cujo o nome é também fictício, em união de facto, de 30 anos, gestor de profissão. O casal habita numa moradia nos arredores do Porto. É saudável, não fumadora, desconhece alergias, grupo sanguíneo A Rh Positivo. A Inês encontra-se grávida de 30 semanas e 5 dias. É a primeira gravidez. Refere ter sido uma gravidez não planeada e que inicialmente ficou muito triste por saber que estava grávida pois não fazia parte dos seus planos, contudo neste momento é desejada. Acompanhada tardiamente na USF (Unidade de Saúde Familiar) da sua área de residência neste hospital por datação tardia. Internada no serviço MMF por metrorragia no 3º trimestre e placenta prévia

marginal. Encontrava-se no quinto dia de internamento, sendo que apresentava alguma contractilidade uterina irregular no CTG e a Inês não referia dor. No turno anterior havia recebido a informação de que teria alta médica durante a tarde. O turno teve início às 15 horas, sendo que a informação mencionada anteriormente foi recebida na passagem de turno.

Aquando à minha chegada no quarto a Inês estava acompanhada com a sua pessoa significativa (o André) e na outra unidade estava uma grávida de 29 semanas com diagnóstico de metrorragia no 3ºtrimestre por placenta de inserção baixa.

Quadro 1 – Conceção de cuidados de grávida com diagnóstico de placenta prévia

Domínio: Gravidez	
Foco: Significado atribuído à gravidez	
Dados relevantes para o diagnóstico: A Inês tinha referido ser uma gravidez não planeada e pouco desejada na fase inicial, mas com o passar do tempo percebeu que ser mãe ia ser maravilhoso porque estava a gerar uma vida dentro de si.	
Diagnóstico de Enfermagem: Significado atribuído à gravidez: facilitador	
Objetivos: Avaliar significado atribuído à gravidez	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
16h	• Assistir cliente a analisar significado. o Explicar que o significado é um pensamento que pode mudar o Elogiar a frase da Inês.
Foco: Consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais	
Dados relevantes para o diagnóstico:	

<table>
<tr><td colspan="2">A Inês refere que, após a alta, irá voltar ao trabalho.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem:

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos:

Melhorar consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais (através da análises dos resultados por via da experienciação durante o internamento)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>16h30</td><td>• Analisar situação atual com a Inês
o Realizar atividade promotora da consciencialização por via da experienciação do repouso
o Analisar, em conjunto, os resultados obtidos até ao momento com recurso à gestão do repouso (progressão da gravidez)
• Analisar com a Inês a relação entre o regime de repouso e os resultados perinatais
o Explicar necessidade de gerir o repouso, realçando que o seu trabalho profissional pode influenciar a possibilidade de entrar em trabalho de parto.
o Explicar que o repouso visa reduzir o stress, a carga física e, por conseguinte, a atividade uterina.
o Evidenciar resultados obtidos até ao momento
• Ensinar sobre rotinas adequadas
o Informar sobre a criação de rotinas adequadas: encontrar maneiras de reorganizar o seu trabalho e a vida profissional sem comprometer os períodos de repouso
• Avaliar evolução da consciencialização da relação entre</td></tr>
</table>

	autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais

Foco: Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Dados relevantes para o diagnóstico:

A Inês questiona: "Como sei que estou em trabalho de parto? Eu sei que já tenho algumas contracções, mas não me dói."

Diagnóstico de Enfermagem:

Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Objetivos:

Melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)

- Ensinar sobre trabalho de parto
  - Explicar como identificar que o trabalho de parto está a iniciar referindo que as contrações de trabalho de parto se diferenciam das contrações de Braxton-Hicks pois apresentam um padrão de contratilidade que indicia trabalho de parto - a dor pode assemelhar-se a uma cólica menstrual intensa, irradiando das costas para a frente do abdómen; tornam-se mais regulares e prolongadas, normalmente durando entre 30 e 90 segundos, com o intervalo entre elas diminuindo progressivamente; mesmo se a grávida mudar de atividade ou posição, as contrações não cessam ou diminuem em intensidade, duração ou intervalo.
  - Explicar quando deve recorrer aos serviços de saúde: Devido ao diagnóstico de placenta prévia, deve dirigir-se ao hospital nos primeiros sinais de trabalho de parto pois o risco de hemorragia é maior. São sinais indicativos de avaliação: a rotura de membranas, perda de sangue via vaginal, ausência ou diminuição da perceção de movimentos fetais, febre e contrações uterinas mais intensas e com

<table>
<tr><td colspan="2">uma frequência de uma contração uterina de 10/10 minutos.
• Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez</td></tr>
<tr><td colspan="2">Foco: Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:
A Inês questiona: “ E se voltar a sangrar tenho que voltar ao hospital não é?”</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem:
Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos:
Melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>17h30</td><td>• Ensinar sobre sinais de alarme;
o Explicar à Inês que o facto de ter uma placenta prévia tem um risco aumentado de hemorragia, pelo que deve recorrer ao hospital caso ocorra novamente uma perda de sangue por via vaginal.</td></tr>
</table>

A assistência prestada a uma mulher que vivencia uma gravidez com complicações exige uma vigilância rigorosa, particularmente ao nível da monitorização CTG, para garantir a segurança materno-fetal. Paralelamente, a adaptação do discurso profissional para promover o bem-estar da mulher durante o internamento é fundamental, uma vez que essa experiência incita sentimentos de ansiedade e *stress*. Saber ajustar a comunicação às necessidades individuais da mulher permite reduzir o impacto psicológico do internamento e promover uma experiência de cuidados mais positiva.

Além disso, o contacto contínuo com a equipa multidisciplinar revela-se vital para a aquisição de competências em trabalho colaborativo, uma competência crucial para o EEESMO. Em casos de complicações como a metrorragia, a partilha de informações entre diferentes profissionais de saúde assegura a implementação de um plano de cuidados eficaz, centrado na mulher e nas suas necessidades clínicas e emocionais. A vigilância de complicações na gravidez, assim como o impacto emocional que estas exercem na mulher, são aspectos que devem ser abordados de forma holística, integrando conhecimentos técnicos com uma abordagem sensível e empática.

No que diz respeito à prescrição de repouso no leito, é necessário reflectir sobre as evidências científicas que questionam os benefícios desta prescrição. (Simhan et al; 2007). Como apontado por Sosa et al. (2015), o repouso prolongado pode acarretar efeitos adversos, como trombose venosa, atrofia muscular e perda de densidade óssea. Estes riscos fisiológicos, aliados ao impacto psicológico negativo de uma restrição prolongada de atividades, como a perda de autonomia e isolamento social, podem prejudicar o bem-estar da mulher e dificultar a sua adaptação ao papel parental.

Desta forma, é fundamental que o EEESMO, elabore um plano de cuidados em conjunto com a mulher de modo a promover a adesão ao regime terapêutico eficaz e a facilitar a consciencialização desta sobre sua situação clínica.

4. CUIDAR DA MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O termo "trabalho de parto" refere-se ao processo fisiológico complexo que envolve diversas dimensões da mulher, sendo um evento crucial na transição para a maternidade e paternidade. Durante este processo, o feto, a placenta e as membranas amnióticas são expulsas do útero através do canal vaginal. Nas semanas e dias que antecedem o início do trabalho de parto, ocorrem várias mudanças fisiológicas que preparam tanto a grávida quanto o feto para o nascimento.

Desta forma, o trabalho de parto é visto como a fase final do *continuum* da gravidez, representando o momento em que o recém-nascido se encontra com os pais (Perry et al., 2022; Cardoso et al., 2023).

O trabalho de parto divide-se em três estadios: o primeiro estadio é o período de dilatação, que inclui uma fase latente (do início das contrações regulares até 5 cm de dilatação) e uma fase ativa (de 6 cm até a dilatação completa). O segundo estadio abrange o período entre a dilatação completa e a expulsão do recém-nascido, enquanto o terceiro estadio ocorre desde a expulsão do recém-nascido até a dequitadura ou expulsão da placenta (OMS, 2018; DGS, 2023).

Para os profissionais de saúde, compreender os mecanismos e as fases deste processo é essencial, pois garante um acompanhamento adequado que promove a segurança e o bem-estar da grávida e do recém-nascido. Além disso, perceber as mudanças neurofisiopsicossociais que ocorrem no corpo da mulher, permite preparar melhor as mulheres para o parto, promovendo uma experiência mais positiva e tranquila.

4.1. Uma caminhada interior com a bola: uso das estratégias facilitadoras na progressão do Trabalho de Parto

Como referido acima, por trabalho de parto entende-se um conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contractilidade uterina regular, à dilatação cervical, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.

O diagnóstico de início de trabalho de parto nem sempre é fácil de estabelecer. O momento exato em que se iniciam contrações regulares e efetivas pode não

se identificar, assim como as contrações do início do trabalho de parto podem ser menos frequentes e pouco dolorosas e, da mesma maneira, o ponto em que a dilatação do colo do útero se inicia em resposta a essas contrações pode não ser determinada a seguir. A ocorrência de contrações uterinas espontâneas e rítmicas (pelo menos duas em quinze minutos), associadas a, pelo menos, dois dos seguintes sinais: extinção cervical, colo dilatado para três centímetros ou mais e rotura espontânea da bolsa amniótica. Tradicionalmente tem sido descrito que as contrações uterinas efetivas são ondas que se estendem a todo o útero e tem duração de cinquenta a sessenta segundos, com sensação dolorosa (Resende, 2017).

Contudo, a visão do parto, como evento neuropsicossocial, vai muito além de ser uma mera sequência de contracções até à expulsão do recém-nascido. A visão proposta por Olza et al. (2020) adotam uma compreensão deste mecanismo de uma forma muito abrangente, destacando a conexão entre os processos neuro-hormonais e psicológicos que ocorrem durante o parto. Segundo este modelo, as emoções e os comportamentos da mulher são vistos como indicadores vitais da fisiologia do parto, diretamente influenciados por hormonas, como a ocitocina (Cardoso et al., 2023).

A ocitocina, conhecida pela sua função central na promoção das contracções uterinas, também tem um papel crucial no sistema nervoso, contribuindo para o vínculo emocional, sentimentos de bem-estar e segurança durante o trabalho de parto. O impacto da ocitocina transcende a mecânica do nascimento, moldando as experiências emocionais da mulher, o que reflete uma interdependência complexa entre corpo e mente (Cardoso et al., 2023).

Por conseguinte, o que a mulher vivencia durante o trabalho de parto não é apenas uma resposta às condições físicas do parto, mas um reflexo da dinâmica hormonal. As emoções, como um componente fulcral do parto, tornam-se um guia para a compreensão do progresso do trabalho de parto, de forma a sinalizar, que o processo está a ocorrer dentro da fisiologia normal ou despistar desvios à normalidade.

A percepção da mulher sobre o processo de parto é, assim, o fator primordial na sua experiência e nos resultados fisiológicos. A maneira como ela se sente e se comporta reflete diretamente o que está acontecendo no nível neuro

endócrino. A capacidade de interpretar as emoções e os comportamentos vivenciados pela mulher, como parte da própria fisiologia do parto, permite transmitir o conhecimento adequado à mulher para que esta tenha uma melhor compreensão do seu processo de trabalho de parto. Isto significa que a preparação para o parto, a comunicação eficaz e o acompanhamento contínuo devem ser direccionados não apenas para a fisiologia corporal, mas para uma compreensão mais profunda das alterações neuro endócrinas da mulher (Cardoso et al., 2023).

Para facilitar a evolução do trabalho de parto são utilizadas estratégias não farmacológicas facilitadoras da progressão de trabalho de parto que também influenciam de forma positiva a descida da apresentação fetal, bem como outras vantagens.

Estudos realizados sobre a mobilidade no trabalho de parto demonstraram que o uso da bola de parto é utilizado não só como método não farmacológico para lidar com a dor, as também como estratégia facilitadora da progressão do trabalho de parto, por forma a influenciar positivamente na descida fetal (Santana et al., 2024).

O uso da bola de parto fomenta a posição vertical, proporciona liberdade na adoção de diversas posições dos músculos perineais. A sua utilização possui vantagens para a progressão do trabalho de parto, tais como a correção da postura da mulher durante o trabalho de parto bem como o relaxamento, alongamento e fortalecimento do pavimento pélvico, em específicos os músculos elevadores do ânus, pubococcígeos e a fáscia da pelve durante o trabalho de parto (Shen et al., 2021; Delgado et al., 2019).

Esta estratégia facilitadora do trabalho de parto contribui também para uma melhoria da forma de lidar com a dor de trabalho de parto, facilita a circulação materno-fetal e a descida fetal, ajuda a melhorar as contrações uterinas e diminui o trauma perineal (Pereira et al, 2019).

Durante a fase latente do trabalho de parto, a utilização da bola de parto, também tem emergido como uma prática cada vez mais comum. Desta forma, a parturiente é incentivada a sentar-se na bola de parto e realizar movimentos de rotação e contranutação, movimentos circulares, em forma de infinito (oito

horizontal) e movimentos de "saltitar", o que influencia os diâmetros pélvicos e facilita a descida da apresentação fetal (Cardoso et al., 2023; Grenvik et al., 2021; Jha et al., 2023). Além disso, ao estimular a gravidade, a bola de partos facilita a descida fetal pelo canal de parto. O movimento suave e ritmado sobre a bola permite que a mulher aproveite a gravidade de forma natural, promovendo um trabalho de parto mais facilitador (Zangão, et al., 2023; Delgado et al., 2019).

Segundo Gois et al. (2020), a bola de partos proporciona conforto, mitigando o desconforto e a dor lombar frequentemente associados à fase latente. A sua superfície macia e flexível permite que a mulher se acomode de forma mais confortável, aliviando a pressão na região dorsal permitindo a facilidade na mobilização.

Além disso, a mobilidade é essencial durante o trabalho de parto, e a bola de partos facilita a execução de variados movimentos, como balançar a bacia, promove assimetrias, sendo que esta mobilidade promove a progressão do trabalho de parto e uma posição fetal favorável ao nascimento (Henriques, 2024; Zangão et al., 2023). Este processo ajuda a prevenir complicações associadas a posições fetais menos favoráveis, prevenindo assim trabalho de parto prolongados e reduz o risco de partos instrumentados (Cardoso et al., 2023; Grenvik et al., 2021).

Por todos motivos acima referidos a mulher deve ser incentivada a realizar movimentos circulares e em forma de oito, bem como movimentos de nutação e contranutação, o que terá efeito nos diâmetros pélvicos da parturiente e facilitará a descida da apresentação fetal (Cardoso et al., 2023; Jha et al., 2023).

Durante a fase ativa do trabalho de parto, a bola de parto também surge como uma ferramenta importante, uma vez que apresenta inúmeros benefícios que podem melhorar tanto a experiência da mulher quanto o desfecho do parto.

Desta forma, a bola de parto surge como uma intervenção não farmacológica promissora para tornar a experiência de parto positiva durante a fase latente e ativa do trabalho de parto, promovendo o conforto e é utilizada como estratégia não farmacológica para ajudar a lidar com a dor de trabalho de parto, promove

também a redução da ansiedade, bem como possibilita a mobilidade e a gravidade fetal proporcionando espaço para que o feto adote uma posição fetal favorável ao nascimento. (Aslantaş et al., 2023; Jha et al., 2023).

Em resumo, as competências do EEESMO, conforme delineadas pelo Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, são essenciais para a prestação de cuidados de qualidade durante todas as fases do trabalho de parto. A capacidade de promover a mobilidade, adaptando-se às necessidades individuais de cada mulher, não só melhora os resultados do parto, mas também fortalece a confiança da mulher no seu próprio processo de parto e nascimento, incentivando a mulher a tomar as suas próprias decisões de forma consciente e segura. Este enquadramento define o papel crucial do EEESMO, destacando o seu compromisso em implementar cuidados e intervenções centrados na mulher, baseados em evidências e sensíveis às necessidades físicas, emocionais e psicológicas durante este processo significativo na vida de uma família.

Conclui-se assim que o uso da bola de parto surge como estratégia facilitadora da progressão do trabalho de parto, estratégia para lidar com a dor do trabalho de parto, promoção da mobilidade e da posição vertical, facilitando a rotação fetal (Cardoso et al., 2023; Aslantaş et al., 2023; Jha et al., 2023). Os benefícios mencionados contribuem para uma experiência de parto positiva e para melhores desfechos tanto para a mulher quanto para o recém-nascido.

4.1.1. Conceção de cuidados - Uma caminhada interior com a bola: uso das estratégias facilitadoras na progressão do TP

O presente estudo de caso refere-se a uma grávida cujo nome é fictício, sendo referenciado como Érica. A Érica, 30 anos, professora de profissão. É casada com o Bento (nome também fictício), de 32 anos, arquiteto. O casal habita numa moradia de uma grande cidade da zona norte de Portugal. Saudável, não fumadora, desconhece alergias, grupo sanguíneo O Rh Positivo. A Érica encontra-se grávida de 40 semanas. É a segunda gestação e tem um filho vivo (parto eutócico há quatro anos). Refere ter sido uma gravidez planeada e desejada. Acompanhada na USF da sua área de residência. Internada para indução trabalho parto devido à idade gestacional. Prescrição de iniciar

maturação cervical com misoprostol e após a 2ª administração de misoprostol iniciar protocolo com ocitocina. Deu entrada no bloco de partos pelas 13 horas com o diagnóstico de trabalho de parto. À chegada ao nloco de partos encontrava-se queixosa, a solicitar colocação de Cateter Epidural que foi colocado à chegada. Aquando à admissão, foi realizado o exame tocológico vaginal que se encontrava com cinco centímetros, 50% extinto, colo posterior e amolecido. O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde, em contexto de bloco de partos. O turno teve início às 15 horas, sendo que a informação mencionada anteriormente foi recebida na passagem de turno e confirmada posteriormente com a própria no início do turno.

Aquando à admissão foi verificado que a Érica tinha realizado o seu plano que foi posteriormente discutido com a própria.

A Érica mencionava no seu plano de parto a vontade de ter um parto eutócico medicalizado com alívio da dor através de analgesia epidural, ter liberdade de movimento ao longo de todo o seu trabalho de parto, sendo que mencionava a preferência pelo uso da bola de parto uma vez que na experiencia anterior foi a estratégia não farmacológica que mais lhe fez sentido por ser de fácil acesso no serviço, por lhe permitir estar sentada e porque sentiu que aliava a dor com os movimentos de infinito. Descreveu que queria fazer contaco pele com pele logo após o nascimento e se caso não fosse possível queria que este fosse realizado com o pai e posteriormente com a mãe. Mostrou também vontade em amamentar ao longo de todo o período pós-parto.

Relativamente à indução de trabalho de parto, à amniotomia, bem como à realização de cesariana a Érica escreveu que queria ser informada sobre todas as intervenções e durante o seu trabalho de parto em conformidade com a sua vontade.

<u>Dados:</u>

Gravidez: Idade gestacional: 40semanas. Data provável de parto: 29/10/2023

Peso atual: 75kg. Comprimento: 163 cm. Índice de massa corporal:

Alergias: Não conhecidas.

Medicação: Ácido fólico;

Exame vaginal na admissão:

Posição do colo do útero: posterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 50% de extinção

Dilatação do colo do útero: 5 cm.

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

Posição fetal: esquerda.

Apresentação fetal: cefálica.

Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge. Variedade fetal: indeterminada.

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

Duração da contração uterina: 3 Segundos.

Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

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

Perda sanguínea vaginal - quantidade: escassa.

Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado.

Hora do nascimento: 20:45:00.

Quadro 2 – Conceção de Cuidados: Uma caminhada interior com a bola: uso das estratégias facilitadoras na progressão do Trabalho de Parto

Domínio: Parto
Foco: Trabalho de Parto
Dados relevantes para o diagnóstico: A Érica referiu sentir dor intensa e rítmica questionando se era dor de contracção de trabalho de parto ou se era dor pela colocação do cateter epidural ou da medicação.

<table>
<tr><td colspan="2">A Érica pediu ajuda porque estava com dores intensas no fundo das costas e na cama estava a sentir-se pior.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem:

Potencial para melhorar o conhecimento sobre o trabalho de parto.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Melhorar o conhecimento sobre trabalho de parto da Érica para facilitar o seu trabalho de parto.

Que a Érica reconheça o que é uma contracção com clareza.

Que a Érica relacione a perceção da dor com a evolução do trabalho de parto.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>16h</td><td>• Ensinar sobre trabalho de parto

o Explicar à Érica que a ação das hormonas libertadas no trabalho de parto produz respostas comportamentais em função da sua evolução e que a posição é afectada, sendo por isso necessário respeitar o seu corpo. À medida que o trabalho de parto avança poderá sentir vontade de aninhar-se, de baloiçar, de mudar a posição e que sentir isso pode ser indicador de que o seu trabalho de parto está a evoluir de forma favorável.

o Elogiar o que a Érica referiu relacionado com as contrações incidindo que de facto as contrações de trabalho de parto são mais intensas, mais frequentes e mais longas e que também pode ter a sensação de que a barriga fica mais dura.

• Ensinar sobre dor do trabalho de parto;

o Explicar à Érica que a dor faz parte do trabalho de parto e que à medida que o trabalho de parto avança a dor percepcionada pode alterar de local, sendo que numa fase inicial a dor pode ser mais percepcionada na região das costas, no abdómen e numa fase mais avançada pode ser</td></tr>
</table>

	sentido na região períneo e ânus. • Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto.

Resultados obtidos:

Após a implementação das intervenções e das atividades que concretizam as intervenções foi possível perceber que a Érica consegue reconhecer uma contracção pois durante o diálogo ela sentiu uma contracção e conseguiu identificar as características da contracção percepcionada. Foi também observado que a Érica entende a importância da dor no seu trabalho de parto e refere que ainda está numa fase inicial do seu trabalho de parto porque aquando da contracção a dor sentido foi na região dorsal.

Assim, é possível concluir que o conhecimento sobre o trabalho de parto é facilitador.

Dados relevantes para o diagnóstico:

A Érica refere que na outra gravidez usou a bola de partos para facilitar o seu trabalho de parto e que a ajudou a lidar com a dor sentida no seu trabalho de parto, questionando se podia realizar alguns exercícios na bola de partos.

A Érica pede ajuda para observar os exercícios pois tem receio de se ter esquecido de algum exercício, refere também que se recorda que deve ser realizado o exercício ao ritmo das contrações para facilitar o posicionamento do seu filho bem como ajudar a lidar com a dor.

A Érica refere que sente as pernas cansadas e dormentes pelo que questiona se é possível usar a bola de partos, pois assim pode ficar sentada.

Diagnóstico de Enfermagem:

Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Objetivos: Melhorar a capacidade para usar as estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)

18h	• Oferecer a bola de partos à Érica e observar os movimentos realizados. • Instruir e Treinar a Érica sobre o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto o Treinar com a Érica os movimentos de balançar para a frente e para trás na bola de parto por forma a ajudar a alongar os músculos e ligamentos que suportam o útero, assim é possível associar a mobilidade e a verticalidade estando sentada. o Elogiar a execução dos movimentos que a Érica realiza adequadamente.

Resultados obtidos:

Após a implementação das intervenções e das atividades que concretizam as intervenções foi possível perceber que a Érica já obtinha conhecimento facilitador relativamente ao uso de dispositivos para facilitar a progressão de trabalho de parto pelo que foi após a observação da execução dos movimentos foi possível perceber que tinha alguma dificuldade em realizar os exercícios de balançar pois tinha receio de se desequilibrar. Quando realizado o exercício em simultâneo com a Érica ela percebeu como manter o alinhamento da coluna e conseguiu atingir o objetivo.

Dados relevantes para o diagnóstico:

A Érica refere que na outra gravidez usou a bola de partos para facilitar o seu trabalho de parto e que a ajudou a lidar com a dor sentida no seu trabalho de parto, questionando se podia realizar alguns exercícios na bola de partos.

A Érica refere que se recorda que a respiração também a ajudava a controlar a dor e que na outra gravidez era um desafio controlar a respiração com os exercícios na bola e com as contrações.

Diagnóstico de Enfermagem:

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

<table>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto com o uso de estratégias não farmacológicas</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>18h</td><td>• Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto
o Estimular a Érica a realizar respirações profundas e prolongadas concentrando-se na sua respiração e desviando o seu foco da dor.
• Treinar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto
o Treinar com a Érica a técnica respiratória com os exercícios na bola de partos.
• Elogiar a Érica durante os exercícios.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Resultados obtidos: Foi possível verificar que a Érica nutre um conhecimento facilitador sobre a técnica da respiração no trabalho de parto e após a implementação das intervenções observou-se que a Érica realiza os exercícios na bola de partos, controlando a sua respiração de forma eficaz.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:
A Érica refere uma dor intensa na região do períneo e muita vontade de puxar como se sentisse vontade de ir à casa de banho evacuar.
Observada apresentação fetal no III plano de Hodge pelo que foi explicado à Érica que o seu filho estava prestes a nascer e se queria alternar de posição. A Érica referiu que queria estar sentada na borda da cama porque assim conseguia encostar-se.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de parto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Facilitar trabalho de parto/nascimento
Promover parto eutócico
Prevenir laceração perineal</td></tr>
</table>

Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
20h	• Gerir ambiente físico o Promover um ambiente acolhedor e seguro, com privacidade. • Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto o Incentivar a pessoa significativa a dar apoio à Érica • Assistir no posicionar o Ajudar a Érica a alterar de posição sempre que desejar • Assistir no parto o Preparar o material para assistir no parto o Elogiar e encorajar a Érica nos esforços expulsivos o Questionar se quer sentir a cabeça do bebé • Implementar medidas de proteção do períneo – Manobra de Ritgen o Após saída da cabeça pedir à Érica para suspender esforços expulsivos a fim de verificar a presença de circular do cordão. o Incentivar a Érica a vir buscar o seu filho • Assistir no corte do cordão umbilical o Clampar cordão umbilical cerca de 3-4 cm acima do anel umbilical com um clampe definitivo e clampar 2cm com uma pinça de Kocher. • Encorajar o pai a cortar o cordão umbilical o Orientar o pai a cortar o cordão umbilical entre o clampe definitivo e o a pinça de Kocher.

	• Colher sangue do cordão umbilical para grupo sanguíneo • Assistir na expulsão da placenta o Avaliar perda hemática o Inspecionar períneo: Laceração 2.ºgrau o Realizar correção perineal
Dados relevantes para o diagnóstico: Índice de Apgar (1ºminuto): 10 Índice de Apgar (5ºminuto): 10 Índice de Apgar (10ºminuto): 10 Hora de nascimento: 20:45 Boa adaptação à vida extrauterina	
Diagnóstico de Enfermagem: Nascimento	
Objetivos: Promover adaptação à vida extrauterina	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
20h45	• Promover contacto pele com pele entre a mãe e o bebé o Colocar o bebé no tórax da mãe em decúbito ventral e cobrir o bebé com um lençol seco e quente excepto na cabeça. Colocar gorro e manter o rosto visível. o Avaliar a respiração, tónus, coloração e posição do bebé de 15/15 min.
Dados relevantes para o diagnóstico: A Érica demonstra vontade em realizar contacto pele com pele logo após o nascimento.	
Diagnóstico de Enfermagem: Nascimentos	
Objetivos: Promover adaptação à vida extrauterina	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	

21h	• Excecutar técnica do contacto pele com pele: o Incentivar a Érica a manter o contacto pele com pele durante a 1.ªhora de vida e a permitir que o seu filho desenvolva os comportamentos de procura da mama sem ser interferido. o Colocar o recém-nascido despido sobre o peito materno, em decúbito ventral, com os membros inferiores ligeiramente fletidos e o tórax levantado, envolvido num lençol aquecido com o rosto descoberto e face lateralizada.

Ao longo do estágio na sala de partos, lidar com a dor foi um desafio transversal atodas as mulheres. Assim percebi que a dor do trabalho de parto é uma experiência sentida de forma diferente por todas as mulheres e, por esse motivo tão desafiante quer para a mulher, quer para o EEESMO. Ao longo do tempo aprofundei conhecimentos técnicos sobre a importância de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor. A OMS (2022) enfatiza que a adaptação das intervenções às necessidades individuais de cada mulher é essencial, pois contribui para a diminuição da dor e promove uma sensação de controlo do próprio parto e empoderamento da mulher (OMS, 2022).

A mobilidade durante o trabalho de parto é fundamental para uma experiência de parto positiva para a promoção de um parto fisiológico. Em todas as experiências que vivenciei foi possível instruir as mulheres a movimentarem-se e adotarem posições verticais, conforme a vontade das mesmas. Estas intervenções favorecem a descida da apresentação fetal e facilitam a progressão do trabalho de parto (Perry et al., 2022; Cardoso et al., 2023). O envolvimento ativo da parturiente na sua experiência de parto é vital para o seu controlo e consequentemente para o seu bem-estar.

Sendo o uso da bola de partos uma estratégia facilitadora não invasiva e de fácil acesso no serviço em questão, torna-se fulcral ensinar, instruir e treinar o seu uso e incentivar a sua utilização, nunca esquecendo que a vontade da mulher prevalece sempre.

Outro desafio que vivenciei ao longo do estágio refere-se às manobras de proteção do períneo e a avaliação das características do períneo como a rigidez perineal e a má perfusão tecidular para decisão da realização de episiotomia. Após reflexão e procura sobre a evidência científica compreendi que segundo a WHO (2018), é recomendada a utilização de estratégias para reduzir o traumatismo perineal e controlar a saída da cabeça do recém-nascido durante o período expulsivo, como a massagem perineal e a proteção ativa do períneo com a mão, através da técnica *hands-on* durante o período expulsivo, respeitando sempre as escolhas e vontades da mulher.

Relativamente à abordagem *hands-off*, Huang et al., (2020), caracterizam esta abordagem como oEEESMO deva permitir que a cabeça fetal saia de forma espontânea, sem realizar qualquer intervenção (Huang et al., 2020). Esta abordagem proporciona que o parto aconteça de forma mais natural.

Por sua vez, Huang et al., (2020) defende que a técnica *hands poised* tem demonstrado uma redução na taxa de episiotomia e um aumento na taxa de períneos íntegros. Esta abordagem caracteriza-se pela aplicação de uma leve pressão sobre a cabeça fetal para controlar uma saída fetal rápida, mantendo as mãos próximas e preparadas para intervir apenas se necessário.

Pela ótica de Califano et al., (2022) e Lee et al., (2018) a utilização da técnica de *hands off* ou *hands poised* reduzem a taxa de episiotomia e lacerações perineais. Segundo Soong et al., (2005) a abordagem *hands off* está também associada a uma satisfação maior para a mulher.

Assim, embora a evidência não seja suficiente para fundamentar uma recomendação, a proteção perineal utilizando a técnica hands-poised favorece a integridade perineal, sem potenciar o risco de intervenções desnecessárias durante o segundo estádio do trabalho de parto (Huang et al., 2020; Lee et al., 2018). Durante o período expulsivo, utilizei a técnica *hands on*, conforme as diretrizes da OMS (2018), que recomenda proteger o períneo da mulher e apoiar a apresentação fetal. Relativamente à episiotomia também tive a oportunidade de desenvolver competências técnicas neste âmbito, sendo também para mim um desafio que colmatei ao longo das experiências. O vasto conhecimento e paciência nesta área por parte dos meus orientadores foi crucial para a minha aprendizagem no que se refere à escolha da técnica

realizada perante uma laceração e/ou episiotomia, para a identificação dos tecidos afetados e essencialmente na reflexão da realização ou não de episiotomia.

4.2. Promover a autoeficácia da mulher durante o período expulsivo

Segundo a CIPE™, o trabalho de parto é definido como um processo fisiológico caracterizado por contrações uterinas regulares, que resultam em mudanças progressivas no colo do útero, como a dilatação e a extinção do colo uterino, culminando na expulsão do feto e da placenta através do canal de parto.

Relativamente à duração dos estadios acimas descritos, é possível aferir que estes diferem consoante as características de cada mulher, não sendo taxativo dizer que cada estadio dura um determinado período de tempo. No entanto, segundo a OMS (2018) existem uma duração padrão para a fase ativa do trabalho de parto, sendo esta de até 12h para primíparas e 10h para multíparas, além disso é também descrito que quando uma mulher entra em trabalho de parto espontâneo é suposto que a dilatação cervical na fase ativa evolua 1cm/hora.

No segundo estadio do trabalho de parto, o período expulsivo a OMS (2018) preconiza que este pode durar até 3 horas para primíparas e até 2 horas para multíparas, sendo que a analgesia epidural é um dos fatores que afeta estas durações.

Já no terceiro estádio de trabalho de parto, a dequitadura, pode durar até 1 hora após o nascimento, desde que não ocorra perda hemática aumentada (Graça, 2017).

Os esforços expulsivos durante o período expulsivo desempenham um papel crucial no contributo para uma experiência de parto positiva. Esta fase do trabalho de parto, onde o recém-nascido é encaminhado através do canal de parto, incorpora uma combinação de forças voluntárias e involuntárias. As contrações uterinas (involuntárias) ajudam a encaminhar e a posicionar o recém-nascido em direção à saída do canal de parto, enquanto, as forças expulsivas (voluntárias), complementam esse movimento, a expulsão do recém-nascido através do canal de parto, culminando no nascimento. A forma

como esses esforços são conduzidos influencia a duração do período expulsivo, o bem-estar fetal e tem também impacto no bem-estar psicológico da mulher. Alguns estudos recentes mencionam que os esforços expulsivos eficazes, sincronizados com as contrações uterinas, promovem o parto eutócico e reduzem significativamente o tempo do período expulsivo, o que diminui o risco de complicações como a exaustão materna e a hipóxia fetal (Zang et al., 2020; Cunningham et al., 2014). Segundo Heim et al., (2023), a coordenação adequada dos esforços expulsivos e das contrações uterinas é fundamental para minimizar o risco de trauma perineal, como a necessidade de realizar episiotomia e/ou lacerações perineais, o que produz um impacto positivo na recuperação pós-parto e na experiência de parto vivenciada pela mulher. (Al Aryani et al., 2022)

A forma como a mulher realiza os esforços expulsivos está relacionada com a sua percepção de dor e com a satisfação vivenciada com o parto. Além de os esforços bem coordenados contribuírem para acelerar o processo de parto, também proporcionam uma sensação de realização para a mulher. A teoria cognitiva, formulada por Bandura (1986), destaca a relevância da autoeficácia e do autocontrolo percecionado como fatores essenciais na motivação e no desempenho humano.

A autoeficácia, entendida como a crença na própria capacidade de realizar tarefas específicas, é particularmente significativa em contextos desafiadores, como o trabalho de parto. Bandura (1986), argumenta que a autoeficácia influencia a motivação, a persistência e a qualidade do comportamento. No contexto do trabalho de parto, esta crença torna-se crucial, uma vez que a confiança na capacidade de enfrentar uma experiência impacta diretamente a motivação das mulheres e a sua interpretação dos resultados obtidos (Lowe, 2000).

Estudos realizados por Crowe et al. (1989) e Lowe (2000) evidenciam que as mulheres com elevada perceção de autoeficácia tendem a lidar melhor com o trabalho de parto, reportando experiências mais positivas. Esta confiança não se restringe apenas à perceção, mas também está associada a respostas fisiológicas ao *stress*, minimizando impactos negativos (Fisher et al., 1997). Mulheres que se sentem mais confiantes nas suas capacidades durante o

trabalho de parto, apresentam um nível reduzido de ansiedade, o que pode facilitar um processo mais saudável e uma experiência de parto mais positiva (Lowe, 2000).

Os determinantes da autoeficácia no contexto do parto são diversos e inter-relacionados. Incluem experiências prévias de trabalho de parto, as experiências de outras mulheres que vivenciaram este processo, o reforço positivo recebido de pessoas significativas e as respostas fisiológicas ao processo de parto (Ip et al., 2008). Estas variáveis tem um impacto na perceção das capacidades da mulher e influenciam a maneira como as mulheres vivenciam o seu parto.

Assim, a autoeficácia emerge como um fator crucial na experiência de parto, uma vez que a autoeficácia tem um efeito significativo tanto no bem-estar da grávida como na forma como ela se sente fisicamente e vivencia a experiência de parto.

4.2.1. Conceção de cuidados – Promover a autoeficácia da mulher durante o período expulsivo

O presente estudo de caso refere-se a uma grávida cujo nome fictício é Ana. A Ana, 25 anos, cabeleireira de profissão. É casada com o David (nome também fictício), e 27 anos, mecânico de profissão. O casal habita numa moradia na região do Norte de Portugal. Saudável, não fumadora, desconhece alergias, grupo sanguíneo A Rh Positivo. A Ana encontra-se grávida de 37 semanas e 5 dias. É a primeira gestação pelo que refere ser uma gravidez planeada e desejada. Acompanhada na USF da sua área de residência. Recorreu ao Serviço de Urgência Obstétrica por rotura de membranas à cerca de uma hora aproximadamente e menciona que sente contrações dolorosas, regulares e prolongadas. Aquando observação médica, a Ana realizou CTG durante 20 minutos que estava tranquilizador e relativamente ao exame tocológico realizado pela equipa médica encontrava-se com oito centímetros, extinto, colo amolecido, no II plano de Hodge, variedade occipito esquerda anterior (OEA). Deu entrada na Sala de Partos pelas 10h30 minutos com o diagnóstico de Trabalho de Parto. À chegada ao Bloco de Partos encontrava-se queixosa, fácies assustada e a questionar se o seu filho ia nascer já. Referia também

uma pressão na vagina muito grande e muita vontade de puxar. Questionada sobre plano de parto e quais as suas expectativas face ao parto, pelo que referiu não ter realizado porque achava que ainda tinha tempo, mas que queria fazer contacto pele com pele com o recém-nascido, queria amamentar e pretendia que fosse o David a cortar o cordão umbilical e a vestir a primeira roupa do seu filho. Relativamente ao período expulsivo referiu que idealizou um parto eutócico não medicalizado, com a presença do David. O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da manhã, em contexto de Sala de Partos.

Dados:

Gravidez: Idade gestacional: 37s+5d.

Alergias: Não conhecidas.

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: amolecido.

Extinção do colo do útero: extinto

Dilatação do colo do útero: 10 cm.

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

Duração da contração uterina: 3 Segundos.

Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo.

Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

Posição fetal: esquerda.

Apresentação fetal: cefálica.

Variedade fetal: OEA.

Descida do feto: 3.º plano de Hodge.

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

Expectativa face ao parto: eutócico não medicalizado.

Hora do nascimento: 11h11min.

Quadro 3 - Conceção de cuidados – Promover a autoeficácia da mulher durante o período expulsivo

<table>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:

A Ana refere: “Sinto uma pressão muito grande na vagina e muita vontade de puxar.”; “Está doer muito.” (Estava com respiração ofegante e a hiperventilar).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem:

Trabalho de Parto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos:

Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>10h30</td><td>• Gerir ambiente físico para promover relaxamento
• Assistir a Ana na respiração;
o Realizar técnica de respiraçãocom a Ana, permitindo que a Ana experiencie o efeito.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:

A Ana refere: “Ai enfermeira, não estou a aguentar. Ajude-me. Está a doer muito. Não vou conseguir.”</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar autoeficácia no período expulsivo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Melhorar autoeficácia da Ana no período expulsivo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td></td><td>o Elogiar e encorajar a Ana nos esforços expulsivos</td></tr>
</table>

10h30	usando expressões como: Muito bem!; Boa, Continue.; Confie em si e no seu corpo. o Sugerir a Ana se quer sentir a cabeça do bebé; o Elogiar a Ana pelo seu desempenho.
Dados relevantes para o diagnóstico: Após a Ana controlar a respiração foi solicitado para se deitar para avaliar evolução do trabalho de parto. Observado escalpe fetal à vulva pelo que foi pedido à Ana para se colocar na posição mais confortável para si, pelo que a Ana optou por se sentar na cama.	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de Parto	
Objetivos: Facilitar trabalho de parto/nascimento Promover evolução favorável do trabalho de parto Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento Prevenir laceração perineal	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
	• Gerir ambiente físico o Promover um ambiente acolhedor e seguro, com privacidade. • Gerir ingestão de líquidos o Incentivar a Ana a ingerir água sempre que quiser. • Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto o Encorajar o David a dar apoio à Ana o Encorajar o David a respirar em conjunto com a Ana • Assistir no posicionar o Ajudar a Ana a alterar de posição sempre que desejar.

10h45	○ Encorajar a Ana a ouvir o seu corpo e realizar esforços expulsivos quando percepcionar a contração • Implementar medidas de proteção do períneo – Manobra de Ritgen • Assistir no parto ○ Preparar o material para assistir no parto ○ Após saída da cabeça pedir à Ana para suspender esforços expulsivos a fim de verificar a presença de circular do cordão. ○ Incentivar a Ana a vir buscar o seu filho • Encorajar o David a cortar o cordão umbilical ○ Orientar o David a cortar o cordão umbilical entre o clampe definitivo e a pinça de Kocher. • Assistir na expulsão da placenta
Dados relevantes para o diagnóstico: Índice de Apgar (1ºminuto): 9 Índice de Apgar (5ºminuto): 10 Índice de Apgar (10ºminuto): 10 Hora de nascimento: 11h11min. Boa adaptação à vida extrauterina	
Diagnóstico de Enfermagem: Nascimento	
Objetivos: Promover adaptação à vida extrauterina	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
11h35	• Executar clampeamento tardio do cordão umbilical ○ Clampar cordão umbilical cerca de 3-4 cm acima do

	anel umbilical com um clampe definitivo e clampar 2cm com uma pinça de Kocher. • Encorajar o David a cortão o cordão umbilical o Orientar o David a cortar o cordão umbilical entre o clampe definitivo e a pinça de Kocher. • Realizar contacto pele com pele entre a mãe e o bebé
Foco de atenção: Adaptação à Parentalidade	
Dados relevantes para o diagnóstico: O David referiu que queria vestir a primeira roupa ao António, mas tinha receio porque era a primeira vez que vestia um recém-nascido.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido	
Objetivos: Melhorar a capacidade do David para vestir o recém-nascido	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
12h45	• Instruir a vestir o recém-nascido o Assistir o David a colocar a roupa do recém-nascido, por ordem e abrir todos os botões; o Elogiar o David pela forma correta de vestir o António; o Incentivar e encorajar o David a segurar o António no seu colo. • Treinar a vestir o recém-nascido
Domínio: Pós-Parto	
Foco de atenção: Puerpério	
Dados relevantes para o diagnóstico:	

A Ana encontra-se nas 2h pós-parto imediato	
Diagnóstico de Enfermagem: Puerpério	
Objetivos: Determinar evolução da recuperação pós-parto	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
13h15	• Avaliar evolução da recuperação pós-parto o Globo de segurança de pinard formado; Útero contraído; Perda hemática vaginal moderada. • Prestar cuidados de higiene perineais

O período expulsivo é um momento crítico, onde o papel ativo da mulher é essencial para o sucesso do parto e para uma experiência de parto positivo. A autoeficácia da mulher para lidar com o trabalho de parto tem um impacto significativo na tomada de decisões informadas e na participação ativa no trabalho de parto.

O respeito pelo corpo da mulher e a promoção do empoderamento foram valores centrais na minha aprendizagem. A relação terapêutica estabelecida, onde cada parturiente é reconhecida como protagonista do seu parto, é crucial para que se sintam seguras e capacitadas a tomar decisões informadas (OMS, 2022; Preis et al., 2018). Compreendi que é fundamental intervir apenas se necessário e sem arbitrariedade, respeitando sempre as crenças e os valores das parturientes, privilegiando sempre as suas preferências (OMS, 2022). Sendo o empoderamento da mulhere um veículo facilitador de uma experiência de parto mais positiva é crucial promover a sua autoeficácia e, durante este percurso de aprendizagem em todos os momentos de intervenção as vontades, os esforços, o trabalho de parto da mulher foi sempre valorizado e elogiado.

Relativamente ao clampeamento do cordão as evidências indicam os benefícios quando realizado tardiamente, após 60 segundos (DGS, 2023; SPN, 2023). A informação referente a este tema é sólida no que respeita às vantagens significativas deste procedimento para os recém-nascidos, sendo

igualmente seguro tanto para as mães como para os recém-nascidos. O clampeamento tardio do cordão umbilical, após um minuto, permite a transferência de sangue da placenta para o recém-nascido, facilitando uma transição mais fisiológica para a vida extrauterina, o que resulta num aumento dos níveis de hemoglobina ao nascimento, melhores reservas de ferro e uma redução da anemia por deficiência de ferro durante o primeiro ano de vida, quando comparado com o clampeamento precoce do cordão umbilical. Para além dos benefícios neonatais, não foi observado um aumento na morbimortalidade materna. Embora se tenha registado um ligeiro aumento da necessidade de fototerapia. Contudo, o benefício deste procedimento supera o risco do clampeamento tardio do cordão umbilical (ACOG, 2020; SPN, 2023).

Por sua vez, Norgueira et al., (2012) menciona que o envolvimento do pai no corte do cordão umbilical também demonstrou um impacto positivo na promoção da ligação pai-filho, sendo que os pais que participaram nesse momento relataram uma maior relação afetiva com os seus filhos (Nogueira et al., 2012; Brandão, 2009).

4.3. Intervenção do EEESMO numa situação de emergências obstétricas

O terceiro estadio do trabalho de parto é caracterizado pela dequitadura, período que começa imediatamente após o parto e o nascimento do recém-nascido e termina com a expulsão da placenta (OMS, 2018). Este estadio é crucial para o bem-estar materno, uma vez que envolve processos fisiológicos, que requerem uma vigilância acrescida por forma evitar complicações obstétricas, como a Hemorragia Pós-Parto (O'Kane et al., 2023; Perry et al., 2022).

Durante a dequitadura, a contração uterina desempenha um papel vital na separação da placenta e na sua subsequente expulsão. (Sequeira et al., 2020). A OMS (2018) recomenda a gestão ativa do EEESMO no terceiro estádio do trabalho de parto para minimizar o risco de Hemorragia Pós-Parto. Estas intervenções incluem dois componentes principais: a administração de uterotónicos logo após o nascimento do recém-nascido e a tração controlada do cordão umbilical para facilitar a saída da placenta (NICE, 2024; OMS, 2018).

A administração de uterotónicos, como a ocitocina, é considerada a intervenção mais eficaz para prevenir a hemorragia durante a dequitadura (Almutairi et al., 2020). A tração controlada do cordão bem como a massagem uterina, embora sejam intervenções relativamente simples, exigem uma aplicação ponderada e cautelosa para prevenir complicações, como por exemplo, a inversão uterina (Ponte, 2021; Fatia et al., 2016). A eficácia destas intervenções depende da disponibilidade dos profissionais de saúde, da formação contínua e da conformidade com protocolos baseados em evidências (Ponte, 2021; Downey et al., 2019).

Após a dequitadura, ocorre o período de hemóstase, que compreende as primeiras duas horas após o parto, sendo este um momento crítico para a estabilização materna e para a prevenção de complicações hemorrágicas. Durante este período, o útero deve manter-se contraído de forma a comprimir os vasos sanguíneos no local de inserção placentária e, assim, prevenir a hemorragia (Ponte, 2021).

A monitorização e vigilância contínua realizada pelo EEESMO é imperativa durante estas duas horas críticas. O EEESMO deve avaliar o tónus uterino, vigiar a perda hemática e monitorizar os sinais vitais (frequência cardíaca, tensão arterial, frequência respiratória) da puérpera, de modo a identificar precocemente sinais de instabilidade hemodinâmica e possíveis complicações. (Sequeira et al., 2020).

Por vezes, existem situações em que o útero poderá não contrair de forma adequada, o que leva à atonia uterina e, nestas situações o risco de hemorragia aumenta consideravelmente. Perante estes casos, o EEESMO deve intervir imediatamente, realizando uma massagem uterina vigorosa e proceder à administração de uterotónicos. Em situações mais graves, pode ser necessário recorrer a técnicas avançadas, como o tamponamento uterino ou procedimentos cirúrgicos (Downey et al., 2019).

A intervenção do EEESMO no terceiro estadio do trabalho de parto é fundamental sendo recomendado uma gestão ativa neste período de modo a prevenir a Hemorragia Pós-Parto.

Em situações de emergência obstétrica, é crucial que o EEESMO mantenha uma coordenação e comunicação eficaz com toda a equipa de saúde, assegurando que cada membro da equipa compreenda as suas funções e que as intervenções sejam realizadas de forma rápida, precisa e eficaz. Nunca esquecer que o EEESMO tem um papel preponderante no suporte emocional à parturiente e à sua família durante uma situação de emergência, sendo assim imperativo informar, esclarecer e explicar todos os procedimentos e intervenções realizadas, ou seja, a intervenção do EEESMO perante uma situação de Hemorragia Pós-Parto envolve a vigilância contínua da mulher, a gestão da equipa no cumprimento do protocolo da instituição em vigor, e a adequada informação e assistência à mulher de forma a responder às suas necessidades.

4.3.1. Conceção de cuidados - Intervenção do EEESMO numa situação de emergência obstétrica

O presente estudo de caso refere-se a uma grávida cujo nome é fictício, sendo referenciado como Olga. A Olga, 33 anos, enfermeira de profissão. É casada com o Francisco (nome também fictício), de 35 anos, fisioterapeuta. O casal habita numa moradia na região do Norte de Portugal. É saudável, não fumadora, desconhece alergias, grupo sanguíneo A Rh Positivo. A Olga encontra-se grávida de 41 semanas e 3 dias. É a segunda gestação (anteriormente teve um parto eutócico) e refere ser uma gravidez não planeada, mas desejada. Acompanhada na USF da sua área de residência. Internada a 15 de dezembro às nove da manhã para indução de Trabalho de Parto com misoprostol e ocitocina. Deu entrada na Sala de Partos no mesmo dia às 15h por se apresentar queixosa e a solicitar colocação de cateter epidural. À admissão apresentava um exame tocológico com 4cm, 80% extinto, amolecido, intermédio. Após a minha apresentação, referiu estar cansada porque esteve durante a tarde toda a realizar movimentos na bola de partos, alternando com movimentos da pelve em pé. Diz também ter receio de não conseguir e não ser capaz porque além de se sentir cansada acha que não vai conseguir lidar com a dor porque está numa fase inicial e já sente dor.

O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da noite, em contexto Sala de Partos.

Dados:

Gravidez: Idade gestacional: 41s+3d

Alergias: Não conhecidas.

Exame tocologógico realizado às 20h:

Posição do colo do útero: intermédio

Consistência do colo do útero: amolecido

Extinção do colo do útero: extinto

Dilatação do colo do útero: 6cm.

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

Duração da contração uterina: 40 Segundos.

Dor de trabalho de parto: associado ao período de dilatação

Integridade das membranas amnióticas: íntegras

Apresentação fetal: cefálica.

Variedade fetal: Desconhecida

Descida do feto: acima do 1ºplano de Hodge

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

Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado.

Hora do nascimento: 5h25min.

Quadro 4 - Conceção de Cuidados: Intervenção do EEESMO numa situação de emergências obstétricas

Domínio: Parto
Foco de atenção: Trabalho de Parto

Dados relevantes para o diagnóstico: A Olga referiu estar cansada porque estava durante a tarde toda a realizar exercícios na bola de partos, alternando com exercícios de movimentos da pelve em pé	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de Parto	
Objetivos: Identificar as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
22h	• Assistir a Olga no posicionar; o Ajudar a Olga a adotar uma posição que fique mais confortável para descansar.
Foco de atenção: Trabalho de Parto	
Dados relevantes para o diagnóstico: A Olga tocou à campainha e referiu sentir dor associada à contração e que já não estava a aguentar aquela posição. Solicitou analgesia por via epidural e ajuda a identificar outra estratégia não farmacológica para lidar com a dor.	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de Parto	
Objetivos: Melhorar o conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas Identificar as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
22h30	• Assistir a Olga a compreender a dor de trabalho de parto

	• Assistir a Olga a identificar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto o Ajudar a Olga a identificar outras estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto que a permitam descansar como a música, o relaxamento, a massagem, a imaginação guiada, entre outras. o Ajudar a Olga a adotar a estratégia não farmacológica para lidar com a dor do seu trabalho de parto mais significativa para si. o Dizer à Olga a importância de ouvir o seu corpo e respeitar as suas necessidades conforme lhe faça sentido;
Foco de atenção: Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto	
Dados relevantes para o diagnóstico: A Olga referiu que queria optar pela realização da relaxamenti porque nas sessões de preparação para o parto experienciou com o seu marido e gostou muito.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas	
Objetivos: Melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto Controlar dor de trabalho de parto	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
22h50	• Envolver a pessoa significativa o Incentivar o Francisco a realizar a massagem suave

	à Olga • Gerir ambiente físico o Promover um ambiente com luz baixa e janela fechado, com temperatura adequada; o Promover privacidade • Instruir e treinar a pessoa significativa a massajar suavemente com aplicação de calor o Supervisionar o Francisco a massajar a Olga o Orientar o Francisco a massajar a Olga de acordo com a preferência dela.
Foco de atenção: Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto	
Dados relevantes para o diagnóstico: A Olga referiu: "Tenho receio de não conseguir e não ser capaz de ter um parto eutócico porque já estou tão cansada e não sei se vou aguentar as dores."	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto	
Objectivos: Promover o desempenho da Olga	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
23h	• Analisar os resultados obtidos com a Olga; o Referir à Olga que o seu trabalho de parto está a evoluir conforme o expectável; • Elogiar o desempenho da Olga; o Utilizar frases que motivem a Olga como:

	▪ "Acredito que será capaz de escolher o que for melhor para si a cada momento ao longo do trabalho de parto." ▪ "Lembre-se que só falha quem tenta, e eu sei que é determinada demais para deixar que o que depende de si no seu parto fique nas mãos de outras pessoas."
Foco de atenção: Trabalho de Parto	
Dados relevantes para o diagnóstico: A Olga tocou à campainha porque referiu ter acordado com dor associada à contração, pressão na vagina e vontade de puxar.	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de parto	
Objectivos: Promover evolução favorável do trabalho de parto	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
4h	• Avaliar evolução do trabalho de parto o Realizar exame vaginal o Informar a Olga sobre o exame vaginal o Explicar à Olga que se encontra com a dilatação completa, pelo que é necessário que o bebé desça pelo canal de parto. • Transferir a Olga para a sala de parto o Questionar a Olga se consegue deambular até ao quarto para onde vai ser transferida o Ajudar a Olga a deambular da sala de intermédios para o quarto. À chegada ao quarto a Olga pediu para administrar analgesia porque sentia dor associada à contração e para ficar um pouco

	sentada para facilitar a descida fetal.
	• Assistir a Olga a posicionar-se;
	  ○ Ajudar a Olga a encontrar a posição mais confortável naquele momento para ela;
	• Incentivar a Olga a puxar sempre que sentir contração e vontade.
	• Gerir analgesia
	  ○ Administrar bólus de ropivacaína 0,2% por cateter epidural conforme prescrição.

Dados relevantes para o diagnóstico: A Olga tocou à campainha porque referiu aumento da pressão na vagina e uma vontade incontrolável de puxar. Exame vaginal: ▪ Extinção do colo do útero: extinto ▪ Dilatação do colo do útero: 10cm. ▪ Variedade fetal: ODA ▪ Descida do feto: 3.º plano de Hodge	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de parto	
Objectivos: Facilitar trabalho de parto/nascimento Promover parto eutócico Prevenir laceração perineal Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
5h	• Gerir ambiente físico ○ Promover um ambiente acolhedor e seguro, com

	privacidade • Avaliar evolução do trabalho de parto o Realizar exame vaginal o Informar a Olga sobre o exame vaginal o Explicar à Olga que este é o momento de conhecer o seu filho. • Envolver o Francisco no trabalho de parto • Assistir no posicionar o Ajudar a Olga a alterar de posição sempre que desejar • Assistir no parto o Preparar o material para assistir no parto o Elogiar e encorajar a Olga nos esforços expulsivos o Questionar se quer sentir a cabeça do bebé • Implementar medidas de proteção do períneo – Manobra de Ritgen o Após saída da cabeça pedir à Olga para suspender esforços expulsivos a fim de verificar a presença de circular do cordão. • Incentivar a Olga a vir buscar o seu filho • Assistir no corte do cordão umbilical • Encorajar o Francisco a cortar o cordão umbilical • Assistir na expulsão da placenta o Vigiar perda hemática
Dados relevantes para o diagnóstico:	

<table>
<tr><td colspan="2">Índice de Apgar (1ºminuto): 9

Índice de Apgar (5ºminuto): 10

Índice de Apgar (10ºminuto): 10

Hora de nascimento: 5h25

Boa adaptação à vida extrauterina</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem: Nascimento</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objectivos: Promover adaptação à vida extrauterina</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>5h45</td><td>• Promover contacto pele com pele entre a mãe e o bebé
o Colocar o bebé no tórax da mãe em decúbito ventral e cobrir o bebé com um lençol seco e quente. Manter o rosto visível.
o Avaliar a respiração, tónus, coloração e posição do bebé de 15/15 min.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Domínio: Pós-parto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Foco de atenção: Puerpério</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:

A Olga refere que está tonta (Apresenta pele pálida, sudurética e fria)

Tipo de dequitadura:
Mecanismo de descolamento: Duncan.
Hora da dequitadura:5h45
Características da placenta: sem alterações observáveis.
Estado do períneo: laceração 1ºgrau
Perda sanguínea vaginal: abundante
Contração do útero pós-parto: atonia uterina</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">Sinais Vitais:
Tensão Arterial: 82/36mmHg
Frequência Cardíaca: 125bpm</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem: Hemorragia Pós-parto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Determinar evolução da recuperação pós-parto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>6h</td><td>• Referenciar complicação pós-parto ao médico
• Implementar medidas de tratamento de HPP
o Assegurar 2 acessos vasculares periféricos de grande calibre
o Assegurar esvaziamento vesical
o Realizar massagem uterina
o Administrar ocitocina 10UI EV em bólus
o Administrar soroterapia de acordo com prescrição médica
• Avaliar evolução da recuperação pós-parto
• Monitorizar sinais vitais</td></tr>
<tr><td colspan="2">Resultados obtidos: Atonia uterina resolvida através de massagem uterina e administração de uterotómicos e soroterapia.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:
A Olga encontra-se nas 2h pós-parto imediato.
Quantidade de lóquios: conforme a esperada neste momento
Contração do útero pós-parto: contraído,
Sinais Vitais:
Tensão Arterial: 108/64mmHg</td></tr>
</table>

Frequência Cardíaca: 87bpm	
Diagnóstico de Enfermagem: Puerpério	
Objectivos: Determinar evolução da recuperação pós-parto	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
7h30	• Prestar cuidados de higiene perineais • Gerir ingestão de alimentos o Incentivar a Olga a alimentar-se

A gravidade e exigência perante uma situação de hemorragia pós-parto e a rapidez com que esta situação se processa salientam a relevância das competências do EEESMO, especialmente no que diz respeito ao diagnóstico precoce, à implementação de intervenções imediatas e eficazes e à organização do trabalho em equipa de forma coordenada. Este caso clínico permitiu-me desenvolver competências teóricas e práticas, mantendo o foco no cuidado centrado na mulher e no seu suporte emocional perante situações de desvio à normalidade.

Diversos desafios surgiram no decorrer desta situação clínica. Um dos principais desafios enfrentados foi a necessidade de realizar um diagnóstico preciso e rápido, o que exige uma observação clínica apurada e a tomada de decisões sob situações de elevado *stress*. A execução do protocolo de hemorragia pós-parto existente no serviço, que passa pela realização de massagem uterina e a administração de uterotónicos, foram aplicados resultando numa resolução eficaz da situação. A gestão emocional perante uma situação de emergência foi outro desafio encontrado, a necessidade de manter a calma e o raciocínio crítico, simultaneamente à prestação de suporte emocional contínuo à puérpera, exigiu um equilíbrio entre a realização de procedimentos técnicos e a necessidade de manter o apoio emocional à puérpera.

A comunicação em equipa foi outro aspecto fundamental durante o estágio e em situações de emergência. A experiência demonstrou que uma comunicação clara, precisa e atempada é essencial para a gestão de emergências obstétricas. Em situações de urgência, como a necessidade de intervenções devido a estados fetais não tranquilizadores, a eficácia da comunicação pode fazer toda a diferença, assegurando que a equipa esteja coordenada e preparada para agir rapidamente. Neste contexto, desenvolvi competências relativamente à comunicação assertiva, essenciais para a construção de uma relação terapêutica com as parturientes, que se sentem mais confiantes e empoderadas quando as suas expectativas são possíveis de ser realizadas (Sequeira, 2016).

4.4. Contactar para amamentar: o papel do contacto pele com pele na amamentação

A amamentação na primeira hora de vida é recomendada pela OMS devido aos seus vastos benefícios tanto para o recém-nascido como para a mulher. É um momento crucial para a promoção da ligação mãe-filho, promove a imunidade do recém-nascido através da ingestão do colostro, uma vez que este é rico em nutrientes essenciais, reduz o risco de hemorragia pós-parto e de depressão devido à libertação de ocitocina. Cada vez mais é salientada a importância para o início precoce da amamentação dado que contribui para o controlo eficaz da termorregulação do recém-nascido, promovendo assim uma transição à vida extrauterina mais saudável. (DGS, 2015).

Segundo Gupta et al. (2021), a promoção da amamentação precoce na primeira hora após o parto promove diretamente a amamentação exclusiva à alta e da duração amamentação (Gupta et al., 2021; Karimi et al., 2020; Giang et al., 2022). É crucial que o EEESMO promova a autoeficácia materna na primeira hora de vida, potenciando o sucesso da amamentação.

Este processo é influenciado diretamente pelo contato pele com pele precoce entre a mãe e o recém-nascido além dos ínumeros benefícios conhecidos que provém desta técnica.

Ao longo do contacto pele com pele o recém-nascido desenvolve comportamentos instintivos, sendo crucial compreendê-los de forma a intervir em conformidade. Assim, o recém-nascido passa por nove fases, caracterizadas como: 1. Choro de nascimento, um choro forte e intenso logo após o nascimento, marcando a transição para a respiração; 2. Relaxamento, o recém-nascido fica tranquilo, sem movimentos significativos; 3. Despertar, começam a surgir pequenos movimentos da cabeça, braços e ombros; 4. Atividade, o recém-nascido realiza movimentos mais definidos e orientados, com rotação da cabeça e impulsos dos braços; 5. Descanso, o bebé intercala períodos de repouso com atividade leve, como sugar as mãos; 6. Rastejar, o recém-nascido inicia movimentos de rastejar com o corpo para se aproximar do mamilo; 7. Familiarização, o recém-nascido começa a lamber e a explorar a aréola/mamilo; 8. Sucção, o recém-nascido inicia a sucção e começa a mamar; 9. Sono, após a mamada, o recém-nascido adormece (Widström et al., 2019).

Essas fases, ocorrem naturalmente quando o contato pele com pele é mantido ininterruptamente e são fundamentais para o início eficaz da amamentação, promovendo a amamentação exclusiva nas primeiras horas de vida e aumentando a duração da mesma (Bedford et al., 2022; Giang et al., 2022; Gupta et al., 2021).

A Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2023) recomenda a técnica do contato pele com pele entre a mãe e o recém-nascido durante a primeira hora de vida. A evidência é clara quanto aos benefícios desta prática, tanto para a mãe como para o recém-nascido. Entre os principais benefícios para o recém-nascido, destacam-se a regulação da temperatura, a redução do choro, a promoção do sono, a estimulação dos reflexos que facilitam a amamentação e a promoção do início da mamada de forma natural e autónoma. Para a mãe, o contato pele com pele favorece o relaxamento, fortalece o vínculo com o recém-nascido e facilita o início precoce da amamentação, além de contribuir para a contratura uterina, reduzindo o risco de hemorragia pós-parto (Widström, 2019; Antunes et al., 2022; SPN, 2023).

4.4.1. Conceção de cuidados – Contactar para amamentar: O papel do contacto pele com pele na amamentação

O presente estudo de caso refere-se a uma grávida cujo nome fictício, é Filipa. A Filipa, 28 anos nascida a 24 de janeiro 1995, advogada de profissão. É casada com o Rui, de 30 anos, engenheiro civil de profissão. O casal habita num prédio nos arredores do Porto. Saudável, não fumadora, desconhece alergias, grupo sanguíneo B Rh positivo. A Filipa encontra-se no período de pós-parto imediato após um parto eutócico há cerca de 20 minutos com períneo íntegro. Foi a primeira gestação. Refere ter sido uma gravidez planeada e desejada. Acompanhada na USF da sua área de residência e numa clínica privada. No seu plano de parto refere que pretende estar acompanhada pelo marido durante todo o internamento no bloco de parto e no puerpério, quer realizar contacto pele com pele na primeira hora de vida, bem como amamentar exclusivamente o seu filho durante todo o internamento. O recém-nascido é o Miguel, nasceu com IA 9 (1ºminuto); 10 (5ºminuto); 10 (10ºminuto).

O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da manhã, em contexto de Bloco de Partos.

Dados:

Gravidez: Idade gestacional: 38s+2d.

Peso atual: 84kg. Comprimento: 166 cm.

Alergias: Não conhecidas.

Medicação: Gestcare

Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada

Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado

Hora do nascimento: 07:40

4.4.2. Quadro 5 - Conceção de Cuidados: Contactar para amamentar: O papel do contacto pele com pele na amamentação

Domínio: Pós-Parto

<table>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:

Índice de Apgar (1ºminuto): 9

Índice de Apgar (5ºminuto): 10

Índice de Apgar (10ºminuto): 10

Hora de nascimento: 07h40min.

Boa adaptação à vida extrauterina</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem: Nascimento</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objectivos: Promover adaptação à vida extrauterina</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>8h30</td><td>• Promover contacto pele com pele entre a Filipa e o Miguel
o Colocar o recém-nascido no tórax da Filipa em decúbito ventral e cobrir o Miguel com um lençol seco e quente. Manter o rosto visível.
o Avaliar a respiração, tónus, coloração e posição do recém-nascido de 15/15 min. (Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020)
• Executar administração de vitamina K;
o Administrar 1 mg de vitamina K, por via intramuscular na coxa esquerda do recém-nascido
• Executar a administração de profilaxia ocular tópica
o Colocar pomada oftálmica em ambos os olhos</td></tr>
<tr><td colspan="2">Foco de atenção: Comportamento para amamentar</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:

A Filipa revelou vontade amamentar o Miguel.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem: Amamentação</td></tr>
</table>

Objectivos: Promover o amamentar	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
8h40	• Assistir na amamentação o Permitir realização dos 9 estádios do contacto pele com pele.
Foco de atenção: Autoeficácia para amamentar	
Dados relevantes para o diagnóstico: A Filipa refere que acha que o Miguel não está a fazer uma boa pega porque tem um mamilo pequeno e menciona que não vai conseguir amamentar porque a mãe também não conseguiu.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar	
Objetivos: Que a Filipa apresente potencial para amamentar o Miguel	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
9h45	• Elogiar o desempenho da Filipa o Dar reforço positivo à Filipa pela vontade que tem em amamentar o Miguel o Dizer à Filipa aquando ao ínicio da sucção do Miguel ao longo os nove momentos do contacto pele com pele que o Miguel está a iniciar a amamentação; o Reforçar à Filipa que ela é capaz de amamentar o seu filho. • Analisar com a Filipa os resultados alcançados o Após a mamada observar com a Filipa que o Miguel foi capaz de amamentar autonomamente de forma

	eficaz.
Foco de atenção: Pós-parto	
Dados relevantes para o diagnóstico: A Filipa encontra-se nas 2h pós-parto imediato.	
Diagnóstico de Enfermagem: Puerpério	
Objectivos: Determinar evolução da recuperação pós-parto	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
10h	• Avaliar evolução da recuperação pós-parto • Prestar cuidados de higiene perineais • Gerir ingestão de alimentos • Vigiar eliminação urinária

Após o parto, o contacto pele com pele precoce entre a mãe e o recém-nascido é fundamental para garantir o bem-estar materno e do recém-nascido bem como promover a ligação mãe-filho. A prática do contacto pele com pele na primeira hora de vida foi uma das competências que pude aperfeiçoar, pois promove a libertação de ocitocina, provocando contração uterina essencial para a estabilização materna pós-parto. O contacto pele com pele estimula a amamentação na primeira hora de vida e a longo prazo. Esta intervenção apresenta também um impacto positivo na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Cardoso et al., 2023; OMS, 2022). A literatura destaca também que o contacto pele com pele melhora a resposta emocional da mulher contribuindo assim para um aumento da autoconfiança materna (Cardoso et al., 2023).

Por sua vez, a autoeficácia para amamentar, ou seja, a confiança da mulher na sua capacidade de amamentar, é um fator determinante para o sucesso da amamentação. Vicente (2018) e Dias (2019), defendem que mulheres com maior autoeficácia vivenciam a amamentação mais facilmente. Pela mesma ótica Santos et al. (2020) complementam que o suporte emocional e o apoio

dos EEESMO é fundamental para aumentar a autoeficácia materna, promovendo assim uma experiência na amamentação mais positiva e prolongada.

Assim, as mulheres que se sentem capazes de amamentar são mais propensas a iniciar a amamentação imediatamente após o parto, o que potencia os benefícios associados à amamentação. A presença de EEESMO para apoiar e elogiar a mulher neste momento fomenta a confiança da mulher, e consequentemente aumenta a probabilidade de uma amamentação eficaz e prolongada (Gianni et al., 2019). Silva et al., (2021) assinalam que as intervenções implementadas para o aumento da autoeficácia materna, especialmente no período pré-natal, têm um impacto benéfico na amamentação, melhorando significativamente os resultados de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido (Brockway et al., 2017).

No que consiste ao cuidados imediatos ao recém-nascido, a SPN (2023) recomenda a administração de vitamina K por via intramuscular a todos os recém-nascidos após o nascimento, com o objetivo de prevenir a patologia hemorrágica associada ao défice de vitamina K durante o primeiro ano de vida. Esta administração pode ocorrer imediatamente após o parto ou até ao final da primeira hora de vida. (SPN, 2023).

Por sua vez, é também recomendação da SPN (2023) a aplicação de pomada oftálmica considerando esta a melhor estratégia para prevenir infeções por Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis no período pós-natal. A administração universal de antibióticos profilático não é recomendada, todavia em casos de risco, sugere-se a aplicação do antibiótico tópico oftálmico em ambos os olhos, durante a 1.ª hora de vida (SPN, 2023).

Ao longo do estágio, após a primeira hora de vida, foram efetuados os cuidados ao recém-nascido, que consistiram na sua identificação através da colocação de uma pulseira, no registo dos parâmetro antropométricos do recém-nascido, na administração de 1 mg de vitamina K por via intramuscular na coxa esquerda e na aplicação de pomada oftálmica para prevenção de infeções oculares, de acordo com as orientações da DGS (2023b).

Após o parto, um EEESMO ficava responsável pelo recém-nascido e procedia à administração da vitamina K e à aplicação da pomada oftálmica, conforme o protocolo do serviço e mantinha a vigilância da adaptação à vida extrauterina do recém-nascido.

5. CUIDAR DA MULHER E RECÉM-NASCIDO DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO

O puerpério é uma fase crítica de adaptação para a mulher, marcada por alterações profundas na vida de uma mulher. É também um período vulnerável, onde a maioria dos casos de mortalidade e morbilidade materna e neonatal está associada a alterações fisiopatológicas que ocorrem na mulher. A OMS (2022) alerta para o fato de o puerpério ser o período mais negligenciado nos cuidados prestados, destacando a importância de intervenções adequadas e ajustadas. Assim, o papel do EEESMO é crucial.

O EEESMO deve promover atividades de vigilância contínua, garantindo cuidados direccionados tanto à mulher quanto ao recém-nascido, com o objetivo de assegurar um pós-parto saudável. Além disso, os cuidados prestados pelo EEESMO não se limitam apenas ao cuidado físico, mas principalmente ao cuidar da mulher por inteiro, permitindo facilitar a adaptação da mulher aos processos que esta vivencia.

5.1. Promoção da ligação pai-filho: desenvolvimento de competências parentais no pós-parto

Segundo Pereira et al. (2022), incluir a pessoa significativa nos cuidados ao recém-nascido é de extrema importância para o desenvolvimento saudável e para o bem-estar da tríade familiar. Os mesmos autores referem que a presença do pai nas primeiras semanas de vida está associada a melhores resultados relativamente à promoção da ligação mãe/pai-filho.

Um artigo publicado na *American Journal of Psychiatry* ressalva que a participação ativa do pai nos cuidados do recém-nascido permite a construção de confiança nas competências parentais promovendo a autoeficácia do pai, fatores que são cruciais para prevenir o comprometimento da saúde mental pós-parto do pai (Nogueira et al., 2020; Amorim et al., 2020).

Enquanto EEESMO é crucial envolver a pessoa significativa ao longo de todo o processo de gravidez, parto e pós-parto de forma a promover a ligação mãe/pai-filho proporcionando momentos para a realização do contacto pele

com pele bem como a presença da pessoa significativa aquando à realização dos cuidados ao recém-nascido.

Assim, a participação do pai nos cuidados ao recém-nascido é fundamental para promover o desenvolvimento saudável do recém-nascido, fortalecer os laços familiares e promover a saúde mental do pai. O suporte contínuo e a colaboração nos cuidados ao recém-nascido são essenciais para garantir um ambiente familiar equilibrado.

5.1.1. Conceção de cuidados - Promoção da ligação pai-filho: desenvolvimento de competências parentais no pós-parto

O presente estudo de caso refere-se a uma puérpera cujo nome fictício é Mónica. A Mónica, 34 anos, nascida a 30 de setembro de 1989, assistente social de profissão. Vive com o Pedro (nome também fictício) em união de facto, de 36 anos, operário têxtil de profissão. O casal habita numa moradia nos arredores do Porto. É saudável, não fumadora desconhece alergias, grupo sanguíneo A Rh Positivo. É primigesta. Refere ter sido uma gravidez planeada e desejada. Acompanhada na USF da sua área de residência. A Mónica encontra-se no período pós-parto por cesariana devido a trabalho de parto estacionário. A primeira pessoa a realizar o contacto pele com pele com recém-nascido foi o Pedro e aquando disponibilidade da Mónica esta teve oportunidade de realizar contacto pele com pele e amamentar a sua filha, tal como desejava. No seu plano de parto refere querer amamentar exclusivamente a sua filha. O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde, em contexto de Puerpério. O turno teve início às 15 horas, sendo que a informação mencionada anteriormente foi recebida na passagem de turno e confirmada posteriormente com a própria no início do turno.

Aquando ao início do meu turno, a Mónica já se encontrava sem cateter urinário e apresentou 1.ª micção espontânea ainda no turno da manhã. Mantinha cateter epidural por onde é administrada medicação analgésica e mantém cateter venoso periférico.

A Catarina encontrava-se nas primeiras 24 horas de vida, sem intercorrências. Aquando à minha apresentação a Mónica e o Pedro demonstraram vontade em prestar os cuidados de higiene à Catarina, contudo pediram ajuda porque

tinham algumas dúvidas sobre os produtos de higiene e a forma correta de dar o banho. Referiram também que seria o Pedro a dar o banho à Catarina porque a Mónica ainda não se sentia preparada para estar em pé muito tempo devido à cesariana. Assim, foi negociado com ambos o horário para a intervenção.

Ao longo do internamento no Puerpério, o Pedro revelou vontade de participar em todos os cuidados e intervenções que eram realizadas à Catarina com tranquilidade, preocupação e com sorriso. Foi sem dúvida um momento de reflexão sobre a necessidade de promover a ligação pai-filho precoce, idealmente desde a gravidez.

Este caso clínico foi um dos muitos exemplos vivenciados que me marcou pela importância que o Pedro demonstrou ao realizar o contacto pele com pele com a Catarina após o nascimento por cesariana, referindo: “Foi muito emocionante porque eu sabia que a Mónica estava bem porque a vi e pude estar num momento tão próximo com a minha filha. Aquele momento em que a enfermeira colocou no meu peito só com a fralda e eu senti a fragilidade dela, o choro dela e a abraçei, fez-me sentir-me útil porque achava que só a mãe importava no parto e nas primeiras horas após o parto e mudei logo de ideias naquele momento. Quis logo protegê-la, dar-lhe mimo e conforto. Foi mágico.”

Dados:

Parto por cesariana

Gravidez: 38 semanas e 6 dias

Dia e hora do parto: 21/04/2024 às 20:45

Apresenta útero bem contraído, lóquios hemáticos em moderada quantidade.

Mamas moles e com colostro. Mamilo protusos e íntegros.

A Catarina é um recém-nascido no 1.º dia de vida.

Nasceu às 20:45, com APGAR 9/10/10. À nascença, tinha 3050g, 49cm de comprimento e 35cm de perímetro cefálico.

Amamentação exclusiva. Apresenta sinais de boa pega e reflexo de sucção e deglutição eficaz.

Quadro 6 - Promoção da ligação pai-filho: desenvolvimento de competências parentais no pós-parto

<table>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:

A Mónica referiu: “Esses (sangramento abundante e cheiro fétido) são os sinais que devo ter em atenção também com a perda de sangue vaginal certo enfermeira?”</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem:

Potencial para melhorar o conhecimento sobre recuperação pós-parto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Promover autogestão da recuperação pós-parto</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>15h45</td><td>• Concordar com a Mónica elogiando o seu conhecimento.
• Ensinar sobre complicações pós-parto
o Explicar à Mónica que a quantidade, a coloração e a duração dos lóquios variam de mulher para mulher. (Bortolato-Major, 2021)
o Explicar à Mónica que durante aproximadamente quatro semanas após o parto é comum a presença de lóquios hemáticos, sero-hemáticos e serosos sendo que, até ao quinto dia são lóquios sanguíneos, semelhantes à menstruação, até ao décimo dia são lóquios serosos e vão diminuindo ao longo tempo. (Bortolato-Major, 2021)
o Explicar à Mónica que uma coloração amarelada (conteúdo purulento) com cheiro fétido associado a febre e /ou dor abdominal pode significar a presença de infeção e, caso aconteça informar o EEESMO (Perry et al., 2022).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Resultados obtidos:

A Mónica referiu que ficou esclarecida e que para já a quantidade e a coloração dos lóquios são esperadas. Avaliou-se assim que o Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto associado aos lóquios é</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">facilitador.</td></tr>
<tr><td colspan="2">Foco de Atenção: Adaptação à Parentalidade</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dados relevantes para o diagnóstico:

Após negociar o horário para prestar os cuidados de higiene ao recém-nascido com o Pedro a Mónica questionou: “Enfermeira, eu sei que devemos colocar creme hidratante no recém-nascido por causa de fragilidade da pele e o champô e gel de banho também podemos colocar? Há pessoas que dizem que sim, outras que não e eu não sei o que fazer.”</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem:

Potencial para melhorar o conhecimento sobre higiene do recém-nascido</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Melhorar o conhecimento sobre higiene do recém-nascido</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>17h30</td><td>• Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido

o Explicar as características da pele de que um recém-nascido mencionando que a pele do recém-nascido constitui uma barreira protetora e é o principal órgão de defesa do recém-nascido e por esse motivo é fulcral manter a pele do recém-nascido saudável e cuidada.

o Explicar à Mónica que a pele do recém-nascido é mais frágil e sensível que a de um adulto o que torna mais susceptível à absorção de substâncias tóxicas. Por esse motivo ao ser aplicado qualquer produto químico na pele do recém-nascido terá uma absorção maior.

o Explicar à Mónica que o uso de produtos de higiene, que contêm químicos, podem provocar alterações no pH da pele e por esse motivo dever ser realizada uma seleção cuidada dos produtos aplicados.

o Explicar à Mónica os critérios de escolha dos produtos de higiene referindo que a um dos produtos de higiene que</td></tr>
</table>

	se podem utilizar na pele do recém-nascido são os "syndets", muitas vezes chamados de "sabão sem sabão". Estes produtos têm um pH um pouco mais ácido, são suaves e fazem pouca espuma além de serem hipoalergénicos. o Explicar à Mónica que se optarem por não usar produtos syndets, recomenda-se usar apenas água nas primeiras semanas. o Questionar à Mónica o que lhe parece.

Resultados obtidos:

Após escutar a explicação a Mónica menciona que sendo assim, uma vez que a pele de recém-nascido é muito sensível prefere usar apenas a água porque o seu filho também não se vai sujar e após o primeiro mês irá procurar produtos syndet que lhe pareçam mais indicados.

Com a sua resposta foi possível aferir que a Mónica mencionou que assim fica mais descansada e vai ficar alerta a possíveis alterações. Assim, conclui-se que o Potencial para melhorar conhecimento sobre a higiene do recém-nascido relativo aos produtos de higiene é facilitador.

Foco de Atenção: Adaptação à Parentalidade

Dados relevantes para o diagnóstico:

Aquando ao horário negociado com o casal para a prestação da higiene à Catarina, o Pedro referiu tinha combinado com a Mónica e que seria ele a dar o banho à Catarina porque a Mónica estava a descansar. Questionado o Pedro do material para o banho e verificou-se que o Pedro tinha o material devidamente colocado ao pé da banheira. (Elogiado pela correta preparação por forma a potenciar a sua autoeficácia na prestação de cuidados à Catarina).

Referiu ainda que a sua maior dificuldade seria conseguir segurar na Catarina pois tinha medo que ela escorregasse na água. Mencionou também saber que deve ser trocada a fralda antes de colocar a Catarina na água para não sujar a água caso a fralda estivesse suja. (Elogiado pela correta afirmação com o

<table>
<tr><td colspan="2">objetivo de potenciar a sua autoeficácia na prestação de cuidados à Catarina).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade sobre higiene do recém-nascido</td></tr>
<tr><td colspan="2">Objetivos: Melhorar a capacidade sobre higiene do recém-nascido</td></tr>
<tr><td colspan="2">Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)</td></tr>
<tr><td>18h00</td><td>• Instruir e Treinar sobre higiene do recém-nascido
o Demonstrar que na preparação do ambiente é recomendado um ambiente ameno, sem correntes de ar, com as portas e janelas fechadas e a temperatura da água deve variar entre 36ºC - 37ºC sendo que a primeira água a ser colocada deve ser a água fria devido ao aquecimento da superfície da banheira e a altura deve ser aproximadamente os 10cm.
o Observar o Pedro a trocar da fralda. (O Pedro realizou a higiene perineal com compressas humedecidas, afastou ligeiramente os grandes lábios e limpou a parte externa que se encontra em contacto com a fralda, no sentido vagina-ânus)
o Demonstrar como dar banho ao recém-nascido, colocando o braço por trás das costas da Catarina e segurar o seu braço mais afastado com a mão apoiando o dorso da Catarina na água sem mergulhar na água. Com a mão livre lavar primeiro a cara (pálpebras, ouvidos e nariz), depois o corpo (membros superiores, tronco e membros inferiores). Posteriormente trocar as mãos colocando a Catarina com o dorso para cima e lavar as costas. Por fim lavar a cabeça.
o Demonstrar que após a lavagem do corpo colocar a Catarina na toalha protegendo a cabeça devido à perda da temperatura e secar o corpo sem esfregar com</td></tr>
</table>

	especial cuidado nas pregas.
Foco de Atenção: Adaptação à Parentalidade	
Dados relevantes para o diagnóstico: Após o banho da Catarina o Pedro demonstrou vontade em vestir (apesar de demonstrar algum receio m vestir a Catarina) Catarina referindo que é ele que tem vestido a sua filha e que fica muito feliz em cuidar da Catarina.	
Objetivo: Promover a autoeficácia do Pedro nos cuidados à Catarina	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar autoeficácia para dar banho ao recém-nascido	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
18h20	• Elogiar o Pedro pela prestação de cuidados à Catarina o Dizer ao Pedro que está a vestir a Catarina com muito cuidado e que cada vez vai ser mais confiança os cuidados que presta à sua filha.
Resultados obtidos: O Pedro demonstrou capacidade para vestir a Catarina.	
Foco de Atenção: Comportamento ligação pai/filho	
Dados relevantes para o diagnóstico: O Pedro demonstrou vontade na prestação dos cuidados à Catarina ao longo do turno mostrando iniciativa para trocar a fralda, dar o banho à catarina, limpeza do coto umbilical e apoio na amamentação.	
Diagnóstico de Enfermagem: Ligação pai-filho: facilitador	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
18h30	• Planear a participação do pai nos cuidados o Gerir os horários e prestação de cuidados à catarina

	sempre de acordo com a vontade dos pais e de forma a que ambos estejam presentes.
Resultados obtidos: Todos os horários de prestação de cuidados à Catarina foram negociados e planeados com a Mónica e com o Pedro, contudo na hora combinada para o banho a Mónica encontrava-se a descansar e decidiram que seria o Pedro a prestar os cuidados de higiene à Catarina.	
Foco de Atenção: Recém-nascido	
Dados relevantes para o diagnóstico: A Catarina apresenta coto gelatinoso e pele peri-umbilical	
Objetivo: Determinar evolução do coto do cordão umbilical	
Diagnóstico de Enfermagem: Recém-nascido	
Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)	
18h20	• Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical o Observar o Pedro na prestação de cuidados ao coto umbilical após os cuidados de higiene. o Observar aspeto do colo umbilical e a pele peri-umbilical
Resultados obtidos: A Catarina apresenta uma boa evolução da cicatrização relativa ao coto umbilical.	

Durante o estágio, desenvolvi competências na avaliação física da puérpera, vigiando os lóquios, a involução uterina, a ferida cirúrgica. Também desenvolvi competências no domínio do conhecimento às puérperas relativamente às características normais da perda de lóquios, que geralmente se estendem por quatro a seis semanas após o parto. Inicialmente, esses lóquios são sanguinolentos e podem conter pequenos coágulos, sendo comparáveis a uma

menstruação mais intensa. Posteriormente, tornam-se mais serosos e apresentam uma coloração rosada ou acastanhada, tendendo a diminuir gradualmente até se tornarem esbranquiçados ou amarelados perto do final do primeiro mês (Perry et al., 2022).

No cuidado às puérperas que tiverem um parto por cesariana, tive a oportunidade de adquirir competências na avaliação da cicatrização da ferida cirúrgica e na prevenção de infeções e/ou deiscência. Além disso, capacitei as mulheres para o autocuidado, explicando como manter a ferida limpa e seca, bem como os cuidados necessários para evitar complicações (Perry et al., 2022). Este foco na promoção da capacidade para o autocuidado contribuiu significativamente para o desenvolvimento das minhas competências na transmissão de informação às mulheres sobre os cuidados pós-operatórios.

Além das mudanças fisiológicas e físicas, também ocorrem alterações de ordem psicológica, familiar e social, exigindo novos ajustes e adaptações nas relações interpessoais (Silva et al., 2021).

A minha intervenção incluiu também informar as mulheres sobre as mudanças emocionais esperadas, resultantes das alterações hormonais no pós-parto, e orientá-las quanto às adaptações necessárias nas rotinas familiares, de forma a garantir que pudessem cuidar dos seus filhos sem descuidar do descanso e repouso essenciais à sua própria recuperação. Esta fase é marcada pela sua relevância, não apenas pelo retorno dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gravídico, mas também por ser um momento crucial de adaptação à nova identidade materna, adaptação a um novo papel, integração do recém-nascido na família e reorganização das relações familiares e sociais (Leitão, 2016; Semedo, 2019).

No puerpério, o foco foi apoiar a mulher na sua recuperação e ajudar na transição para a parentalidade. Muitas vezes, as mulheres acabam por se focar tanto no recém-nascido que negligenciam o seu próprio autocuidado e recuperação física e emocional. A intervenção do EEESMO deve centrar-se em promover a recuperação pós-parto, promovendo as mulheres a cuidarem de si mesmas enquanto também se adaptam à transição para a parentalidade (Silva et al., 2021).

Além disso, a prestação de cuidados aos recém-nascidos foi também uma parte desenvolvimento de competências do meu percurso. Aprofundei competências na área da amamentação, cuidados de higiene, banho e cuidados com o coto umbilical. No que diz respeito à amamentação, desenvolvi competências para intervir em situações específicas, capacitando as mulheres quanto à posição correta para amamentar, sinais de fome e saciedade, e a importância da pega eficaz e da sucção adequada. Também vivenciei situações em que intervi no sentido de orientar as mulheres sobre como prevenir o ingurgitamento mamário, que geralmente ocorre entre o 3º e 5º dia após o parto, quando as mamas ficam cheias e tensas devido à maior produção de leite (Perry et al., 2022). Envolver a pessoa significativa no período puerperal é crucial para a recuperação da mulher no pós-parto, tanto em termos de suporte emocional quanto na divisão das tarefas domésticas e cuidados com ao recém-nascido.

Gomez et al. (2009) mencionam que as expectativas da mulher em relação ao apoio no pós-parto têm impacto direto na satisfação conjugal e no bem-estar emocional. Quando a pessoa significativa está mais envolvida, as mulheres relatam maior qualidade na relação e redução do *stress* parental.

Os mesmos autores destacam que a participação paterna no cuidado direto ao recém-nascido e no suporte emocional à mulher, mostrou-se uma mais-valia na recuperação da mulher, contribuindo para um ambiente familiar mais saudável.

A continuidade dos cuidados no pós-parto é um grande desafio para os sistemas de saúde. Habitualmente, as mulheres só procuram apoio dos profissionais de saúde quando há algum problema percebido, o que contraria o modelo ideal de prevenção. As intervenções do EEESMO contribuem para a redução de complicações pós-parto, promover o vínculo parental precoce, e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, especialmente num momento em que o internamento hospitalar da mulher e do recém-nascido tem diminuído.

6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

A prática baseada em evidências é um dos alicerces fundamentais nos cuidados específicos prestados pelo EEESMO. Em relação às competências específicas para a obtenção do grau de mestre, conforme reconhecido no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, destaca-se a necessidade de aquisição e aprofundamento de conhecimentos e competências voltados à resolução de problemas em contextos complexos e multidisciplinares. Além disso, é imperativo que estes conhecimentos sejam aplicados tanto na prática clínica quanto na investigação, com a capacidade de divulgar os resultados à comunidade científica e à área de especialização.

Durante o estágio, observei que, após uma cesariana, o recém-nascido realizava o contacto pele a pele com o pai, enquanto a mãe se recuperava, o que despertou o meu interesse em compreender os efeitos desta técnica tanto para o pai quanto para o recém-nascido. A literatura indica que o contacto pele a pele entre o pai e o recém-nascido pode ter benefícios significativos, promovendo a ligação entre eles, ajudando a estabilizar os sinais vitais do recém-nascido, e promovendo uma sensação de segurança e bem-estar para ambos. Além disso, esta técnica pode contribuir para a redução do *stress* paterno, ao permitir uma maior participação no cuidado inicial ao recém-nascido, ao mesmo tempo que oferece ao recém-nascido uma transição mais suave para a vida extrauterina. Esse tema é de grande relevância para a prática clínica, visto que amplia a compreensão dos cuidados neonatais no contexto da cesariana e destaca a importância do papel do pai no início da vida do recém-nascido.

6.1. Enquadramento teórico

A chegada de um recém-nascido é um momento crucial que marca o início de um novo ciclo na vida de uma família. Durante muitos anos, a literatura e as práticas clínicas concentraram-se predominantemente no papel da mulher durante o período perinatal, destacando a importância do contacto pele com pele entre mãe e o recém-nascido para o estabelecimento de um vínculo afetivo, promoção da amamentação e regulação fisiológica do recém-nascido,

entre outros tantos benefícios enunciados pela Organização Mundial da Saúde. No entanto, um crescente corpo de evidências científicas começa a reconhecer e a valorizar a importância do envolvimento paterno, especialmente através do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido, como uma componente essencial no desenvolvimento saudável do recém-nascido e no fortalecimento das relações familiares.

O contacto pele com pele refere-se ao contacto direto entre a pele do recém-nascido e a pele do pai ou mãe após o nascimento do seu filho. Esta intervenção tem sido amplamente estudada e promovida devido aos inúmeros benefícios que proporciona tanto para o recém-nascido quanto para os pais.

O contacto pele com pele teve origem na Colômbia na década de 1970. Foi desenvolvido por Edgar Rey Sanabria e Héctor Martínez como uma resposta inovadora à alta mortalidade neonatal e à escassez de incubadoras em hospitais colombianos. A necessidade urgente de melhorar os cuidados aos recém-nascidos prematuros e de baixo peso, introduziram este método no Instituto Materno Infantil em Bogotá (Ferreira et al., 2024). A ideia era simples, mas revolucionária: promover o contacto pele com pele entre a mãe e o recém-nascido, de modo a proporcionar regulação térmica, reduzir o risco de infeções, promover a amamentação e estimular a ligação pai-filho (Cordeiro et al., 2024).

Inicialmente, o contacto pele com pele tinha em vista especificamente a recém-nascidos prematuros, no entanto, os benefícios observados levaram à expansão desta técnica de forma a incluir também recém-nascidos de termo (Conde-Agudelo et al., 2012; OMS, 2021).

O contacto pele com pele é, habitualmente, mais associado à mãe, especialmente em contextos de parto vaginal. No entanto, com o aumento das taxas de cesariana e a necessidade de intervenções médicas durante e após o parto, a possibilidade de o pai participar, perante a indisponibilidade da mãe tem mostrado uma crescente relevância. O reconhecimento dessa necessidade urge da compreensão de que o contacto pele com pele além de facilitar a adaptação fisiológica do recém-nascido ao ambiente extrauterino, promove a ligação pai-filho.

O parto por cesariana pode apresentar desafios únicos para o contacto pele com pele. A recuperação pós-cirúrgica da mulher, juntamente com os cuidados médicos necessários para o recém-nascido, pode atrasar ou complicar o início do contacto pele com pele. Este atraso pode impactar negativamente a estabilização inicial e o vínculo precoce entre o recém-nascido e a mãe (Hung et al., 2011). As barreiras físicas e logísticas inerentes ao ambiente cirúrgico podem dificultar a implementação imediata do contacto pele com pele com a mãe, tornando o papel do pai ainda mais crucial. Em muitas ocasiões, o pai pode ser a primeira pessoa a ter contacto pele com pele com o recém-nascido, proporcionando assim um leque de benefícios que faciltam a adapatação à via extrauterina.

Vários estudos investigaram os efeitos do contacto pele a pele no recém-nascido, revelando impactos positivos na regulação hemodinâmica do recém-nascido (temperatura corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturações de oxigénio e a temperatura corporal do recém-nascido) (Bigelow et al., 2020; Brimdyr et al., 2023).

Lord et al., (2023), observaram também que os recém-nascidos que realizam contacto pele com pele apresentam menor risco hipoglicemia, associando este efeito a uma termorregulação mais adequada, à eficácia da amamentação e a uma redução no choro, o que implica um menor gasto energético do recém-nascido (Lord et al., 2023; Gomes et al., 2023).

Sabendo que o contacto pele com pele estimula a libertação de ocitocina e a diminuição dos níveis de cortisol tanto no pai como no recém-nascido é possível aferir que efeito relaciona-se diretamente com a promoção da ligação pai-filho assim como a formação do vínculo afetivo precoce entre o pai e o recém-nascido (Pathak et al., 2023).

Apesar das evidências promissoras, as pesquisas sobre o contacto pele com pele entre pai e recém-nascido ainda são limitadas e muitas vezes focadas em populações específicas ou contextos hospitalares particulares. Assim, futuras investigações devem explorar a diversidade cultural e socioeconómica para entender melhor como diferentes contextos podem impactar esta prática (Vittner et al., 2019). Existe portanto uma necessidade de estudos mais abrangentes de modo a compreender como essa interação pode influenciar o

desenvolvimento da criança e os efeitos resultante do pai. Com este objetivo, iniciei uma revisão integrativa da literatura, visando compreender os efeitos dessa prática no pai e no recém-nascido após um parto por cesariana.

O Regulamento n.º 391/2019, reflete as competências gerais e específicas do EEESMO, de modo a realçar a importância de práticas baseadas em evidências científicas para promover a saúde materna e obstétrica. Neste regulamento, destaca-se a competência dos EEESMO em facilitar e apoiar o contacto pele com pele como uma intervenção crucial para o bem-estar tanto do recém-nascido quanto dos pais. Este regulamento enfatiza a responsabilidade dos EEESMO em criar um ambiente que permita e promova o contacto pele com pele, reconhecendo as suas implicações positivas para a estabilização fisiológica dos recém-nascidos. Especificamente, na intervenção do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido, especialmente em situações onde o contacto pele com pele com a mãe é protelado devido a variados fatores, é essencial que os EEESMO promovam esta intervenção de forma a garantir a continuidade do cuidado e a promoção de vínculo afetivo desde os primeiros momentos de vida.

6.2. Metodologia

A revisão integrativa da literatura é definida como um método que permite a síntese crítica e a avaliação de múltiplas fontes de dados, incluindo estudos experimentais e não experimentais, qualitativos e quantitativos. O principal objetivo é integrar e resumir os conhecimentos acumulados sobre um tema específico, identificar lacunas na literatura, e fornecer direções para futuras pesquisas e implicações práticas (Souza et al., 2010).

Uma revisão integrativa da literatura geralmente segue várias etapas estruturadas para garantir a sistematização e a transparência do processo de revisão, sendo delineadas 6 etapas.

A primeira etapa prende-se com a enunciação de uma questão orientadora, onde será explanado o objetivo da revisão e a questão de pesquisa que guiará todo o processo, juntamente com a identificação de palavras-chave. Na segunda etapa, realiza-se uma busca abrangente e sistemática em várias bases de dados para identificar estudos relevantes. Nesta fase, utiliza-se uma

combinação de palavras-chave e critérios de inclusão e exclusão bem definidos. Já numa terceira etapa cada estudo identificado é avaliado quanto à sua qualidade metodológica e relevância para a questão de pesquisa. Ferramentas específicas, como listas de verificação e escalas de qualidade, são frequentemente empregadas. Posteriormente, os dados são extraídos dos estudos incluídos utilizando formulários padronizados, o que facilita a comparação e a síntese das informações. Na etapa seguinte, utilizam-se métodos qualitativos e/ou quantitativos para integrar os resultados dos estudos. A análise pode envolver a identificação de temas comuns, a avaliação de variabilidade entre os estudos e a síntese de evidências contrastantes. Por fim, os resultados são apresentados de maneira clara e organizada, destacando os principais resultados, as limitações na literatura e as implicações para a prática e futuras pesquisas (Whittemor et al., 2005; Mendes et al., 2008; Souza et al., 2010).

Assim, foi realizada a elaboração da questão de investigação, foi utilizada a metodologia PICO, segundo o acrónimo: (P) População ou Problema; (I) Intervenção ou Fenómeno de Interesse; (C) Controlo ou Comparação ou Contexto de Estudo; (O) *Outcome* ou Desfecho (Donato, 2019):

P(opulação)	I(ntervenção)	C(ontexto)	O(utcomes)
Recém-Nacido Pai	Contacto pele com pele	Após cesariana	Efeitos do contacto pele com pele no pai e no recém-nascido após cesariana

Com base na discussão apresentada, foi formulada a seguinte questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa: "Quais os efeitos do contacto pele a pelem entre o pai e o recém-nascido imediatamente após o nascimento por cesariana?"

Para responder a essa questão, utilizamos os conceitos definidos e os descritores MeSH (Medical Subject Headings), combinando-os com operadores booleanos (AND, OR e NOT), resultando na seguinte frase booleana: (skin to skin contact) AND (father OR dad) AND (newborn OR baby OR fetal) AND (after cesarean) AND (outcomes OR effects).

A recolha de dados foi realizada através da EBSCOHost web, utilizando as seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MedicLatina, Academic Search

Complete, e MEDLINE with full text. Além disso, foi conduzida uma pesquisa nos motores de busca Scopus e PubMed para aumentar o número de artigos encontrados.

Utilizando a estratégia de pesquisa previamente descrita, foram identificados um total de 17 artigos nas diferentes bases de dados: sete artigos estavam disponíveis na EBSCOHost WEB, 6 artigos na Scopus e quatro artigos na PubMed. O processo de seleção resultou em oito artigos, conforme descrito no fluxograma abaixo, sendo que após a aplicação dos critérios de inclusão foram abrangidos artigos publicados no período de 2007 a 2022, com o texto integral disponível e nos idiomas inglês, português ou espanhol.

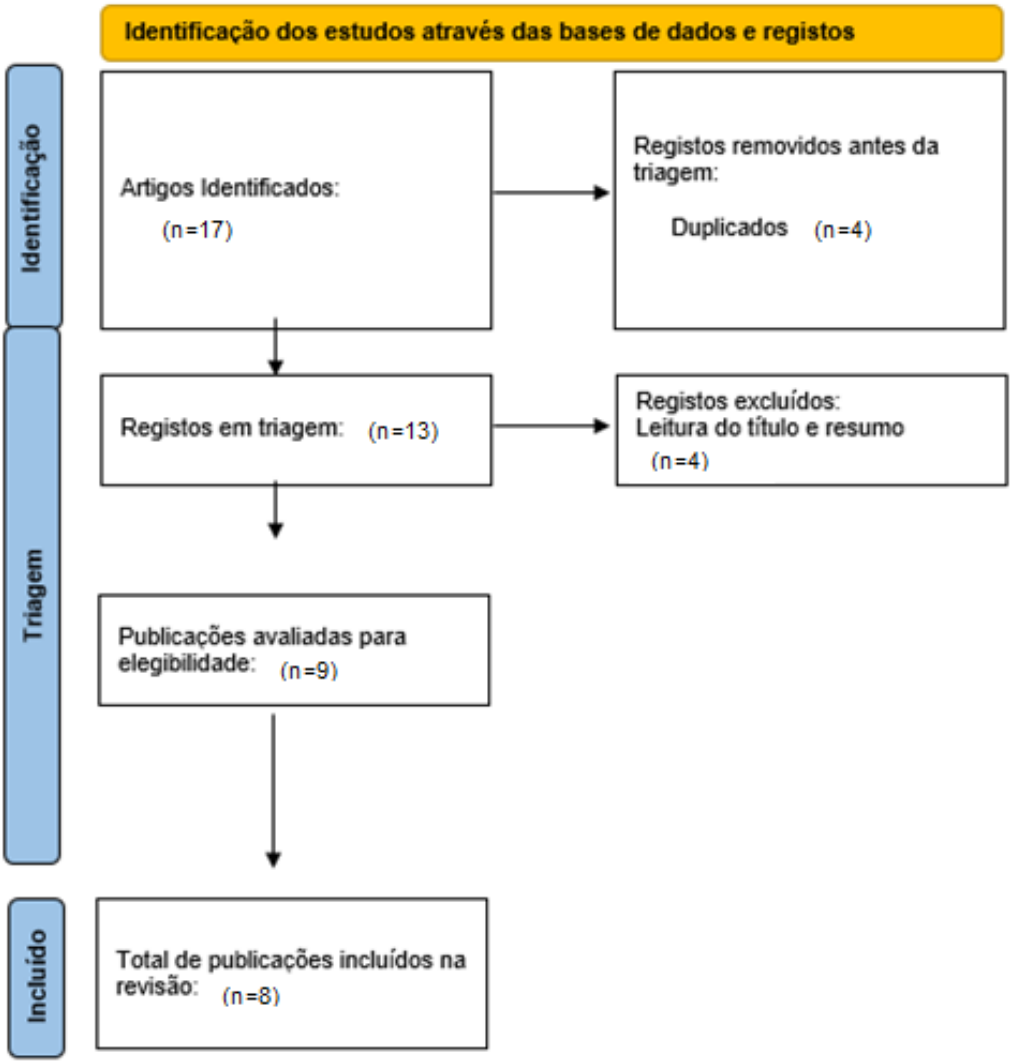

Figura 1 - fluxograma de seleção de artigos

6.3. Análise e Discussão dos Resultados

Para possibilitar uma melhor compreensão dos estudos em questão, são apresentadas as suas características metodológicas e principais resultados no Quadro 7.

Efeito do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido no pai

Com base nos resultados obtidos foi possível aferir que o contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido desempenha um papel fundamental no cuidado parental, mostrando um impacto positivo tanto no pai quanto no recém-nascido. Assim, será realizada uma divisão onde serão explanados os efeitos resultantes desta técnica no pai e no recém-nascido de acordo com os resultados encontrados.

Um estudo realizado por Erlandsson et al., (2007) destaca que o papel do pai como cuidador principal assume relevância, principalmente aquando da separação entre a mãe e o recém-nascido. Nestas situações, ao realizar o contacto pele a pele com o filho, o pai facilita o desenvolvimento de comportamentos pré-alimentares essenciais do recém-nascido, reforçando a sua importância no início da vida. De modo análogo, um estudo desenvolvido por Toprak et al., (2020) corroboram estes resultados, demonstrando também que os pais que experienciaram o contacto pele com pele apresentaram interacções mais positivas com os seus filhos e uma maior participação nos cuidados ao recém-nascido.

Outro aspecto relevante que Pestvenidze et al., (2012) destacam, refere-se à eficácia do pai na manutenção do calor do recém-nascido através do contacto pele com pele, facilitando a termorregulação do recém-nascido. O papel ativo na preservação do bem-estar do recém-nascido incita no pai sentimentos de proteção pelo seu filho contribuindo para a formação o vínculo afetivo e consolida a participação do pai nos cuidados ao recém-nascido.

Shorey et al., (2016) afirmam que o contacto pele com pele reduz o *stress* e a ansiedade do pai. Ayala et al., (2016) suportam os resultados destacados por Shorey et al., (2016), acrescentando que o contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido quando a mãe não está disponível, potencia uma sensação de bem-estar no pai, promove a ligação pai-filho e fortalece a relação entre o casal, sustentando uma transição para a parentalidade saudável.

Na mesma perspetiva, Guala et al., (2017), referem que o envolvimento do pai nos cuidados imediatos ao seu filho promove a ligação pai-filho. Os mesmos autores ressaltam a importância de proporcionar aos pais a oportunidade de

executar a técnica do contacto pele com pele logo após o nascimento por cesariana.

Huang et al., (2019) mencionam que a técnica do contacto pele com pele reduz significativamente a ansiedade no pai, promovendo um ambiente mais saudável e equilibrado durante a transição para a parentalidade. (Huang et al., 2019).

Por fim, Toprak et al., (2022) expõem que o envolvimento do pai no contacto pele com pele é consideravelmente valorizado. No estudo realizados pelos autores, a grande maioria dos pais expressou sentimentos de satisfação com a experiência que vivenciaram na realização do contacto pele com pele e reconheceram o impacto positivo na interação com os seus filhos. O mesmo estudo comprova que os pais que experienciam este momento desenvolvem as capacidades parentais necessárias para o processo de parentalidade eficaz.

É assim possível concluir que o contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido após um nascimento por cesariana promove a ligação pai-filho, bem como produzem sentimentos positivos de bem-estar e satisfação no pai. Estes efeitos são transversais em todos os estudos obtidos.

Efeitos do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido no recém-nascido

Como referido anteriormente, o contacto pele com pele entre o pai e recém-nascido após uma cesariana provoca um impacto positivo tanto no pai quanto no recém-nascido.

Após a exposição dos efeitos demonstrados no pai, serão explanados os efeitos encontrados no recém-nascido sobre esta temática.

Erlandsson et al. (2007) concluíram que os recém-nascidos que experienciaram o contacto pele com pele demonstraram ter uma resposta comportamental distinta dos recém-nascidos que não experienciaram esta técnica. O choro foi um dos comportamentos destacado por estes autores, referindo que os recém-nascidos ficaram mais calmos e atingiram um estado

de sonolência mais rapidamente do que os recém-nascidos que não realizaram contacto pele com pele. No mesmo estudo, os autores destacam a importância do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido, uma vez que o contacto pele com pele facilita o desenvolvimento do comportamento pré-alimentar do recém-nascido. Este resultado é demonstrado através da avaliação de uma escala adaptada (NBAS) que avalia o comportamento de procura e sucção do recém-nascido.

Um estudo realizado por Huang et al., (2019) demonstram que o contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido aumenta as taxas de início e duração da amamentação. Este estudo visa a corroborar com o estudo de Erlandsson et al., (2007) uma vez que comprovam que o contacto pele com pele entra o pai e o recém-nascido estimula o cheiro e o toque por parte do recém-nascido e iniciar seus comportamentos de pré-alimentação como os reflexos de procura e sucção, que são essenciais para o início da amamentação com as mães num momento posterior. Huang et al., (2019), relatam também que os recém-nascidos que realizam contacto pele com pele com o pai mantém a frequência cardíaca e a temperatura estáveis durante mais tempo que os recém-nascidos que são logo vestidos e colocados num berço. Adicionalmente, a regulação da frequência cardíaca e do choro do recém-nascido, como demonstrado também por Ayala et al., (2016) reforçam a ideia de que o contacto pele com pele com o pai promove um ambiente seguro para o recém-nascido.

De igual modo, Pestvenidze et al., (2012), evidênciam a importância da realização do contacto pele com pele como contributo primordial na termorregulação do recém-nascido.

Por sua vez, Shorey et al., (2016) referem através de uma revisão narrativa da literatura que o contacto pele com pele contribui positivamente para a regulação da temperatura do recém-nascido, promovendo a conservação do calor e controlo da dor do recém-nascido. Os mesmos autores fazem alusão ao aumento significativo nos níveis de glicose referente aos recém-nascidos que realizam o contacto pele com pele com o pai.

Outro aspecto relevante prende-se com a colonização do recém-nascido com bactérias familiares, que ocorre através do contacto pele com pele. Um estudo realizado por Guala et al., (2017) mostrou que, apesar do contacto pele com

pele com o pai não apresentar resultados positivos relativamente às taxas de amamentação em comparação os recém-nascidos que não realizaram esta técnica, este momento deve ser incentivado com o objetivo de colonizar o recém-nascido com bactérias presentes no seu meio familiar.

Por fim, segundo Toprak et al., (2022) relacionam os valores de saturação de oxigénio, frequência respiratória e temperatura corporal do recém-nascido. Os resultados obtidos comprovaram diferenças significativas nos parâmetros acima mencionados, contudo os valores mantiveram-se dentro dos limites considerados fisiológicos para o recém-nascido quer no grupo experimental quer no grupo de controlo.

Um efeito transversal a todos os estudos e, observado também no efeitos relativos ao pai, relaciona-se com a promoção da ligação pai-filho e formação do vínculo afetivo dos mesmos.

Quadro 7 - Análise dos resultados da revisão bibliográfica

Título/Autor(es)/Ano/País	Objetivo(s)	Metodologia / Amostra	Resultados/Conclusões
Effects of Paternal Skin-to-Skin Contact in Newborns and Fathers After Cesarean Delivery Xiaoli Huang, Liling Chen, Li Zhang. 2019	Investigar os efeitos do contacto pele a pele entre o pai e o recém-nascido após cesariana.	N: 108 recém-nascidos que nasceram por cesariana eletiva e os respetivos pais. Os recém-nascidos foram divididos aleatoriamente em 2 grupos.(54 em cada grupo) Os recém-nascidos no grupo de tratamento receberam contacto pele com pele do seu pai logo após o nascimento por cesariana, enquanto os recém-nascidos do grupo de controlo ficaram num berço após o nascimento.	O contacto pele com pele com o pai após um nascimento por cesariana, estabiliza as condições físicas dos recém-nascidos, e aumenta a taxa de amamentação. Reduz significativamente a ansiedade e a depressão do pai.
Skin-to-Skin Care with the Father after Cesarean Birth and Its Effect on Newborn Crying and Prefeeding Behavior Kerstin Erlandsson, Ann Dsilna, Ingegerd Fagerberg and Kyllike Christensson,	Comparar os comportamentos em recém-nascidos saudáveis, como o choro e o comportamento pré-alimentação após o contacto pele a pele entre o pai e o recém-nascido a	Ensaio clínico randomizado. 29 Recém-nascidos com o respetivo pai. Os dados foram obtidos tanto pela duração do tempo de choro dos recém-nascidos quanto por observações da resposta comportamental dos recém-nascidos, pontuada a cada 15 minutos com base nos critérios de pontuação descritos no Escala de Avaliação Comportamental Neonatal (NBAS)	Os recém-nascidos do grupo pele com pele pararam de chorar, ficaram mais calmos e atingiram um estado de sonolência primeiramente que os recém-nascidos de grupo berço. O pai pode facilitar o desenvolvimento do comportamento pré-alimentar do recém-nascido neste importante período da vida e, portanto, deve ser considerado como o principal cuidador do recém-nascido durante a separação entre mãe e o recém-nascido.

2007	termo por cesariana eletiva versus os cuidados convencionais num berço durante as primeiras duas horas após o nascimento.		
Skin-to-Skin Contact in Cesarean Birth and Duration of Breastfeeding: A Cohort Study Andrea Guala, Luigina Boscardini, Raffaella Visentin, Paola Angellotti, Laura Grugni, Michelangelo Barbaglia, Elise Chapin, Eleonora Castelli, and Enrico Finale 2017	Examinar o contacto pele com pele com o pai após uma cesariana e a sua relação com a duração da amamentação.	252 pais foram incluídos no estudo. Os tamanhos da amostra foram calculados com nível de significância de 95% e poder de 80%. Os critérios de inclusão foram gravidez >37 semanas;	O contacto pele com pele com o pai após a cesariana demonstrou que os resultados relativos à amamentação são semelhantes no grupo que não fez contacto pele com pele do grupo que faz contacto pele com pele com o pai. Embora possa não haver impacto significativo na amamentação, existe a hipótese, no entanto, de que se a mãe não quiser ou não puder fazer contacto pele com pele, esta prática ainda deve ser incentivada aos pais, a fim de lhes dar a oportunidade de criar vínculos com seus recém-nascidos e colonizar o recém-nascido com bactérias familiares, ainda que sejam necessários mais estudos para confirmar esta hipótese.
Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal	Resumir as evidências de pesquisas sobre o	Revisão integrativa da literatura. Encontrados doze estudos (10 quantitativos e dois qualitativos) que foram incluídos nesta	O contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido teve impactos positivos relativamente ao recém-nascido, nomeadamente no controlo da

outcomes: an integrative review Shefaly Shorey, He Hong-Gu, Evalotte Morelius 2016	impacto do contacto pele com pele entre o pai e recém-nascido.	revisão.	temperatura e da dor, marcadores biofisiológicos, resposta comportamental. Relativamente ao impacto no pai também revela resultados positivos, que incluem o desempenho do papel parental, comportamento de interação paterna, diminuição do *stress* e da ansiedade associada ao pai. O envolvimento do pai no contacto pele com pele demonstra ser viável e benéfico tanto para o recém-nascido quanto para o pai. No entanto, tem havido uma escassez de literatura que examine exclusivamente o envolvimento e as percepções do pai relacionadas com contacto pele com pele após o nascimento. Implicação para a prática: o envolvimento do pai no contacto pele com pele deve ser promovido após o nascimento. O contacto pele com pele entre o pai e o filho é uma alternativa valiosa durante a indisponibilidade da mãe devido a circunstâncias específicas, incluindo emergências obstétricas e cesarianas

Fathers' care of the newborn infant after caesarean section in Chile: **A qualitative study** Ana Ayala, Kyllike Christensson , Marianne Velandia, Kerstin Erlandsson 2016	Descrever as experiências e percepções dos pais ao serem os principais cuidadores do recém-nascido durante os primeiros 90 minutos após a cesariana numa maternidade pública geral em Santiago do Chile.	Estudo qualitativo que incluiu questionários que faziam parte de um programa de pesquisa. O questionário era formado por quatro questões abertas que foram utilizadas para reunir textos escritos sobre as experiências e percepções de 95 pais que eram os principais cuidadores dos seus filhos.	Este estudo conclui que nas situações em que a mãe não está disponível ou não tem condições de prestar os cuidados ao recém-nascido, o pai deve ser apoiado para cuidar do recém-nascido pois existem regulação da frequência cardíaca e do choro do recém-nascido. Como resultados paternos, os autores mencionam que os pais vivenciam uma sensação de bem-estar e referem também que esta técnica promove a ligação pai-filho e fortalece a relação entre o casal, sustentando uma transição para a parentalidade saudável Os pais devem ser informados dos benefícios deste modelo de cuidado, especialmente quando a mãe e o recém-nascido foram separados após o nascimento.
Finally, daddies in the delivery room: Parents' education in Georgia E. PESTVENIDZE & M. BOHRER 2012	Analisar o efeito da presença do pai na sala de partos na Geórgia.	Estudo qualitativo através de entrevistas em três maternidades que estavam incluídas num programa específico.	O estudo revelou que os homens são muito eficazes na conservação do calor aquando a realização do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido após cesariana, protegendo-os dos efeitos adversos da hipotermia. Estes autores sugerem que antes do parto por cesariana, os profissionais de saúde devem aconselhar os pais sobre a importância do seu

			apoio na conservação do calor dos recém-nascidos através do contacto pele com pele. Foi também possível concluir que a disponibilização do contacto pele a pele tem um efeito positivo tanto no recém-nascido como no pai relativamente à promoção do vínculo afetivo. O pai sente que está a proteger o seu filho e também proporciona uma sensação de bem estar emocional.
Impact of kangaroo care after caesarean section on paternal–infant attachment and involvement at 12 months: A longitudinal study in Turkey Filiz Ünal Toprak RN, PhD; Ayten Şentürk Erenel RN, PhD 2020	Determinar o efeito de recém-nascidos que experienciaram o contacto pele com pele, imediatamente após o nascimento por cesariana.	O estudo foi conduzido como um estudo longitudinal com um grupo controlo. Inicialmente, a amostra foi composta por 60 pais. No entanto, o estudo foi concluído com 48 pais. A intervenção contacto pele com pele foi experienciada pelo pai no grupo experimental e no grupo de controlo não foi aplicada nenhuma intervenção. Os pais do grupo experimental foram informados de que deveriam continuar o contacto pele com pele pelo menos duas vezes por semana até ao recém-nascido completar 1 ano de idade	Os resultados deste estudo demonstraram que a relação pai-filho e a participação dos pais nos cuidados infantis foram mais positivos nos pais e recém-nascidos que experienciaram o contacto pele com pele.
The effect of kangaroo	Determinar o efeito	Foi utilizado um estudo de métodos mistos. Os	Foi possível aferir que os valores de frequência

care practice after caesarean section on paternal-newborn interaction: A mixed-methods study in Turkey Filiz Ünal Toprak, Ayten ¸Sentürk Erenel 2022	do contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido após cesariana.	dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas e gravações de vídeo. Enquanto o contacto pele com pele foi aplicado pelo pai e pelo recém-nascido no grupo experimental, nenhuma intervenção foi aplicada ao grupo controlo. A amostra do estudo foi composta por 30 participantes do grupo controlo e 30 participantes do grupo experimental, provenientes de 60 recém-nascidos de cesariana eletiva.	respiratória, saturação de oxigénio e temperatura corporal média estavam dentro dos limites normais no grupo controlo, apesar de apresentarem diferenças significativas em relação ao grupo experimental. Estes dados também enfatizam o benefício do envolvimento do pai no contacto pele com pele. Quase todos os pais do grupo de estudo relataram que o contacto pele com pele teve um efeito positivo na interação com os recém-nascidos e que estavam satisfeitos com a experiência. Assim, conclui-se que o contacto pele com deve ser disseminado e aplicado sempre que a mãe não tiver disponibilidade para o realizar.

6.4. Resposta à questão de investigação

Em conclusão, o contacto pele com pele entre o pai e o recém-nascido proporciona benefícios tanto para o recém-nascido quanto para o pai. Para o recém-nascido, os efeitos incluem a promoção da ligação pai-filho, a estabilização dos sinais vitais como a frequência respiratória, a saturação de oxigénio, a temperatura corporal, a redução do choro, a promoção de uma colonização bacteriana saudável e desenvolver precocemente comportamentos de procura e sucção para a amamentação. Para os pais, o contacto pele com pele fortalece o vínculo emocional, aumenta a confiança nos cuidados paternos ao recém-nascido, reduz o *stress* e promove o bem-estar emocional.

Estes resultados destacam a importância de integrar a técnica do contacto pele com pele nas intervenções do EEESMO, uma vez que apresentam inúmeros benefícios e não se vislumbram efeitos negativos.

7. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, será evidenciado os contributos para o desenvolvimento de competências, descrevendo as experiências vivenciadas ao longo do meu percurso formativo. Ao longo de dois anos, é preconizado pelo Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de março, que o estudante atinja um conjunto mínimo de experiências para que lhe seja concedido o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021).

Assim, o estudante deverá realizar diversas atividades essenciais, incluindo: o acompanhamento de 100 grávidas; a prestação de cuidados a 40 parturientes; a execução de 40 partos eutócicos ou, na falta de oportunidades de aprendizagem, a realização de 30 partos, desde que complemente com a assistência a mais 20 partos distócicos; a participação em partos de apresentação pélvica ou a realização de simulações em contexto de aula; a prática de episiotomia e iniciação na sutura; assistência a 40 grávidas em situações de risco, ante, intraparto e pós-parto; o acompanhamento de pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis; observação e assistência a recém-nascidos em risco e a mulheres com condições patológicas obstétricas e ginecológicas (OE, 2021).

Posteriormente é apresentado o quadro que reflete as experiências realizadas ao longo do estágio, de forma a comprovar o cumprimento dos requisitos legais exigidos.

Quadro 8- Registo de experiências

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		ASSISTÊNCIA INTRA-PARTO						ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO			
Gravidez e adaptação à gravidez	Gravidez com complicações	Parto de baixo risco	Parto de risco	Parto assistido	Parto pélvico	Episiotomia e correção	Lacerações	Puérperas sem risco	Puérperas de risco	Recém-nascido de risco	Recém-nascido de risco
145	120	21	22	13	1 simulação	14	14 (Laceração 1.º grau e 2.º grau)	105	48	06	42

As experiências adquiridas durante o estágio proporcionaram o desenvolvimento das competências estabelecidas no Regulamento n.º 391/2019, que define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

8. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O percurso durante o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica teve tanto de desafiador como de enriquecedor, um período de crescimento pessoal e profissional. Ao longo deste projeto profissional, desenvolvi competências específicas cruciais para cuidar da mulher durante o seu ciclo reprodutivo, culminando não apenas na conclusão dos estágios propostos, mas também numa reflexão sobre intervenções, protocolos e directivas implementadas relativamente a esta área de especialização. Este relatório aborda os diagnósticos, as intervenções e atividades que concretizam as intervenções realizadas durante os estágios, que abrangeram diferentes etapas do ciclo reprodutivo, como a gravidez com complicações, o trabalho de parto, o pós-parto e a parentalidade. Cada estágio foi pautado por objetivos específicos que se alinharam com os objetivos propostos pela ESEP, com a finalidade de orientar as intervenções de acordo com as necessidades de cada contexto clínico.

Durante os estágios, houve um foco consistente na prática baseada na evidência científica, sendo que as intervenções foram fundamentadas nas recomendações mais atuais da literatura científica. No entanto, em algumas situações, as intervenções foram ajustadas à mulher de maneira a seguir os protocolos institucionais bem como as sugestões dos orientadores de estágio, sempre em conformidade com os padrões clínicos estabelecidos. Um aspeto importante desta jornada foi a constatação de que, além de seguir uma sistematização dos cuidados, é necessário manter uma flexibilidade para adaptar os cuidados às necessidades individuais de cada mulher, casal e família. Esta compreensão revela-se crucial para assistir de forma competente, personalizada e centrada na experiência única de cada mulher.

O estágio na Sala de Partos, em particular, foi uma experiência deveras significativa, marcante e célere. Observar diferentes intervenções do EEESMO, cada qual com sua abordagem específica, foi enriquecedor e contribuiu significativamente para o meu processo de conceção de cuidados. Este estágio

além de fortalecer as minhas competências de tomada de decisão, permitiu a consolidação da minha capacidade de adaptar os cuidados de acordo com a situação clínica da mulher e do feto/recém-nascido. Foi uma oportunidade de crescimento que fomentou a minha visão sobre os cuidados especializados, destacando a importância de atuar de forma crítica e reflexiva no cuidado à mulher durante o trabalho de parto.

A avaliação do bem-estar fetal emergiu como uma competência central ao longo dos estágios, especialmente no contexto da gravidez com complicações. O estágio no serviço de MMF trouxe à tona a responsabilidade crucial que o EEESMO tem na monitorização contínua do bem-estar fetal, sendo essa uma intervenção que permite a prevenção de complicações materno-fetais uma vez que possibilita intervenções atempadas nos desvios à normalidade. A análise do CTG, conforme as diretrizes internacionais, foi implementada e aperfeiçoada durante o estágio. Diretrizes de organizações como FIGO e ACOG recomendam o uso de técnicas de monitorização contínua em situações de alto risco, como hipertensão e diabetes, e salientam a importância da identificação precoce de sinais de CTG suspeito e/ou não tranquilizador para a realização de intervenções adequadas.

Além disso, o desenvolvimento de competências específicas, como a realização de exames pré-natais, a assistência nos partos eutócicos e as intervenções necessárias em situações de complicações obstétricas, contribuiu para o cumprimento dos requisitos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2019). A participação nos partos eutócicos e/ou distócicos, assistência a parturientes e recém-nascidos, e a prática de episiotomia e episiorrafia foram parte integrante da minha formação, garantindo uma experiência prática robusta e completa.

A experiência vivenciada nos estágios também proporcionou uma profunda reflexão sobre a importância de realizar cuidados individualizados, respeitando as expectativas e as necessidades das mulheres, ao invés de seguir um modelo padronizado de cuidados. Esta conduta alinha-se com a premissa de que cada mulher vivencia o processo de parto de maneira única e que o cuidado especializado deve ser sensível a essas nuances.

Outro objetivo relevante no desenvolvimento de competências diz respeito à aquisição de conhecimentos por meio da revisão da literatura científica, todavia a ausência de respostas definitivas para as questões investigadas evidenciou a importância de se produzir conhecimento que seja aplicável na prática clínica.

Por fim, concluo que os objetivos foram sido atingidos, todavia é fundamental reconhecer que a aprendizagem do EEESMO não termina com a conclusão do mestrado. O desenvolvimento contínuo de competências, a atualização constante do conhecimento e a investigação permanente são pilares indispensáveis para a prestação de cuidados específicos de excelência. Refletindo sobre os últimos dois anos de formação, é evidente o crescimento pessoal e profissional, e o presente relatório representa uma análise crítica e reflexiva deste percurso. Os estágios, aliado às aprendizagens teóricas, preparou-me para desafios futuros, pondo em evidência a importância de que a conceção cuidados seja baseada na evidência científica e sempre centrada nas necessidades da mulher e do recém-nascido.

Termino, referindo que o relato das intervenções realizadas e das experiências vivenciadas reflete o impacto significativo que a implementação destas competências pode ter na promoção de uma experiência de parto positiva e na garantia de uma transição para a parentalidade saudável.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al Aryani, Z., Orabi, A., & Fouly, H. (2022). Examining the impact of upright and recumbent positions on labor outcomes in Saudi Arabia: A quasi-experiment. *Belitung Nursing Journal, 8*(4), 316–324. https://doi.org/10.33546/bnj.2114

Almutairi, W. M., Ludington, S. M., Quinn Griffin, M. T., Burant, C. J., Al-Zahrani, A. E., Alshareef, F. H., & Badr, H. A. (2020). The role of skin-to-skin contact and breastfeeding on atonic postpartum hemorrhage. *Nursing Reports, 11*(1), 1–11. https://doi.org/10.3390/nursrep11010001

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). *Gynaecologic Care for Women: Guidelines for Practitioners*.

Amorim, T., Aguiar L. A. A., Pereira, M. A. C., Marcatto, J. O., & Borgonove, K. C. A. (2020). Critérios para escolha do acompanhante durante o trabalho de parto. *Revista Baiana de Enfermagem, 34, 1-8*. DOI 10.18471/rbe.v34.36833

Anderson, E., & McFarlane, J. (2015). *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Antunes, M. do C. F. de B., Teixeira, J. D. B. M., & Costa, I. M. M. dos e S. R. da. (2022). Contacto pele-a-pele no sucesso da amamentação: uma revisão scoping. Revista Científica De Enfermagem, 12(38), 362–374. https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.362-374

Aslantaş, B. N., & Çankaya, S. (2023). The effect of birth ball exercise on labor pain, delivery duration, birth comfort, and birth satisfaction: A randomized controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. https://doi.org/10.1007/s00404-023-07115-4

Ayala, A., Christensson, K., Velandia, M., & Erlandsson, K. (2017). Fathers' care of the newborn infant after cesarean section in Chile: A qualitative study. Sexual & Reproductive Healthcare, 12, 1-6.

Bandura, A.1986. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ, 617 pps.

Bedford, R., Piccinini-Vallis, H., & Woolcott, C. (2022). The relationship between skin-to-skin contact and rates of exclusive breastfeeding at four months among a group of mothers in nova scotia: A retrospective cohort study. Canadian Journal of Public Health, 113(4), 589–597. https://doi.org/10.17269/s41997-022-00627-7

Bigelow, A. E., & Power, M. (2020). Mother–infant skin-to-skin contact: Short- and long-term effects for mothers and their children born full-term. *Frontiers in Psychology, 11*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01921

Bortolato-Major, C., Juliano, F. H. P., Botelho, R. D., & Cruz, C. F. R. (2021). Do pré-natal ao puerpério: articulações com a prática. *Editora Científica Digital, c*, *9*, 133-151.

Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., al Alfy, A., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Paediatrica, 112*(8), 1633–1643. https://doi.org/10.1111/apa.16842

Brockway, M., Benzies, K., & Hayden, K. A. (2017). Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Lactation*, *33*(3), 486-499.

Califano, G., Saccone, G., Diana, B., Collà Ruvolo, C., Ioffredo, D., Nappi, C., Annella, A., Gragnano, E., Guida, M., Zullo, F., & Locci, M. (2022). Hands-on vs hands-off technique for the prevention of perineal injury: a randomized clinical trial. American journal of obstetrics & gynecology MFM, 4(5), 100675. https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100675

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

Centenaro, O., Getelina, C. O., Cargnin, M. C. S., Franciscatto, L. H. G., Rheinheimer, V., & Pereira, V. (2019). Primitive Reflexes of Neonates Born in a Maternity in the Rio Grande do Sul State. Revista Fundamental Care Online, 11(3), 588-593. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.588-593

Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Diaz-Rossello, J. L. (2014). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (4)*, CD002771. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub3

Cordeiro, C., Franco, S., & Frias, A. (2024). VINCULAÇÃO MÃE-BEBÉ APÓS O PARTO: ESTRATÉGIAS PROMOTORAS. In *ENFERMAGEM MATERNA E OBSTÉTRICA: CUIDAR NO PARTO E NO PÓS-PARTO* (Vol. 1, pp. 113-128). Editora Científica Digital.

Crowe, K., Von Baeyer, C. 1989. Predictors of a positive childbirth experience. Birth, 16:59-63.

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., ... & Sheffield, J. S. (2014). Williams Obstetrics. McGraw-Hill Education.

de Campos, D. A., & Pinto, L. (Eds.). (2022). *Protocolos de obstetrícia e medicina materno-fetal*. Lidel-Edições Técnicas, Lda.

Delgado A, Maia T, Melo RS, Lemos A (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. Complement Ther Clin Pract. 2019 May;35:92-101. doi: 10.1016/j.ctcp.2019.01.015. Epub 2019 Feb 2. PMID: 31003693.

Dias, A. R. D. S. (2019). *As práticas de enfermagem na promoção da autoeficácia materna na amamentação no período pós-parto* (Doctoral dissertation).

Direção Geral da Saúde (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Orientação nº 002/2023 de 10.05.2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf

Direção Geral da Saúde (2023b). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Orientação nº 002/2023 de 10.05.2023. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf

Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Med Port, 32*(3), 227-235.

Downey, J., Bell, S. F., & Burke, C. (2019). Postpartum hemorrhage: Risk factors and management strategies. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 46*(3), 469-482. https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.05.007

Durukan, H., Durukan, Ö. B., & Yazıcı, F. G. (2019). Planned versus urgent deliveries in placenta previa: maternal, surgical and neonatal results. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, *300*, 1541-1549.

Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I., & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 43(5), 520-529.

Fatia, M., & Tinoco, N. (2016). Protocolo de atendimento à hemorragia pós-parto em contextos de recursos limitados. *Saúde Materna e Infantil, 8*(1), 55-62. https://doi.org/10.11606/issn.2237-9622.v8i1p55-62

Ferreira, J. B., De Lima, U. T. S., de Almeida Lima, J., & Batista, M. N. (2024). Método canguru: revisão histórica e documental. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 7*(14), e141157-e141157.

Fisher, J., Astbury, J., Smith, A. 1997. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31:728-738.

Giang, H. T., Duy, D. T., Vuong, N. L., Ngoc, N. T., Pham, T. T., Tuan, L. Q., Oai, L., Do Thuc Anh, P., Khanh, T. T., Thi, N. T., Luu, M. N., Nga, T. T., Hieu, L. T., & Huy, N. T. (2022). Prevalence of early skin-to-skin contact and its impact on exclusive breastfeeding during the maternity hospitalization. *BMC Pediatrics, 22*(1). https://doi.org/10.1186/s12887-022-03455-3

Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaeli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E., Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. Nutrients, 11(10), 2266. https://doi.org/10.3390/nu11102266

Gois, F. D. L. M., Vieira, J. B. B., Freitas, L. A. L., de Andrade, S. M., Cunha, M. A., Verde, R. M. C. L., & de Oliveira, E. H. (2020). O uso da bola suíça no alivio da dor no trabalho de parto: revisão sistemática. *Research, Society and Development*, *9*(7), e50973783-e50973783..

Gomes, M. L., Nicida, L. R., de Oliveira, D. C., Rodrigues, A., Torres, J. A., Coutinho, A. da, Cravo, B. da, Dantas, J. G., Oliveira, T. B., Brandão, P., & Domingues, R. M. (2023). Care at the first postnatal hour in two hospitals of the Adequate Birth Project: Qualitative analysis of experiences in two stages of the Healthy Birth Research. *Reproductive Health, 20*(2). https://doi.org/10.1186/s12978-022-01540-5

Gomez, R., & Leal, I. (2009). Stress parental no período pós-parto: Adaptação do Parental Stress Inventory para a população portuguesa. *Psychologica*, (50), 361-372.

Graça, L. (2017). Medicina materno-fetal. Lisboa: Lidel

Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco LCP, A., Delgado García, B. E., & Berghella, V. (2021). Birthing ball for

reducing labor pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *35*(25), 5184–5193. https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439

Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., Chapin, E., Castelli, E., & Finale, E. (2017). Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(8), 1003-1006.

Gupta, N., Deierl, A., Hills, E., & Banerjee, J. (2021). Systematic review confirmed the benefits of early skin-to-skin contact but highlighted lack of studies on very and extremely preterm infants. *Acta Paediatrica, 110*(8), 2310–2315. https://doi.org/10.1111/apa.15913

Heim, M. A., & Makuch, M. Y. (2023). Breathing techniques during labor: A multinational narrative review of efficacy. *The Journal of Perinatal Education, 32*(1), 23–34. https://doi.org/10.1891/jpe-2021-0029~

Henriques, C. M. P. (2024). *Medidas não farmacológicas durante o trabalho de parto: controlo da dor e ansiedade* (Master's thesis, Universidade de Évora).

Huang, C. M., Yang, Y. S., & Yeh, S. M. (2019). The effects of father-neonate skin-to-skin contact on infant development and paternal stress: A randomized controlled trial. *Nursing Research, 68*(5), 367-374.

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and meta-analysis. Midwifery, 87, 102712. https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712

Hung, K. J., & Berg, O. (2011). Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 36*(5), 318-324.

Ip WY, Chung TK, Tang CS (2008). The Chinese Childbirth Self-Efficacy Inventory: the development of a short form. J Clin Nurs. 2008;17(3):333-340. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01919.x

Jha, S., Vyas, H., Nebhinani, M., Singh, P., & T, D. (2023). The effect of birthing ball exercises on labor pain and labor outcome among Primigraviade parturient mothers at a tertiary care hospital. *Cureus*, *15*(3). https://doi.org/10.7759/cureus.36088

Karimi, F. Z., Miri, H. H., Khadivzadeh, T., & Maleki-Saghooni, N. (2020). The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association, 21*(1), 46–56. https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0138

Lee, N., Firmin, M., Gao, Y., & Kildea, S. (2018). Perineal injury associated with hands on/hands poised and directed/undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of non-operative vaginal births, 2011-2016. International journal of nursing studies, 83, 11–17. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.002

Lord, L. G., Harding, J. E., Crowther, C. A., & Lin, L. (2023). Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth, 23*(1). https://doi.org/10.1186/s12884-023-06057-8

Lowe, N.K. 2000. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 21:219-224.

Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem, 17*(4), 758-64.

Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019). *Parecer N°43/2019 – Cálculo de Dotações Seguras nos*

Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.~

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2024**).** Postpartum hemorrhage: Assessment and management. *NICE Clinical Guidelines.* https://www.nice.org.uk/guidance/ng23

Nogueira, A. G., Araújo, C. L. F., Correia, L. O. G. S. (2020). Women's perception about patient escort in labor. *Brazilian Journal of Health Review, 3* (4), 11316-11327. DOI:10.34119/bjhrv3n4-377

Nogueira, J. R. D. F., & Ferreira, M. (2012). Father's involvement in pregnancy/childbirth and the emotional bond with the baby. Revista de Enfermagem Referência III, 18, 57-66.

O'Kane, P., & Rantell, A. (2023). Postpartum hemorrhage: Clinical insights and advances in management**.** *Midwifery Journal, 45*(2), 225-232. https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.03.014

Oliveira, F. R. D. (2023). Mulheres empreendedoras, maternidade e conflitos: histórias de vida.

Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarmea, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., & Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-psychosocial event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. PLOS ONE, 15(7), e0230992. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2021). *Regulamento de competências específicas do EEESMO*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2015) Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Obstétrica/Parteiras. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019. Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (201)8. Prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto: Novas recomendações da OMS**.** *OMS Diretrizes Clínicas.* https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/pph-guidelines

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2021). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*.

Pereira, D. B., Carvalho, I. L. N., Penha, J. C., Miranda, A. M. L., Jorge, H. M. F., Abreu, I. M., Sarmento, A. V. (2022). Participação paterna no trabalho de parto e parto. *Revista Baiana de Enfermagem. 36*, e45538. DOI 10.18471/rbe.v36.45538

Pereira, L., & Silva, R. (2019). *Enfermagem em saúde materna: princípios e práticas avançadas*. Editora Saúde Integral.

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

Pestvenidze, E., & Bohrer, M. (2014). Finally, daddies in the delivery room: Parents' education in Georgia. Global Public Health, 9(1-2), 88-102.

Ponte, I. L. C. B. D. (2021). *Hemorragia pós-parto: a experiência de um hospital terciário em 2020* (Doctoral dissertation).

Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2018). Between expectancy and experience: Testing a model of childbirth satisfaction. Psychology of Women Quarterly, 43(1), 105–117. https://doi.org/10.1177/0361684318779537

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06.

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das competências específicas do EEESMO. (2019). Diário da República n.º 85, Série II de 2019-05- 03.

Rey, E., & Martínez, H. (1978). Manejo racional del niño prematuro. Curso de Medicina Fetal, Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.

Santana, B. C., Machado, N. F., Lopes, A. C. M., Santos, A. K. M. L., Brito, L. M. P., Santana, J. T., ... & Aragão, H. T. (2024). Enfermagem obstétrica na implementação dos métodos não-farmacológicos no parto humanizado. *Caderno Pedagógico*, *21*(4), e3523-e3523. https://doi.org/10.54033/cadpedv21n4-174

Santos, A. J. D. (2020). *O EEESMO na continuidade dos cuidados pós-parto* (Master's thesis, Universidade de Évora).

SANTOS, E. Puerpério normal. Enfermagem Obstétrica e neonatológica: textos fundamentais. 2ª ed. Florianópolis: Cidade Futura. 2002. 91-108.

Santos, M. J. F., & Baptista, M. C. D. (2016). Necessidades em cuidados de enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (pp. 455-472). Lidel.

Sequeira, C. (2016). Comunicação Clínica e relação de ajuda. Lidel.

Sequeira, M., Fernandes, P., & Alves, F. (2020). Uso de uterotônicos no manejo da hemorragia pós-parto: Revisão da literatura. *Enfermagem Obstétrica, 14*(3), 129-136. https://doi.org/10.1016/j.enfo.2020.04.003

Shen, H.-C., Wang, H., Sun, B., Jiang, L.-Z., & Meng, Q. (2021). Birthing ball on promoting cervical ripening and its influence on the labor process and the Neonatal Blood Gas Index. *World* 202 *Journal of Clinical Cases*, *9*(36), 11330–11337. https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i36.11330

Shorey, S., He, H. G., & Morelius, E. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: An integrative review. *Midwifery, 40*, 207-217. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.007

Silva, L., Martins, F., & Sousa, M. (2021). *Adaptações biopsicossociais no puerpério: uma abordagem integrada*. Journal of Maternal Health, 30(3), 189-202.

Simhan, H. N., & Caritis, S. N. (2007). Prevention of preterm delivery. New England Journal of Medicine, 357(5), 477-487. https://doi.org/10.1056/NEJMra050435

Smith, J., Plaat, F., & Fisk, N. M. (2018). The natural caesarean: A woman-centred technique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 115

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

Soong, B., & Barnes, M. (2005). Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association? Birth, 32(3), 164–169. https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00365.x

Sosa, C., Althabe, F., Belizán, J. & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3, 1-18. Recuperado de: https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in singleton-pregnancies-for preventing-preterm-birth

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

Toprak, E., Kaymak, C., & Bulut, E. (2019). Father-newborn skin-to-skin contact and its effects on parental bonding and infant development. *Journal of Neonatal Nursing, 25*(3), 130-138.

Toprak, F. Ü., & Sentürk Erenel, A. (2021). The effect of kangaroo care practice after cesarean section on paternal-newborn interaction: A mixed-methods study in Turkey. Journal of Pediatric Nursing, 57, e1-e8.

Vaz, R., Dias, H., & Palma, S. (2022). A influência das expetativas da mulher/casal na vivência do trabalho de parto: uma Scoping Review. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, *22*(1), 24-35.

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. Journal Health NPEPS.

Vicente, C. M. I. (2018). *Atitudes dos enfermeiros na promoção e proteção do aleitamento materno* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu).

Vittner, D., Butler, S., Smith, K., Makris, N., Brownell, E., Samra, H., & McGrath, J. (2019). Parent engagement correlates with parent and preterm infant oxytocin release during skin-to-skin contact. *Advances in Neonatal Care*, *19*(1), 73–79. https://doi.org/10.1097/anc.0000000000000558

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. Journal of advanced nursing, 52(5), 546-553.

WHO (2022). *Postnatal care for mothers and newborns: highlights from the World Health Organization 2022 guidelines*. Geneva: World Health Organization.

WHO Immediate KMC Study Group. (2021). Immediate “kangaroo mother care” and survival of infants with low birth weight. *New England Journal of Medicine, 384*(21), 2028-2038.

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992), 108(7), 1192–1204. https://doi.org/10.1111/apa.14754

World Health Organization (2022). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. World Health Organization.

World Health Organization (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.

Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing, 76*(12), 3293–3306. https://doi.org/10.1111/jan.14587

Zangão, M., & Alves, D. (2023). Exercício físico na gravidez e no trabalho de parto: revisão da literatura. *AMAZÔNIA: SCIENCE & HEALTH*, *11*(4), 77-93.