



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica**

**POSICIONAMENTO E MOBILIDADE EM
TRABALHO DE PARTO: CRITÉRIOS PARA A
DECISÃO NA ORIENTAÇÃO DA PARTURIENTE**

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

Cristina Isabel Torres da Silva

Porto, 2024

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

POSICIONAMENTO E MOBILIDADE EM
TRABALHO DE PARTO: CRITÉRIOS PARA
A DECISÃO NA ORIENTAÇÃO DA
PARTURIENTE - Relatório de Estágio de
Desenvolvimento de Competências Clínicas
Especializadas na Área da Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica

Relatório de Estágio Profissional orientado
pela Professora Doutora Alexandrina Cardoso
e coorientado pela Mestre Nádía Gomes.

Relatório elaborado por Cristina Isabel Torres
da Silva

Porto, 2024

“Vivo para florescer
Outros jardins e sem
Perceber, o meu se abarrotava
De rosas de “manacás”.

Vivo cada dia como
Se fosse cada dia.
Nem o último nem
O primeiro – O Único.”

Pablo Neruda

AGRADECIMENTOS

O meu maior agradecimento a todas as docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em especial à Professora Doutora Alexandrina Cardoso, coordenadora do curso e minha orientadora, não só pela sua sabedoria e conhecimento transmitido, mas também pela sua orientação e exigência durante o meu percurso formativo.

À minha coorientadora e Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Nádía Gomes, pela disponibilidade demonstrada em todos os momentos e por todo o seu contributo e exigência.

Equipa 3, agradeço por tudo o que me ensinaram e pelas experiências que me proporcionaram, principalmente à Enfermeira Joana Gonçalves, por toda a dedicação para comigo, pela sua exigência, pela partilha de conhecimento e por ter acreditado sempre em mim. Obrigada por me ter ajudado a sair do meu casulo, permitido levantar asas e voar livremente.

À minha mãe Teresa e ao meu pai Manuel, por serem o meu porto de abrigo, os meus pilares, por fazerem de mim quem sou hoje e por apoiarem os meus sonhos. Sem vocês nada disto seria possível.

Catarina, a minha irmã, companheira de aventuras, melhor amiga e confidente. Obrigada por todo o apoio nos momentos menos bons, pelo abraço aconchegante acabando sempre por me fazer sorrir e acima de tudo pelo “Tu consegues!”. O apoio que temos uma para com a outra foi fundamental nesta etapa tão desafiante da minha vida.

A ti Miguel, meu confidente e companheiro de vida, por teres estado sempre presente, por nunca me teres deixado cair mesmo quando parecia que o meu mundo se encontrava a desabar. O teu apoio foi fundamental durante esta jornada.

Não podemos escolher todas as pessoas que fazem parte da nossa família, mas estes meus amigos são família do meu coração, Diana, Catarina e Nuno. Pessoas maravilhosas que se atravessaram na minha vida, algumas embora longe, sempre presentes.

Às minha colegas de curso por todas as experiências partilhadas e aos meus colegas da Ortopedia A por todo o apoio e disponibilidade na gestão do horário, de forma a conciliar o trabalho com o estágio.

Obrigada a todos do fundo do meu coração!

RESUMO

O presente relatório de estágio tem como objetivo a descrição das atividades realizadas com vista à aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de prática clínica, tendo decorrido numa Unidade Local de Saúde do Norte do país, com cuidados diferenciados.

Para a sua concretização, foi efetuada uma metodologia descritiva, tendo por base uma componente crítico-reflexiva das práticas clínicas observadas e realizadas em estágio, suportada pela evidência científica.

Com vista à aquisição de competências, o presente relatório apresenta a conceção de cuidados que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica proporciona nos diferentes contextos clínicos, nomeadamente do Bloco de partos, no Serviço de internamento de grávidas com complicações e no Serviço de internamento de puerpério, tendo por base as competências a si atribuídos pelo Regulamento de Competências Específicas.

Sendo o posicionamento e a mobilidade um tema de grande interesse pela capacidade que apresentamos, com o poder do nosso corpo, em alcançar diversos resultados positivos; deparei-me durante o estágio no bloco de partos com questões direcionadas ao mesmo, sentido a necessidade de aprofundar conhecimento e refletir sobre esta temática. Para a sua concretização procedi à elaboração de uma revisão integrativa da literatura, incidindo nas posições e mobilidade da parturiente que podem contribuir para a evolução do trabalho de parto na presença da variedade fetal occipito-posterior, devido ao impacto significativo que apresenta no decurso do trabalho de parto.

O percurso de aquisição de competências comuns e específicas visam proporcionar uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados à mulher, ao recém-nascido e à sua família.

Palavras-chave: Mobilidade, Posicionamento, Occipito-posterior, Trabalho de parto, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ABSTRACT

This internship report aims to describe the activities carried out with a view to acquiring common and specific skills for nurses specializing in Maternal Health and Obstetric Nursing in the context of clinical practice, taking place in a Local Health Unit in the North of the country, with differentiated care.

To carry it out, a described methodology was done, based on a critical-reflective component of the clinical practices observed and carried out during internship, supported by scientific evidence.

With a view to acquiring skills, this report presents the conception of care that the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing provides in different clinical contexts, namely the Birth Unit, the Hospitalization Service for pregnant women with complications and the Hospital Service postpartum hospitalization, based on the competencies attributed by the Specific Competences Regulation.

Being positioning and mobility topics of great interest due to the ability we demonstrate, with the power of our body, to achieve various positive results; during the clinical internship at the Birth Unit, I came across questions directed at it, feeling the need to deepen knowledge and reflection on this topic. To achieve this, I carried out an integrative review of the literature, focusing on the positions and mobility of the parturient woman, which can contribute to the evolution of labor when the fetal variety is in occipito-posterior, due to the significant impact it has on the course of labor

The path to acquiring common and specific skills aims to provide an improvement in the quality of care provided to women, newborns and their families.

Keywords: Mobility, Positioning, Occipito-posterior, Labor, Maternal Health and Obstetric Nursing

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

ATPPT – Ameaça de trabalho de parto pré-termo

bpm – batimentos por minuto

CIPE™ – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTG – Cardiotocografia

DG – Diabetes gestacional

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV – Endovenoso

FC – Frequência cardíaca

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

FIGO – International Federation of Gynecology and Obstetrics

ICN – International Council of Nurses

IG – Idade gestacional

IM – Intramuscular

IMG – Interrupção médica da gravidez

JBÍ – Joanna Briggs Institute

KCl – Cloreto de potássio

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

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCEA – Patient Controlled Epidural Analgesia

PGC – Pesquisa de glicemia capilar

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

PTGO – Prova de tolerância à glicose oral

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynecologists

SGB – Streptococcus beta hemolítico do grupo B

SPDC – Sociedade Portuguesa de Contraceção

SPN – Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão arterial

ULS – Unidade Local de Saúde

Índice

INTRODUÇÃO	13
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS.....	17
1.1. Contextualização do estágio	18
1.2. Cuidar da mulher em trabalho de parto	20
1.2.1. O primeiro estadio do trabalho de parto.....	20
1.2.2. O segundo estadio do trabalho de parto.....	31
1.2.3. O terceiro estadio do trabalho de parto.....	34
1.2.4. Indução do trabalho de parto	36
1.3. Assistir no trabalho de parto	38
1.3.1. Parir é poder!.....	39
1.3.1.1. Entre o gestar e o parir	39
1.3.1.2. O trabalho de parto da “Goreti”	42
1.3.2. Um olhar sobre o cuidado à mãe e ao pai face à perda gestacional	52
1.3.2.1. A interrupção médica da gravidez	53
1.3.2.2. O luto perinatal e as estratégias facilitadoras no processo do luto	54
1.3.2.3. O trabalho de parto da “Margarida”	58
1.3.3. A vivência da mulher com diabetes gestacional durante o seu trabalho de parto	65
1.3.3.1. A diabetes gestacional e as suas implicações fetais e neonatais	66
1.3.3.2. O trabalho de parto da “Catarina”	68
1.3.4. O poder do posicionamento e mobilidade no trabalho de parto.....	78
1.3.4.1. De que forma posso, quanto ao posicionamento e mobilidade, orientar a grávida durante o trabalho de parto? – Uma revisão da literatura	80
1.3.4.1.1. Apresentação dos resultados	84
1.3.4.1.2. Discussão dos resultados.....	88
1.3.4.2. O trabalho de parto da “Elisa”	91
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO	101
2.1. Contextualização do estágio	102
2.2. Assistência do EEESMO no período pós-parto	103
2.2.1. Cuidados à mulher que se tornou puérpera.....	104
2.2.2. Transição para a parentalidade: Tornar-se mãe e tornar-se pai	109

2.2.3. O desafio de amamentar após parto distócico por cesariana.....	110
2.2.4. Cuidados de um recém-nascido com icterícia	112
2.3. Cuidar da puérpera após cesariana e os desafios da amamentação do recém-nascido a realizar fototerapia: um caso clínico	114
2.3.1. A experiência do internamento da “Beatriz” e da sua filha “Benedita”	114
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO COM INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS COM COMPLICAÇÕES.....	121
3.1. Contextualização do estágio	122
3.2. A arte do cuidar: grávida com diagnóstico de ameaça de trabalho de parto pré-termo, placenta prévia e diabetes gestacional	123
3.2.1. Promover a adaptação à gravidez com complicações	123
3.2.2. Adaptação à parentalidade: preparar-se para ser mãe	130
3.3. Vivenciar uma gravidez com complicações: um caso clínico	131
3.3.1. A experiência de internamento da “Teresa”	132
4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA.....	139
CONCLUSÃO	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	149
APÊNDICES	168
Apêndice I – Quadro da extração de dados dos artigos selecionados	
Apêndice II – A avaliação da qualidade metodológica dos estudos	

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 – Total de experiências no âmbito da assistência intraparto	19
Quadro 2 – Conceção de cuidados centrada no trabalho de parto da Goreti	43
Quadro 3 – Conceção de cuidados centrada no promover a amamentação.....	51
Quadro 4 – Conceção de cuidados centrada no luto perinatal da Margarida	59
Quadro 5 – Conceção de cuidados centrada no trabalho de parto da Margarida	60
Quadro 6 – Conceção de cuidados centrada no luto perinatal do Américo....	63
Quadro 7 – Conceção de cuidados centrada no trabalho de parto da Catarina.....	70
Quadro 8 – Estratégia PCC.....	81
Quadro 9 – Estratégia de pesquisa	82
Quadro 10 – Síntese dos resultados	87
Quadro 11 – Conceção de cuidados centrada no trabalho de parto da Elisa	92
Quadro 12 – Conceção de cuidados centrada no promover a amamentação (Elisa)	99
Quadro 13 – Total de experiências no âmbito do pós-parto e parentalidade	103
Quadro 14 – Conceção de cuidados centrada na lactação e capacidade para amamentar da Beatriz	115
Quadro15 – Conceção de cuidados especializados da Beatriz e Benedita: Diagnósticos e intervenções.....	116
Quadro 16 – Conceção de cuidados especializados centrados no internamento de gravidez com complicações da Teresa	133
Quadro 17 – Adaptação à parentalidade: Diagnósticos de enfermagem e intervenções.....	135
Quadro 18 - Quadro extração de dados dos artigos selecionados (Apêndice I)	

Quadro 19 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“The Impact of Maternal Position in Labor on Occiput- Posterior Position of Fetus and Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Without Epidural Analgesia”* (Apêndice II)

Quadro 20 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial”* (Apêndice II)

Quadro 21 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“Lateral asymmetric decubits position for the rotation of occipito – posterior positions: multicentre randomized controlled trials EVADELA”* (Apêndice II)

Quadro 22 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial”* (Apêndice II)

Quadro 23 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“Is maternal posturing during labor eficiente in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial”* (Apêndice II)

Quadro 24 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor”* (Apêndice II)

Quadro 25 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para revisões sistemáticas da literatura *“The Efficacy of Maternal Lateral Decubitus Position During Labor in Correcting Fetal Occiput Posterior Position and Childbirth Outcomes: A Systematic Review”* (Apêndice II)

ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma da seleção de artigos (PRISMA 2020, JBI) 83

Figura 2 – Modelo do instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados de artigos por Joanna Briggs Institute (Apêndice II)

Figura 3 – Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para revisões sistemáticas da literatura de artigos por Joanna Briggs Institute (Apêndice II)

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, inserida no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo de 2023/ 2024, foi elaborado o presente trabalho tendo por base o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

Sendo o relatório final considerado um elemento de avaliação e discussão do processo da aprendizagem e da aquisição do desenvolvimento de competências, é esperado através da sua elaboração que o estudante apresente uma reflexão objetiva e crítica no decorrer do período do estágio (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021a). O meu percurso no Estágio de Natureza Profissional culmina na elaboração do presente trabalho, com a finalidade de descrever de forma crítico-reflexiva as experiências e aquisição de competências que ocorreram ao longo do meu estágio, com destaque para as preconizadas à formação do EEESMO.

A minha jornada como estudante de Mestrado de Saúde Materna e Obstétrica decorreu numa Unidade Local de Saúde (ULS) do norte do país, com cuidados de Neonatologia diferenciados, comportando 800 horas na sua totalidade, que se encontraram organizadas em três módulos: bloco de partos (500h), internamento de grávidas de risco/ medicina materno-fetal (200h) e no serviço de internamento de puerpério (100h).

O estágio de natureza profissional permitiu adquirir, desenvolver e aprimorar competências face à conceção de cuidados centrada em áreas de atenção relacionadas com o processo de diagnóstico e intervenções que se encontram sensíveis aos cuidados do EEESMO, nomeadamente no trabalho de parto, no cuidado pós-parto e recém-nascido (saúdável ou de risco) e na grávida com complicações, envolvendo em todos os momentos o convivente significativo/família. Os contextos de estágio foram essenciais para a aquisição de

competências como EEESMO, permitindo implementar uma abordagem crítico-reflexiva, baseada na evidência atual.

Com o objetivo de sistematizar a aquisição de competências quanto à conceção de cuidados que foram propostos, serão explanados casos clínicos relativos às experiências adquiridas, nomeadamente: no bloco de partos, quatro casos de parturientes com diferentes necessidades no cuidado; no serviço de puerpério, um caso clínico abarcando a puérpera e o recém-nascido; e no internamento de gravidez com complicações, um caso referente à experiência clínica. A identidade das pessoas envolvidas em todo o contexto de estágio não será partilhada ou divulgada, apresentando desta forma nomes fictícios nos presentes casos clínicos, mantendo assim o seu anonimato e respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro, atendendo ao dever do sigilo, como consta no artigo n.º 85, alínea d), *“O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (...)”*, desta forma assumindo o dever de *“d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados.”* (OE, 2005, p.117).

Considerando o posicionamento e a mobilidade um tema de grande interesse pela capacidade que apresentamos, com o poder do nosso corpo associado ao movimento de alcançar diversos resultados positivos, durante o estágio no bloco de partos deparei-me com questões direcionadas ao mesmo, sentido a necessidade de aprofundar conhecimento e refletir relativamente a esta temática, colocando uma questão: Quais as posições e mobilidade da parturiente que podem contribuir para a evolução do trabalho de parto quando a variedade fetal está em occipito-posterior?

As posições fetais occipitais com variedade posterior desafiam em vários aspetos as intervenções implementadas, variando desde o seu diagnóstico até à sua correção durante o próprio trabalho de parto (Simkin, 2010). Normalmente, esta variedade fetal, encontra-se associada a um segundo estadio do trabalho de parto com esforços expulsivos prolongados, maior probabilidade de parto instrumentado, assim como um risco aumentado de

lacerações perineais ou de hemorragia pós-parto (Guittier et al., 2016; Castel et al., 2019; Bahmaei et al., 2023). Vários autores descrevem que a mobilidade e o posicionamento da parturiente, quando devidamente selecionado, podem facilitar a rotação fetal desde a fase latente do trabalho de parto, se necessário (Guittier & Othenin-Girard, 2011; Le Ray et al., 2016; Bueno- Lopez et al., 2018). Além do mais, o posicionamento e a mobilidade não só se apresentam como intervenções poderosas, levando a um contributo positivo na adaptação anatómica e fisiológica da parturiente (Lawrence et al., 2013), como também é considerada uma intervenção não invasiva e teoricamente inofensiva para o bebé (Desbriere et al., 2013). Neste sentido realizei uma revisão integrativa da literatura, com vista ao desenvolvimento de conhecimentos e competências baseados na evidência, no âmbito da investigação.

O corpo do presente relatório divide-se em quatro capítulos. Os três capítulos iniciais encontram-se organizados mediante a ordem em que realizei os diferentes estágios e nos quais abordo as áreas de intervenção da minha prática clínica, de forma supervisionada. Tendo o bloco de partos sido o meu primeiro estágio, apresento o mesmo como primeiro capítulo, detalhando a aquisição e desenvolvimento de competências durante o trabalho de parto, incluindo a revisão integrativa da literatura. O segundo capítulo reflete o desenvolvimento de competências no período pós-parto, no âmbito do serviço de internamento de puerpério e transição para a parentalidade. No terceiro capítulo, destaco a aquisição e desenvolvimento de competências face à grávida com complicações. No quarto e último capítulo do relatório de estágio, apresento uma reflexão crítica das experiências que fui vivenciando ao longo da minha jornada enquanto estudante e futura EEESMO, tendo por base o Regulamento nº391/2019, de 3 de maio, o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Durante a realização do relatório procedi à pesquisa e recolha de evidência científica efetuando a mesma no motor de busca EBSCO, na base de dados CINAHL complete, Medline complete e MedicLatina; assim como na *Scopus*, *Pubmed* e Biblioteca *Chocrane*. Recorri ainda a obras literárias publicadas e

obras literárias científicas disponíveis na biblioteca da ESEP, assim como artigos disponíveis através da plataforma *Google Scholar*. A concretização do processo de conceção de cuidados apresentado no decorrer do relatório encontra-se descrito segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE™).

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS

O trabalho de parto é caracterizado por um “...conjunto de fenômenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior.” (Mendes da Graça, 2017, p. 220). No entanto, embora o trabalho de parto se encontre descrito na literatura de forma precisa, o seu diagnóstico de início efetivo nem sempre é fácil de estabelecer, uma vez que o exato momento no qual surgem as contrações uterinas efetivas (as que apresentam uma duração entre cinquenta e sessenta segundos, com sensação dolorosa tipo cólica) e regulares pode não ser identificado. A contratilidade inicial, que pode ser pouco dolorosa e com menor frequência entre si, assim como a repercussão ao nível do colo uterino em resposta às contrações uterinas, pode não ser determinado de imediato (Montenegro & Rezende-Filho, 2017).

Acima de tudo, o trabalho de parto é um processo único e vivenciado de forma diferente por cada mulher (Cardoso et al., 2023). O modelo neuropsicossocial do parto aborda de forma integral uma visão holística face aos aspetos psicológicos e neuro-hormonais do parto, incluindo o papel da ocitocina endógena no cérebro e os seus efeitos na experiência do parto (Olza et al., 2020). Mais do que um processo mecânico, os processos neurobiológicos induzidos pela libertação de ocitocina endógena durante o trabalho de parto, podem influenciar os comportamentos e emoções da parturiente para uma experiência de parto positiva, podendo promover desta forma uma transição facilitadora no “tornar-se mãe” (Olza et al., 2020).

O trabalho de parto encontra-se dividido em três diferentes estádios, designados por extinção e dilatação do colo do útero, período expulsivo e dequitação, apresentando características específicas e tempos bem definidos entre si (Cunningham et al., 2014; Mendes da Graça, 2017; Montenegro & Rezende-Filho, 2017). Existem autores que defendem ainda a existência de um

quarto estadio de trabalho de parto. Este período compreende as duas horas de puerpério imediato, traduzindo-se pelo momento no qual enquanto o recém-nascido se encontra a realizar contacto pele com pele, o períneo é observado para correção de eventuais lacerações, ou realizada episiorrafia, assim como manter a vigilância da contração uterina, por ser nesta fase que ocorre maior probabilidade de hemorragia pós-parto (Cunningham et al., 2014).

Face ao Regulamento n.º 391/2019 (2019, p. 13562), o mesmo descreve que o EEESMO, durante o seu exercício profissional, tem o dever de cuidar da mulher “...*inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extra-uterina.*”. Desta forma, durante a prática clínica deve ser tido em atenção todos os aspetos previamente mencionados, de forma a proporcionar segurança e ir ao encontro das expectativas da parturiente, sempre que seja possível.

Tendo sido um estágio enriquecedor em experiências, explano posteriormente quatro casos clínicos, diferentes entre si, que me permitiram desenvolver competências e adotar um pensamento crítico-reflexivo perante as diferentes situações.

1.1. Contextualização do estágio

O estágio desenvolvido no âmbito da assistência à mulher em trabalho de parto ocorreu numa ULS do norte do país, no Serviço de bloco de partos, com carga horária de contacto presencial obrigatória de 500h.

O bloco de partos contempla nove quartos individuais, cada um com reanimador para os cuidados ao recém-nascido e casa de banho privada, e uma sala exterior para assistência ao recém-nascido.

Inicialmente encontravam-se três EEESMO por turno, apresentando ao seu encargo o máximo de três parturientes, no entanto com a elevada afluência e o

aumento de partos/ nascimentos na respetiva ULS foi alterado o rácio no bloco de partos, aumentando para quatro EEESMO em cada turno. Sendo a organização dos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica um dos fatores integrantes face aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO), é essencial uma dotação segura do EEESMO perante as necessidades de cuidados em cada contexto clínico, promovendo e assegurando o bem-estar e segurança dos nossos alvos de prestação de cuidados (a mulher, o recém-nascido e o seu acompanhante) (PQCEESMO, 2021).

No bloco de partos, o acompanhante da grávida pode permanecer 24 horas/ dia durante o seu internamento. A admissão da grávida era realizada principalmente através do Serviço de Urgência (SU) de Obstetrícia e Ginecologia, ou através do internamento programado quando ocorriam situações de indução de trabalho de parto. Eram também encaminhadas para o bloco de partos situações de interrupção médica da gravidez (IMG).

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a várias grávidas de baixo risco e de risco, assistência ao parto e casos de IMG. Apresento no Quadro 1 o total de experiências que assisti, no âmbito da assistência intraparto.

Quadro 1 – Total de experiências no âmbito da assistência intraparto

Experiências no âmbito da assistência intraparto								
Partos assistidos	Episiotomia		Laceração		Períneo íntegro	Parto em colaboração médica	Parto pélvico	IMG
55	Com	Sem	Com	Sem	27	20	0	1
	6	49	22	33			Em simulação	
	1.º grau: 7 2.º grau: 15		1					

1.2. Cuidar da mulher em trabalho de parto

Uma experiência de parto positiva é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) como aquela que satisfaz os objetivos sociais, culturais e pessoais da mulher, incluindo o nascimento do seu filho saudável num contexto clínico e psicológico favoráveis com apoio dos profissionais de saúde, assim como através da presença contínua do seu acompanhante, caso seja este o seu desejo, durante o trabalho de parto.

Durante o meu estágio foram diversas as oportunidades, como referi anteriormente, à aquisição e desenvolvimento de competências específicas aos cuidados na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Abordo em seguida experiências que decorreram ao longo do contexto clínico, assim como os desafios com os quais me deparei e a forma como consegui ultrapassá-los com vista à aquisição das mesmas.

1.2.1. O primeiro estadio do trabalho de parto

A OMS (2018) refere que o primeiro estadio de trabalho de parto (extinção e dilatação do colo do útero) se encontra subdividida na fase latente, até aos 5 cm de dilatação do colo uterino, e na fase ativa, desde os 5 cm de dilatação do colo uterino até à dilatação completa. A duração da fase latente pode variar muito de mulher para mulher, no entanto na fase ativa, normalmente numa primípara não ultrapassa as 12 horas e numa múltipara, de forma geral, não ultrapassa as 10 horas, sendo que a sua média habitualmente ocorre entre as 3 horas e as 4 horas, tendo como referência os 5 cm de dilatação do colo do útero e a paridade da mulher. De facto, pude observar que todas as mulheres são diferentes e todas apresentam o seu tempo, desde parturientes primíparas que se encontravam durante cerca de 8 horas a 10 horas na fase ativa de trabalho de parto, a primíparas que evoluíram rapidamente não comportando nem uma hora nesta fase. Quanto a múltiparas, destaco um caso em que a

parturiente foi admitida no SU em início de trabalho de parto, apresentando um colo com 50% de extinção e uma dilatação de 3 cm, tendo sido encaminhada logo após para o bloco de partos. Aquando da preparação para colocação de cateter epidural, a grávida começou a apresentar diferentes movimentos corporais, a referir mais queixas álgicas e que sentia “*a sua bebé nascer*” (sic), tendo naquele momento observado abaulamento do períneo. Com isto quero refletir que apesar das referências temporais que existem, os corpos das mulheres são diferentes e atuam de forma diferente perante as situações. O mais importante é a parturiente escutar o seu próprio corpo e o EEESMO ter capacidade de acreditar no poder que as parturientes têm.

Uma das atividades de vigilância implementada durante o trabalho de parto traduz-se pela monitorização cardiotocográfica (CTG) externa de forma a vigiar o bem-estar fetal durante este processo, consistindo no registo da frequência cardíaca fetal (FCF), contratilidade uterina e movimentos fetais (este último nem sempre é registado por todos os equipamentos). O CTG deve ser realizado de forma contínua em todas as situações na qual esteja presente um risco elevado de hipoxia/ acidose fetal, seja pelas condições maternas, tais como situações de perda sanguínea vaginal, febre materna ou pela presença de cateter epidural; ou pelas condições fetais, tais como a presença de anomalias congénitas, alterações do crescimento fetal intrauterino ou presença de líquido amniótico tingido de mecónio ou com mecónio espesso (Ayres-de-Campos, Spong & Chandraran, 2015). Face às anteriores recomendações, durante o estágio recorreu-se à monitorização de CTG intermitente durante o período de indução de trabalho de parto ou no período de fase latente. Quando estava presente a necessidade de monitorização contínua, grande parte dos cardiotocógrafos apresentavam telemetria, possibilitando a monitorização contínua e ao mesmo tempo a liberdade de movimentos e posicionamentos. Em situações de constante perda de captação da FCF podia ser necessário recorrer à monitorização interna contínua, sendo que durante o estágio apenas observei esta situação uma vez.

A análise do CTG inicia-se com a avaliação das suas características, nomeadamente quanto à linha de base, variabilidade, presença de

acelerações, desacelerações e contratilidade, seguindo-se à sua classificação geral. Quanto à linha de base, esta deve ser avaliada em períodos de 10 minutos, compreendendo valores entre os 110 batimentos por minuto (bpm) e os 160bpm; relativamente à variabilidade, que reflete as oscilações da frequência cardíaca, considera-se uma variabilidade normal aquela compreendida entre os 5bpm e os 25bpm; as acelerações são definidas como o aumento abrupto da FCF acima da linha de base (superior a 15bpm e com duração superior a 15 segundo) e as desacelerações são definidas como diminuições da linha de base superiores a 15bpm em amplitude e com duração superior a 15 segundos podendo ser designadas como desacelerações precoces, variáveis ou tardias. Relativamente à contratilidade, é denominada taquissístolia à ocorrência de cinco ou mais contrações em 10 minutos, por dois períodos consecutivos. O CTG apresenta-se então classificado em: normal, suspeito ou patológico (Ayres-de-Campos, Spong & Chandrachan, 2015; Santo, 2016).

Relativamente à sua análise, desde o início de estágio que fui explorando junto da minha tutora os traçados cardiotocográficos, considerando mais fácil iniciar a sua leitura ponto a ponto face às suas características. Enquanto alguns traçados eram tal e qual como a literatura descreve, outros apresentavam-se mais complexos, o que exigiu da minha parte uma formação contínua e treino perante a sua leitura para adquirir competências à interpretação dos mesmos, de forma a atuar na presença de alteração da FCF. Tive ainda a oportunidade durante o meu percurso de assistir a uma formação em serviço sobre vigilância do traçado cardiotocográfico, na qual foram apresentados diversos casos clínicos de forma a discutir a interpretação de diferentes traçados cardiotocográficos. Considerei este momento uma oportunidade de grande aprendizagem, através da partilha das EEESMO e da equipa médica pelas experiências que vivenciaram.

O exame vaginal é uma das intervenções realizadas pelo EEESMO para a avaliação da progressão do trabalho de parto. Através do exame vaginal é avaliado não só a dilatação e extinção do colo uterino, mas também a variedade fetal, progressão na descida da apresentação e integridade das

membranas amnióticas. Ayres de Campos e seus colaboradores (2014) referem que em âmbito hospitalar, na fase latente, o exame vaginal deve ser realizado com intervalos de duas horas e na fase ativa de hora a hora, caso não ocorra nenhuma intercorrência e seja necessário realizar o exame vaginal imediato. A OMS (2018) recomenda que esta intervenção seja realizada com períodos de intervalo de quatro horas, em mulheres com parto de baixo risco. Na minha prática clínica tentamos respeitar sempre os intervalos de tempo e, fora dos mesmos, era realizado o exame vaginal em situações de alterações à classificação do CTG, em caso de rotura de membranas, mediante a referência da parturiente de queixas algícas ou aumento de pressão sentida; no entanto, observei que nem sempre os intervalos de tempo eram respeitados e, por vezes, era realizado o exame vaginal em intervalos inferiores ao preconizado.

Como estudante, foi importante o maior número de experiências possíveis neste âmbito, de forma a treinar o meu tato, numa das intervenções mais desafiantes neste contexto clínico para o desenvolvimento de competências; no entanto esta intervenção foi sempre realizada quando necessário, de forma a respeitar a mulher. Quando era efetuado o exame vaginal, assim como em todas as intervenções realizadas, o seu motivo era explicado e solicitado o consentimento da parturiente, tendo em atenção a sua privacidade, a assepsia na realização da intervenção e o uso do gel lubrificante para reduzir o desconforto causado. Admito que a primeira vez que realizei um exame vaginal tive dificuldade na sua perceção, mas com o passar do tempo fui adquirindo mestria. De forma a não realizar dois exames vaginais seguidos, a minha tutora e eu adotamos a estratégia de num exame vaginal ser a própria a efetuar e posteriormente, quando houvesse nova indicação, seria eu a realizá-lo até demonstrar a aquisição da perícia exigida em executar o exame vaginal, sem que fosse necessário posteriormente a mesma intervenção por parte da minha tutora. Uma estratégia que utilizei para me auxiliar a ultrapassar o desafio, face à dilatação e extinção uterina foi medir a largura dos meus dedos, com uma régua, e como se comportam na progressão da dilatação, assim como o seu comprimento, para avaliar a extinção, de forma a ser mais fácil a sua avaliação.

Quanto à progressão na descida da apresentação fetal é necessário considerar o plano que vai indicar a relação entre a apresentação do feto e uma linha imaginária que é traçada ao nível dos ísquios maternos (Lowdermilk & Perry, 2008). Podem ser considerados os planos de De Lee ou planos de Hodge. Uma vez que no meu local de estágio se utilizavam os planos de Hodge para avaliar a progressão da descida fetal, será este que irei utilizar durante a minha abordagem nos casos clínicos posteriormente explanados. Neste ponto, mantenho a referência ao tato e à sensibilidade necessários de forma a conseguir identificar as estruturas pélvicas envolventes aquando da realização do exame vaginal.

Com o exame vaginal podemos ainda determinar qual posição e variedade fetal, ou grau de flexão da sua cabeça, através da identificação das fontanelas (Sinha et al., 2018). A variedade define-se como a relação entre o ponto de referência da apresentação (o occipito, o sacro, o mento ou bregma, quando o feto se encontra defletido) com os quadrantes da bacia materna (Lowdermilk & Perry, 2008). Aquando do exame vaginal, ia ao encontro da sutura sagital do feto delineando o trajeto até às fontanelas e identificando-as. De todas as características que conseguimos avaliar com o exame vaginal considero esta a mais desafiante, principalmente quando o feto se apresentava mais insinuado dificultando a distinção entre as duas fontanelas.

Outra intervenção realizada durante o trabalho de parto e que pude experienciar no meu estágio foi a amniotomia. A amniotomia é definida como a rutura artificial das membranas amnióticas e não se encontra recomendado o seu uso por rotina, devendo ser respeitada a fisiologia do trabalho de parto (Montenegro & Rezende – Filho, 2017; OMS, 2018; Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023). No entanto, existem situações em que é necessária a sua realização, tais como perante a necessidade de avaliar as características do líquido amniótico ou quando existe necessidade de monitorizar a FCF de forma interna, através da colocação de um eletrodo diretamente no escalpe fetal (Cunningham et al., 2014; Montenegro & Rezende – Filho, 2017). Aquando da sua realização é importante ter em atenção que o feto se encontre bem apoiado no colo do útero durante o procedimento de forma a evitar o prolapso

do cordão umbilical, traduzindo-se numa posterior emergência obstétrica (Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et al., 2014). Antes da realização do procedimento a parturiente era informada e obtido o seu consentimento. A sua execução foi realizada através de técnica asséptica e com recurso à pinça de Herff, nunca removendo a mão, suportando a apresentação fetal, de modo a controlar a sua descida e pesquisando a presença de cordão umbilical, para prevenir situações de prolapso do cordão, como referi anteriormente, ou a sua laterocidência. Após a execução da amniotomia, eram observadas as características do líquido amniótico quanto ao cheiro, cor e quantidade, sendo registados posteriormente no partograma, assim como a hora da rotura. A monitorização do CTG era preservada, antes, durante e após o procedimento, de forma detetar alguma alteração do bem-estar fetal.

A dor do trabalho de parto é definida na CIPE™ como a “...*sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que o correm durante o trabalho de parto*” (International Council of Nurses [ICN], 2019, p. 47). No entanto, deve ser salientado que a dor é considerada uma experiência multidimensional, subjetiva, dinâmica e única para cada pessoa (OE, 2021).

Após quatro décadas, a International Association for the Study of Pain, em colaboração com uma equipa multidisciplinar, efetuou uma revisão da definição “Dor”, destacando que além de ser sempre uma experiência pessoal influenciada por diferentes fatores, tanto a nível biológico, psicológico e social, a dor não pode ser apenas inferida devido à atividade transmitida aos neurónios sensoriais, visto que dor e nociceção são considerados fenómenos distintos (Raja et al., 2020; OE, 2021).

A dor é caracterizada muito mais além da sua vertente física e, como tal, devem ser consideradas as suas quatro dimensões: a dimensão nociceptiva, a dimensão sensorial-discriminatória, a dimensão afetivo-motivacional e a dimensão cognitivo-comportamental (Bonapace et al., 2018). A dimensão nociceptiva envolve o potencial ou dano real, caracterizando-se no trabalho de parto não só pelo alongamento dos músculos, ligamentos ou colo uterino,

numa primeira fase, mas também pelo alongamento dos músculos perineais ou das estruturas na cavidade pélvica (Bonapace et al., 2018; Cardoso et al., 2023). A dimensão sensorial-discriminatória remete-nos para a intensidade e limiar da dor; podendo ser abordada não só através de técnicas farmacológicas, tais como analgesia endovenosa, intramuscular ou via epidural, mas também pela Teoria do *Gate Control*, podendo ser modelada através de sensações agradáveis na área afetada, uma vez que a sua reação se efetua ao nível periférico, da medula espinal e no cérebro, sendo estes considerados os principais “portões de controlo” (Bastos, 2005; Bonapace et al., 2018; Cardoso et al., 2023). Quanto à dimensão afetivo-motivacional esta é utilizada de forma a medir o desconforto da dor e é afetada pelas experiências, emoções e valores; é importante que a parturiente se sinta apoiada, devendo ter em atenção a relação com o EEESMO e o ambiente envolvente (Bonapace et al., 2018; Cardoso et al., 2023). Por fim, a dimensão cognitivo-comportamental traduz-se pela forma como é expressada a experiência da dor, sendo fortemente influenciada pelos fatores emocionais, culturais, sociais ou motivacionais (Bonaparte et al., 2018; Cardoso et al., 2023). O relato da pessoa sobre a própria dor deve ser respeitado e atendido, a experiência da dor é única, podendo não existir uma correlação direta entre o que a mulher sente e o que os outros inferem pela sua observação (Bonapace et al., 2018; Raja et al., 2020; Cardoso et al., 2023).

Após identificação das necessidades da parturiente e perante este diagnóstico, atuava de forma a assistir e capacitar a mesma face às estratégias não farmacológicas para conseguir lidar com a dor mediante o seu desejo ou, caso o pretendesse, assistida na colocação de cateter epidural.

Relativamente às estratégias não farmacológicas durante o trabalho de parto tive a oportunidade de implementar a aplicação de calor, incentivar à liberdade de movimentos sugerindo à parturiente que escutasse o seu próprio corpo, a utilização da bola de parto, a utilização do rebozo ou a aplicação de água quente através da pressão do chuveiro, no entanto, a grande maioria das parturientes optava posteriormente pela colocação do cateter epidural. Sendo uma das competências do EEESMO a de cooperar “...com outros profissionais

na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563), durante a prática clínica tive diversas oportunidades para colaborar com o anestesista aquando da sua colocação. Neste momento adotava uma postura ativa, não só na colaboração ao anestesista como também na manutenção da postura corporal da parturiente e vigilância na monitorização do CTG, de forma a observar alguma alteração ao nível do bem-estar fetal durante o procedimento. A analgesia epidural constitui o método farmacológico mais eficaz para o alívio da dor de trabalho de parto (NICE, 2023), sendo o seu uso recomendado, dependendo das preferências da mulher (OMS, 2018), no entanto a parturiente deve ser sempre informada sobre os seus benefícios e riscos (NICE, 2023).

Os potenciais riscos associados podem traduzir-se pela cefaleia, (NICE, 2023) considerada a complicação mais comum resultante da punção lombar, pela picada da dura-máter (ocorre devido à saída do líquido cefalorraquidiano para o espaço epidural, o que leva à diminuição da pressão intracraniana (Sachs & Smiley, 2014); ou risco de retenção urinária, como já descrito por Martins, Marques & Tomé (2002) referindo que com a analgesia epidural, mais frequentemente através do uso de opiáceos, pode surgir hipertonicidade do esfíncter e atonia vesical, levando a casos de bloqueio intenso, à sensação de bexiga cheia e à posterior necessidade de esvaziamento da bexiga.

Após a colocação do cateter epidural e administração de analgesia, durante a primeira hora a tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC) devem ser monitorizadas de cinco em cinco minutos durante os primeiros quinze minutos, mantendo-se assim até à primeira hora após a sua colocação (NICE, 2023); posteriormente a sua monitorização era efetuada uma vez a cada hora, coincidente com o *timing* da administração de medicação pelo cateter epidural, devido ao risco de hipotensão. Esta trata-se de uma complicação comum após a administração da medicação analgésica, devido à vasodilatação que ocorre pelo bloqueio simpático e que se encontra agravado pela redução do retorno venoso, devido à compressão dos grandes vasos pelo útero (Cunningham et al., 2014).

As parturientes com presença de cateter epidural devem ser encorajadas a adotar as posições nas quais se sintam mais confortáveis, incluindo em pé, e de forma supervisionada (NICE, 2023). No estágio assisti parturientes que apresentavam cateter epidural, sendo a medicação administrada por bólus mediante o seu pedido, conforme está descrito nas *guidelines* internacionais (OMS, 2018; NICE, 2023), no entanto a grande maioria encontrava-se com analgesia em perfusão por Patient Controlled Epidural Analgesia (PCEA), apresentando muitas vezes parestesias, sensação de membros inferiores “pesados” ou bloqueio dos mesmos, sem controlo motor. Nestas situações a parturiente era incentivada a adotar posições em decúbito lateral ou colocava-se a cama em posição de cadeirão e fornecia-se a barra de apoio e o disco de equilíbrio (“bolacha”) para que a parturiente se pudesse sentar no mesmo e apresentar liberdade de movimentos da pelve.

A ingestão de líquidos por via oral ou alimentos é outro dos fatores a ter em atenção durante o trabalho de parto. Embora antigamente só fosse oferecido à parturiente líquidos claros ou cubos de gelo, referindo que desta forma se conseguia minimizar o risco de complicações anestésicas decorrentes de uma emergência, como por exemplo a aspiração do conteúdo gástrico, também já era defendida a ingestão dos mesmos, uma vez que na maioria dos casos, sendo a anestesia de eleição a loco-regional, a parturiente encontrava consciente e capaz para proteger a sua via aérea (Lowdermilk & Perry, 2008). Atualmente, encontra-se recomendada a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto (OMS, 2018); dado que não foram identificados benefícios associados à restrição de alimentos ou líquidos à parturiente, devendo ser dado ênfase aos desejos da mulher (Singata, Tranmer & Gyte, 2013; OMS, 2014). Singata e colaboradores (2013) referem ainda na sua revisão da literatura, que não foi observada evidência no aumento do risco de complicações, quando oferecidos alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto. O American College of Nurse-Midwives (2016) retrata ainda que a restrição de alimentos ou fluídos via oral pode resultar no desenvolvimento de cetose, levando à produção de energia através da degradação da gordura, e pode contribuir potencialmente para o stresse e a insatisfação da mulher com a

experiência do seu parto; os mesmos autores denotam ainda a exigência física que ocorre durante o trabalho de parto, sendo a glicose o principal componente metabólico utilizado pelo útero.

Kearney e seus colaboradores (2024) relatam, no seu mais recente estudo, que a hidratação e nutrição adequadas são importantes no decorrer do trabalho de parto. Além da atividade do músculo liso uterino, apresentando contração entre dois e três minutos na fase ativa do trabalho de parto, exigindo um aporte significativo de oxigénio e glicose (American College of Nurse-Midwives, 2016; Kearney et al., 2024); crê-se que a hidratação seja importante, uma vez que a presença de diminuição do volume intravascular, pode resultar em desidratação significativa (Kearney et al., 2024).

Durante a prática clínica verifiquei que a ingestão de líquidos via oral e de alimentos era respeitada. Na fase ativa ou após a colocação do cateter epidural as parturientes tinham ao seu dispor água, chás, gelatinas ou gelados de gelo, do tipo Calipo®, sendo habitualmente bem aceites e tolerados.

O uso das estratégias facilitadoras do trabalho de parto eram outro foco da minha atenção, uma vez que a sua capacidade pode ser entendida como o conjunto de habilidades necessárias para que a parturiente seja capaz de realizar determinada ação que irá influenciar positivamente a evolução do seu parto, de forma direta ou indireta (Cardoso et al., 2023). É facto que o posicionamento da parturiente pode ir sendo modificado de forma a facilitar a descida do feto e progressão do trabalho de parto (Lawrence et al., 2013; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017; Grenvik et al., 2019). Como tal, além de potenciar a capacidade da parturiente relativamente às posições facilitadoras para a progressão do trabalho de parto tais como o decúbito lateral direito ou esquerdo, a posição de quatro apoios, as posições verticalizadas, cócoras ou suspensões, também era nosso objetivo dotá-la de capacidade face aos exercícios promotores de mobilidade da pelve através da prática de exercícios basculantes e de translação e exercícios com rotação interna/externa e assimetrias.

Quanto à utilização de dispositivos facilitadores ao trabalho de parto, o seu uso poderá simplificar a adoção de posições que sejam promotoras à mobilidade, uma vez que além de contribuírem de forma positiva para a rotação e descida do feto, ainda atuam como medida não farmacológica para lidar com a dor (Grenvik et al., 2019; Cardoso et al., 2023). Desta forma, incentivar a mobilidade durante o trabalho de parto com recurso a dispositivos foi outra das minhas intervenções na prática clínica. No estágio, os dispositivos com o quais tive oportunidade de adquirir competências foram: a bola de partos, que permite a mobilidade e verticalidade, podendo encontrar-se sentada ou apoiada na bola e, desta forma, a pelve conseguir mover-se livremente aumentando o seu diâmetro e promovendo a descida fetal (Yeung et al., 2019; Ulfa, 2021; Delgado et al., 2024); a bola de amendoim, que apresenta o formato de uma casca de amendoim, sendo o seu diâmetro menor ao centro do que as das pontas e se encontra descrito como adjuvante na progressão do trabalho de parto por promover a descida do feto quando associada à posição dos ângulos pelve/ fémur (Almeida et al., 2023; Cardoso et al., 2023); o disco de equilíbrio (“bolacha”), que atuava em substituição da bola de parto, quando a parturiente não conseguia colocar-se em pé ou preferia permanecer no leito e, por último, o rebozo, dado que melhorar o posicionamento do feto se encontra descrito como uma das indicações para o seu uso. Neste caso, a parturiente deve permanecer na posição de quatro apoios com a pelve mais elevada do que a sua cabeça, ficando apoiada nos braços; o pano deve ser colocado de forma a cobrir toda a zona das nádegas e devem ser realizados movimentos rítmicos por 30 segundos, três vezes consecutivas. Esta posição com a pelve elevada deve ser mantida por 5 a 10 minutos (Cardoso et al., 2023).

Por último, gostaria de abordar o suporte contínuo à parturiente de forma a proporcionar-lhe uma experiência de parto positiva. Como referi anteriormente, a OMS (2018) preconiza o apoio do EEESMO para uma experiência de parto positiva. O EEESMO tem para com a parturiente a responsabilidade de responder às suas questões, providenciar apoio para si e para a pessoa que escolheu para a apoiar durante o trabalho de parto, envolvendo o mesmo na prestação de cuidados (Lowdermilk & Perry, 2008). O suporte contínuo

potencia não só a relação terapêutica e facilita a comunicação entre a parturiente e o EEESMO, de forma a que possa exprimir os seus desejos durante este período; assim como se traduz numa ferramenta para promover o seu empoderamento (Oliveira et al., 2022). Algumas das intervenções que realizei em estágio destacaram-se pela escuta ativa, demonstrar disponibilidade para estar presente, se fosse esse o desejo da parturiente, a adoção de uma postura calma ou através do encorajamento e elogio.

1.2.2. O segundo estadio do trabalho de parto

O segundo estadio de trabalho de parto (período expulsivo), é caracterizado pelo período que ocorre desde a dilatação completa do colo uterino até ao nascimento do recém-nascido. Habitualmente este estadio pode ocorrer até três horas em primíparas e até duas horas em múltíparas (OMS, 2018). No entanto, este período de tempo é variável de mulher para mulher, sendo descrito como uma experiência de parto positiva quando decorre de forma fisiológica, sem uma atitude muito interventiva (OMS, 2018). Durante a prática clínica, na maioria das situações foi possível experienciar uma conduta pouco intervencionista, proporcionando apoio e motivação às parturientes para ouvirem o seu próprio corpo e seguir o seu instinto durante os esforços expulsivos.

Uma das intervenções realizadas neste período traduz-se por implementar medidas de proteção do períneo, tendo como objetivo reduzir o trauma perineal, caracterizando-se pela perda da sua integridade associada à passagem do feto pelo canal de parto (laceração) ou decorrente de um procedimento (episiotomia). De forma a identificar a necessidade executar a presente intervenção, observava o períneo, nomeadamente face à ausência da distensibilidade necessária no momento do coroamento; e alteração da coloração perineal (pela coloração mais esbranquiçada dos tecidos, que evidenciavam uma alteração da perfusão tecidual).

As medidas de proteção do períneo incluem a massagem perineal, a aplicação de compressas quentes e a abordagem “*hands on*”, tendo sido utilizadas com o intuito de prevenir traumas (Aasheim et al., 2017). A massagem perineal pode aumentar a probabilidade de períneo íntegro ou redução ao nível de lacerações perineais, a aplicação de calor ao nível do períneo pode reduzir o risco de lacerações de terceiro e quarto grau e a abordagem “*hands on*” reduz provavelmente na incidência de lacerações de primeiro grau (OMS, 2018).

Durante o estágio, as medidas de proteção de períneo que implementei mais comumente destacaram-se pela aplicação de calor, através da aplicação de uma luva cheia com água aquecida entre o intervalo das contrações, uma vez que durante o segundo estágio de trabalho de parto a aplicação de calor promove a vasodilatação, relaxa a musculatura de forma a proporcionar a sua elasticidade, reduz a dor a nível local e proporciona maior conforto à parturiente (Thenu et al., 2019); assim como uma abordagem “*hands on*”, na qual uma mão suporta a cabeça do feto e a outra o períneo no momento do nascimento, sendo utilizada para controlar a velocidade do nascimento da cabeça fetal, mantendo a sua flexão e reduzindo o estiramento do períneo (Huang et al., 2020; Okeahialam, Sultan & Thakar, 2024). Esta abordagem é suportada com evidência em estudos, através do recurso a um modelo biomecânico, que avaliou a distribuição da tensão exercida através da região posterior do períneo com abordagem “*hands on*”, constatando-se que com a sua realização a tensão do períneo foi reduzida a 40% comparativamente a uma abordagem “*hands off*” (Jansova et al., 2014; Okeahialam, Sultan & Thakar, 2024). A abordagem “*hands poised*” caracteriza-se pela colocação da mão na cabeça do feto, apenas com uma ligeira pressão de forma a evitar a sua expulsão rápida, no entanto não apoia o períneo (Huang et al., 2020).

Uma das dificuldades sentidas das primeiras vezes que assisti a um parto foi perceber o exato momento para intervir. Foi importante saber observar as características do períneo e a forma como este respondia face a progressão da cabeça fetal no introito vaginal. Embora inicialmente tivesse tendência em atuar mais precocemente, principalmente aquando da abordagem “*hands on*”, aprendi a “dar tempo” e atuar no *timing* correto. Senti que apesar do

conhecimento teórico presente, foi posteriormente com a prática e a conciliação das duas vertentes que me possibilitou adquirir mestria.

Outra questão relevante a abordar no segundo estadio de trabalho de parto prende-se à intervenção “executar episiotomia”, uma vez que a decisão no momento de a realizar me causava alguma inquietação inicialmente. A episiotomia consiste no corte do tecido perineal com o objetivo de aumentar a área de saída do feto, devendo ser apenas considerada em situações de distocia de ombros, macrosomia fetal, apresentação pélvica, parto vaginal instrumentado ou apresentação occipito sagrado persistente (Cunningham et al., 2014). O uso da episiotomia não se encontra preconizado de forma rotineira, sendo que a decisão da sua realização depende das características do períneo assim como do bem-estar fetal (OMS, 2018).

Durante o estágio, foi colocada em prática a evidência atual sobre a realização da episiotomia, tendo sido executada esta intervenção em seis dos cinquenta e cinco partos assistidos, por motivos de presença de estado fetal não tranquilizador ou pela identificação de tecidos com pouca elasticidade, pálidos e com tensão ao toque. Antes da sua realização, a parturiente era informada da sua necessidade e obtido o seu consentimento, sendo efetuada posteriormente a técnica através da colocação dos dedos entre a cabeça do feto e o períneo e a incisão realizada no pico da contração uterina com uma direção médio-lateral, por se encontrar menor associada a lesões do esfíncter anal (Cunningham et al., 2014; OMS, 2018). Embora apenas numa situação na minha prática clínica tenha ocorrido uma laceração vaginal baixa juntamente com a episiotomia, na mesma direção; observei numa situação de parto distócico por ventosa que apesar da realização da episiotomia, a parturiente apresentou ainda uma laceração de 2.º grau mediana. Como Jiang e seus colaboradores (2017) referem, mesmo com a realização da episiotomia, pode ocorrer a sua extensão na incisão ou até mesmo laceração do esfíncter anal.

No momento do nascimento, era observada e registada a hora e o recém-nascido colocado sobre o peito da mãe em contacto pele a pele, enquanto o cordão era clampado e seccionado. Neste momento o recém-nascido era

secado, verificada a permeabilidade das vias aéreas e avaliada a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina segundo o Índice de Apgar no final do 1.º, 5.º e 10.º minutos respetivamente, no qual avaliávamos frequência cardíaca, frequência respiratória, a coloração da pele, o tônus muscular e a irritabilidade reflexa (Lowdermilk & Perry, 2008).

Quanto ao clameamento do cordão umbilical, encontra-se recomendado após o primeiro minuto de vida do recém-nascido de forma a melhorar os resultados neonatais (OMS, 2018). Através da manutenção da circulação sanguínea da placenta para o recém-nascido, após o início da sua ventilação, irá proporcionar uma transição mais fisiológica da vida fetal para a vida neonatal (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2023). No recém-nascido de termo, o clameamento tardio do cordão umbilical aumenta o valor da hemoglobina ao nascimento, melhora o armazenamento de ferro e diminuiu o risco de anemia por défice de ferro durante o primeiro ano de vida; além dos benefícios para o recém-nascido não se verificou aumento da morbimortalidade materna, demonstrando assim ser uma abordagem segura (SPN, 2023).

1.2.3. O terceiro estadio do trabalho de parto

O terceiro estadio de trabalho de parto (dequitação) ocorre desde o nascimento do bebé até à expulsão da placenta e demora em média alguns minutos após o nascimento, nomeadamente entre cinco e sete minutos, podendo ocorrer até 30 minutos (Lowdermilk & Perry, 2008; Mendes da Graça, 2017). Montenegro e Rezende-Filho (2017) referem que a duração média do terceiro estadio ocorre entre cinco e seis minutos, sendo que houve dequitação em 90% dos casos aos 15 minutos e 97% dos casos aos 30 minutos após o nascimento. Mais atualmente, NICE (2023) refere que é considerado um terceiro estadio de parto prolongado aquele que se estende além dos 60 minutos após o nascimento, sem que ocorra a dequitação de forma espontânea; no entanto pode aguardar-se até cerca de uma hora após o nascimento pela dequitação espontânea, desde que a perda sanguínea se

apresente dentro dos parâmetros considerados normais e a mulher se encontre estável hemodinamicamente. Begley e colaboradores (2019) referem no seu estudo que uma conduta ativa no terceiro estadio do trabalho de parto pode reduzir o risco de hemorragia pós-parto (superior a 500ml). Com isto pretendo refletir que o tempo para a expulsão da placenta é variável e o tempo fisiológico deve ser respeitado.

Após o parto, o tamanho e a consistência do fundo uterino devem ser examinados. Através da redução do tamanho do útero e a presença da contratilidade uterina, o local de inserção da placenta torna-se menor, levando ao descolamento da mesma. Normalmente, no momento da dequitação é observada uma saída súbita de sangue através do intróito vaginal, uma contração mais firme do útero, o alongamento do cordão umbilical (à medida que ocorre a descida da placenta) e a sua posterior observação na vagina (Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et al., 2014).

A dequitação pode ocorrer por dois mecanismos, o de Schultze, caracterizando-se na saída da placenta com apresentação da face fetal, apresentada pela face mais lisa e brilhante ou através do mecanismo de Duncan, no qual a placenta surge com a apresentação da face materna, de característica mais rugosa (Lowderilk & Perry, 2008).

No decorrer deste período o EEESMO pode adotar uma atitude expectante ou ativa. No entanto, encontra-se recomendada uma abordagem ativa através da administração de uterotónicos, de forma a prevenir a hemorragia pós-parto; assim como a tração controlada do cordão (OMS, 2018). No estágio a administração de urterotónicos era sempre efetuada, nomeadamente a ocitocina (10 unidades em perfusão por via endovenosa), assim como a tração controlada do cordão. Posteriormente realizava a inspeção da placenta de forma a observar a presença de alterações e se apresentava completa, assim como a observação da bolsa amniótica (de forma a reconstituir a mesma e perceber se existia fragmentação das membranas), local de inserção do cordão umbilical e presença das duas artérias e de uma veia.

Após a dequitação, avaliava-se a formação do globo de segurança de Pinard, e inspecionava-se o canal de parto, para observação da sua integridade, procedendo-se à perineorrafia, em caso de necessidade, mantendo-se a avaliação periódica da contração uterina.

Duas horas após o parto, a tríade era transferida para o serviço de puerpério, se não apresentasse nenhuma intercorrência com a puérpera ou com o recém-nascido.

1.2.4. Indução do trabalho de parto

A indução do trabalho de parto é um procedimento comumente utilizado com o objetivo de alcançar um parto vaginal antes do seu início espontâneo e caracteriza-se pela estimulação das contrações antes do início do trabalho de parto (Cunningham et al., 2014; Montenegro e Rezende-Filho, 2017).

As indicações mais frequentes para a indução de trabalho de parto são a gestação pós-termo, situações de pré-eclampsia, oligoâmnios ou hidrâmnios, restrição do crescimento intrauterino fetal, rotura prematura de membranas (em situações de idade gestacional igual ou após 36 semanas) ou quadros maternos, tais como a hipertensão arterial crónica ou presença de diabetes, mellitus ou gestacional (Cunningham et al., 2014; Montenegro & Rezende-Filho, 2017; NICE, 2021). No entanto, existem contraindicações para a indução de trabalho de parto, tais como a apresentação fetal não cefálica, estado fetal não tranquilizador, perda sanguínea vaginal com significado clínico ou antecedentes de hipersensibilidade às prostaglandinas (Coutinho et al., 2014).

Quando após o exame vaginal é percebido um colo inteiro e fechado, a indução de trabalho de parto habitualmente é iniciada através da maturação do colo do útero, ou seja, são administradas prostaglandinas, via vaginal ou oral, que têm a função de amolecer o colo (Cunningham et al., 2014). As condições do colo do útero podem ser determinadas pelo índice de Bishop (Montenegro & Rezende-Filho, 2017) que é composto por dados percebidos do colo uterino

aquando do exame vaginal, nomeadamente a dilatação, a extinção, a descida (mediante os planos de Hodge), a consistência (se amolecido, duro ou médio) e a posição do colo uterino (anterior, posterior ou intermédio).

Para a indução de trabalho de parto podem ser utilizados recursos farmacológicos, tais como a dinoprostona, que se encontra disponível em gel intrevaginal ou dispositivo vaginal de libertação gradual, durante um período de 24 horas; o misoprostol, em comprimidos, podendo ser administrado via oral ou vaginal; a ocitocina ou recursos mecânicos através da aplicação de Sonda de Foley (Cunningham et al., 2014; Coutinho et al., 2014). No estágio, o método mais observado foi a administração de misoprostol via vaginal, sendo que em cesarianas anteriores, devido à sua contraindicação, o método utilizado variava entre a aplicação da dinoprostona em dispositivo vaginal ou colocação de sonda de Foley (Coutinho et al., 2014).

O parto induzido deve ser sempre monitorizado (ACOG, 2009). Como referido anteriormente, antes do início da indução de trabalho de parto, ou no decorrer da sua continuidade, por exemplo face a alguma queixa da grávida ou de nova aplicação de misoprostol, realizava-se sempre a monitorização de CTG antes (cerca de 20 minutos) e após a sua aplicação (cerca de 1 hora), não só para avaliar o bem-estar fetal, mas também devido a uma das principais complicações que se encontram relacionadas com a indução de trabalho de parto, a hiperestimulação uterina e possíveis complicações para o feto, tais como alterações ao nível da frequência cardíaca fetal, nomeadamente as desacelerações (Montenegro & Rezende - Filho, 2017). Durante o estágio foram observadas situações de taquissistolia uterina, sendo que nestas situações a conduta adotada passava pela suspensão da terapêutica em curso, no caso da ocitocina ou remoção do dispositivo vaginal de dinoprostona, assim como pela manutenção ou administração de tocólise aguda, sendo neste caso a administração de salbutamol endovenoso o agente de eleição. Desta forma, para promover o relaxamento do útero, contribuindo para a diminuição da contratilidade uterina, eram preparadas duas ampolas de salbutamol (1 ml correspondente a 0,5 mg) em 100 ml de soro fisiológico e administrado através de uma bomba perfusora a um ritmo de 150 ml/hora, no período máximo de

cinco minutos, numa concentração de 25 microgramas por minuto. Durante a sua administração mantinha-se a vigilância da frequência cardíaca materna, devido ao efeito secundário que pode ocorrer de taquicardia (Ayres de Campos, 2014).

1.3. Assistir no trabalho de parto

Durante o meu percurso foram diversas as oportunidades face à conceção de cuidados para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Abordo em seguida quatro casos que decorreram ao longo do contexto clínico. A conceção de cuidados ocorre quando o enfermeiro identifica as necessidades dos cuidados de enfermagem não só à pessoa, como também à pessoa significativa, através de uma recolha de dados, com vista a direcionar o seu foco de atenção, identificando posteriormente os respetivos diagnósticos e prescrevendo as suas intervenções, com o principal objetivo de produzir ganhos em saúde (Paiva e Silva, 2011).

A recolha de dados para a conceção de cuidados centrada nas necessidades baseadas em casos clínicos apresentados foi realizada através da observação, anamnese da parturiente e da pessoa significativa, entrevista e consulta do processo clínico. As intervenções implementadas e as respetivas atividades que as concretizam foram fundamentadas com base na melhor evidência disponível. Nos presentes casos apenas se encontra salientado algumas das necessidades e intervenções mais significativas para a aprendizagem dos cuidados especializados.

Como mencionado previamente, a identidade de todos os intervenientes encontra-se respeitada, sendo os nomes fictícios.

1.3.1. Parir é poder!

Perante o Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, no qual o EEESMO assume durante o seu exercício profissional intervenções autónomas em situações de parturientes de baixo risco, sendo entendidas como as situações em que estão presentes os processos de vida normais e fisiológicos no ciclo reprodutivo da mulher (Cardoso et al., 2023). O EEESMO é então responsável nas intervenções autónomas pelas sua prescrição e implementação técnica, no qual se encontram subjacentes os conhecimentos e capacidades adquiridas no seu percurso formativo e atuando sempre no melhor interesse da pessoa (PQCEESMO, 2021).

De forma a ilustrar a aquisição de conhecimento e competências, apresento um caso clínico que ressalta a importância do uso das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e a liberdade de movimentos, sendo opção da mulher não usufruir de analgesia epidural e no momento de o período expulsivo alternar entre decúbito lateral direito e esquerdo, parindo posteriormente em posição de quatro apoios.

1.3.1.1. Entre o gestar e o parir

Ao longo da vida da mulher, um dos momentos mais marcantes para si e para a sua família é o parto, pois traduz o fim da sua gravidez e a chegada do seu filho ao ambiente familiar. Uma experiência positiva de parto deve satisfazer os objetivos sociais, culturais e pessoais da parturiente, o que inclui o nascimento de um bebé saudável; o apoio contínuo por parte do acompanhante durante o trabalho de parto e a presença de uma equipa multidisciplinar competente (OMS, 2018).

Abordo em seguida, de forma sucinta, dois pontos-chave, no momento do trabalho de parto do presente caso clínico, que permitiram uma experiência

positiva neste momento tão significativo à parturiente: as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e a mobilidade durante o trabalho de parto.

Como referido anteriormente, a dor é considerada como uma experiência emocional e sensorial única e desagradável, sendo subjetiva a cada indivíduo; é sempre uma experiência pessoal influenciada a diferentes níveis pelos fatores psicológicos, biológicos e sociais (Raja et al., 2020). A sua representação e perceção não dependem somente de fatores como a duração e a intensidade da contração uterina ou a pressão que o feto exerce nas estruturas pélvicas enquanto progride pelo canal de parto, mas também pela individualidade e experiências prévias da parturiente, assim como face às suas expectativas (Mafetoni et al., 2019).

Durante o trabalho de parto, a assistência de qualidade dos cuidados por parte do EEESMO e a valorização do parto como processo fisiológico são dois elementos-chave nesta etapa da vida da parturiente. A implementação de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor permite que a valorização do parto como processo fisiológico seja respeitada na sua totalidade (Jesus Sabino et al., 2023), sendo recomendado pela OMS a sua implementação de forma a proporcionar uma experiência de parto positiva (OMS, 2018).

Entre as práticas recomendadas como estratégias não farmacológicas destacam-se a técnica de respiração, a massagem, a aplicação de calor, o rebozo, o envolvimento do acompanhante no processo e a utilização de música, tendo sido estas as estratégias utilizadas no caso clínico em questão, por opção da parturiente.

A técnica da respiração permite um aumento do aporte de oxigénio para o feto, promove o relaxamento, diminui a ansiedade e proporciona um período de maior calma e satisfação à parturiente (Pereira et al., 2020). No primeiro estadio do trabalho de parto, a técnica de respiração pode promover o relaxamento dos músculos abdominais, de forma a diminuir a pressão intra-abdominal e a pressão exercida sobre o pavimento pélvico (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante o segundo estadio de trabalho de parto, os exercícios de respiração além de serem eficazes para lidar com a dor, auxiliam na

progressão da descida da apresentação fetal e reduzem a pressão que é exercida ao nível do períneo (Yuksel et al., 2017). É então uma técnica recomendada pela OMS (2018) como estratégias não farmacológicas para lidar com a dor em trabalho de parto.

A massagem é uma técnica executada com recurso ao estímulo sensorial, através da manipulação dos tecidos pelo toque, promovendo o aumento da libertação de hormonas como a ocitocina e as endorfinas e diminuindo a produção de hormonas como a adrenalina e catecolaminas (Reis et al., 2022). Quando realizada em trabalho de parto a massagem, principalmente na região sagrada, ajuda a lidar com a dor através da redução da sua intensidade e proporciona maior satisfação à parturiente, por apresentar menores níveis de fadiga e ansiedade (Karaduman & Akköz Çevik, 2019).

No que diz respeito à aplicação de calor, este promove a vasodilatação dos tecidos melhorando a perfusão local (Goswami et al., 2022). Os recetores do toque e da temperatura são estimulados promovendo a libertação de endorfinas, o que facilita o relaxamento e a forma de lidar com a dor (Taavoni et al., 2016). O calor, além de aumentar a temperatura local da pele e ativar a circulação, reduz ainda os espasmos musculares e aumenta o limiar da dor (Cardoso et al., 2023).

O rebozo é originário da tradição mexicana, na qual se utiliza uma peça de tecido com característica longa e plana, feita de algodão e que permite com os seus movimentos promover o relaxamento e a amplitude dos movimentos, massajar a região pélvica, auxiliar a lidar com a dor e melhorar no posicionamento do feto (Sales et al., 2020; Ritter, Gonçalves & Gouveia, 2020).

A presença do acompanhante durante o trabalho de parto é considerada crucial, sendo recomendada a sua presença durante todo o processo de trabalho de parto (OMS, 2018), no entanto depende sempre da vontade da mulher a sua presença. O seu apoio contínuo é considerado um aspeto importante, de forma a melhorar a qualidade de cuidados; evidenciando que ajuda as parturientes a uma experiência de parto positiva (Bohren et al., 2019).

Quanto à utilização da música durante o trabalho de parto, esta deve ser uma escolha individual e que leve a grávida a exprimir os afetos e emoções, de forma a promover a autorregulação emocional e induzir um estado de relaxamento (Lorencetto et al., 2020). A música é considerada uma estratégia não farmacológica para lidar com a dor simples, de fácil acesso e não invasiva, podendo proporcionar benefícios psicológicos, fisiológicos e emocionais, de forma a reduzir o stresse e melhorar o conforto, promover o relaxamento e facilitar o lidar com a dor (Sucuru et al., 2018; Lorencetto et al., 2020).

Relativamente à mobilidade, como já mencionado, a mulher tem a autonomia para poder escolher a sua liberdade de movimentos, assim como as posições que pretende adotar (OMS, 2018). A mobilidade e as posições verticais não só afetam a adaptação anatómica e fisiológica da parturiente, como também melhoram a circulação uteroplacentária e promovem maior eficácia na contratilidade uterina, facilitando assim a evolução do trabalho de parto (Marzouk & Eid, 2020). Na presença de posições mais verticalizadas, tais como, sentada ou a deambular, a ação da gravidade favorece a descida do feto (Ibrahim et al., 2020); é observada uma diminuição da duração do trabalho de parto, nomeadamente entre as 2 horas e 30 minutos e as 2 horas e 50 minutos (Lawrence et al., 2013; Marzouk & Eid, 2020; Ibrahim et al., 2020) e a contratilidade uterina é habitualmente mais eficaz na extinção e dilatação do colo do útero, uma vez que cada contração uterina se torna mais frequente e intensa (Pachauri et al., 2021). Estudos demonstram que nas parturientes que adotam posições verticalizadas, no segundo estadio do trabalho de parto, observa-se uma redução da sua duração e maior possibilidade de parto eutócico comparativamente com as mulheres que adotam posições de supina (Lawrence et al., 2013; Ibrahim et al., 2020).

1.3.1.2. O trabalho de parto da “Goreti”

A Goreti, 32 anos, III Gesta II Para (dois partos eutócicos anteriores) dirigiu-se ao serviço de urgência de obstetrícia do hospital, por apresentar contratilidade

dolorosa, com duas horas de evolução. Refere contratilidade mais intensa, dolorosa e regular à chegada. Após realização do exame vaginal na admissão, com o seu consentimento, verificou-se colo do útero extinto, amolecido e em posição anterior, com 9 cm de dilatação, apresentação fetal acima do I plano de Hodge, tendo sido admitida no bloco de partos com o diagnóstico de “Trabalho de parto”. Idade Gestacional (IG) de 39 semanas + 5 dias.

A Goreti é engenheira, não apresenta antecedentes clínicos e desconhece alergias. O grupo sanguíneo é A+ e o *Streptococcus* beta hemolítico do grupo B (SGB) é negativo. Durante a sua gravidez, foi acompanhada na Unidade de Saúde Familiar. Refere não ter frequentado preparação para o parto.

Goreti encontrava-se desejosa por conhecer o seu bebé, referindo que de momento o seu trabalho de parto está a ocorrer de acordo com as suas expectativas, pois deseja muito um parto fisiológico.

Veio acompanhada pelo seu marido “Renato”, 35 anos, operador de loja. Desconhece o seu grupo sanguíneo. Encontra-se desejoso por conhecer o novo elemento da família, e quer contribuir em tudo o que puder para proporcionar a Goreti o melhor momento possível.

Após a abordagem inicial e efetuar a recolha de dados a Goreti, foram identificadas as necessidades dos cuidados especializados de enfermagem, com vista a direcionar o meu foco de atenção, nomeadamente sobre a “Capacidade sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, a “Capacidade para lidar com a dor do trabalho de parto”, o “Trabalho de parto” e o “Nascimento”, levando-me, como tal, a enunciar os diagnósticos e a prescrever as respetivas intervenções (juntamente com as atividades que concretizam a sua intervenção), sendo apresentado em seguida no Quadro 2.

O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da noite (20h-08h) em contexto de bloco de partos.

Quadro 2 - Conceção de cuidados centrada no trabalho de parto da Goreti

Foco: Capacidade sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto
Atividades de diagnóstico:
- Avaliar a capacidade para adotar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Dados relevantes para o diagnóstico: - Goreti encontrava-se na fase ativa de trabalho de parto (apresentava na realização do exame vaginal colo uterino extinto, com 9 cm de dilatação e amolecido); - Goreti refere querer adotar posição de cócoras; - Goreti refere que para além da posição de cócoras quer adotar outras posições que promovam a verticalidade; - Goreti adota posições em decúbitos laterais e quatro apoios; - Goreti não pretende utilizar dispositivos de apoio.	
Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
Objetivos: - Facilitar o trabalho de parto.	
Crítérios de Resultado: - Goreti adota posições facilitadoras de trabalho de parto confortáveis para si. - Goreti adota mobilidade e posições verticais durante o trabalho de parto (decúbito lateral direito e esquerdo, posição de quatro apoios, posição de cócoras).	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
04h00	• Incentivar a parturiente a escutar o seu próprio corpo - De forma a adotar as posições que para si fossem mais favoráveis, a parturiente foi incentivada a “fazer o que o seu corpo lhe pedia”. • Treinar exercícios promotores da mobilidade da pelve - Orientar a parturiente na prática dos exercícios basculantes e de translação; assim com os exercícios com rotação interna/externa e assimetrias) nomeadamente na posição de quatro apoios, posição lateral e de cócoras.
Resultados obtidos: - Goreti referiu que, apesar de no momento de admissão no bloco de partos ter pensado em adotar a posição de cócoras, esta tornava-se bastante cansativa e se encontrava mais confortável em quatro apoios, ficando em decúbitos laterais quando descansava entre contrações uterinas. - Goreti realizou exercícios basculantes, de translação e exercícios com rotação interna e externa.	
Foco: Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar capacidade sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Goreti indica que a cada dor da contração se encontra mais próxima de conhecer o seu filho; - Goreti refere que “<i>se dos outros dois filhos consegui parir sem epidural, este também irei conseguir</i>” (sic). - Goreti gostaria que a capacitasse relativamente à técnica da respiração e aplicação de calor.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto	
Objetivos: - Melhorar a capacidade de Goreti sobre lidar com a dor de trabalho de parto utilizando as estratégias não farmacológicas.	
Crítérios de Resultado: - Goreti se sinta capaz de lidar com a dor de trabalho de parto utilizando estratégias não farmacológicas.	

Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
04h00	• Envolver pessoa significativa no trabalho de parto¹ • Gerir ambiente físico para promover relaxamento² (ambiente calmo, baixa luminosidade, privacidade, com a presença das pessoas essenciais na sala, e música ambiente) • Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto - Orientar relativamente à técnica respiratória (incentivar a parturiente a respirações mais lentas e prolongadas, ao invés de respirações rápidas e curtas, como se encontrava a realizar, que a deixavam nauseada); - Orientar para a realização de playlist musical a seu gosto, mediante o estadio de trabalho de parto no qual se encontra; - Orientar na aplicação do calor, na área que se sinta mais desconfortável, de forma a promover o relaxamento. • Treinar estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto - Treinar com a Goreti a técnica respiratória; - Treinar com a Goreti a aplicação de lençóis quentes na área que sentia maior desconforto.
Resultados obtidos: - A presença do seu marido revelou ser uma das principais estratégias para lidar com a dor. - A parturiente demonstrou-se capaz de implementar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor no trabalho de parto, nomeadamente na técnica respiratória.	
Foco: Trabalho de parto	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a evolução do trabalho de parto.	
(04h00) Dados relevantes para o diagnóstico: - Posição do colo do útero: anterior; - Consistência do colo do útero: amolecida; - Extinção do colo do útero: extinto; - Dilatação do colo do útero: 9 cm; - Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 60 Segundos; - Dor de trabalho de parto: com dor de trabalho de parto; - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras; - Posição fetal: esquerda; - Apresentação fetal: cefálica; - Variedade fetal: anterior; - Descida do feto: acima do I plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, apresenta linha de base de aproximadamente 130bpm; - Perda sanguínea vaginal (quantidade): sem perda sanguínea vaginal;	

¹ A presença do acompanhante é fundamental no momento do trabalho de parto por forma a melhorar a qualidade dos cuidados; o seu apoio contínuo é considerado um aspeto importante evidenciando que ajuda as parturientes a terem uma experiência de parto positiva (Bohren et al., 2019).

² Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável: manter um ambiente calmo e com luminosidade baixa, privacidade (apenas com a presença das pessoas essenciais na sala) e música ambiente a seu gosto (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

- Expectativa face ao parto: parto fisiológico; - TA = 128/77mmHg; FC = 72bpm.	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de parto	
Objetivos: - Facilitar trabalho de parto; - Promover parto eutócico. Crítérios de Resultado: - Que o trabalho de parto evolua favoravelmente, sem intercorrências.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
04h00	• Gerir ambiente físico - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. • Assistir no posicionar (Goreti quis permanecer no leito, no entanto foi encorajada a alternar o seu posicionamento.) - Orientar Goreti em posição de decúbito lateral, com o membro inferior do lado do decúbito ao longo do eixo do corpo e o outro membro inferior fletido num ângulo de 90º com suporte para apoio do membro; - Orientar Goreti em posição de quatro apoio (sendo nesta posição aplicado rebozo); - Orientar Goreti para a posição de SIMS, no qual a parturiente se encontra deitada de lado com a cabeça apoiada na almofada; a perna inferior fica estendida e a perna superior fletida num ângulo de 90º e apoiada numa almofada; o seu braço inferior permanece fletido, frente à face; - Orientar Goreti na posição de cócoras, no leito, com recurso à barra de apoio. • Gerir ingestão de líquidos - Oferecer a Goreti líquidos claros, gelatinas ou gelados de gelo mediante o seu pedido. • Envolver o seu companheiro na prestação de cuidados - Promover momentos entre o casal (encorajando o abraço, suporte e carinho entre o casal).
Resultados obtidos: - O marido da Goreti esteve sempre presente, abraçando-a principalmente no momento da contração, na posição de quatro apoios. - A parturiente optou por alternar posições entre os decúbitos laterais e a posição de quatro apoios, sendo esta a sua preferencial. - A parturiente apenas quis beber pequenos golos de água durante este período. - Registo de CTG tranquilizador, demonstrando bem-estar fetal (CTG wireless).	
(04h20) Dados relevantes para o diagnóstico: - Goreti descreve maior pressão a nível do períneo e refere encontrar-se com maior dor; - Realizado exame vaginal por não ser observado abaulamento do períneo; - Dilatação do colo do útero: 10 cm; - Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 70 segundos; - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea (líquido amniótico – ligeiramente	

hemático); - Descida do feto: II plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, com linha de base de aproximadamente 140bpm; - TA: 109/64mmHg; P: 79bpm.	
Objetivos: - Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal; - Facilitar trabalho de parto; - Prevenir laceração do períneo; - Promover parto eutócico. Crítérios de Resultado: - Que o trabalho de parto evolua favoravelmente.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
04h20	• Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto • Gerir ambiente físico para promover relaxamento • Assistir no posicionar (Goreti manteve a vontade de permanecer no leito, optou nesta fase pela posição de quatro apoios). - Incentivada a escutar o seu corpo e adotar a posição em que se sinta mais confortável; - Orientar a parturiente na posição de quatro apoios³. • Gerir ingestão de líquidos - Incentivada a ingestão de líquidos (água mediante o seu pedido). • Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto - Incentivar Goreti a alternar entre as diferentes posições corporais durante o trabalho de parto; - Incentivar Goreti à realização de exercícios de mobilidade da pelve⁴. • Gerir ingestão de líquidos - Incentivada a ingestão de líquidos (água). • Implementar medidas de proteção do períneo - Após o consentimento expresso para a implementação das medidas de proteção do períneo, Goreti aceita aplicação de calor, referindo ser o que considera mais confortável⁵; - Realizada aplicação no períneo de luva com água quente.
Resultados obtidos: - Goreti manteve a opção de permanecer na posição de quatro apoios. - Goreti apenas quis beber pequenos golos de água durante este período. - Registo de CTG tranquilizador, demonstrando bem-estar fetal (CTG wireless).	
(04h50)	
Dados relevantes para o diagnóstico:	

³ A parturiente permanece apoiada nos joelhos e nas mãos. Nesta fase de trabalho de parto e sendo as assimetrias de maior importância, a parturiente foi encorajada a colocar as pernas em rotação interna, de forma a afastar os isquios (Calais-Germain et Vives Parés, 2007).

⁴ Os exercícios basculantes traduzem-se pela a anteversão e retroversão; inclinação direita e esquerda e o símbolo do infinito. Os exercícios de translação, como de inclinação lateral direita e esquerda, anterior e posterior e movimentos circulares. Por fim os exercícios com rotação interna/externa e assimetrias na posição de pé e sentada (Calais-Germain et Vives Parés, 2007).

⁵ De forma a promover o relaxamento dos músculos perineais é colocada uma luva cheia com água aquecida na região perineal, tendo sido aplicado entre o intervalo das contrações. A aplicação de calor durante o segundo estadio de trabalho de parto provoca vasodilatação, relaxa a musculatura proporcionando a sua elasticidade, reduz a dor a nível local e proporciona maior conforto a parturiente (Thenu et al., 2019).

- Goreti refere sentir uma pressão aumentada e contínua ao nível do períneo; - Não foi realizado toque vaginal uma vez que é observável o coroamento; - Frequência da contração uterina: 4 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 70 Segundos; - Descida do feto: no IV plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, com linha de base de aproximadamente 135bpm; - TA: 112/68mmHg; P: 84bpm.	
Objetivos: - Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal; - Prevenir laceração do períneo; - Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento. Crítérios de Resultado: - Que o parto ocorra sem complicações; - Manter integridade do períneo.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
04h50	• Gerir ambiente físico - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. • Proporcionar apoio a parturiente - Realizar escuta-ativa. • Incentivar a parturiente durante os esforços expulsivos, auscultando o seu corpo - Referir a Goreti que já se consegue observar o seu bebé. • Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto • Assistir no posicionar - Incentivada a adotar a posição em que se sinta mais confortável; - Goreti optou por manter a posição de quatro apoios. • Implementar medidas de proteção do períneo - Manter a aplicação de calor (luva com água quente) na região perineal; - Aplicar abordagem “<i>Hands poised</i>” (colocação de uma das mãos na cabeça do bebé para assistir numa saída lenta e controlada). • Assistir no parto - Preparar o material para assistir no parto (campo, bata, luvas, clamp do cordão umbilical, compressas...); - Questionar Goreti se quer sentir a cabeça do seu bebé durante o coroamento; - Após saída da cabeça, pedir para suspender esforços expulsivos e verificar presença de circulares do cordão umbilical, que não foram verificadas; - Registrar hora de nascimento; - Incentivar a parturiente “vir buscar” o recém-nascido aquando o seu nascimento, permitir o contacto pele com pele de imediato e garantir que o recém-nascido se encontre seco; - Realizar higiene perineal - Observar estado do períneo
Resultados obtidos: - Parto eutócico, em posição de quatro apoios, sem intercorrências; - Goreti apresentou períneo íntegro.	

(05h20)	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Após o nascimento aguarda-se dequitação; - TA: 101/59 mmHg; P: 71bpm.	
Objetivos: - Prevenir hemorragia pós-parto.	
Crítérios de Resultado: - Que o momento da dequitação ocorra sem intercorrências. - Que apresente Globo de segurança de Pinard formado.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
05h20	• Assistir na expulsão da placenta - Solicitar a Goreti que realize novo esforço expulsivo, enquanto é realizada tração controlada do cordão umbilical no momento em que a própria refere sentir nova pressão ao nível do períneo; - Quando se observa saída, segurar a placenta com as duas mãos e realizar manobra de Dublin (torção da placenta até exteriorização completa das membranas). - Observar mecanismo de dequite (mecanismo de Schultz). - Inspeccionar placenta: placenta completa (sem alterações, bordos regulares, cotilédonos íntegros), bolsa amniótica com a presença dos dois folhetos (amnion e córion), inserção marginal do cordão umbilical, apresenta duas artérias e uma veia. • Administração de 10 unidades de ocitocina EV em perfusão após a dequitação, de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto (OMS, 2018) • Vigiar localização, consistência do útero e perda sanguínea vaginal • Monitorizar sinais vitais
Resultados obtidos: - Dequitação espontânea e completa às 05h25. - Globo de segurança de Pinard formado, manifestado por contração uterina. - Puérpera hemodinamicamente estável, com TA: 112/65mmHg e P: 65bpm.	
Foco: Nascimento	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a adaptação à vida extrauterina.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - O “Miguel” nasceu às 04h58; - Índice de Apgar – score de 9 ao 1.º minuto; - Índice de Apgar - score de 10 ao 5.º minuto; - Índice de Apgar – score de 10 ao 10.º minuto; - Goreti quer realizar contacto pele com pele.	
Diagnóstico de Enfermagem: Nascimento	
Objetivos: - Promover adaptação à vida extrauterina.	
Crítérios de Resultado: - Recém-nascido se encontre adaptado à vida extrauterina.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
04h58	• Secar recém-nascido • Executar clampeamento do cordão umbilical

	- Realizado clampeamento do cordão umbilical ao 2.º minuto de vida do recém-nascido. • Encorajar o pai a cortar o cordão umbilical (Renato desde a admissão que expressou ser da sua vontade realizar o corte do cordão umbilical após o nascimento, Goreti também referiu ser da sua vontade que fosse o seu marido a concretizar o mesmo) - Assistir no corte do cordão umbilical. • Executar técnica de contato pele com pele - Colocado recém-nascido no peito da mãe; - Orientar Goreti a manter o contacto pele com pele⁶; - Observar a evolução dos estadios de contato pele com pele. • Administração de vitamina K intramuscular (IM)⁷ • Pesar recém-nascido
Resultados obtidos: - Miguel manteve-se rosado, reativo, com respiração regular. - Encontrou-se cerca de 120 minutos em contato pele com pele, sendo posteriormente vestido, antes de serem transferidos para o internamento do Serviço de puerpério. - Observado os nove estadios de contato pele com pele, mamando no 8.º estadio, aproximadamente 20 minutos após o seu nascimento. - Peso de 3450gr ao nascimento.	

No período do contacto pele com pele são observados nove estadios diferentes entre si. Os nove estadios caracterizam-se por 1) chorar logo após o nascimento; 2) relaxamento; 3) despertar, começando a realizar movimentos subtis com a cabeça, ombros, boca; 4) atividade, aonde apresenta determinados movimentos: empurra sem mover, começa a apresentar movimentos de mão/ peito/ boca; 5) o descanso, sendo uma pausa entre estadios; o 6) rastejar, aonde empurra, desliza e começa a dirigir-se à mama e mamilo; em seguida ocorre 7) familiarização com a mama e o mamilo, na qual o recém-nascido começa a transmitir sons a solicitar a mama, começa a explorar o mamilo com a boca; posteriormente ocorre a fase 8) sugar, aonde o recém-nascido se adapta a mama e inicia a mamada e, por último, 9) dormir, no qual após a mamada o recém-nascido adormece (Brimdyr et al., 2020). Durante a prática clínica, foram observados os diferentes estadios.

⁶ O contacto pele com pele descreve-se como um processo que consiste no contato imediato de pele com pele entre a mãe e o recém-nascido, de forma ininterrupta, pelo menos durante uma hora ou mais e durante este período o recém-nascido atravessa por nove estadios (Brimdyr et al., 2020).

⁷ Dado existir um risco comprovado do recém-nascido desenvolver um quadro hemorrágico por défice da vitamina K, é indicada a administração IM da mesma após o nascimento, tendo-se demonstrado eficaz na redução da prevalência da doença hemorrágica (SPN, 2023).

Sendo o estadio 8 aquele que reflete a primeira mamada do recém-nascido e, face ao domínio “Comportamentos para amamentar”, apresento como foco da minha atenção o “Amamentar”, que se encontra descrito no Quadro 3.

Quadro 3 - Conceção de cuidados centrada no promover a amamentação

Foco: Amamentar	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar o amamentar.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Goreti pretende amamentar o seu filho; - Goreti refere que amamentou os seus outros filhos: o primeiro até aos 18 meses e o segundo até por volta dos 24 meses, tendo sido experiências positivas.	
Diagnóstico de Enfermagem: Amamentar	
Objetivos: - Promover o contacto pele com pele.	
Crítérios de Resultado: - Que a amamentação na 1. ^a hora de vida decorra sem intercorrências.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
05h20	• (04h58) Proporcionar o contacto pele com pele na primeira hora de vida • Observar a presença do 8.^o estadio no contacto pele com pele⁸ • Gerir o ambiente físico - Ambiente tranquilo e relaxante, proporcionando conforto e segurança à puérpera e ao recém-nascido.
Resultados obtidos: - Após a exploração da mama e do mamilo, o Miguel adaptou-se a mama e iniciou a mamada espontaneamente, por volta dos 20 minutos.	

A elaboração deste plano de cuidados proporcionou a aquisição de conhecimento, baseado na evidência, de competências e da capacidade para tomar decisões, possibilitando de forma mais aprofundada analisar a intervenção do EEESMO na parturiente e da pessoa que ela escolheu para partilhar o seu projeto de maternidade.

O presente plano de cuidados permitiu-me não só abordar e poder implementar intervenções face à temática referente ao meu relatório de estágio de natureza profissional, como também aprofundar o conhecimento e adquirir maior capacidade na implementação do uso de estratégias não farmacológicas para

⁸ A amamentação na primeira hora de vida é deveras importante, pois o recém-nascido encontra-se num estado de alerta e pronto a ser amamentado (Lowdermilk & Perry, 2008).

lidar com a dor, face à experiência que tenho apresentado no meu contexto clínico, na qual a maioria das parturientes opta pela presença de analgesia por cateter epidural, de forma consciente e informada.

Sendo a satisfação do cliente um dos pontos a considerar face aos PQCEESMO são fundamentais o respeito e a gestão das expectativas na prestação dos cuidados (PQCEESMO, 2021). Consegui assim desenvolver habilidades para promover a capacitação da parturiente, perante a tomada de decisão e ação; assim como o estabelecimento de uma relação terapêutica com a parturiente e seu companheiro, pela aquisição de competências de comunicação clínica. Como tal, o EEESMO tem um papel fundamental durante o trabalho de parto, as suas competências são fundamentais para proporcionar um ambiente seguro e dotar a parturiente de conhecimento e capacidades que permitam à mulher tomar decisões. É imperativo manter o respeito pelas suas capacidades, crenças e valores, assim como pelas suas expectativas face ao trabalho de parto. Estes princípios devem ser aliados de forma a proporcionar uma experiência positiva de trabalho de parto, assim como ao seu acompanhante.

1.3.2. Um olhar sobre o cuidado à mãe e ao pai face à perda gestacional

Atualmente, a maioria das mulheres, apresenta uma grande expectativa face aos acontecimentos da sua vida. Estes acontecimentos incluem não só a estabilização ao nível da sua carreira profissional, como também a presença do companheiro e a criação da sua família, através da gestação e do nascimento de um filho. No entanto, para uma percentagem significativa das mulheres em idade reprodutiva, estas expectativas podem não ser concretizadas de forma tão linear (Koch, 2014).

No Regulamento n.º 391/2019, encontra-se descrito que o EEESMO durante o seu exercício profissional *“Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de*

luto em caso de abortamento” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562), sendo que o luto também se encontra presente em situações de IMG.

No meu percurso académico e, de forma a criar bases para o meu crescimento a nível profissional como futura EEESMO, um dos objetivos referentes ao domínio de competências alusivo à execução de cuidados, caracteriza-se pela monitorização da evolução do trabalho de abortamento/parto de nado morto e implementação de intervenções apropriadas, incluindo a pessoa significativa, assim como implementar intervenções facilitadoras do luto perinatal.

De forma a ilustrar a aquisição de conhecimento e competências neste âmbito, apresento no decorrer deste ponto um caso clínico no qual decorreu uma IMG, por malformação fetal, com alterações major a nível do Sistema Nervoso Central; ressaltando a oportunidade de estar em contacto com a mãe e o pai durante este momento nas suas vidas e a importância a implementação das intervenções facilitadoras do luto perinatal.

1.3.2.1. A interrupção médica da gravidez

Na presença de anomalias fetais com determinadas características, a mulher após devidamente esclarecida, pode solicitar à comissão técnica da instituição, o processo de IMG de acordo com a legislação portuguesa (Artigo n.º 142 do Código Penal).

A IMG ocorre com o consentimento da grávida e no estabelecimento de saúde oficial, ou quando oficialmente reconhecido, sendo no presente caso clínico adequando à alínea c), referente ao artigo n.º 142 do Código penal, promulgado pela Lei n.º 16/2007 de 17 de abril em Diário da República, no qual se encontra descrito se *“Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez...”* (Lei n.º 16/2007, p. 3936-(7). A sua autenticação prevista da alínea c) do mesmo artigo, compete a

uma comissão técnica⁹, sendo esta concebida em cada estabelecimento de saúde oficial e que realize interrupções médicas da gravidez.

De acordo com a idade gestacional é realizada a indução de morte fetal primeiramente, ou seja, o feticídio. Este deve ser realizado nas situações de IMG com gravidez após as 21 semanas + 6 dias, de forma a evitar que o feto nasça vivo (RCOG, 2010). O feticídio deve ser realizado no dia de administração do mifepristone, em condição asséptica e de forma eco guiada continuamente (RCOG, 2010). A RCOG (2010) refere ainda que o Cloreto de potássio (KCl) intracardíaco é o método recomendado e mais utilizado para garantir a assistolia¹⁰.

1.3.2.2. O luto perinatal e as estratégias facilitadoras no processo do luto

Tornar-se mãe e tornar-se pai é um dos aspetos mais importantes e antecipados pela maioria das mulheres e dos homens na nossa sociedade. Durante a gravidez a mãe e o pai imaginam como será o rosto do seu bebé, planeiam o parto e imaginam como irá decorrer aquele momento, tão especial nas suas vidas, traduzindo-se pela chegada do novo membro da família. Contudo, a realidade pode mostrar-se diferente das expectativas das mães e dos pais, sendo muitos os casais que experienciam situações de abortamento nos primeiros meses de gravidez (Lowdermilk & Perry, 2008). Quando a gravidez culmina numa situação de morte fetal ou neonatal, a mãe e o pai

⁹ A comissão técnica deve ser composta por três ou cinco médicos como parte efetiva e com a presença de dois médicos suplentes; devem ser nomeados pelo respetivo conselho de administração. A comissão técnica definida deve sempre esclarecer de forma pertinente as questões da grávida (Lei n.º 16/2007).

¹⁰ Após a aspiração do sangue fetal para confirmar o posicionamento da agulha a medicação é injetada no ventrículo, sendo geralmente obtida assistolia em menos de minuto (RCOG, 2010). Como forma de atuação na IMG o feticídio foi realizado com recurso a injeção de KCl e realizou-se a administração de mifepristone associado posteriormente com o misoprostol. A associação destes dois fármacos apresenta uma maior eficácia no tempo médio de atuação, em comparação com o uso isolado do misoprostol (Bombas et al., 2017). Segundo os mesmos autores, o mifepristone atua de forma a bloquear os recetores de progesterona e promove a libertação de ocitocina pela hipófise; o efeito após a sua administração inicia-se entre as 12 horas e 24 horas, proporcionando o aumento da contratilidade e maior sensibilidade à ação das prostaglandinas e o amolecimento e dilatação cervical. O misoprostol deve ser administrado posteriormente, após um intervalo de 12 horas a 48 horas, com o intuito de induzir a contratilidade e promover o amolecimento do colo do útero e a sua dilatação (Bombas et al., 2017). A lidocaína a 1% também é referida como sendo opção; a sua indicação de administração corresponde a 10ml e é administrada através da veia umbilical, sob forma eco guiada; é considerada uma opção segura por ser administrado em dosagem reduzida e apresentar baixos riscos de toxicidade materna (Senat et al., 2003).

encontram-se perante um período de grande vulnerabilidade emocional confrontados com momentos difíceis, como tal é essencial a presença e apoio; uma comunicação clara e eficaz, validando a sua compreensão; escuta ativa, empatia e assertividade (Ferreira et al., 2023).

A perda perinatal traduz-se pela morte do feto (desde o momento da sua conceção até ao nascimento), determinada como aborto espontâneo quando ocorre antes das 20 semanas de gestação e como nado-morto, quando ocorre após as 20 semanas de gestação (Berry, 2022).

Por se caracterizar pela morte do feto, muitas vezes o sofrimento dos familiares, especialmente das mães, é ignorado, uma vez que socialmente o sofrimento materno deveria ser diretamente proporcional com o tempo de convivência com o seu filho (Lopes et al., 2019). Os mesmos autores referem que o sofrimento é, na sua grande maioria, ocultado e subestimado, e na qual não existe um espaço cultural e social de forma a poder sentir e expressar os sinais de luto.

O luto caracteriza-se por um conjunto de sentimentos dolorosos à perda de alguém muito significativo para si; na perda perinatal, esta situação pode afetar a identidade pessoal da própria mulher e levar ao sentimento de ansiedade, culpa e depressão (Lowdermilk & Perry, 2008); além do mais, a perda experienciada quando se traduz em depressão pode levar à criação de mecanismos de defesa extremos (Ferreira et al., 1990).

Segundo o Modelo do processo de luto parental de Miles (1980; 1984) citado por Lowdermilk & Perry (2008), as reações parentais ao luto decorrem em três fases. É na fase do sofrimento profundo que as mães e os pais são confrontados com o diagnóstico e na qual a sua reação se traduz por um estado de choque e dor profunda, sendo habitual situações de choro intenso e manifestação das suas emoções; no entanto podem ocorrer períodos de euforia ou calma, manifestando-se através da negação, como uma forma pessoal de lidar com o sucedido. Nesta fase, as mães e os pais são confrontados com várias decisões, difíceis e dolorosas, necessitando do apoio dos seus familiares (Lowdermilk & Perry, 2008).

A fase de luto intenso traduz-se em momentos de culpa, raiva (pela perda ser considerada sem sentido e existir a necessidade de encontrar um culpado), desorganização, sensação de vazio e saudade; além da dor tão presente e marcada nesta fase, existe a adaptação do seu dia a dia e da sua vida, sem a presença da criança que desejavam. As reações de luto são únicas e singulares a cada indivíduo (Lowdermilk & Perry, 2008).

A fase da reorganização caracteriza-se pela reorganização do seu dia a dia, sem presença de sentimentos de culpa; a dor fica menos intensa, embora presente, e o casal sente que começa a apresentar novamente autoconfiança e autoestima. Habitualmente este período atinge o seu pico por volta do primeiro ano após a perda perinatal (Lowdermilk & Perry, 2008).

Na futura mãe e pai que vivenciam uma IMG pela presença de uma anomalia fetal, principalmente numa gravidez muito desejada, a resposta ao luto engloba sentimentos de culpa e isolamento social, que se mostram mais exacerbados nos três primeiros meses após a interrupção, por sentirem responsabilidade no término da sua gravidez (Maguire et al., 2015). Sendo o luto um processo complexo, experienciado e sentido por cada indivíduo de forma singular, a sua vivência deve ser encarada com a maior sensibilidade possível e, como tal a intervenção do EEESMO, após reconhecimento do sofrimento presente, deverá basear-se em estratégias como a presença de uma linguagem adequada e na qual toda a informação será transmitida de forma clara e validada através da compreensão da mãe e do pai (Ferreira et al., 2023).

A conceção dos cuidados de enfermagem deve ser iniciada no momento em que a mãe e o pai são confrontados com a ideia da perda do seu bebé, sendo que as intervenções de apoio ao luto, quer no momento da perda, quer após o regresso a casa, é de grande importância (Lowdermilk & Perry, 2008). A primeira intervenção deverá basear-se na escolha do local, para que possa permitir um ambiente adequado e individualizado, e seguir-se da observação da tomada de consciência pela mãe e pelo pai, assim como a sua prontidão para receber a informação.

A possibilidade da criação do plano de parto ou de abortamento (mediante a IG) relativamente à perda perinatal é importante por se tornar um meio para a análise de opções entre a mãe e o pai e a partilha desta informação posteriormente com os profissionais de saúde; permite desta forma a criação de memórias e um registo, de forma física, da existência do seu filho, afirmando a sua própria parentalidade (Silva, 2022).

Como estratégia facilitadora no processo do luto, a criação de uma caixa de memórias com a presença de fotografias do seu filho, a presença das ecografias, a possibilidade de guardar o clamp do cordão umbilical, a impressão da mão e do pé do bebé, assim como a sua roupa, é uma opção que a mãe e o pai têm disponível e que deve ser realizada e respeitada. Devem ser proporcionados momentos de despedida da mãe e do pai, poder vê-lo e segurá-lo, concedendo tempo, ambiente e espaço (Ferreira et al., 2023). Caso já tenha sido escolhido o nome e, a mãe e o pai assim o desejem, o mesmo deve ser utilizado quando nos referimos à criança, pois permite que o bebé seja lembrado de forma especial, afirmando-o como membro da família. Pode ser opção da mãe e do pai a realização de um funeral, fazendo este momento tão pessoal quanto o desejem; com a presença de poema ou música, que para si sejam significativos (Lowdermilk & Perry, 2008).

Apresentar uma postura empática e realizar uma escuta ativa, assim como dar espaço à mãe e ao pai para expressar o seu sofrimento são também intervenções que facilitam o processo do luto (Ferreira et al., 2023). É importante saber ouvir e o silêncio naquele momento para a mãe e para o pai pode ser mais importante do que palavras. Por vezes, o primeiro impulso será tentar amenizar a dor com determinadas palavras, no entanto podem levar à repreensão de emoções (Lowdermilk & Perry, 2008). Ferreira e colaboradores (2023) também referem que incentivar na participação em grupos de partilha, incentivar a mãe e o pai na procura de apoio em grupos de suporte comunitário e incentivar a comunicação entre o casal, são intervenções promotoras para uma vivência de luto facilitadora. A partilha dos seus sentimentos e da sua experiência é importante para os levar a compreender as suas próprias reações e sentirem que não estão sozinhos (Lowdermilk & Perry, 2008).

1.3.2.3. O trabalho de parto da “Margarida”

A Margarida, 39 anos, I Gesta 0 Para, foi admitida na unidade após ser encaminhada através da equipa médica da consulta externa do próprio hospital. Atualmente com idade gestacional de 22 semanas e 5 dias. A Margarida é escriturária. Sem presença de outros antecedentes clínicos relevantes para o caso e desconhece alergias. Como medicação atual encontra-se a realizar o ácido fólico e multivitamínico. O seu grupo sanguíneo é AB+. Tratava-se de uma gravidez planeada e desejada.

A sua vigilância da gravidez tem sido efetuada em âmbito hospitalar por idade materna avançada.

Após o exame de diagnóstico pré-natal, com recurso a amniocentese, foi verificado que o feto apresentava alterações major a nível do Sistema Nervoso Central, razão pela qual o casal deu o seu consentimento para ser realizada a interrupção médica da gravidez, após se encontrarem devidamente informados.

No dia anterior ao da sua admissão, iniciou o processo de IMG tendo sido administrado mifeprostone 200mg, via oral e toma única na consulta, conforme protocolo institucional. Foi internada posteriormente no bloco de partos para dar continuidade ao processo de IMG.

A Margarida encontra-se acompanhada pelo “Américo”, 40 anos e seu marido. O Américo é engenheiro ambiental. Refere não apresentar antecedentes clínicos de relevo e desconhece alergias. O seu grupo sanguíneo é B+. Encontrar-se-á durante todo o internamento junto à sua esposa.

À minha chegada grávida em silêncio e com fâcias de choro, quando abordada “existe algo que posso fazer por si?” refere que está devastada com tudo o que se encontra a suceder.

Já tinha iniciado a administração de misoprostol 400mg, via oral, após chegada ao bloco de partos. No momento da primeira abordagem referia que apenas sentia um pequeno desconforto, comparado ao de uma cólica menstrual, no

entanto naquele momento era algo suportável e queria ficar sozinha com o seu marido, referiu “*caso precise de alguma coisa toco à campainha*” (sic).

Após a abordagem inicial e a recolha de dados da Margarida, foram identificadas as necessidades inerentes aos cuidados especializados de enfermagem, por forma a direccionar o meu foco de atenção, nomeadamente o “Luto perinatal” (apresentado no Quadro 4), levando-me a enunciar o diagnóstico e a prescrever as respetivas intervenções (juntamente com as atividades que concretizam a sua intervenção).

O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde (14h-20h) em contexto do bloco de partos.

Quadro 4 - Conceção de cuidados centrada no luto perinatal da Margarida

Foco: Luto perinatal	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar o processo de luto.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Perda gestacional com IMG por malformação fetal; - Presença de sentimentos com negação da perda; - Margarida apresenta fáceis de choro; - Margarida refere encontrar-se “ <i>devastada com o que se encontra a acontecer</i> ”; - Margarida enuncia que “ <i>neste momento não quer ver a sua bebé quando nascer</i> ”.	
Diagnóstico de Enfermagem: Luto perinatal	
Objetivos: - Facilitar o processo de luto.	
CrITÉRIOS de Resultado: - Margarida identifique formas adequadas para lidar com o luto; - A Margarida consiga expressar as suas emoções e sentimentos	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
14h00	- Apoiar no processo de luto - Ter em atenção a comunicação não verbal; - Promover um ambiente espaço em que a parturiente se sinta segura para expressar as suas emoções; - Permitir espaço para abordagem de rituais e crenças, para si significativas. - Executar escuta-ativa - Ouvir a parturiente e adequar uma postura empática; - Evitar dar opinião sem ser solicitada; - Dar espaço à parturiente para expressar o seu sofrimento, validando as suas emoções. - Incentivar a presença do seu marido - Promover a procura de ajuda no processo de luto - Incentivar a criação de uma caixa de memórias

	- Questionar parturiente sobre realização de caixa de memórias com fotografia do bebé, pulseira identificativa, impressão dos pés e mãos, clamp do cordão umbilical ou outro objeto para si significativo. • Referenciar para a equipa multidisciplinar - Orientar parturiente para sessões de apoio de psicologia.
Resultados obtidos: - Margarida manteve a sua vontade de não querer ver o seu filho. - Recusou a criação de uma caixa de memórias; quando referido que se facultaria a impressão do pé, por exemplo, ou a pulseira identificativa. - Margarida foi partilhando os seus sentimentos e as suas emoções.	

Foi ainda foco da minha atenção a “Capacidade para lidar com a dor do trabalho de parto” e “Trabalho de parto”. No Quadro 5 apresento a sua enunciação face aos diagnósticos e concretização das respetivas intervenções.

Quadro 5 - Conceção de cuidados centrada no trabalho de parto da Margarida

Foco: Capacidade para lidar com a dor do trabalho de parto	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar capacidade sobre lidar com a dor de trabalho de parto.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Margarida gostaria de adotar estratégias para a auxiliarem a lidar com a dor de trabalho de parto, nomeadamente a aplicação de calor local.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto	
Objetivos: - Promover o autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto.	
Crítérios de Resultado: - Margarida consiga lidar com a dor de trabalho de parto através da implementação de estratégias não farmacológicas.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
14h00	• Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto - Orientar na aplicação do calor, na área que apresente maior desconforto, de forma a promover o relaxamento. • Treinar estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto - Treinar com a utente a aplicação de lençóis quentes na área que sinta maior desconforto.
Resultados obtidos: - Margarida realizou aplicação de calor local de forma autónoma.	
Foco: Trabalho de parto¹¹	
Atividades de diagnóstico:	

¹¹ A OMS (1976) define interrupção da gravidez, como processo de abortamento, quando ocorre antes de 22 semanas; com peso do feto até 500g ou quando apresenta 16,5 cm. No caso clínico específico a idade gestacional é de 22 semanas + 5 dias, sendo desta forma o meu foco de atenção o trabalho de parto.

- Avaliar dor de trabalho de parto.	
Dados relevantes para o diagnóstico:	
- Margarida refere apresentar dor, do tipo cólica menstrual, no momento da contração; - Margarida refere apresentar uma dor de 4, na escala numérica da dor, associada a contração uterina.	
Diagnóstico de Enfermagem: Dor do trabalho de parto	
Objetivos:	
- Promover o lidar com a dor do trabalho de parto através da implementação de estratégias não farmacológicas.	
Crítérios de Resultado:	
- Margarida consiga lidar com a dor de trabalho de parto através da implementação de estratégias não farmacológicas.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
14h00	• Aplicar calor na região lombo-sagrada - Colocar lençóis aquecidos na região lombo-sagrada. • Executar massagem na região lombo-sagrada - Efetuar massagem na região lombo-sagrada da parturiente, alterando movimentos de contrapressão, aquando o momento da contração, com movimentos de balanço entre as contrações. • Gerir ambiente físico para promover relaxamento - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável.
Resultados obtidos:	
- Margarida referiu sentir-se mais confortável após a aplicação de calor e a realização da massagem.	
Atividades de diagnóstico:	
- Avaliar a evolução do trabalho de parto.	
(15h30)	
Dados relevantes para o diagnóstico:	
- Margarida referiu encontrar-se com dor e que <i>“parecia sentir presença de algo líquido”</i> ; - Posição do colo do útero: posterior; - Consistência do colo do útero: intermédio; - Extinção do colo do útero: 50%; - Dilatação do colo do útero: 3 cm; - Frequência da contração uterina: 2 contrações uterinas/10 minutos; - Dor de trabalho de parto: com dor de trabalho de parto; - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras; - Perda sanguínea vaginal (quantidade): sem perda sanguínea vaginal; - TA: 116/67mmHg; P: 69bpm.	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de parto	
Objetivos:	
- Determinar evolução do trabalho de parto; - Facilitar trabalho de parto.	
Crítérios de Resultado:	
- Evolução do trabalho de parto.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
15h30	• Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto - Promover momentos entre o casal (encorajando o suporte). • Gerir ambiente físico

	- Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. • Assistir no posicionar (Margarida optou por permanecer no leito) - Orientar Margarida na posição de repouso de decúbito lateral; - Orientar Margarida na posição de SIMS. • Gerir ingestão de líquidos e alimentos - Oferecer à Margarida refeição e suplementos, mediante o seu pedido.
Resultados obtidos: - O marido de Margarida encontrou-se sempre presente, demonstrando todo o seu apoio; - Mantido ambiente de privacidade e segurança, permitindo espaço ao casal; - Após o exame vaginal o colo uterino apresentava extinção de 50%, dilatação de 4 cm, consistência amolecida e posição intermédia. Membranas amnióticas integras.	
(17h50) Dados relevantes para o diagnóstico: - Margarida refere aumento de intensidade da dor; - Posição do colo do útero: anterior; - Consistência do colo do útero: amolecido; - Extinção do colo do útero: 80%; - Dilatação do colo do útero: 6 cm; - Frequência da contração uterina: 3 contrações uterinas/10 minutos; - Integridade das membranas amnióticas: amniotomia (líquido claro, cheiro “sui generis” e quantidade normal); - Após amniotomia refere aumento de pressão vaginal; - TA: 109/63mmHg; P: 84bpm.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
17h50	• Assistir no posicionar (Parturiente refere sentir-se mais confortável deitada) - Orientada Margarida para a posição semi-fowler. • Assistir no parto - Preparar o material para assistir no parto (campo, bata, luvas, clamp do cordão umbilical, compressas..., tendo já sido efetuado no momento antes da realização da amniotomia); - Elogiar esforços da parturiente; - Registrar hora da expulsão; - Realizar higiene perineal; - Pesar o feto; - Observar a presença de malformações no feto; - Preparar o corpo para a mãe poder ver e segurar, caso seja o seu desejo.
Resultados obtidos: - Logo após a realização da amniotomia a parturiente referiu pressão aumentada, ocorrendo nesse momento a expulsão do feto. - Parto eutócico, cefálico, com peso ao nascimento de 585gr. - Observação do feto com presença de malformações visíveis. - Abordado inicialmente, parturiente não quis realizar corte do cordão umbilical e não quis observar o seu filho.	
17h52	

Dados relevantes para o diagnóstico: - Após a expulsão do feto aguarda-se pelo momento de dequitação; - TA: 109/63mmHg; P: 84bpm.	
Objetivo: - Prevenir hemorragia pós-parto.	
Critérios de Resultado: - Que o momento da dequitação ocorra sem intercorrências. - Que apresente globo de segurança de Pinard formado.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
17h52	- Assistir na expulsão da placenta - Identificar mecanismo de dequite (mecanismo de Schultz). - Inspeccionar placenta: placenta completa, bolsa amniótica com dois folhetos, inserção central do cordão umbilical, que apresenta duas artérias e uma veia.
Resultados obtidos: - A dequitação ocorreu imediatamente após a expulsão do feto. - Globo de segurança de Pinard formado, manifestado por contração uterina.	

Pessoas diferentes apresentam necessidades diferentes e, sendo o Américo sempre envolvido na prestação de cuidados à Margarida e um elemento integrante face ao processo de tomada de decisão, gostaria também de apresentar no presente caso, as suas necessidades face aos cuidados de enfermagem, nomeadamente o “Luto perinatal”, presente no Quadro 6.

Quadro 6 - Conceção de cuidados centrada no luto perinatal do Américo

Foco: Luto perinatal	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar o processo de luto.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Perda gestacional com IMG por malformação fetal; - Presença de fáceis de choro; - Enunciação de expressões como <i>“ainda tenho dificuldade em acreditar que isto esteja a acontecer”</i>.	
Diagnóstico de Enfermagem: Luto perinatal	
Objetivos: - Facilitar o processo de luto.	
Critérios de Resultado: - Américo identifique formas adequadas para lidar com o luto; - Américo consiga expressar as suas emoções e sentimentos.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
14h00	- Apoiar no processo de luto - Ter em atenção a comunicação não verbal; - Promover um ambiente espaço em que Américo se sinta seguro para expressar as suas emoções; - Permitir espaço para abordagem de rituais e crenças, para si significativas;

	- Criar um ambiente de apoio por parte da equipa multidisciplinar; • Executar escuta-ativa - Ouvir Américo e adequar uma postura empática; - Evitar dar opinião sem ser solicitada; - Dar espaço para expressar o seu sofrimento, validando as suas emoções. • Incentivar a criação de uma caixa de memórias - Questionar Américo sobre realização de caixa de memórias com fotografia do bebé, pulseira identificativa, impressão dos pés e mãos, clamp do cordão umbilical ou outro objeto para si significativo.
Resultados obtidos: - Américo referiu inicialmente não querer ver o seu filho. Após a expulsão do feto referiu <i>“ter ganhado forças”</i> e <i>“gostaria de ver o meu filho”</i>. - Após preparação do corpo, Américo viu o seu filho e quis segurar-lhe. - Enquanto observava seu filho apresentava-se choroso e referiu <i>“tem o nariz da mãe”</i>, posteriormente olhou para ele e disse-lhe <i>“desculpa”</i>.	

Na gravidez, quando o processo é direcionado para a vida, torna-se difícil pensar na morte. Como tal, os EEESMO, são fundamentais na prestação de cuidados à mulher e suas pessoas significativas, principalmente quando se encontram numa situação de vulnerabilidade, não só física, como psíquica e que experienciam a adaptação a uma nova realidade, não sendo a esperada (Koch, 2014).

As transições ocorrem como resultado de uma mudança na vida do indivíduo, nas suas relações, na sua saúde e no ambiente em que encontra envolvido, originando novas mudanças; como tal, é importante que o impacto desta mudança seja observado e avaliado, assim como a capacidade de mestria da pessoa para lidar com esta, sendo processos que ocorrem a longo prazo (Meleis et al., 2000). Os mesmos autores referem ainda que é essencial conseguir identificar eventos críticos que são associados ao aumento de vulnerabilidade, tendo sido observado no presente caso através do processo de luto que a mãe e o pai se encontravam a ultrapassar.

Face ao presente caso clínico foi-me possível desenvolver competências no âmbito da conceção de cuidados especializados face ao luto perinatal, não só à mulher como também ao seu marido, apoiando-os perante este momento de sofrimento e indo ao encontro do ponto *“...o empenho da(o) EEESMO em considerar no processo de cuidados as necessidades específicas da(s)”*

“pessoa(s) significativa(s) enquanto cliente(s) dos cuidados” face aos PQCEESMO (2021, p.9).

Posso destacar a importância deste caso clínico no meu crescimento pessoal e como futura EEESMO. Senti uma dualidade de emoções; num serviço em que existe uma felicidade enorme por assistir ao nascimento e estar presente no momento do primeiro choro, de uma nova vida e felicidade da mãe e do pai; quando ocorre perda senti uma enorme tristeza, no entanto sempre soube que teria de dar o meu melhor, proporcionando-lhes os melhores cuidados, dar apoio e estar presente em todos os momentos que precisassem de mim. Devo confessar que quando o pai segurava o seu filho e lhe pedia desculpa, tendo sido a primeira vez que estive presente numa situação com estas dimensões, causou-me um turbilhão de emoções, não sendo capaz naquele momento de conseguir perceber o que poderia fazer para o ajudar. No entanto, o silêncio e a escuta ativa, por vezes, podem ser o melhor apoio, assim como a presença do EEESMO, disposto a ouvir e a permanecer ao seu lado.

O EEESMO apresenta assim um papel fundamental de forma a proporcionar um ambiente seguro e implementar intervenções de apoio à mulher e ao seu companheiro, numa condição de transição face ao luto por perda gestacional.

1.3.3. A vivência da mulher com diabetes gestacional durante o seu trabalho de parto

No ano de 2020, 7,2% das mulheres grávidas apresentaram diagnóstico de diabetes gestacional (DG), com maior prevalência nas mulheres com idade superior aos 40 anos, sendo a maioria controlada com terapêutica não farmacológica (DGS, 2022). No Programa Nacional para a Diabetes - Desafios e Estratégias (2022), a Direção Geral da Saúde refere ainda que a nível nacional apresentou uma taxa de 37% das cesarianas em parturientes com diabetes gestacional e que um em cada seis recém-nascidos foram afetados por hiperglicemia na gravidez, sendo 80% dos casos por diabetes gestacional.

Embora na grávida com diabetes gestacional controlada as implicações fetais e neonatais sejam pouco frequentes, o seu prognóstico encontra-se diretamente relacionado com o início, duração e gravidade da intolerância à glicose (SPN, 2011).

Uma das competências do EEESMO traduz-se conceber, planejar, implementar e avaliar “...*intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto*” (Regulamento n.º 391/2019, p.13563) e sendo um dos objetivos ir ao encontro ao domínio de competências implementar intervenções face às necessidades da parturiente com patologia/complicações, exponho no decorrer do presente capítulo um caso clínico da vivência de uma parturiente com diabetes gestacional em trabalho de parto. A parturiente apresentava também SGB positivo, sendo este outro tópico da minha área de atenção. Ressalto desta forma a oportunidade de prestar cuidados a uma diabética gestacional durante a sua vivência em trabalho de parto.

1.3.3.1. A diabetes gestacional e as suas implicações fetais e neonatais

A Diabetes Gestacional é considerada como um subtipo de intolerância aos hidratos de carbono e que foi pela primeira vez detetada e diagnosticada durante a gravidez (Almeida et al., 2017). Na sua presença, deve ser implementada uma maior vigilância durante a gravidez podendo ser necessário a introdução de terapêutica. É importante também ser observada se ocorrem algumas complicações microvasculares pela presença da diabetes e a realização de rastreio no que respeita às malformações fetais (Almeida et al., 2017).

No presente caso clínico, a parturiente apresentava o diagnóstico de diabetes gestacional controlado com dieta, sendo fundamental, desde o momento em que a grávida toma conhecimento do seu diagnóstico, a presença de uma

autovigilância adequada de forma a avaliar o perfil glicémico da grávida¹² (Almeida et al, 2017).

Sendo a DG considerada um fator de risco perante várias complicações maternas e fetais, tais como distócia de ombros, partos traumáticos, indução de trabalho de parto ou risco acrescido de cesariana, macrosomia fetal, entre outros (OMS, 2013; International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO], 2015; NICE, 2020) a sua vigilância irá ser centrada na redução da morbilidade materna e fetal, não só através da decisão sobre o momento e o tipo de parto, dando preferência ao parto vaginal, mas também com a presença da monitorização fetal anteparto (Almeida et al., 2017).

Durante o trabalho de parto, a monitorização da glicemia deve ser mantida e o seu controlo otimizado; o plano alimentar que a grávida realizava no domicílio deve ser mantido e respeitado, assim como o *timing* das pesquisas de glicemia capilar até à fase ativa de trabalho de parto ou após colocação do cateter epidural. Deve ser iniciado à parturiente uma perfusão, por acesso venoso periférico, de um soro polielectrolítico com glicose, com ritmo de perfusão a 125ml/h, avaliações de glicemia capilar de 4/4h e administração de insulina, via subcutânea, para correção mediante os valores apresentados (Almeida et al., 2017).

Poderá ser considerado responsável pela maioria das complicações fetais e neonatais a presença de hiperglicemia materna, uma vez que pode contribuir para a hiperglicemia fetal e consequentemente ao hiperinsulinismo (Almeida et al., 2017). O prognóstico perinatal encontra-se diretamente relacionado não só com o tipo de diabetes e o controlo metabólico durante a gravidez, mas também com o tempo do seu início, duração ou gravidade na intolerância à glicose (SPN, 2011).

A macrosomia fetal, caracterizada pelo aumento do crescimento fetal e que se encontra relacionado com o controlo da glicemia materna, é uma das

¹² Tal como corrobora a evidência científica, a grávida realizava a monitorização da glicemia capilar em quatro determinações diárias, sendo uma em jejum e as três restantes 1h após o início das três principais refeições (Almeida et al., 2017).

implicações fetais da diabetes gestacional (SPN, 2011; FIGO, 2015, Almeida et al., 2017); os recém-nascidos podem ser considerados grandes para a idade gestacional, por apresentarem um peso superior ao percentil 90, ou macrossômicos, através de um peso igual ou superior a 4000gr ao nascimento (SPN, 2011).

Outras implicações neonatais e fetais, em filhos de mães diabéticas, encontram-se descritas como síndrome de dificuldade respiratória; lesão traumática, acrescida pelo risco de distócia de ombros ou aumento de adiposidade ao nível dos ombros, com presença de fratura da clavícula ou lesão ao nível do plexo braquial; alterações metabólicas, como a presença de hipoglicemias, hiperbilirrubinemia e policitemia; ou ainda cardiomiopatia, que ocorre devido à acumulação do tecido adiposo e glicogénio ao nível do miocárdio (SPN, 2011; FIGO, 2015; Almeida et al., 2017).

A amamentação é fulcral e deve ser incentivada; além das vantagens e benefícios para a mãe e para o seu filho, encontra-se descrito que a amamentação reduz o risco de obesidade, intolerância à glicose e risco de doenças cardiovasculares (SPN, 2011; Almeida et al., 2017).

1.3.3.2. O trabalho de parto da “Catarina”

A Catarina, 41 anos, operadora de loja, III Gesta II Para (parto distócico por ventosa e parto eutócico), foi encaminhada à ULS para indução de trabalho de parto. Idade gestacional de 39 semanas.

Apresenta diagnóstico de diabetes gestacional controlada com dieta. Desconhece alergias. Como medicação atual encontra-se a realizar o Folyoben® e Nausef®. O seu grupo sanguíneo é O+. Trata-se de uma gravidez

não planeada, mas desejada após saber que se encontrava grávida. Imune à toxoplasmose, SGB positivo¹³.

Não frequentou a preparação para o parto, por referir ser um terceiro filho, e não pretende colheita de células estaminais para criopreservação.

No dia da indução de trabalho de parto, após observação pela equipa médica, aquando da admissão na unidade, apresentava um Índice de Bishop de 6 (dilatação de 3 cm, 50% de extinção, apresentação fetal acima do I plano de Hodge, consistência amolecida e posição intermédia), membranas amnióticas intactas. Iniciou o processo de indução de trabalho de parto com perfusão de ocitocina e por SGB positivo iniciou, segundo protocolo do serviço, antibioterapia com penicilina (a primeira dose de carga com 5 milhões e posteriormente a sua administração endovenosa de 2,5 milhões com um intervalo de 4/4 horas). Pelas 16:30h, mantinha características do exame vaginal, tendo sido proposta amniotomia, que aceitou.

Último exame vaginal, antes do início do meu turno, com dilatação uterina de 4 cm, 50% de extinção, apresentação fetal acima do I plano de Hodge, consistência amolecida e posição intermédia. Presença de cateter epidural, com perfusão de ropivacaína a 0,2%, por PCEA.

No primeiro contacto com a parturiente não se encontrava nenhum convivente significativo no seu quarto do bloco de partos. A Catarina mencionou que o seu marido não poderia estar presente; foi referido que poderia ter sempre alguém da sua preferência consigo, mesmo não sendo o seu marido, no entanto a

¹³ O *Streptococcus agalactiae*, também denominado por *Streptococcus beta hemolítico do grupo B* caracteriza-se por bactérias Gram positivas, que se encontram habitualmente presentes no microbioma a nível gastrointestinal ou geniturinário, apresentando maior relevância clínica nas grávidas, uma vez que a infeção por estas bactérias pode ser contraída pelo recém-nascido (Raabe & Shane, 2019; Moreira, 2023; Jacomini & Murayama, 2023). A sua transmissão ocorre principalmente pela ascensão vertical das bactérias, nomeadamente no período intraparto, sendo um dos principais responsáveis pela sépsis neonatal (Jacomini & Murayama, 2023). A infeção pela colonização de SGB pode ser intermitente ao longo da vida (SPN, 2013a; Moreira, 2023). O seu rastreio deve ser realizado entre as 35 e as 37 semanas de gestação, respetivamente, através da colheita de exsudados das regiões vaginal e retal, com recurso a zaragatoa (NICE, 2021a; Moreira, 2023). Quando identificada a presença de SGB, no momento do trabalho de parto é realizada a medida profilática de administração de antibioterapia, nomeadamente a penicilina, salvo em caso de alergia (NICE, 2021a; Moreira, 2023; Jacomini & Murayama, 2023). O seu diagnóstico atempado associado a uma adequada profilaxia antibiótica apresenta menor risco de infeção neonatal, assim como uma menor taxa de complicações e mortalidade infantil (SPN, 2013a; Fairlie, Zell & Schrag, 2013; Jacomini & Murayama, 2023).

parturiente optou por não ter ninguém a acompanhá-la, “*não havia necessidade e que se encontrava à vontade com a equipa*” (sic).

Após a abordagem inicial e efetuar a recolha de dados a Catarina, foram identificadas as necessidades dos cuidados especializados de enfermagem, com vista a direccionar o meu foco de atenção, nomeadamente sobre o “Metabolismo energético”, a “Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, a “Capacidade para melhorar autoeficácia para lidar com a dor do trabalho de parto”, o “Trabalho de parto” e o “Nascimento”, levando-me, como tal, a enunciar os diagnósticos e a prescrever as respetivas intervenções (juntamente com as atividades que concretizam a sua intervenção), apresentado no Quadro 7.

O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da noite (20h-08h) em contexto de bloco de partos.

Quadro 7 - Conceção de cuidados centrada no trabalho de parto da Catarina

Foco: Metabolismo energético	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a evolução da glicemia capilar durante o trabalho de parto.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Pesquisa de glicemia capilar (PGC) de 93mg/dl; - Sem presença de sinais de hiperglicemia; - Sem presença de sinais de hipoglicemia.	
Diagnóstico de Enfermagem: Metabolismo energético não comprometido	
Objetivos: - Determinar a evolução da glicemia capilar.	
Crítérios de Resultado: - A Catarina permaneça normoglicémica.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
20h00	- Monitorizar glicemia capilar de 4/4 horas¹⁴ (Catarina não trouxe a sua máquina de pesquisa de glicemia capilar para monitorização) - Realizar a higienização das mãos antes da picada; - Questionar qual o dedo que quer selecionar e picar na face lateral com a lanceta; - Referir a Catarina qual o valor da glicemia. - Administrar soro polielectrolítico com glicose EV, a um ritmo de perfusão de 125ml/h, mediante protocolo do serviço. - Vigiar presença de sinais de hipoglicemia - Observar se apresenta palidez, sudorese, irritabilidade... Ou caso

¹⁴ No caso clínico em específico, já apresentava a indicação das intervenções mencionadas, por parturiente se encontrar com presença de cateter epidural (Almeida et al., 2017).

	apresentar PCG inferior a 60mg/dl. • Vigiar presença de sinais de hiperglicemia - Observar se apresenta vômitos, pele seca, respiração rápida, hálito cetónico, entre outros.
Resultados obtidos: - A parturiente manteve-se normoglicémica durante o trabalho de parto.	
Foco: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a capacidade para usar estratégias facilitadoras de trabalho de parto.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Após exame vaginal apresentando: posição do colo do útero intermédia, consistência do colo do útero amolecida; extinção do colo do útero 90% e dilatação do colo do útero de 4 cm a Catarina encontra-se na fase latente. - Catarina refere querer permanecer no leito; - Catarina refere não querer adotar a posição de quatro apoios por “<i>se sentir mais inibida</i>”; - Catarina refere saber como utilizar a bola de pilates, no entanto nunca utilizou o disco de equilíbrio; - Catarina revela interesse em experienciar o disco de equilíbrio sentada; - Catarina revela interesse em realizar posições facilitadoras de trabalho no parto no leito.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
Objetivos: - Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.	
Crítérios de Resultado: - Catarina adote posições corporais facilitadoras de progressão do trabalho de parto. - Catarina adote mobilidade/ verticalidade durante o trabalho de parto. - Catarina demonstre mobilidade durante o trabalho de parto com recurso a dispositivos (disco de equilíbrio).	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
20h00	• Incentivar a parturiente a escutar o seu próprio corpo - Incentivada a adotar as posições que para si fossem mais favoráveis. • Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto - Orientar a parturiente para posições corporais facilitadoras na progressão do trabalho de parto tais como cócoras ou suspensão em barra de apoio. • Treinar exercícios promotores da mobilidade da pelve - Orientar a parturiente a mobilizar a pelve na prática de exercícios basculantes e de translação; assim com os exercícios com rotação interna/externa e assimetrias, de forma a facilitar a progressão do trabalho de parto. • Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto - Orientar a parturiente em relação aos dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto, nomeadamente o disco de equilíbrio e a barra de apoio.
Resultados obtidos: - Catarina demonstrou posições corporais facilitadoras de trabalho de parto, com as quais se sentiu mais confortável, no leito; - Catarina demonstrou autonomia no uso do disco de equilíbrio e na barra de apoio.	

Foco: Trabalho de parto	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a evolução do trabalho de parto.	
(22h25) Dados relevantes para o diagnóstico: - Catarina referiu “ <i>uma sensação diferente na região perineal</i> ”; - Posição do colo do útero: intermédia; - Consistência do colo do útero: amolecida; - Extinção do colo do útero: 90%; - Dilatação do colo do útero: 4 cm; - Frequência da contração uterina: 3 a 4 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 60 segundos; - Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto; - Integridade das membranas amnióticas: rotas; - Características do líquido amniótico: cor clara e cheiro “ <i>sui generis</i> ”; - Posição fetal: esquerda; - Apresentação fetal: cefálica; - Descida do feto: I plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, apresenta linha de base de aproximadamente 150bpm; - Perda sanguínea vaginal (quantidade): sem perda sanguínea vaginal; - Expectativa face ao parto: refere querer que “ <i>só corra tudo bem</i> ”; - TA: 119/64mmHg; P: 79bpm.	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de parto	
Objetivos: - Facilitar trabalho de parto; - Promover parto eutócico.	
Crítérios de Resultado: - O trabalho de parto evolua favoravelmente.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
22h25	- Gerir ambiente físico - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. - Incentivar para a verticalidade e mobilidade (A Catarina preferiu permanecer no leito) - Assistir no posicionar - Orientar a Catarina em posição sentada na cama; - Orientar a Catarina para a posição de repouso de decúbito lateral. - Assistir no uso de estratégias facilitadoras de trabalho de parto - Em posição sentada na cama com recurso a barra de apoio e sentada diretamente no disco de equilíbrio, de forma a apresentar mobilidade a nível da pelve e realizar suspensões no momento da contração. - Gerir ingestão de líquidos - Oferecer à Catarina líquidos claros, gelatinas ou gelados de gelo mediante o seu pedido.
Resultados obtidos: - A Catarina sentiu-se confortável sentada no disco de equilíbrio, permitindo liberdade de movimentos; - Durante este período a Catarina solicitou gelado de gelo, tendo sido oferecido;	

- Pelas 23:45h Catarina referiu querer descansar e permanecer em decúbito lateral esquerdo, posição que para si era mais confortável naquele momento; - Registo de CTG tranquilizador, demonstrando bem-estar fetal (CTG wireless).	
(00h15) Dados relevantes para o diagnóstico: - Catarina referiu “sensação de pressão aumentada” e “vontade de puxar”; - Posição do colo do útero: anterior; - Consistência do colo do útero: amolecida; - Extinção do colo do útero: extinto; - Dilatação do colo do útero: 9 cm; - Frequência da contração uterina: 3 a 4 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 70 segundos; - Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto; - Descida do feto: entre o I e o II plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, apresenta linha de base de aproximadamente 140bpm; - TA: 129/74mmHg; P: 64bpm.	
Objetivos: - Facilitar trabalho de parto; - Promover parto eutócico. Crítérios de Resultado: - Que o trabalho de parto evolua favoravelmente.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
00h15	• Gerir ambiente físico - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. • Incentivada a parturiente a escutar o que o seu corpo lhe pede. • Assistir no posicionar (A Catarina quis permanecer no leito, de forma a apresentar a mesma liberdade de movimentos que lhe foi proposto anteriormente) - Orientar a Catarina em posição sentada na cama; - Orientar a Catarina em posição de cócoras; - Orientar a Catarina para a posição de decúbito lateral. • Assistir no uso de estratégias facilitadoras de trabalho de parto - Com suporte da barra de apoio e sentada diretamente no disco de equilíbrio, apresentou liberdade de movimentos ao nível da pelve e realizar suspensões no momento da contração. • Gerir ingestão de líquidos - Oferecer à Catarina líquidos claros, gelatinas ou gelados de gelo mediante o seu pedido.
Resultados obtidos: - A Catarina realizou no leito os movimentos e posições com os quais se sentiu mais confortável; - A Catarina apenas quis beber pequenos golos de água; - Registo de CTG tranquilizador, demonstrando bem-estar fetal (CTG wireless).	
(02h15) Dados relevantes para o diagnóstico: - Catarina referiu expressões como “sinto muita vontade de puxar”, “sinto muita pressão, está a doer muito”, “não aguento mais” e “ajudem-me a tirar o bebé”;	

- Não foi realizado toque vaginal por se observar abaulamento do períneo; - Frequência da contração uterina: 4 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 70 Segundos; - Dor de trabalho de parto: associada à pressão exercida no períneo; - Características do líquido amniótico: cor clara e cheiro “sui generis”; - Bem-estar fetal: CTG normal, apresenta linha de base de aproximadamente 145bpm; - TA: 123/68mmHg; P: 79bpm.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto	
Objetivo: - Promover autoeficácia para lidar com dor de trabalho de parto.	
Crítérios de Resultado: - Promover capacidade para lidar com a dor no trabalho de parto.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
02h15	• Elogiar o desempenho da Catarina • Promover apoio à parturiente (À medida que o feto exerce pressão no períneo, a parturiente pode apresentar uma sensação de desesperança de forma temporária e o períneo torna-se mais tenso (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).) - Proporcionar apoio, mediante a vontade da Catarina, uma vez que não se encontrava presente o seu convivente significativo¹⁵; - Pronunciar palavras/ frases de incentivo e encorajamento; - Falar de forma ritmada e num tom de voz suave; - Referir a Catarina que já se consegue observar o coroamento do seu bebé e que se encontrava cada vez mais perto de o conhecer.
Resultados obtidos: - Catarina referiu que mantinha a “sensação da pressão” e que compreendia que isso agora significava que o seu “bebé se encontrava perto de nascer”. - Observado que Catarina ficou mais tranquila após o apoio e o elogio, pois adotou uma postura mais calma e não verbalizou novamente expressões como as citadas anteriormente.	
(02h50)	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Catarina mantém expressões como “contínuo com muita vontade de puxar”; - Não foi realizado toque vaginal por se observar coroamento fetal; - Frequência da contração uterina: 4 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 80 segundos; - Descida do feto: IV plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, apresenta linha de base de aproximadamente 150bpm; - TA: 115/67mmHg; P: 82bpm.	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de parto	
Objetivo: - Promover parto eutócico; - Prevenir laceração do períneo; - Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento.	
Crítérios de Resultado:	

¹⁵ A parturiente beneficia deste apoio e orientação emocional, de forma a conseguir sentir-se mais confortável (Simkin, Hanson & Hanceta, 2017).

- O parto corra sem intercorrências; - Manter integridade do períneo.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
02h50	- Gerir ambiente físico - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. - Proporcionar apoio a parturiente - Realizar escuta-ativa - Incentivar a parturiente durante os esforços expulsivos, auscultando o seu corpo - Referir a Catarina que já se consegue observar o seu bebé. - Assistir no posicionar - A Catarina pretende adotar a posição de decúbito lateral esquerda, por referir ser aquela em apresenta maior conforto; - Implementar medidas de proteção do períneo (Após consentimento de Catarina) - Aplicar calor (luva com água quente) na região perineal; - Abordagem “<i>Hands on</i>”: colocação de uma das mãos na cabeça do bebé para assistir numa saída lenta e controlada e a outra no períneo - Assistir no parto - Preparar o material para assistir no parto (campo, bata, luvas, clamp do cordão umbilical, compressas...); - Questionar Catarina se quer sentir a cabeça do seu bebé durante o coroamento; - Após saída da cabeça, pedir para suspender esforços expulsivos e verificar presença de circulares do cordão umbilical, que não foram verificadas; - Registar hora de nascimento; - Incentivar a parturiente “vir buscar” o recém-nascido aquando o seu nascimento, permitir o contacto pele com pele de imediato e garantir que o recém-nascido se encontre seco; - Realizar higiene perineal. - Observar estado do períneo.
Resultados obtidos: - Catarina sentiu o recém-nascido aquando o coroamento, referindo um aumento de energia por se encontrar tão próxima de conhecer o seu bebé. - Parto eutócico, em decúbito lateral esquerdo, sem complicações; - Apresentou períneo íntegro.	
(03h10)	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Após o nascimento do recém-nascido aguarda-se dequitação; - TA: 112/66mmHg; P: 71bpm.	
Objetivos: Prevenir hemorragia pós-parto.	
Crítérios de Resultado: - Que o momento da dequitação ocorra sem intercorrências. - Que apresente Globo de segurança de Pinard formado.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
	Assistir na expulsão da placenta

03h10	- Solicitar a Catarina que realize novo esforço expulsivo, enquanto é realizada tração controlada do cordão umbilical; - Quando se observa saída da placenta segurar com as duas mãos e realizar manobra de Dublin (torção da placenta até exteriorização completa das membranas). - Observar mecanismo de dequite (mecanismo de Schultz). - Inspeccionar placenta: placenta completa, bolsa amniótica com a presença dos dois folhetos (amnion e córion), inserção marginal do cordão umbilical, apresenta duas artérias e uma veia. • Administração de 10 unidades de ocitocina EV em perfusão após a dequitadura • Vigiar localização, consistência do útero e perda sanguínea vaginal • Monitorizar sinais vitais
Resultados obtidos: - Dequitadura natural e completa. - Globo de segurança de Pinard formado, manifestado por contração uterina. - Puérpera normotensa e normocárdica.	
Foco: Nascimento	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a adaptação à vida extrauterina	
Dados relevantes para o diagnóstico: - O “Nuno” nasceu às 02h54; - Índice de Apgar – score de 9 ao 1.º minuto; - Índice de Apgar - score de 10 ao 5.º minuto; - Índice de Apgar – score de 10 ao 10.º minuto; - Catarina manifestou vontade de realizar contacto pele com pele; - Recém-nascido com presença de secreções em abundante quantidade.	
Diagnóstico de Enfermagem: Nascimento	
Objetivos: - Promover adaptação à vida extrauterina.	
Crítérios de Resultado: - Recém-nascido se encontre adaptado à vida extrauterina.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
02h54	• Secar recém-nascido • Executar clampeamento do cordão umbilical - Realizado clampeamento do cordão umbilical ao 2.º minuto de vida do recém-nascido. • Encorajar a mãe a cortar o cordão umbilical • Assistir no corte do cordão umbilical - Orientar a mãe na forma como realiza o corte do cordão umbilical. • Aspirar secreções ao recém-nascido (A aspiração de secreções não foi realizada em contato pele com pele a pedido de Catarina). • Executar técnica de contato pele com pele

	- Colocado recém-nascido no tórax da mãe; - Orientar Catarina a manter o contacto pele com pele¹⁶ - Observar a evolução dos estadios do contacto pele com pele. • Monitorização de PCG¹⁷ • Administração de vitamina K intramuscular • Aplicação de pomada oftálmica¹⁸ • Pesar recém-nascido
Resultados obtidos: - Recém-nascido, logo após ser aspirado, iniciou contato pele com pele com a mãe. - Recém-nascido manteve-se rosado, reativo, com respiração regular. - Recém-nascido normoglicémico com PCG de 59mg/dl. - Recém-nascido com peso de 3005gr ao nascimento.	

A elaboração do presente plano de cuidados proporcionou-me a aquisição de conhecimento, baseado na evidência, não só ao nível das competências e capacidades que me permitam tomar decisões, mas também analisar de uma forma mais aprofundada as intervenções do EEESMO na parturiente com diabetes gestacional.

Além da transição que ocorre pela presença da própria gravidez, não podemos descurar o facto que a mulher também apresenta uma transição saúde/doença após o seu diagnóstico de diabetes gestacional (Meleis et al., 2000). É importante observar e avaliar o impacto que esta mudança teve na vida da parturiente, assim como a consciencialização adquirida que a permitiu lidar com mestria perante a transição, sendo que estes processos ocorrem a longo prazo (Meleis et al., 2000).

Destaco ainda a importância da presença do acompanhante durante a vivência da parturiente na sala de partos. Durante o estágio no bloco de partos, observei que todas as parturientes apresentavam consigo um convivente significativo,

¹⁶ O contacto pele com pele descreve-se como um processo que consiste no contato imediato de pele com pele entre a mãe e o recém-nascido, de forma ininterrupta, pelo menos durante uma hora ou mais e durante este período o recém-nascido atravessa por nove estadios (Brimdyr et al., 2020).

¹⁷ Deve ser realizada a primeira PCG 30 minutos após a primeira refeição do recém-nascido, uma vez que o risco de hipoglicemia é elevado, assim com também nas 12 horas subsequentes antes de ser alimentado (SPN, 2013). Como protocolo do serviço da Instituição em que realizei o estágio, a primeira PCG deve ser realizada 30 minutos após o nascimento e posteriormente antes das três mamadas seguintes.

¹⁸ A oftalmia neonatal traduz-se pela conjuntivite que ocorre nos primeiros 28 dias de vida do bebé. Embora a OMS (2022) recomende a aplicação de profilaxia ocular tópica para a prevenção da conjuntivite gonocócica ou por Chlamydia em todos os recém-nascidos, já existem diversos países que não o recomendam e optam por realizar rastreio às grávidas com alto risco de infeção. Como tal, a profilaxia antibiótica ocular de forma universal já não se encontra recomendada (SPN, 2023).

sendo na sua grande maioria o companheiro/ marido. O atual caso clínico foi a única situação em que a parturiente não teve um acompanhante presente.

A presença do acompanhante promove um aumento e reforço na sensação de segurança, concomitantemente com uma diminuição de ansiedade e receios (Anjos & Gouveia, 2019). A necessidade de partilha deste momento tão significativo e o facto de se sentirem menos sozinhas (Souza & Gualda, 2016) aliados ao suporte e incentivo, contribuindo como fator redutor de stress (Castro et al., 2022), são outros dos benefícios descritos na presença de um acompanhante. Numa situação em que o mesmo não se encontre presente é importante o EEESMO ter um papel de suporte e apoio, com o intuito de proporcionar uma melhor compreensão e experiência no trabalho de parto, por forma a evitar a solidão da parturiente (Castro et al., 2022).

Tal como já referido anteriormente, durante o trabalho de parto existem fatores a ter em consideração como o percentil fetal, pelo risco de macrosomia e de distócia de ombros associados à diabetes gestacional. No presente caso, não foi verificada posteriormente a macrosomia, até porque apresentava também um peso fetal estimado ao nascimento de aproximadamente 3000gr. No entanto, devem ser aspetos sempre tidos em atenção e alerta durante o trabalho de parto. No pós-parto imediato, uma das competências do EEESMO passa pela vigilância à adaptação à vida extrauterina, essencialmente pelos riscos nos filhos de mães diabéticas ao nascimento, tais como hipoglicemia ou síndrome de dificuldade respiratória (SPN, 2011).

O EEESMO apresenta assim um papel fundamental de forma a proporcionar um ambiente seguro, implementando intervenções de apoio à mulher e ao recém-nascido na adaptação à vida extrauterina.

1.3.4. O poder do posicionamento e mobilidade no trabalho de parto

Durante o seu trabalho de parto, a mulher é autónoma não só perante a sua liberdade de movimentos, mas também relativamente às posições que

pretende adotar, sendo desta forma incentivada durante o primeiro estadio de trabalho de parto à mobilidade e verticalidade e durante o segundo estadio encorajada a adotar as posições que para si sejam mais favoráveis, como já mencionado anteriormente (OMS, 2018).

A mobilidade e as posições verticalizadas apresentam contributo positivo na adaptação anatómica e fisiológica da parturiente, promovem o efeito da gravidade, melhoram a circulação uteroplacentária e apresentam maior eficácia na contratilidade uterina, promovendo desta forma a evolução do trabalho de parto (Lawrence et al., 2013; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017; Marzouk & Eid, 2020; Familiari et al., 2023).

Durante o meu percurso académico um dos objetivos gerais a alcançar, foi identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas centrados nas necessidades em cuidados à mulher no trabalho de parto. Sendo o tema da mobilidade e verticalidade uma área de grande interesse pessoal, defini como objetivo pessoal identificar e refletir sobre os critérios para recomendar a mobilidade e alternância de posições durante o trabalho de parto. Neste sentido, e por forma a demonstrar a aquisição de competências, apresento no atual capítulo um caso clínico sobre a vivência da mulher no seu trabalho de parto, no qual o feto se encontrava em variedade posterior (occipito-posterior direita), assim como as intervenções realizadas, ao nível do posicionamento e mobilidade para promover a sua rotação para occipito-púbica.

Tal como durante todo o estágio, na conceção de cuidados do presente caso, a recolha de dados foi realizada através da observação, anamnese da parturiente e consulta do processo clínico. As intervenções implementadas e as respetivas atividades que as concretizam foram fundamentadas com base na evidência mais atualizada.

1.3.4.1. De que forma posso, quanto ao posicionamento e mobilidade, orientar a parturiente em trabalho de parto? – Uma revisão da literatura

O posicionamento e a mobilidade em trabalho de parto são dois fatores primordiais que atuam de forma positiva na adaptação fisiológica e anatómica da parturiente (Lowdermilk & Perry, 2008; Marzouk & Eid, 2020).

A liberdade de movimento e posições mais verticalizadas, tais como o deambular, posição de cócoras ou posição sentada, pela própria ação da gravidade favorece a descida do feto (Lawrence et al., 2013; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017; Ibrahim et al., 2020), a contratilidade uterina pela eficácia na extinção e dilatação do colo uterino (Lowdermilk & Perry, 2008; Lawrence et al., 2013; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017; Marzouk & Eid, 2020; Familiari et al., 2023); a circulação uteroplacentária encontra-se otimizada (Lawrence et al., 2013; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017) e a mobilidade associada a posições verticalizadas permite que ocorra uma redução na duração de trabalho de parto (Lawrence et al., 2013; Marzouk & Eid, 2020; Ibrahim et al., 2020; George & Ledbetter, 2021). Encontra-se ainda descrito na literatura que, o posicionamento e a mobilidade aumentam o conforto, aliviam a fadiga e ajudam a parturiente a lidar com a dor de trabalho de parto (Lowdermilk & Perry, 2008; Ondeck, 2014).

Destacam-se como critérios para decisão na orientação do posicionamento da parturiente, situações de assinclitismo ou quando o feto se apresenta em apresentação cefálica com variedade posterior (Hanson, 2009). Trabalho de parto prolongado, recurso aumentado ao uso de ocitocina sintética, exaustão materna e fetal, lacerações perineais de terceiro e quarto graus e risco aumentado de partos instrumentados, são alguns dos resultados aquando presença de posições occipito-posterior persistentes (Ponkey, et al., 2003; Guittier & Othein-Girard, 2011; Castel et al., 2019).

A posição fetal occipito-posterior ocorre em aproximadamente 30% das parturientes no primeiro estadio do trabalho de parto (Malvasi et al., 2014; Bahmaei et al., 2023) no entanto, verifica-se que só aproximadamente 5% se

mantêm em occipito-posterior no período expulsivo (Malsavi et al, 2014; Le Ray et al., 2016; Simkin, Hanson & Ancheta, 2017; Bahmaei et al., 2023). Ser primigesta é um fator predisponente para apresentação desta variedade fetal (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017; Iravani et al., 2023; Bahmaei et al., 2023).

Pode identificar-se a variedade posterior através de: 1) o exame abdominal, com a realização da Manobra de Leopold, que consiste em determinar a apresentação, a posição e a variedade fetal através da palpação do abdómen materno (Nishikawa & Sakakibara, 2013); 2) o exame vaginal, realizado durante o trabalho de parto, no qual conseguimos determinar a posição e variedade, ou grau de flexão da cabeça fetal, através da identificação das fontanelas (Sinha et al., 2018) e, por último, 3) ecografia pois embora não seja um método básico para a avaliação da posição e variedade fetal, é considerado o meio de diagnóstico mais fiável (Fernández, 2012).

Durante o trabalho de parto, a contratilidade, gravidade, capacidade dos músculos pélvicos, formato da pelve, assim como a posição da parturiente e a mobilidade são indicados como fatores e forças que se combinam de forma a promover a rotação do feto (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

Assim sendo, apresentando a posição occipito com variedade posterior um impacto significativo no trabalho de parto, defini como questão de investigação, através da estratégia PCC *“Quais as posições e mobilidade da parturiente podem contribuir para a evolução do trabalho de parto quando a variedade está em occipito-posterior?”*, presente no Quadro 8.

Quadro 8 – Estratégia PCC

População (P)	Conceito do estudo (C)	Contexto (C)
Parturiente	Posicionamento e mobilidade	Trabalho de parto

Por vista a responder à questão supramencionada e como estratégia de pesquisa, optei por realizar uma revisão integrativa da literatura, consistindo na incorporação da evidência para a prática clínica (Souza, Silva & Carvalho, 2010), enunciando a questão de partida, a pesquisa da literatura e a sua

avaliação de dados, assim como a respetiva análise e apresentação dos dados obtidos (Whittemore & Knafl, 2005). A presente revisão foi realizada seguindo as orientações do Joanna Briggs Institute (JBI).

Após a definição da questão de pesquisa foram definidos como critérios de inclusão 1) artigos com enfoque no tema em estudo: intervenções direcionadas ao posicionamento e mobilidade em parturientes com posições fetais occipito-posterior; 2) artigos cujo desenho de estudo apresentem estudos randomizados controlados ou revisões sistemáticas e 3) artigos com publicação em língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhol. Como critérios de exclusão defini 1) artigos que não abordem a temática em estudo, nomeadamente quanto ao conceito do estudo e 2) artigos não disponíveis em texto integral nas bases de dados da pesquisa. De acordo com a questão de pesquisa realizada, validei as palavras-chave na plataforma MeSh Browser ou com auxílio à plataforma EBSCO, como CINAHL headings.

Procedi, desta forma, à pesquisa no motor de busca EBSCO, na base de dados CINAHL complete, Medline complete e MedicLatina; assim como na Scopus, Pubmed e Biblioteca Chocrane. A pesquisa foi realizada em fevereiro de 2024, no entanto foi posteriormente revista em julho de 2024, objetivando uma pesquisa mais direcionada a artigos com foco na temática. A pesquisa foi então realizada com os seguintes descritores MeSh ou CINAHL headings: “Occiput posterior position”, “fetal head rotation”, “maternal position*”, “labor”, “labour”, “childbirth” e “intrapartum” com as expressões booleanas “AND” e “OR”. Desta forma, foi definida a seguinte frase booleana (“Occiput posterior position” OR “Fetal Head Rotation”) AND “maternal position*” AND (“labor” OR “labour” OR “childbirth” OR “intrapartum”). A estratégia de pesquisa apresenta-se descrita no seguinte Quadro 9.

Quadro 9 – Estratégia de pesquisa

Descritores MeSh/ CINAHL heading sinónimos	
Occiput posterior position [S1]	“Occiput posterior position” OR “Fetal head rotation”
Maternal position [S2]	“Maternal position*”
Labor [S3]	“Labor” OR “Labour” OR “Childbirth” OR “Intrapartum”
Frase booleana	[S1] AND [S2] AND [S3]

No decorrer da pesquisa surgiram um total de 55 artigos, sendo que 27 artigos foram encontrados na plataforma EBSCO, 12 artigos na Scopus, 9 artigos na Pubmed e 7 artigos na Cochrane Library. Dos 55 artigos, com recurso à plataforma Rayyan, foram excluídos 32 artigos por se encontrarem duplicados, ficando com um total de 23 artigos. Dos 23 artigos foram excluídos 12 artigos após leitura do título e resumo (dois artigos por não se enquadrarem no idioma dos critérios de inclusão e 10 artigos por não se encontrarem de acordo com a temática em estudo), permanecendo 11 artigos para leitura integral. Após leitura integral dos artigos, foram excluídos da revisão cinco artigos (quatro artigos por não apresentarem enfoque no tema em estudo e um artigo que apenas apresentava o resumo de um outro artigo com diferente identificação). Foi realizada uma pesquisa direta sob este último, enquadrando-se no tema e cumprindo os critérios de inclusão, tendo desta forma sido introduzido no estudo. No total foram inseridos sete artigos no estudo, tal como apresentado no seguinte fluxograma de seleção de artigos (Figura 1).

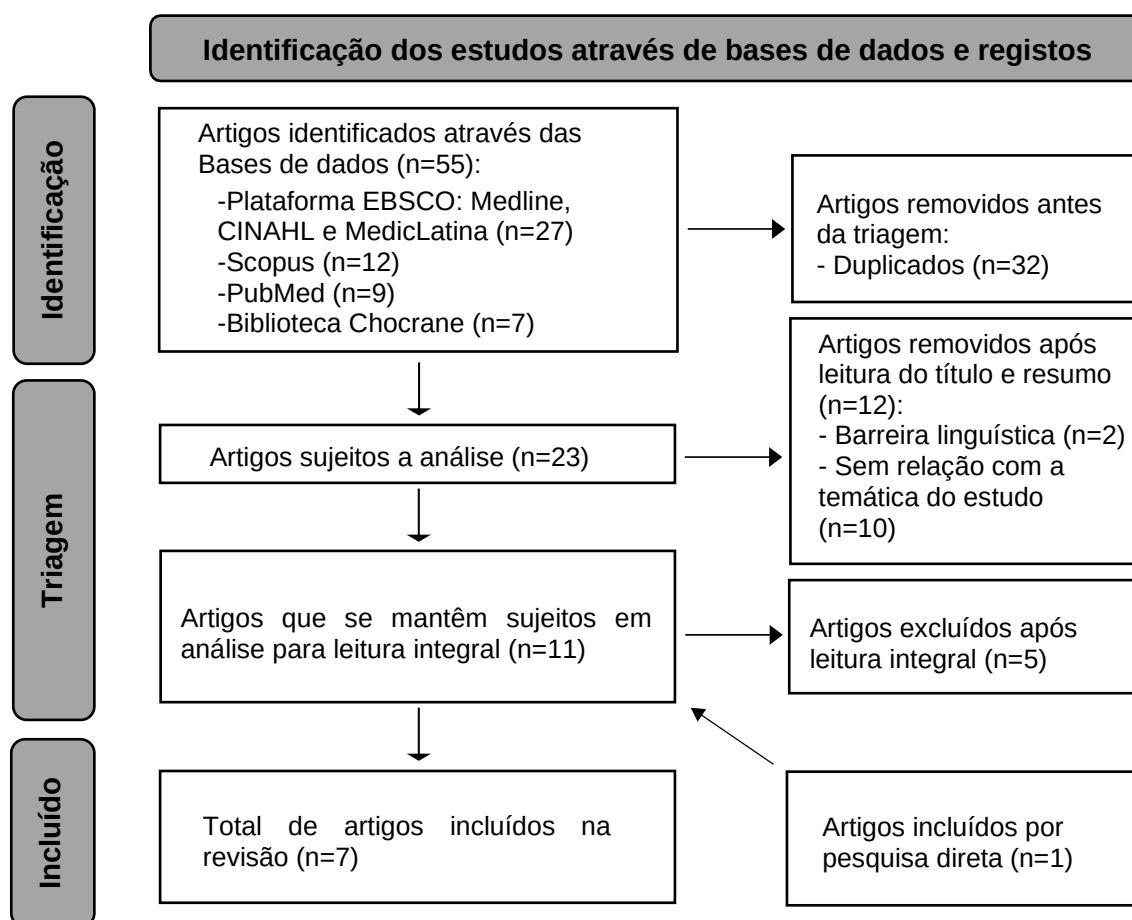


Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos (PRISMA 2020, JBI)

1.3.4.1.1. Apresentação de resultados

Os estudos randomizados controlados foram predominantes nos artigos selecionados, num total de seis artigos, sendo que apenas um artigo dos sete selecionado à realização da presente revisão integrativa, se apresenta como uma revisão sistemática da literatura. Os estudos da seleção efetuada são provenientes de diferentes países e com uma grande diversidade cultural, destacando-se a França e o Irão, com dois artigos publicados em cada país; seguindo-se da Espanha e da Suíça com um artigo e por último um estudo que englobou a Argentina, Austrália, Canadá, Reino Unido, Israel e Estados Unidos da América.

Embora não seja consensual que as diferentes posições, tais como a posição de SIMS, decúbitos laterais ou posição de quatro apoios sejam favorecedoras à rotação do feto para occipito-anterior, é aceite pelos diferentes autores que a prática da mobilidade durante o trabalho de parto, além de ser uma intervenção não invasiva, é inofensiva para a parturiente e para o feto, independentemente dos seus benefícios, assim como a capacidade da mulher lidar com a dor no seu trabalho de parto (Desbriere et al., 2013; Guittier et al., 2016; Bahmaei et al., 2023).

A posição de SIMS é descrita como favorecedora e efetiva na rotação do feto de occipito-posterior para occipito-anterior em dois dos estudos selecionados. Bahmaei et al. (2023) referem que apenas 16,3% do grupo de intervenção na posição de SIMS mantiveram posição occipito-posterior do feto comparado com os 33,7% de posição de supina do grupo de controlo. Os autores Bueno-Lopez et al. (2018) referem que as parturientes adotaram a posição de SIMS, para o lado correspondente à posição da coluna fetal, apresentaram uma rotação fetal para occipito-anterior em 50,8% ao invés das posições “livres”, nas quais foi observado o mesmo resultado em 21,7% das participantes; sendo desta forma a posição de SIMS modificada considerada uma intervenção eficiente na rotação de occipito-posterior para occipito-anterior.

Face à posição de quatro apoios, dois autores descreveram esta posição como efetiva na rotação do feto para occipito-anterior, nomeadamente Bahmaei et al. (2023), referindo que apenas 14,3% do grupo de intervenção na posição de quatro apoios mantiveram o feto em occipito-posterior comparado com os 33,7% de posição de supina do grupo de controlo. No estudo de Stremler et al. (2005) foi observada rotação fetal para occipito-anterior em 16% do grupo de intervenção ao invés de 7% no grupo de controlo, sendo considerada uma posição eficaz e que deve ser sugerida à parturiente, durante o primeiro estadio de trabalho de parto. Em contrapartida, Guittier et al. (2016) indicam que após uma hora de intervenção na posição de quatro apoios, cerca de 17% dos fetos no grupo de intervenção encontravam-se em occipito-anterior, comparado com 12% no grupo de controlo e, como tal, a diferença não foi considerada estatisticamente significativa. Desbriere et al. (2013) também referiram que as parturientes que se colocaram somente na posição de quatro apoios não demonstraram benefício na rotação fetal de occipito-posterior para occipito-anterior.

Quanto ao decúbito lateral, com presença de assimetria, Le Ray et al. (2016) realizaram um estudo no qual a parturiente se encontrava no decúbito lateral oposto à posição da coluna fetal. Os autores observaram que com a implementação do posicionamento durante uma hora apenas foi verificada rotação fetal para occipito-anterior em 21,9% no grupo de intervenção comparado com 21,6% no grupo de controlo, concluindo que o decúbito lateral assimétrico não promoveu a rotação fetal para occipito-anterior; no entanto os autores referem que o curto período de tempo do estudo pode ser uma explicação para o resultado. Já Desbriere e colaboradores (2013) adotaram a posição da parturiente em decúbito lateral direcionada para o mesmo lado em que se encontra a coluna fetal, com a perna do lado do decúbito dobrada e a outra perna posicionada ao longo do eixo do corpo, assim como na posição de decúbito lateral no mesmo lado em que se encontra a coluna vertebral do feto, com o membro inferior do lado do decúbito ao longo do eixo do corpo e o outro membro inferior fletido num ângulo de 90° com suporte para apoio do membro, tendo observado rotação para occipito-anterior em 78,2% no grupo de

intervenção em comparação com 76,4% do grupo de controlo. Face a este resultado os autores descreveram a intervenção como parcamente efetiva devido à diferença pouca significativa. Iravin e colaboradores (2023) efetuaram uma revisão sistemática, na qual dois estudos demonstraram que a posição materna em decúbito lateral durante o trabalho de parto promove a rotação fetal de occipito-posterior para occipito-anterior, enquanto os outros dois artigos referem que o decúbito lateral como posição materna não parece apresentar influência sobre a rotação fetal para occipito-anterior. Em suma, os autores supracitados referem que a posição lateral materna durante o trabalho de parto não alterou a variedade fetal.

Como resultados secundários dos estudos, Bahmaei et al. (2023), Guittier et al. (2016) e Stremmler et al. (2005) descrevem um aumento de conforto e melhor capacidade para lidar com a dor lombar pela parturiente.

No que respeita ao tipo de parto, Bueno-Lopez et al. (2018) referem a percentagem de partos vaginais no grupo que realizou a posição de SIMS foi de 84,7% ao invés do grupo de posições “livres”, com uma taxa de 68,3%, sendo significativamente maior. Já Le Ray et al. (2016) e Desbriere et al. (2013) indicam em seus estudos que não foram observadas diferenças significativas no que respeita ao tipo de parto.

Relativamente ao período do trabalho de parto, Le Ray et al. (2016) e Desbriere et al. (2013) não observaram diferenças significativas quanto à duração do trabalho de parto.

Face aos resultados perinatais, não foi observada diferença entre os grupos de intervenção dos estudos e os grupos de controlo ao nível do Índice de Apgar e pH do sangue do cordão umbilical, venoso e arterial (Bahmaei et al., 2023; Bueno-Lopez et al., 2018; Desbriere et al., 2013).

Apresento, em jeito de síntese, o Quadro 10, no qual explano os principais resultados que observei na minha pesquisa.

Quadro 10 - Síntese dos resultados

Autores (Ano)	Posições	Efeitos
Bahmaei et al. (2023)	Posição de SIMS e posição de quatro apoios em comparação à posição de supina.	A posição de SIMS e a posição de quatro apoios aumentaram a incidência de rotação espontânea do feto para occipito-anterior. Foi ainda referida diminuição da duração da fase ativa do trabalho de parto e redução da dor lombar dos grupos de posição de SIMS e quatro apoios, comparativamente ao grupo de supina.
Iravani et al. (2023)	Posição materna em decúbitos laterais.	Na revisão sistemática da literatura, como principal resultado, não foram observadas diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no que diz respeito à rotação do feto de occipito-posterior para occipito-anterior.
Bueno-Lopez et al. (2018)	Posição de SIMS em comparação a posições “livres”, exceto posição de SIMS e decúbitos laterais.	A posição de SIMS modificada é considerada uma intervenção, face ao posicionamento materno, eficiente na rotação de occipito-posterior para occipito-anterior.
Le Ray et al. (2016)	Posição lateral com presença de assimetria de um dos membros inferiores.	A posição lateral assimétrica, oposta ao lado correspondente da posição da coluna fetal, não apresentou resultados significativos da rotação fetal para occipito-anterior.
Guittier et al. (2016)	Avaliar a eficácia da posição de quatro apoios.	O estudo não demonstrou benefício na posição de quatro apoios relativamente à rotação fetal para occipito-anterior durante o primeiro estadio de trabalho de parto.
Desbriere et al. (2013)	Posição de quatro apoios, posição de decúbito lateral no mesmo lado em que se encontra a coluna fetal, com a perna do lado do decúbito dobrada e a outra perna posicionada ao longo do eixo	As parturientes não necessitavam de adotar as três posições. Observou-se rotação para occipito-anterior em 78,2% no grupo de intervenção em comparação com 76,4% do

	do corpo, e decúbito lateral no mesmo lado em que se encontra a coluna vertebral do feto com o membro inferior do lado do decúbito ao longo do eixo do corpo e o outro membro inferior fletido num ângulo de 90° com suporte para apoio do membro.	grupo de controlo, tendo os autores descrito como diferença não significativa.
Stremier et al. (2005)	Posição de quatro apoios.	A posição de quatro apoios mostrou-se efetiva e deve ser oferecida à parturiente como intervenção no posicionamento.

Para facilitar a compreensão dos artigos é enunciada a extração dos dados em formato quadro que se encontra no Apêndice 1, intitulado “Quadro da Extração de dados dos artigos selecionados”.

1.3.4.1.2. Discussão dos resultados

No trabalho de parto, a adaptação dinâmica entre o feto e o canal de parto é fundamental para o seu sucesso (Moura et al., 2022). A posição fetal occipito-posterior desafia em vários aspetos as intervenções implementadas, variando desde o seu diagnóstico até à sua correção durante o próprio trabalho de parto (Simkin, 2010). Habitualmente, esta variedade fetal, encontra-se associada a um segundo estadio do trabalho de parto e esforços expulsivos prolongados, probabilidade acrescentada de partos instrumentados, risco aumentado de lacerações perineais ou de hemorragia pós-parto (Ponkey et al., 2003; Guittier et al., 2016; Castel et al., 2019; Bahmaei et al., 2023), como já mencionado anteriormente.

No que respeita à posição de SIMS foi consensual em dois estudos a sua efetividade na rotação do feto (Bueno-Lopez, 2108; Bahmaei et al., 2023). Este resultado é corroborado não só por Ridley (2007) referindo que a posição de

SIMS durante o trabalho de parto é considerada uma hipótese para favorecer a rotação fetal de occipito-posterior para occipito-anterior; assim como por Simkin, Hanson & Ancheta (2017) referindo que na posição supramencionada, durante cerca de 15 minutos a 30 minutos, poderá auxiliar a rotação do feto de occipito-posterior para occipito-transverso ou occipito-anterior.

Relativamente à posição de quatro apoios para a correção da variedade fetal, dois dos artigos em questão abordaram a sua efetividade (Stremler et al., 2005; Bahmaei et al., 2023). Estes autores são suportados por Molina-Reyes e colaboradores (2014), descrevendo em seu estudo que com a implementação da posição de quatro apoios, devendo ser mantida por períodos de trinta minutos, durante o primeiro estadio do trabalho de parto, no seu estudo 81,6% dos fetos apresentaram rotação de occipito-posterior para occipito-anterior, face aos 18,4% que se mantiveram em occipito-posterior no grupo de controlo. Para Guittier et al. (2016) e de Desbriere et al. (2013) os estudos revelaram não apresentar benefício para as parturientes que se colocaram somente na posição de quatro apoios ao nível da rotação fetal. Estes resultados são corroborados por Hunter, Hofmeyr & Kulier (2007), uma vez que após uma revisão sistemática da literatura, observaram em seus estudos que a eficácia na postura de quatro apoios ao nível da rotação do feto não apresentou diferenças estatisticamente significativas. Perante isto, embora exista discordância ao nível da rotação da variedade fetal, vários autores apresentam como ponto comum a eficácia da posição de quatro apoios no aumento de conforto e na capacidade para lidar com a dor lombar pela parturiente (Stremler et al., 2005; Guittier et al., 2016; Bahmaei et al., 2023).

Na orientação da parturiente em decúbito lateral, de forma a promover a rotação fetal para occipito-anterior, os estudos de Desbriere et al. (2013) e Le Ray et al. (2016) concluem que a intervenção não apresenta diferença significativa face ao grupo de intervenção e o grupo de controlo. No entanto, Molina-Reyes et al. (2014) referem que a adoção do decúbito lateral em trabalho de parto pode favorecer a rotação do feto, com o auxílio exercido pela força da gravidade sobre o feto e pela contração uterina intermitente. No seu artigo, os autores descrevem que no grupo que se encontrou em decúbito

lateral 80% dos fetos apresentaram rotação face aos 20% que se mantiveram em occipito-posterior.

É acima de tudo, aceite por diferentes autores que a prática da mobilidade durante o trabalho de parto, além de uma intervenção não invasiva, é inofensiva para a parturiente e para o feto, independentemente dos benefícios que daqui advenham (Desbriere et al., 2013; Ibrahim et al., 2020). A parturiente deve desta forma ser incentivada a assumir a posição que lhe seja mais confortável, por não se encontrar descrita evidência de malefícios que a verticalidade e mobilidade tragam para a mulher e para o seu bebé (Lawrence et al., 2013). Face ao descrito e, em concordância por parte de vários autores, é necessário produzir mais conhecimento sobre a temática.

Desta forma, e face à questão colocada como ponto de partida para esta pesquisa *“Quais as posições e mobilidade da parturiente podem contribuir para a evolução do trabalho de parto quando a variedade está em occipito-posterior?”* foram vários os resultados que obtive. Nem todos foram congruentes, mas verificou-se que a posição de SIMS com a coluna vertebral do feto na direção do decúbito da parturiente foi a que reuniu maior consenso de eficácia nos estudos.

São de facto inúmeras as contribuições positivas na implementação da mobilidade e do posicionamento, desde a capacidade da parturiente para lidar com a dor, passando pela dinâmica da contratilidade uterina que é habitualmente mais eficaz na extinção e dilatação do colo do útero, por se tornar mais frequente e intensa (Pachauri et al., 2021), até a redução de tempo do trabalho de parto e maior probabilidade de parto eutócico comparativamente com as mulheres que adotam posições de supina (Lawrence et al., 2013; Ibrahim et al., 2020). Quanto ao critério para a sua implementação, destaco a variedade fetal posterior persistente, com influência na evolução do trabalho de parto, que apresentou uma grande relevância no meu estudo.

Como referido, o EEESMO deve incentivar a mulher a escutar o seu próprio corpo, no entanto, existem situações (como na presença de analgesia epidural com alteração da sensibilidade dos membros inferiores, por exemplo) nas quais

podemos sugerir a alteração dos posicionamentos, não só para a rotação do feto, como também para promover a progressão do trabalho de parto.

1.3.4.2. O trabalho de parto da “Elisa”

A Elisa, 29 anos, educadora de infância, I Gesta 0 Para, dirigiu-se ao SU de obstetrícia do hospital, por apresentar contratilidade dolorosa e regular. Após realização de exame vaginal na admissão, com o seu consentimento, verificou-se que o colo uterino apresentava 3 cm de dilatação, 80% de extinção, amolecido e em posição intermédia, apresentação fetal acima do I plano de Hodge. Admitida no bloco de partos com o diagnóstico de Trabalho de parto. Idade gestacional de 40 semanas.

O seu grupo sanguíneo é A+. Desconhece alergias. Quanto à medicação atual encontra-se a realizar Gestacare®, Vigantol® e ferro. SGB negativo.

Trata-se de uma gravidez planeada e desejada. Não realizou preparação para o parto.

Veio acompanhada pelo “Pedro”, seu companheiro, de 28 anos, administrativo de profissão. Desconhece o seu grupo sanguíneo e refere não apresentar antecedentes clínicos. Encontra-se desejoso por conhecer o novo elemento da família.

Antes do início do meu turno, pelas 13h20 a Elisa apresentou rotura espontânea de membranas, líquido claro e odor “*sui generis*”. Realizado exame vaginal, apresentado dilatação cervical de 6 cm, extinto, consistência amolecida e posição anterior, apresentação fetal acima do I plano de Hodge. Presença de cateter epidural, com perfusão de ropivacaína a 0,2%, por PCEA.

No primeiro contacto com a parturiente, Elisa refere sentir-se tranquila e sem dor, encontrando-se deitada no leito em decúbito dorsal.

Após a abordagem inicial e efetuar a recolha de dados a Elisa, foram identificadas as necessidades dos cuidados especializados de enfermagem,

com vista a direccionar o meu foco de atenção, nomeadamente sobre a “Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, o “Trabalho de parto” e o “Nascimento”, levando-me, como tal, a enunciar os diagnósticos e a prescrever as respetivas intervenções (juntamente com as atividades que concretizam a sua intervenção), apresentados no Quadro 11.

O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde (14h-20h) em contexto de bloco de partos.

Quadro 11 - Conceção de cuidados centrada no trabalho de parto da Elisa

Foco: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a capacidade para usar estratégias facilitadoras de trabalho de parto.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Elisa encontrava-se na fase ativa do trabalho de parto, deitada no leito; - Apresentava no último exame vaginal o colo com 6cm, extinto, amolecido e posição intermédia; - Após sugerido, Elisa revela interesse em realizar posições facilitadoras de trabalho no parto de forma a promover a evolução do trabalho de parto, pois tinham referido que “o bebé ainda precisava de rodar”; - Elisa revela interesse em experienciar dispositivos facilitadores de trabalho de parto; - Elisa apresenta, segundo Escala de Bromage modificada, valor 0 traduzindo-se na ausência de bloqueio motor. ¹⁹	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
Objetivos: - Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto; - Facilitar o trabalho de parto.	
Crítérios de Resultado: - Elisa seja capaz de adotar posições corporais facilitadoras de progressão do trabalho de parto. - Elisa adote posições verticalizadas. - Elisa seja capaz de demonstrar capacidade sobre mobilidade durante o trabalho de parto com recurso a dispositivos (bola de parto).	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
14h00	- Incentivar a parturiente a escutar o seu próprio corpo - Incentivada a adotar as posições que para si fossem mais favoráveis. - Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto - Orientar a parturiente para posições corporais facilitadoras na progressão do trabalho de parto tais como decúbitos laterais, posição

¹⁹ A Escala de Bromage modificada representa o nível de bloqueio motor dividindo-se em: 0, pela ausência de bloqueio motor; 1, quando o indivíduo não levanta as pernas (move joelhos e pés), 2 quando não flexa os joelhos (só move os pés) e, por último 3, quando não move as pernas (Garcia, 2006).

	de quatro apoios e posições verticalizadas, cócoras ou suspensão em barra de apoio. • Treinar exercícios promotores da mobilidade da pelve - Orientar a parturiente a mobilizar a pelve na prática de exercícios basculantes e de translação; assim com os exercícios com rotação interna/externa e assimetrias, de forma a facilitar a progressão do trabalho de parto. • Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto - Orientar a parturiente em relação aos dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto (bola de parto [esférica]²⁰). • Sugerir a Elisa dançar²¹ Envolver o seu companheiro durante o processo
Resultados obtidos: - Elisa adotou posições verticalizadas, sentada na bola de parto com recurso aos exercícios promotores da mobilidade da pelve (anteversões, retroversões, circundações e inclinações laterais). - Elisa demonstrou independência no uso da bola de parto.	
(15h00) Dados relevantes para o diagnóstico: - Elisa referiu “<i>sensação de pressão aumentada</i>”; - Após realização do exame vaginal, apresentava o colo uterino com dilatação completa, posição anterior e o feto apresentava-se ao nível do I plano de Hodge em occipito-direita posterior; - Elisa mantém interesse em realizar posições facilitadoras de trabalho no parto para promover rotação fetal; - Elisa revela interesse em experienciar dispositivos facilitadores de trabalho de parto (rebozo).	
Objetivos: - Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto. Crítérios de Resultado: - Elisa adote posições corporais facilitadoras de progressão do trabalho de parto. - Elisa adote mobilidade/ verticalidade durante o trabalho de parto. - Elisa seja capaz de adotar mobilidade durante o trabalho de parto com recurso a dispositivos (bola de parto).	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
15h00	• Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto - Orientar a Elisa em posição de decúbito lateral esquerdo, com o membro inferior do lado do decúbito ao longo do eixo do corpo e o outro membro inferior fletido num ângulo de 90° com suporte para apoio do membro, durante aproximadamente 20 minutos; - Orientar a Elisa em posição de quatro apoios durante

²⁰ De forma a verificar se o tamanho da bola de parto é adequado deve-se considerar que a parturiente consiga encontrar-se sentada, os pés apoiados no chão e o ângulo do joelho deverá ser de 90° (Cardoso et al., 2023). Durante o trabalho de parto o uso da bola permite a mobilidade e verticalidade, podendo encontrar-se sentada ou apoiada na bola; desta forma a pelve tem o poder de se mover livremente aumentando o seu diâmetro (Delgado et al., 2024) e, com a facilidade para a sua mobilidade, promove a descida fetal (Yeung et al., 2019; Ulfa, 2021).

²¹ A parturiente pode optar por dançar música calma com alguém da sua preferência; o seu objetivo é promover a eficácia da dança, com posições verticalizadas e movimentos da pelve, assim como proporcionar suporte emocional à parturiente (Aikin & Saydam, 2020).

	aproximadamente 20 minutos; - Orientar a Elisa para a posição de SIMS para o seu lado direito, de forma a que a coluna vertebral do feto estivesse no mesmo lado que o decúbito da parturiente, durante aproximadamente 20 minutos.; - Orientar Elisa na posição de cócoras (o tempo no qual se sentiu confortável); - Orientar a Elisa em posição vertical, sentada na bola de parto durante aproximadamente 20 minutos; - Orientar a Elisa em posição vertical realizando suspensão apoiada no seu companheiro. • Treinar exercícios promotores da mobilidade da pelve - Orientar a parturiente a mobilizar a pelve na prática de exercícios basculantes e de translação; assim com os exercícios com rotação interna/externa e assimetrias, de forma a facilitar a progressão do trabalho de parto; • Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto - Orientar a parturiente em relação aos dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto (rebozo)²² • Envolver o seu companheiro na prestação de cuidados
Resultados obtidos: - A Elisa adotou todas as posições sugeridas. - Na posição de quatro apoios a Elisa foi alternando entre a realização dos exercícios promotores da mobilidade da pelve (anteversões, retroversões, circundações e inclinações laterais) e a aplicação do rebozo. A posição de cócoras foi a posição que a Elisa menos tolerou por referir maior cansaço. - Na realização do exame vaginal das 16h10 o feto apresentava-se em occipito-transverso direito, no II plano de Hodge. - Aquando o nascimento o feto encontrava-se em occipito-púbico.	
Foco: Trabalho de parto	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a evolução do trabalho de parto.	
(15h00) Dados relevantes para o diagnóstico: - Elisa referiu apresentar “<i>uma sensação de pressão aumentada</i>”; - Posição do colo do útero: anterior; - Consistência do colo do útero: amolecida; - Extinção do colo do útero: extinto; - Dilatação do colo do útero: 10 cm; - Frequência da contração uterina: 3 a 4 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 60 a 70 segundos; - Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto; - Integridade das membranas amnióticas: rotas; - Características do líquido amniótico: cor clara e cheiro “sui generis”; - Posição fetal: direita;	

²² Melhorar o posicionamento do feto encontra-se descrito como uma das indicações para o uso do rebozo; a parturiente, neste caso concreto, deve estar em posição de quatro apoios e a pelve mais elevada do que a sua cabeça, ficando esta apoiada nos braços; o pano deve ser colocado de forma a cobrir toda a zona das nádegas e devem ser realizados movimentos rítmicos por 30 segundos, 3 vezes consecutivas. Esta posição com a pelve elevada deve ser mantida por 5-10 minutos (Cardoso et al., 2023).

- Variedade: posterior; - Apresentação fetal: cefálica; - Descida do feto: I plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, apresenta linha de base de aproximadamente 145bpm; - Perda sanguínea vaginal (quantidade): sem perda sanguínea vaginal; - Expectativa face ao parto: <i>“corra tudo bem”</i> (sic); - TA: 106/62mmHg; P: 83bpm.	
Diagnóstico de Enfermagem: Trabalho de parto	
Objetivos: - Facilitar trabalho de parto; - Promover parto eutócico.	
Crítérios de Resultado: - Que o trabalho de parto evolua favoravelmente.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
15h00	• Gerir ambiente físico - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. • Assistir no posicionar - Orientar a Elisa em posição de decúbito lateral esquerdo, com o membro inferior do lado do decúbito ao longo do eixo do corpo e o outro membro inferior fletido num ângulo de 90º com suporte para apoio do membro; - Orientar a Elisa em posição de quatro apoio (nesta posição aplicado rebozo); - Orientar a Elisa para a posição de SIMS para o seu lado direito, de forma a que a coluna vertebral do feto estivesse no mesmo lado que o decúbito da parturiente; - Orientar Elisa na posição de cócoras. • Gerir ingestão de líquidos - Oferecer à Elisa líquidos claros, gelatinas ou gelados de gelo mediante o seu pedido. • Envolver o seu companheiro na prestação de cuidados
Resultados obtidos: - A Elisa encontrou-se confortável nas diferentes posições, referindo que tolerava menos a posição de cócoras por ser aquela em que apresentava maior cansaço. - Durante este período a solicitou gelado de gelo e água, tendo sido oferecido; - Registo de CTG tranquilizador, demonstrando bem-estar fetal (CTG wireless).	
(16h10)	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Aquando a implementação das posições facilitadoras do trabalho de parto, a Elisa solicitou que fosse realizado o toque vaginal pra perceber se <i>“a bebé já se encontrava em posição para nascer”</i> e se <i>“já estava mais avançado”</i>; - Frequência da contração uterina: 3 a 4 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 60 a 70 segundos; - Posição fetal: direita; - Variedade: transversa; - Descida do feto: no II plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, apresenta linha de base de aproximadamente 150bpm; - TA: 110/66mmHg; P: 75bpm.	

Objetivos: - Facilitar trabalho de parto; - Promover parto eutócico.	
CrITÉRIOS de Resultado: - Que o trabalho de parto evolua favoravelmente.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
16h10	• Gerir ambiente físico - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. • Incentivar a parturiente a escutar o que o seu corpo lhe pede • Incentivar para a verticalidade e mobilidade - Orientar a Elisa em posição vertical, sentada na bola de parto; - Orientar Elisa sentada na bola de partos para a realização alternada de exercícios basculantes e de translação; assim com os exercícios com rotação interna dos joelhos, para promover afastamento dos ísquios e assimetrias, de forma a facilitar a progressão do trabalho de parto.²³ - Orientar a Elisa em posição vertical e a realizar suspensão apoiada no seu companheiro. • Gerir ingestão de líquidos - Oferecer à Elisa líquidos claros, gelatinas ou gelados de gelo mediante o seu pedido.
Resultados obtidos: - A Elisa alternou entre a realização de exercícios na bola de partos e posição vertical com suspensão apoiada no companheiro. - À medida que ia realizando os exercícios, a Elisa demonstrava mais à vontade e confiança na sua execução. - Registo de CTG tranquilizador, demonstrando bem-estar fetal (CTG wireless).	
(16h45)	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Elisa referiu expressões como “<i>sinto uma vontade de puxar diferente</i>” e “<i>a pressão que sentia está muito superior</i>”; - Não foi realizado exame vaginal por se observar o início do coroamento fetal; - Frequência da contração uterina: 4 a 5 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 70 a 80 segundos; - Descida do feto: IV plano de Hodge; - Bem-estar fetal: CTG normal, apresenta linha de base de aproximadamente 140bpm; - TA: 108/64mmHg; P: 73bpm.	
Objetivo: - Facilitar trabalho de parto; - Promover parto eutócico; - Promover integridade do períneo; - Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento.	
CrITÉRIOS de Resultado:	

²³ Tendo como objetivo a progressão do feto pelo canal de parto, é necessário que o estreito médio consiga aumentar o seu diâmetro. Para tal, é imprescindível que os ísquios se separem e rodem para fora, apresentando movimentos que proporcionem a natação do sacro a par da rotação interna do ilíaco ou da sua pronação (Calais-Germas & Vives Prés, 2007).

- O parto corra sem intercorrências; - Manter integridade do períneo.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
16h45	- Gerir ambiente físico - Promover um ambiente em que a parturiente se sinta segura e confortável. - Proporcionar apoio a parturiente - Realizar escuta-ativa. - Incentivar a parturiente durante os esforços expulsivos, auscultando o seu corpo - Referir a Elisa que já se consegue observar o seu bebé. - Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto - Assistir no posicionar - Incentivada a adotar a posição em que se sinta mais confortável; - A Elisa optou por adotar a posição de semi-fowler. - Implementar medidas de proteção do períneo - Aplicação calor (luva com água quente) na região perineal²⁴; "<i>Hands poised</i>": colocação de uma das mãos na cabeça do bebé para assistir numa saída lenta e controlada. - Assistir no parto - Preparar o material para assistir no parto (campo, bata, luvas, clamp do cordão umbilical, compressas...); - Questionar Elisa se quer sentir a cabeça do seu bebé durante o coroamento; - Executar episiotomia²⁵ (Durante o coroamento, o feto começou a apresentar CTG não tranquilizador, tendo sido este o critério para a realização da episiotomia) - Informada a parturiente sobre a necessidade da realização de episiotomia e solicitado o consentimento; - Realizada administração extra de bólus de ropivacaína pela PCEA; - No pico da contração executada incisão média lateral²⁶ - Assistir no parto (continuação) - Após saída da cabeça, pedir para suspender esforços expulsivos e verificar presença de circulares do cordão umbilical, que não foram verificadas; - Registar hora de nascimento; - Incentivar a parturiente "vir buscar" o recém-nascido aquando o seu nascimento, permitir o contacto pele com pele de imediato e garantir que o recém-nascido se encontre seco; - Realizar higiene perineal.

²⁴ A aplicação de calor durante o segundo estadio de trabalho de parto provoca vasodilatação, relaxa a musculatura proporcionando a sua elasticidade, reduz a dor a nível local e proporciona maior conforto a parturiente (Thenu et al., 2019).

²⁵ A episiotomia caracteriza-se pela incisão realizada ao nível do períneo com o objetivo de aumentar o canal vaginal (Lowdermilk & Perry, 2008). Não deve ser efetuada por rotina, no entanto o seu uso é aceitável em situações iminentes de sofrimento fetal (OMS, 2018).

²⁶ O tipo de episiorrafia é denominado pela direção da incisão (Lowdermilk & Perry, 2008). Deve ser preferida a incisão média lateral ao invés da incisão mediana, dado esta se encontrar mais associada ao risco de lesão do esfíncter anal, como lacerações de terceiro e quarto graus (OMS, 2018).

	• Observar estado do períneo - Executar episiorrafia (após dequitação)
Resultados obtidos: - Parto eutócico, em posição semi-fowler; - Realizada episiotomia.	
(17h05)	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Após o nascimento do recém-nascido aguarda-se dequitação; - TA: 106/60mmHg; P: 79bpm.	
Objetivos: - Prevenir hemorragia pós-parto.	
Crítérios de Resultado: - Que o momento da dequitação ocorra sem intercorrências. - Que apresente Globo de segurança de Pinard formado.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
17h05	• Assistir na expulsão da placenta - Solicitar à Elisa que realize novo esforço expulsivo, enquanto é realizada tração controlada do cordão umbilical; - Quando se observa saída, segurar a placenta com as duas mãos e realizar manobra de Dublin; - Observar mecanismo de dequite (mecanismo de Schultz). - Inspeccionar placenta: placenta completa, bolsa amniótica com a presença dos dois folhetos, inserção marginal do cordão umbilical, apresenta duas artérias e uma veia. • Administração de 10 unidades de ocitocina EV em perfusão após a dequitação • Vigiar localização, consistência do útero e perda sanguínea vaginal • Monitorizar sinais vitais
Resultados obtidos: - Dequitação natural e completa. - Globo de segurança de Pinard formado, manifestado contração uterina. - Puérpera normotensa e normocárdica.	
Foco: Nascimento	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a adaptação à vida extrauterina	
Dados relevantes para o diagnóstico: - O “Carlos” nasceu às 16h53. - Índice de Apgar – score de 9 ao 1.º minuto; - Índice de Apgar - score de 10 ao 5.º minuto; - Índice de Apgar – score de 10 ao 10.º minuto; - Elisa quer realizar contacto pele com pele.	
Diagnóstico de Enfermagem: Nascimento	
Objetivos: - Promover adaptação à vida extrauterina.	
Crítérios de Resultado: - Recém-nascido se encontre adaptado à vida extrauterina.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
16h53	• Secar recém-nascido

	• Executar clampeamento do cordão umbilical - Realizado clampeamento do cordão umbilical ao 2.º minuto de vida do recém-nascido. • Encorajar o pai a cortar o cordão umbilical (Era desejo da Elisa e do Pedro, que fosse o pai a cortar o cordão umbilical. Pedro continuou a expressar durante o trabalho de parto ser da sua vontade realizar o corte do cordão umbilical) - Assistir no corte do cordão umbilical. • Executar técnica de contato pele com pele - Colocado recém-nascido no peito da mãe; - Orientar Elisa a manter o contacto pele com pele; - Observar a evolução dos estádios de contato pele com pele • Administração de vitamina K intramuscular • Pesar recém-nascido
Resultados obtidos: - Carlos manteve-se rosado, reativo, com respiração regular. - Encontrou-se cerca de 120 minutos em contato pele com pele, sendo posteriormente vestido, antes de serem transferidos para o internamento do Serviço de puerpério. - Observado os nove estádios de contato pele com pele, mamando no oitavo estadio, aproximadamente 20 minutos após o seu nascimento. - Peso de 3245gr ao nascimento.	

Sendo o estadio 8 aquele que reflete a primeira mamada do recém-nascido e, face ao domínio “Comportamentos para amamentar”, apresento como foco da minha atenção o “Amamentar”, que se encontra descrito no Quadro 12.

Quadro 12 - Conceção de cuidados centrada no promover amamentação (Elisa)

Foco: Amamentar	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar o amamentar.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Elisa pretende amamentar o seu filho, expressando a sua vontade; - Elisa refere que a amamentação é benéfica tanto para si, como para o seu filho.	
Diagnóstico de Enfermagem: Amamentar	
Objetivos: - Promover o contacto pele com pele.	
Critérios de Resultado: - Que a amamentação na 1.ª hora de vida decorra sem intercorrências.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
	• (16h53) Proporcionar o contacto pele com pele na primeira hora de vida • Observar a presença do 8.º estadio no contacto pele com pele²⁷ • Gerir o ambiente físico - Ambiente tranquilo e relaxante, proporcionando conforto e segurança

²⁷ A amamentação na primeira hora de vida é deveras importante, pois o recém-nascido encontra-se num estado de alerta e pronto a ser amamentado (Lowdermilk & Perry, 2008).

	à puérpera e ao recém-nascido.
Resultados obtidos: - Após a exploração da mama e do mamilo, o Carlos adaptou-se a mama e iniciou a mamada espontaneamente por volta dos 40 minutos.	

Através da elaboração do presente plano de cuidados, tive a oportunidade de aprofundar a aquisição de conhecimento baseado na evidência, relativamente ao posicionamento e mobilidade, de forma adquirir competências neste âmbito. Considero o posicionamento e a mobilidade um tema de grande interesse pela capacidade que apresentamos, com o poder do nosso corpo associado ao movimento, de alcançar diversos resultados pelas suas vantagens, como anteriormente referido. Aprofundar o conhecimento em como poderia orientar a mulher no seu trabalho permitiu-me então a aquisição de competências neste âmbito. Foi interessante e motivador observar que com a implementação dos diferentes posicionamentos aliados à mobilidade, no caso em concreto, conseguimos obter o resultado desejado, uma rotação fetal de occipito-posterior para occipito-púbica.

Quanto ao ambiente, uma das práticas mais comuns é a de colocar a cama numa posição central, de forma a facilitar as intervenções clínicas, contribuindo para o seu destaque como um dos principais papéis no trabalho de parto (Stenglin & Foureur, 2013; Cardoso et al., 2023). O facto de a cama se encontrar no centro de uma sala de parto, como se fosse o “centro de atenção”, não significa que a parturiente se restrinja a permanecer ali deitada durante todo o seu trabalho de parto. O posicionamento e a mobilidade são de facto intervenções poderosas que apresentam contributos positivos durante o trabalho de parto (Lawrence et al., 2013).

Gostaria de refletir ainda, no presente caso, sobre o facto de ter realizado a primeira episiotomia durante o meu contexto clínico. Naquele momento, e apesar de ser uma intervenção necessária, considerei algo difícil de executar por me encontrar a realizar “um corte” na mulher, mesmo ela tendo o conhecimento e consentido. Quanto à realização da episiorrafia senti segurança pelo facto de já ter realizado correções de laceração previamente.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PUERPÉRIO

O período que ocorre após a dequitação e que se estende até seis semanas (42 dias) após o parto designa-se por puerpério²⁸ (OMS, 2022). Durante este intervalo de tempo, as alterações anatómicas e fisiológicas maternas decorrentes da gravidez retornam ao seu estado original (Cunnhingham et al., 2014). Aliado ao processo fisiológico, o puerpério caracteriza-se pela mulher tornar-se mãe, pelo impacto da experiência no momento do parto, da autoimagem da mulher e a sua reorganização familiar, que podem ser um período de maior vulnerabilidade (Lowdermilk & Perry, 2008).

O EEESMO no decorrer do seu exercício profissional tem o dever de cuidar da *“...mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade”* (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). Tendo em atenção que as primeiras semanas após o parto podem ser consideradas as mais críticas, não só pela qualidade e quantidade de informação que é necessário assimilar e modificar em comportamento, mas também no seu novo desempenho de papel (Cardoso, 2011), o EEESMO deve identificar, planear e proporcionar os seus cuidados centrando-se na recuperação na mulher e do seu bem-estar, assim como na capacidade para cuidar de si e do seu recém-nascido, incluindo os conviventes significativos (Lowdermilk & Perry, 2008).

A prestação de cuidados pós-parto é uma componente fundamental na continuidade dos cuidados maternos e ao recém-nascido, de forma a ser reconhecida como uma experiência positiva (OMS, 2022). Ao encontro do Regulamento de competências do EEESMO o estágio visa atingir determinados objetivos, tais como a identificação das necessidades específicas

²⁸ O período do puerpério pode ser classificado em três fases: a do puerpério imediato, que decorre desde o nascimento até às primeiras 24h; a do puerpério precoce, que ocorre até ao final da primeira semana pós-parto e, por último a fase do puerpério tardio, que se caracteriza pelo período que culmina com o final da sexta semana pós-parto (Mendes da Graça, 2010).

de cada puérpera e recém-nascido; detetar precocemente complicações maternas pós-parto (físico, psíquico ou social) ou no recém-nascido, referenciando as situações além da nossa área de atuação; implementar intervenções promotoras de competências parentais e adaptação à parentalidade, assim como promover a amamentação.

De forma a adquirir e desenvolver competências nesta vertente, o estágio no internamento do serviço de puerpério permitiu-me o contacto com diferentes puérperas, recém-nascidos e cuidados a desenvolver específicos a cada um. Desta forma, consegui apresentar um pensamento crítico-reflexivo em cada situação particular das suas necessidades, de forma a conseguir enunciar os diagnósticos e intervenções de enfermagem a implementar, bem como as atividades que concretizam a sua intervenção.

2.1. Contextualização do estágio

O estágio desenvolvido no âmbito do período pós-parto decorreu numa Unidade Local de Saúde no norte do país, no Serviço de Internamento de Puerpério, com carga horária de contacto presencial obrigatória de 100h.

O respetivo Serviço de Internamento contempla vinte quartos individuais, com casa-de-banho privada para alocar a puérpera, o recém-nascido e o seu convivente significativo, caso seja esse o seu desejo. Tal como no Bloco de Partos os acompanhantes podem permanecer 24h/dia, tendo à sua disposição um sofá-cama para pernoitar.

Quanto aos rácios, durante o turno da manhã, encontram-se a exercer funções quatro elementos em que cada um está atribuído a cinco puérperas e respetivos recém-nascidos. No turno da tarde e da noite os rácios são idênticos, apresentam-se três elementos dos quais um tem ao seu cuidado seis puérperas e respetivos recém-nascidos e os restantes dois apresentam ao seu cuidado sete puérperas e recém-nascidos.

O tempo de internamento dependia não só do tipo de parto, como também do estado clínico da puérpera e recém-nascido. Sendo um parto eutócico ou distócico por ventosa, na instituição do meu estágio, o internamento tinha uma duração mínima de 36 horas; caso o tipo de parto fosse cirúrgico, o internamento apresentava a duração de 48 horas, devido aos riscos inerentes de uma cirurgia abdominal. Dado a curta duração de internamento no período pós-parto, a atenção do EEESMO foca-se na prestação de cuidados especializados nas primeiras horas após o parto, centrado nas alterações fisiológicas da puérpera, assim como na prevenção de complicações pós-parto e na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, promoção da amamentação e adaptação à parentalidade (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante este estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a diversas puérperas e recém-nascidos, alguns com cuidados especiais. Apresento no Quadro 13 o total de experiências que assisti junto a puérperas e recém-nascidos.

Quadro 13 – Total de experiências no âmbito do pós-parto e parentalidade

Experiências de assistência no pós-parto e parentalidade			
Puérperas		Recém-nascidos	
Com necessidades de cuidados especiais pós-parto	Sem necessidade de cuidados especiais pós-parto	Com necessidade de cuidados especiais	Sem necessidade de cuidados especiais
28	102	39	90
Total: 130		Total: 129	

2.2. Assistência do EEESMO no período pós-parto

Durante o internamento as puérperas e recém-nascidos devem receber a devida atenção na prestação e qualidade dos cuidados; o EEESMO deve assegurar que os cuidados potenciem não só o bem-estar emocional e físico da mulher, como também o bem-estar físico do recém-nascido; assim como promover a capacidade da mulher para cuidar de si mesma e a aquisição das

habilidades e confiança da mãe e do pai, ou convivente significativo, para tratar do recém-nascido (OMS, 2022).

O acolhimento por parte do EEESMO no internamento visa aumentar a humanização dos cuidados, transformar o processo de trabalho e promover a relação terapêutica entre os profissionais e os clientes (Takemoto & Silva, 2007; Costa, Garcia & Toledo, 2016). Desta forma, quando acolhia a puérpera, o recém-nascido e o seu convivente significativo, habitualmente o seu companheiro de vida, no serviço de internamento este processo era realizado de forma tranquila, identificando-me, demonstrando disponibilidade e dando a conhecer o novo local em que se encontravam, assim como normas do serviço e horário de visitas, se assim o desejassem.

Nas situações em que a puérpera era proveniente do Bloco de partos, vinha acompanhada até ao Serviço de Internamento de Puerpério, pela auxiliar de ação médica; aquando parto distócico por cesariana o EEESMO, juntamente com auxiliar de ação médica iam ao bloco operatório receber a puérpera e recém-nascido (passando posteriormente pelo bloco de partos para receber o recém-nascido, quando não era possível realizar contato pele com pele no bloco operatório), dando entrada na unidade a tríade mãe/pai/ filho. De notar que o primeiro impacto enquanto abordamos o cliente é deveras significativo, como tal, tinha sempre o cuidado de me apresentar e demonstrar a minha disponibilidade aquando do primeiro contacto com as puérperas.

Destaco então o caso de uma puérpera com parto distócico por cesariana e no qual o recém-nascido iniciou fototerapia, assim como os desafios inerentes à amamentação durante este período. A cesariana ocorreu no contexto de estado fetal não tranquilizador durante o trabalho de parto.

2.2.1. Cuidados à mulher que se tornou puérpera

A avaliação regular de todas as puérperas face à contração uterina, perda sanguínea vaginal, pressão arterial e frequência cardíaca de rotina é

recomendada durante as primeiras 24 horas (OMS, 2022). Na sua admissão e posteriormente uma vez por turno realizava o exame físico através da progressão crânio-caudal à puérpera.

Para o EEESMO conseguir observar se existem desvios da normalidade e poder atuar ou referenciar a situação à equipa multidisciplinar, é importante a realização do exame físico crânio-caudal à puérpera. Inicialmente observava o seu estado geral, relativamente a pele e mucosas, assim como monitorização de sinais vitais (pressão arterial, frequência cardíaca e dor). Em seguida observava as características da mama, face à sua consistência, sensibilidade e temperatura, assim como aspeto do mamilo e integridade. Ao nível do abdómen era realizada a palpação da contração uterina e, em caso de cesariana, o penso da ferida cirúrgica (se este se encontrava limpo e seco externamente ou repassado, ou sujo por produtos externos, tais como presença de lóquios). Posteriormente, observava o períneo e suas características (edema, cicatrização), assim com a presença de lóquios, nomeadamente quanto à coloração, quantidade, presença de coágulos e odor. Por último, os membros inferiores, de forma a visualizar a presença de sinal de Godet positivo. Na instituição onde realizei o estágio, a puérpera após parto vaginal era somente observada pela equipa médica no momento da alta e, fora este momento, se houvesse uma referenciação prévia por parte do EEESMO.

Na observação da pele e mucosas são achados normais a presença de estrias ao nível da mama, abdómen, anca ou coxa que não desaparecem após o parto, mas podem desvanecer; assim como a hiperpigmentação das aréolas e linha branca que pode permanecer após o parto. A diaforese no pós-parto imediato é muitas vezes a mudança mais notável a nível do sistema tegumentar e considerada frequente sem constituir um desvio da normalidade (Lowdermilk & Perry, 2008). São considerados sinais de alarme, ao nível tegumentar, a presença de pele fria e descorada ou viscosa, sendo indicador de uma possível perda sanguínea ou anemia (Cunnhingham et al., 2014). Torna-se importante a sua observação para detetar de forma precoce sinais de alarme. A puérpera do presente caso clínico encontrava-se pálida à observação, associado ao facto de ter apresentado uma atonia uterina pós-

parto ainda no bloco operatório. Na manhã seguinte à cesariana, e após colheita de sangue para hemograma, foi prescrito pela equipa médica a administração de carboximaltose férrica 1gr endovenoso, por apresentar hemoglobina no valor de 8,3 g/dl.

Relativamente à atitude terapêutica “Sinais Vitais”, o protocolo face à tensão arterial e frequência cardíaca destaca-se pela sua avaliação posteriormente uma vez por dia, no turno da manhã, exceto em situações de elevação tensional, HTA crónica ou pré-eclampsia, em que a sua monitorização era realizada pelo menos uma vez por turno, indo ao encontro à recomendação atual em que a monitorização da tensão arterial em que a sua segunda aferição deve ser realizada dentro de 6 horas após o parto (OMS, 2022); quanto à temperatura corporal é protocolo monitorizar duas vezes por dia, às 7h00 e às 15h00, ou em caso de necessidade de forma a vigiar se a puérpera mantém apirexia ou se há presença de pico febril, sendo este sinal de uma potencial complicação; e por último, a monitorização da dor é realizada pelo menos uma vez por turno, de forma implementar intervenções autónomas para que a puérpera consiga lidar com a dor, ou intervenções interdependentes através da administração da medicação analgésica. Estando a dor presente deve ser realizada posteriormente a sua reavaliação para determinar a eficácia das intervenções implementadas.

Durante as primeiras 24 horas após o parto, a mama apresenta-se mole e com secreção de colostro, no entanto vai-se tornando gradualmente mais cheia e pesada, quente, firme e hipersensível em cerca de 72 a 96 horas após o parto, comumente designada por “subida do leite” (Lowdermilk & Perry, 2008). A observação da característica do mamilo também deve ser efetuada de forma a perceber este se apresenta íntegro, macerado ou fissurado. É importante nos primeiros dias após o nascimento o apoio fundamental por parte do EEESMO, centrando-se na ajuda à mãe para iniciar a amamentação de forma a alcançar algum grau de sucesso e satisfação (Lowdermilk & Perry, 2008). No caso clínico que abordo, a puérpera apresenta mama mole e mamilos íntegros, no entanto foi observado ao longo do estágio diversas situações nas quais as puérperas apresentavam mamilos macerados ou fissurados, sendo relevante o

nosso apoio para na sua prevenção e cicatrização, dado que desta forma a amamentação pode tornar-se dolorosa (Cunnningham et al., 2014) e levar à sua desistência. Desta forma, é importante a avaliação da mamada, para detetar dificuldades e intervir precocemente, promovendo a sua eficácia. Por outro lado, não foi tão recorrente a observação de mama cheia e pesada pela curta duração do internamento, praticado no hospital em que realizei o estágio.

O processo de retorno do útero ao seu estado não gravídico denomina-se por involução uterina e inicia-se após a expulsão da placenta através da contração do músculo liso uterino; após a dequitação, o útero encontra-se na linha média, aproximadamente 2 cm abaixo da linha do umbigo, pelas 12 horas pós-parto o fundo uterino pode estar aproximadamente um cm acima da linha do umbigo e às 24 horas após o parto apresentar o tamanho aproximado ao das vinte semanas de gestação (Lowdermilk & Perry, 2008). Como abordado anteriormente é recomendada a avaliação regular da contração uterina nas primeiras 24 horas, essencialmente pela identificação precoce de atonia uterina e consequente hemorragia pós-parto²⁹ (OMS, 2012; ACOG, 2017; OMS, 2022). É responsabilidade dos profissionais de saúde envolvidos, a vigilância da contração do útero e da perda sanguínea, como medida preventiva desta complicação (OMS, 2012). Embora o contacto com a puérpera tivesse decorrido 36 horas após o parto foi necessário manter a vigilância da involução uterina; neste momento o útero encontrava-se contraído, localizado na região infra-umbilical, cerca de 1 cm.

Tendo sido um parto distócico por cesariana, outro foco da minha atenção ao nível do abdómen, foi a ferida cirúrgica³⁰. A ferida cirúrgica deve ser observada

²⁹ A atonia uterina consiste na incapacidade do útero em contrair, sendo mais comum durante as primeiras 24 horas após o parto (existindo probabilidade de ocorrer após o puerpério imediato) e é considerada a principal causa de hemorragia pós-parto (Cunningham et al., 2014; Matos et al., 2022). A hemorragia pós-parto é definida pela perda de 500 ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto), sendo considerada a principal causa de morbilidade e mortalidade materna (OMS, 2012; RCOG, 2016) e pode ser classificada como precoce ou tardia. A primeira encontra-se habitualmente associada à descompressão uterina, que ocorre após o trabalho de parto nas primeiras horas pós-parto; enquanto a segunda decorre entre 24 horas e 6 semanas após o nascimento, principalmente devido à inadequada remoção dos produtos de concepção (tais como membranas fragmentadas ou presença de algum cotilédono) e/ou infecção (Matos et al., 2022).

³⁰ A cesariana é definida como a realização de uma laparotomia, que é seguida pela extração de um ou mais fetos do útero ou da cavidade abdominal, após as 22 semanas + 0 dias de gravidez (DGS, 2015). Pela sua realização existe um *“... corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus.”* (ICN, 2019).

diariamente (Cunningham et al., 2014) de forma a detetar a presença de edema, calor, rubor, equimose ou edema. Quanto à área de incisão, na realização do tratamento à ferida cirúrgica é importante observar não só a pele circundante, como também a própria linha de sutura. Por apresentar o penso, não impermeável, sujo externamente com a presença de lóquios, foi efetuado o seu tratamento à ferida cirúrgica e colocado posteriormente um penso “favo de mel”, que permite a observação da sutura sem necessidade de remoção do penso oclusivo.

Os lóquios caracterizam-se pela perda uterina de sangue resultante do desprendimento dos tecidos da decídua (Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et al., 2014). Inicialmente os lóquios apresentam-se hemáticos (presentes em cerca de três dias após o parto), evoluindo posteriormente para sero-hemáticos (entre o quinto e o décimo dia pós-parto) e por último em lóquios serosos (até às três semanas pós-parto), o seu cheiro apresenta-se “*sui generis*” (Lowdermilk & Perry, 2008; Murray & McKinney, 2013). Quanto ao seu fluxo, este é potenciado não só pela verticalidade devido à ação da gravidade, uma vez que pode aumentar com o levantar e deambulação, como também através da amamentação, devido à ação da ocitocina endógena; no puerpério o fluxo sanguíneo pode ser semelhante a um período menstrual mais abundante, mas a sua quantidade deve diminuir gradualmente (Lowdermilk & Perry, 2008; Murray & McKinney, 2013; Montenegro & Rezende-Filho, 2017). Encontra-se descrito na literatura que o fluxo dos lóquios é maior após o parto vaginal do que após parto por cesariana, principalmente nas primeiras 24 horas, no entanto as características da coloração são semelhantes no decorrer do tempo (Murray & McKinney, 2013). A observação, os lóquios da puérpera apresentavam-se com características hemáticas, quantidade moderada e presença de odor “*sui generis*”.

Durante a prática clínica é importante o EEESMO avaliar não só o bem-estar físico da puérpera, como também ter em consideração o seu bem-estar emocional (OMS, 2022). Com o nascimento do bebé, há também o nascimento de uma mãe; a puérpera adquire uma nova identidade. Este conceito implica não só a aprendizagem e aquisição de novas competências, como também o

aumento de confiança em si própria à medida que enfrenta novos desafios. Como tal, podem ocorrer alterações emocionais provocando sentimentos de tristeza, ansiedade ou sensação de incapacidade pela mudança de rotina com a chegada do recém-nascido para cuidar (Oliveira et al., 2019; Cheffer, Nenevê & Oliveira, 2021). Não tendo sido uma cesariana programada a puérpera foi incentivada a falar sobre a sua experiência e expressar os seus sentimentos iniciando a temática com a questão *“como foi para si a experiência do seu parto?”*, a mesma referiu que independentemente de tudo só queria que a sua filha ficasse bem e *“naquele momento a minha bebé precisava de nascer porque não estava a conseguir aguentar as contrações”* (sic).

2.2.2. Transição para a parentalidade: Tornar-se mãe e tornar-se pai

Tempos houve em que a transição para a parentalidade era encarada como um momento de crise, em algumas situações encarada como um momento de desequilíbrio e confusão, noutras situações a transição era encarada como um momento de grande satisfação (Lowdermilk & Perry, 2008). Meleis e seus colaboradores (2000) referem que a experiência da transição leva a que cada indivíduo incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e redefina significados associados a eventos. Sendo a transição para a parentalidade uma transição do tipo desenvolvimental, inicialmente existe incógnita e incerteza sobre o que irá acontecer. Desta forma existe a adoção de novos comportamentos, recursos e estratégias de *coping* para enfrentar esta nova fase (Meleis, 2015).

As competências parentais são definidas por Cardoso (2011) como *“...o conjunto de conhecimentos, de habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria, do papel parental, garantindo o potencial máximo de crescimento e de desenvolvimento da criança”* (p.52). O tornar-se mãe e tornar-se pai são então processos correspondentes às transições que a mulher e o homem experienciam, de forma a incorporar novos conhecimentos, ajustar ou alterar comportamentos e redefinir significados

associados aos eventos (Cardoso et al., 2024). O apoio do EEESMO durante o processo de transição é então fundamental, não só através do elogio e validação, tendo sentido que a mãe e o pai necessitavam, progredindo para a sua autoeficácia em algumas intervenções que realizavam, mas também através observação das necessidades de aprendizagem em outras competências parentais com vista ao seu desenvolvimento de forma a alcançar a mestria no papel parental, promovendo assim uma transição saudável.

Neste processo de transição, Lowdermilk & Perry (2008) referem ainda que a amamentação potencia o sentimento de satisfação materno, contribuindo de forma única para o bem-estar do seu bebé. Existindo diferenças no amamentar após um parto vaginal e após um parto cirúrgico e, sendo o presente caso um parto por cesariana, torna-se relevante abordar a diferença que ocorre na lactação.

2.2.3. O desafio de amamentar após parto distócico por cesariana

A amamentação é uma prática recomendada devido aos seus benefícios tanto para a mãe, como para o recém-nascido (Sousa et al., 2023). São inúmeros os benefícios descritos na literatura sobre o leite materno, é então um alimento vivo, seguro, completo, natural e nutritivo, contendo anticorpos que ajudam na prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias. Apresenta um efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente proteína de leite de vaca, sendo referida também a sua importância na prevenção da diabetes (Levy & Bértolo, 2012; Sousa et al., 2021; OMS, 2023). Para a mãe, a amamentação auxilia na prevenção da hemorragia pós-parto, promovendo a contração uterina; associa-se a menor probabilidade de cancro da mama, depressão pós-parto ou doenças a nível cardiovascular; acima de tudo permite à mãe sentir o prazer único de amamentar (Levy & Bértolo, 2012; Sousa et al., 2021; OMS, 2023; Sousa et al., 2023).

Em situações que a puérpera atravessou por um parto cirúrgico, devemos ter em atenção a sua condição particular no período pós-operatório, uma vez que apresenta uma maior necessidade de se movimentar, devido à prestação de cuidados do seu recém-nascido, encontrando-se mais propensa a sentir dor no local da incisão cirúrgica, o que pode condicionar a posição em que amamenta (Sell et al., 2012). Numa revisão da literatura conduzida por Li, Wan & Zhu (2021) as autoras referem ainda que as principais dificuldades se centram nas limitações físicas após a cesariana, dor na ferida cirúrgica, stress e ansiedade por não conseguir amamentar pelos fatores descritos anteriormente. A falta de apoio não só dos profissionais de saúde como também por parte dos seus familiares foi ainda descrita na sua revisão.

Sendo a lactação designada por “...*processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher adulta contendo hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais; o leite materno constitui o alimento base para nutrir o lactente ou criança.*” (ICN, 2019, p.80), é importante compreender que o seu início apresenta uma forte ligação com o trabalho de parto devido às suas características metabólicas e endócrinas, desempenhando um papel crucial, sendo que desta forma a produção hormonal difere entre as puérperas por parto vaginal ou cesariana (Prior et al., 2012). Hobbs e seus colaboradores (2016) referem ainda que devido ao desequilíbrio hormonal materno, a estimulação para a lactogénese é interrompida pelo parto cirúrgico, seja pela ansiedade materna, aumentando o valor das catecolaminas ou pela diminuição da secreção de ocitocina, podendo diminuir a ejeção do leite e interferir posteriormente na ligação mãe/ filho. Desta forma, o apoio do EEESMO é essencial para promover a amamentação.

Foram vários os momentos em que tive oportunidade de apoiar face à amamentação, senti que o mais importante foi mostrar disponibilidade para estar presente no momento da mamada e elogiar o seu desempenho. Na instituição onde realizei o estágio é procedimento aguardar que a mãe regresse ao internamento para amamentar o seu recém-nascido, se este for o seu desejo. Quando a situação permite, tal como a condição materna ou disponibilidade de um elemento do bloco de partos, mediante o rácio que se

apresenta no momento, o EEESMO pode deslocar-se ao bloco operatório para realizar contacto pele com pele e promover a amamentação na primeira hora de vida.

A decisão de amamentar é sempre uma decisão pessoal, que se encontra sujeita muitas vezes a influências, resultantes da socialização de cada mulher, ou experiências prévias à amamentação, no entanto é nosso dever informar as mães das vantagens inerentes à prática do aleitamento materno (Levy & Bértolo, 2012).

2.2.4. Cuidados de um recém-nascido com icterícia

O exame físico do recém-nascido caracteriza-se pela observação do estado geral do mesmo, seguida pela observação crânio-caudal, embora a ordem exata pelo qual é realizado não seja considerada importante, a sua abordagem deve ser conduzida de forma sistemática, de forma a que todos os aspetos sejam avaliados (SPN, 2023).

No local de estágio a avaliação física do recém-nascido era habitualmente realizada, no turno da manhã, pelo pediatra juntamente com o EEESMO, no quarto, junto à mãe e ao pai. As condições ideais eram proporcionadas, mantendo uma temperatura adequada, um ambiente tranquilo, sem estímulos, e boa iluminação (SPN, 2023). Aquando da realização do exame físico à recém-nascida do presente caso clínico, a mesma apresentava-se ictérica.

A icterícia neonatal é definida como a coloração amarelada da pele e mucosas pela deposição de bilirrubina, sendo uma das patologias mais frequentes do recém-nascido, ocorrendo em cerca de 60% dos recém-nascidos de termo na sua primeira semana de vida. Os recém-nascido apresentam quase todos valores de bilirrubina em circulação superior a 1mg/dl, ficando visível na pele e olhos quando atingem valores igual ou superior a 5mg/dl (NICE, 2010; SPN, 2013b). Geralmente a coloração amarelada surge inicialmente na face e nos

olhos, progredindo para o peito e restantes áreas do corpo, desaparecendo posteriormente na sua ordem inversa³¹.

Os níveis de bilirrubina não devem ser monitorizados de forma rotineira a todos os recém-nascidos, principalmente quando não apresentam icterícia visível, no entanto devem ser identificados os recém-nascidos com maior probabilidade de virem a desenvolver hiperbilirrubinemia, tais como uma idade gestacional inferior às 38 semanas, a intencionalidade da mãe amamentar de forma exclusiva e a presença de um irmão/ irmã anterior que tenha apresentado hiperbilirrubinemia e realizado fototerapia ou icterícia visível nas primeiras 24 horas de vida (NICE, 2010).

Apesar das recomendações atuais, no local do estágio os pediatras realizavam a medição da bilirrubina transcutânea a todos os recém-nascidos no turno da manhã, exceto aqueles que se encontravam a realizar fototerapia. Posteriormente, após avaliação dos níveis transcutâneos, transmitiam a indicação para colheita de sangue capilar (efetuado no pé do recém-nascido) com a finalidade de monitorizar o valor da bilirrubina sérica. Aos recém-nascidos que se encontravam já a fazer fototerapia era realizada a punção capilar para a sua determinação. No caso clínico, a recém-nascida encontrava-se ictérica e apresentava valores de bilirrubina transcutânea aumentados, pelo que surgiu como intervenção resultante da prescrição a colheita de sangue através da punção capilar no meu turno, tendo indicação posterior de iniciar fototerapia em manta.

A fototerapia é então a intervenção mais utilizada no tratamento e prevenção da hiperbilirrubinemia severa, prevenindo a sua neurotoxicidade (SPN, 2013b). No local do estágio clínico a fototerapia simples era realizada através de uma manta, sendo um dispositivo no qual o recém-nascido se encontrava apenas de fralda e a sua exposição à luz fluorescente permitindo a redução do valor das

³¹ Na maioria das vezes a hiperbilirrubinemia não acarreta uma patologia adjacente e define-se como icterícia fisiológica, sendo as principais causas: 1) o aumento de produção de bilirrubinas, uma vez que o recém-nascido apresentam um maior valor de glóbulos vermelhos e a sua semivida é menor; 2) imaturidade do recém-nascido a nível enzimático levando a uma diminuição da clearance da bilirrubina, levando a 3) aumento da circulação entero-hepática dos níveis de bilirrubina. O pico dos valores da bilirrubina ocorre entre as 48 horas a 96 horas de vida (SPN, 2013b).

bilirrubinas por isomerização. Na realização de fototerapia por manta os olhos do recém-nascido devem ser protegidos com viseiras opacas ou óculos opacos de proteção e o nariz livre, devido às lesões oculares que podem decorrer pela exposição direta à luz fluorescente. Com a presença da fototerapia em manta, sendo este um dispositivo móvel, o recém-nascido pode manter o alojamento conjunto com a mãe e não há necessidade de o remover da fototerapia para amamentar/ alimentar.

2.3. Cuidar da puérpera após cesariana e os desafios da amamentação do recém-nascido a realizar fototerapia: um caso clínico

Como referido no início do presente capítulo, no âmbito do internamento de puerpério, destaco em seguida um caso clínico que me permitiu aprofundar o meu conhecimento e aquisição no desenvolvimento de competências como futura EEESMO.

2.3.1. A experiência do internamento da “Beatriz” e da sua filha “Benedita”

A Beatriz, 22 anos, IG 0P, dirigiu-se ao serviço de urgência de obstetrícia do hospital, por apresentar contratilidade dolorosa e regular. Idade gestacional de 39 semanas + 6 dias e foi internada com diagnóstico de trabalho de parto.

O seu grupo sanguíneo é A+. Desconhece alergias. Sem antecedentes clínicos. Quanto à medicação atual encontra-se a realizar Folyben®. SGB positivo.

Foi uma gravidez não planeada, mas posteriormente muito desejada. A vigilância da gravidez foi efetuada na sua Unidade de Saúde Familiar e frequentou sessões de preparação para o parto.

No decurso do trabalho de parto foi realizada cesariana, por estado fetal não tranquilizador. A Benedita nasceu hipotónica, bradicárdica e com choro débil, apresentando um Índice de Apgar de 5/8/9 ao primeiro, quinto e décimo minuto respetivamente. Recuperou após estimulação tátil e aspiração de secreções. Peso ao nascimento de 3655gr.

Durante o internamento encontrou-se acompanhada pela sua mãe.

A Benedita tem sido amamentada exclusivamente, em regime de livre demanda. Sempre que a recém-nascida apresentava sinais de fome, a Beatriz reconhecia os mesmos e amamentava a sua filha. Habitualmente não ultrapassava um período de três horas entre mamadas.

Iniciou fototerapia simples em manta após colheita de sangue por punção capilar para monitorização de bilirrubina sérica, 36 horas após o seu nascimento.

Após a abordagem inicial e efetuar a recolha de dados a Beatriz, foram identificadas as necessidades dos cuidados especializados de enfermagem, com vista a direcionar o meu foco de atenção, nomeadamente sobre a “Lactação” e “Amamentar” presentes no Quadro 14.

O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da noite (20h-08h) em contexto de serviço de internamento de puerpério.

Quadro 14 - Conceção de cuidados centrada na lactação e capacidade para amamentar da Beatriz

Foco: Lactação
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a evolução da lactação.
Dados relevantes para o diagnóstico: (Avaliação efetuada 36 horas após o parto) - Beatriz apresenta as mamas normotérmicas e moles após a mamada. - Beatriz realiza extração manual de colostro após a mamada e aplica posteriormente no seu mamilo. - Beatriz pretende amamentar de forma exclusiva a Benedita.
Diagnóstico de Enfermagem: Lactação
Objetivos: - Determinar evolução da lactação.
Crítérios de Resultado: - Beatriz não apresente compromisso na produção e/ou ejeção de leite.

Resultados obtidos: - A Beatriz amamentou exclusivamente no turno. - Apresentou sempre a mama mole após a mamadas. - Após a mamada a recém-nascida apresentava sinais de saciedade.
Foco: Amamentar
Atividades de diagnóstico: - Avaliar a evolução da amamentação.
Dados relevantes para o diagnóstico: - Beatriz reconhece os sinais de uma pega adequada; - Beatriz adapta a Benedita a mama aquando sinais de fome; - Beatriz adota a melhor posição para si, de forma a conseguir amamentar sem dor na ferida cirúrgica; - Beatriz reconhece quando Benedita apresenta sinais de saciedade após a mamada.
Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade para amamentar
Objetivos: - Determinar a capacidade para amamentar.
Crítérios de Resultado: - Beatriz mantenha amamentação em exclusivo, conforme o seu desejo.
Resultados obtidos: - Beatriz manteve mamilos íntegros. Quando a Benedita adaptava à mama de forma inadequada, Beatriz interrompia a mamada e corrigia a pega. - Beatriz estimulava Benedita durante a mamada, principalmente enquanto se encontrava a realizar fototerapia, por em determinadas mamadas se encontrar mais sonolenta. - Beatriz oferecia as duas mamas durante a mamada, por ser uma oportunidade para a Benedita explorar e estimular as mesmas. - Benedita encontrava-se relaxada após a mamada, não apresentando sinais de fome. - Beatriz optava por amamentar em decúbitos laterais esquerdo e direito, para seu maior conforto.

Relativamente aos focos de atenção “Conhecimento sobre complicação neonatal (icterícia)”, Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido (fototerapia)”, “Capacidade sobre promoção de segurança do recém-nascido (fototerapia)” e “Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido” enunciei os seguintes diagnósticos, implementando as respetivas intervenções, apresentadas no Quadro 15.

Quadro 15 - Conceção de cuidados especializados da Beatriz e Benedita: Diagnósticos e intervenções

Foco: Conhecimento sobre complicação neonatal (icterícia)
Atividades de diagnóstico: - Avaliar conhecimento sobre complicação neonatal (icterícia).
Dados relevantes para o diagnóstico: - Beatriz reconhece que Benedita necessita de realizar fototerapia por se apresentar “amarelinha”; - Beatriz refere desconhecer porque motivo a Benedita apresenta icterícia;

- Beatriz refere não saber como a fototerapia atua na icterícia.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre complicação neonatal (icterícia)	
Objetivos: - Melhorar o conhecimento sobre complicação neonatal (icterícia).	
Crítérios de Resultado: - Beatriz compreenda o que é a icterícia no recém-nascido; - Beatriz integre conhecimento necessário sobre fototerapia.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
21h30	- Ensinar sobre icterícia - Explicar o que é a icterícia no recém-nascido³²; - Explicar quais os principais motivos para o aparecimento de icterícia³³. - Ensinar sobre fototerapia - Explicar o que é a fototerapia³⁴.
Resultados obtidos: - Beatriz referiu ter ficado elucidada face às suas questões.	
Foco: Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido (fototerapia)	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar o conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido (fototerapia).	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Beatriz questiona quais os cuidados que necessita de ter com Benedita a realizar fototerapia.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido (fototerapia)	
Objetivos: - Melhorar o conhecimento da mãe sobre a promoção da segurança do recém-nascido face à fototerapia.	
Crítérios de Resultado: - Beatriz integre o conhecimento necessário sobre a segurança do recém-nascido face à fototerapia.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
21h30	- Ensinar sobre medidas de segurança face à fototerapia - Informar sobre a necessidade de colocação de óculos/ venda de proteção durante o tratamento na fototerapia³⁵; - Explicar que não deverá colocar mantas quentes sobre o recém-nascido da fototerapia de forma a não sobreaquecer;

³² A icterícia neonatal ocorre em cerca de 60% dos recém-nascidos de termo na sua primeira semana de vida e é definida como a coloração amarelada da pele e mucosas pela deposição de bilirrubina, sendo uma das patologias mais frequentes do recém-nascido. Normalmente a coloração amarelada surge na face e nos olhos, progredindo para o peito e restantes áreas do corpo, desaparecendo posteriormente na sua ordem inversa. (NICE, 2010; SPN, 2013b).

³³ As principais causas da hiperbilirrubinemia destacam-se pela produção de bilirrubinas, uma vez que os recém-nascidos apresentam um maior valor de glóbulos vermelhos e a sua semivida é menor; pela imaturidade do recém-nascido a nível enzimático levando a uma diminuição da clearance da bilirrubina e devido ao aumento da circulação entero-hepática dos níveis de bilirrubina (SPN, 2013b).

³⁴ A fototerapia consiste na exposição do corpo do recém-nascido à luz fluorescente permitindo a redução do valor das bilirrubinas por isomerização (SPN, 2013b).

³⁵ Os olhos do recém-nascido durante a fototerapia devem ser protegidos com viseiras opacas/ óculos de proteção deixando o nariz livre (NICE, 2010; SPN, 2013b), sendo que a sua exposição de forma prolongada pode provocar lesões a nível ocular (Ramos et al., 2021), tais como o ressecamento da córnea e favorecer o descolamento da retina, uma vez que a sua vascularização ainda é imatura ao nascimento (Oliveira et al., 2011).

	- Explicar a necessidade de vigiar os sinais de uma temperatura excessiva no recém-nascido, mais concretamente a sudorese ³⁶ .
Resultados obtidos: - Beatriz referiu encontrar-se elucidada sobre os cuidados que deve ter com a sua filha na fototerapia.	
Foco: Capacidade sobre promoção de segurança do recém-nascido (fototerapia)	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar evolução da capacidade sobre promoção de segurança do recém-nascido (fototerapia).	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Beatriz enuncia não saber como colocar Benedita na fototerapia; - Beatriz refere não saber como proceder face à fototerapia.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade sobre segurança do recém-nascido (fototerapia)	
Objetivos: - Melhorar a capacidade para promover a segurança do recém-nascido (fototerapia).	
Crítérios de Resultado: - Beatriz demonstre capacidade para promover a segurança do recém-nascido face à fototerapia.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
21h30	- Instruir a colocar/ retirar Benedita na fototerapia - Demonstrar como colocar recém-nascido na fototerapia em manta (despir recém-nascido ficando apenas de fralda, colocar óculos de proteção, colocar recém-nascido no dispositivo em manta, ligar aparelho de fototerapia); - Demonstrar como retirar recém-nascido da fototerapia em manta aquando necessário (desligar aparelho de fototerapia, retirar recém-nascido da manta, remover óculos de proteção e envolver recém-nascido). - Treinar a colocar/ retirar Benedita na fototerapia - Fornecer o dispositivo (manta e aparelho) e material (óculos); - Beatriz coloca/ retira a Benedita da fototerapia.
Resultados obtidos: - Beatriz demonstrou a colocação correta da Benedita na fototerapia, assim como quando retirava a recém-nascida da mesma.	
Foco: Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar o conhecimento sobre a ingestão nutricional do recém-nascido.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Beatriz questiona se deve realizar alguma alteração face à amamentação, para manter o aporte necessário.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a ingestão nutricional do recém-nascido	
Objetivos: - Promover o conhecimento sobre a ingestão nutricional do recém-nascido.	

³⁶ A permanência do recém-nascido na fototerapia em períodos prolongados e associado a imaturidade do seu sistema tegumentar podem favorecer a hipertermia (Oliveira et al., 2011).

Crítérios de Resultado:	
- Beatriz integre o conhecimento necessário sobre a ingestão nutricional com a Benedita a realizar fototerapia.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
22h00	• Ensinar sobre ingestão nutricional do recém-nascido - Informar sobre frequência entre as mamadas³⁷; - Explicar que pela presença de fototerapia, devido ao ambiente mais aquecido, o recém-nascido pode apresentar maior sonolência e necessitar de ser estimulado com mais frequência; - Informar sobre sinais de ingestão nutricional³⁸.
Resultados obtidos:	
- Beatriz referiu compreender quais os fatores necessários para uma correta ingestão nutricional. - Nas mamadas em que Benedita se encontrava mais adormecida, Beatriz demonstrou estimular com sucesso para manter a mamada. Apenas na mamada das 3h houve necessidade de retirar Benedita da manta por se encontrar muito sonolenta, tendo despertado e mamado eficazmente durante cerca de 30 minutos, regressando posteriormente para a fototerapia. - Benedita apresentou micções e dejeções no turno.	

Através do presente caso clínico tive a oportunidade de aprofundar a aquisição de conhecimento e competência relativamente à puérpera após parto cirúrgico e ao recém-nascido com necessidade de realizar fototerapia durante o internamento.

Sendo este considerado um período crítico, são fundamentais a presença e o apoio do EEESMO. Através da disponibilidade demonstrada e bem aceite pelas puérperas, as mesmas encontravam-se mais tranquilas, principalmente ao ter em conta o internamento reduzido que ocorre em âmbito hospitalar após o parto. Destaco ainda a importância do EEESMO avaliar não só o bem-estar físico da puérpera, como também ter em consideração o seu bem-estar emocional e das suas necessidades (OMS, 2022).

³⁷ Devido à necessidade de aumentar a ingestão de líquidos pelo risco de desidratação (Ramos et al., 2021), existe uma necessidade aumentada em apoiar a amamentação do recém-nascido durante a fototerapia. Embora a amamentação seja recomendada em livre demanda, é aconselhável neste período não ultrapassar intervalos entre mamadas superiores a 2h30/ 3h00.

³⁸ Quando a ingestão nutricional é insuficiente, devido à ingestão inadequada de leite, existe perda de peso e privação calórica. Além do mais, os seus movimentos intestinais tendem a ser mais débeis e com menor frequência, fazendo com que a bilirrubina seja reabsorvida pelo intestino para o sangue em vez de ser eliminada através das fezes (Araújo et al., 2020; Oliveira et al., 2021). É importante uma ingestão nutricional adequada de forma a manter o recém-nascido hidratado, com eliminação intestinal e urinária presentes, uma vez que é através das micções e dejeções que a mesma é excretada do organismo.

Face à puérpera, após parto distócico por cesariana, é importante dotar a mesma de conhecimento em relação aos cuidados à ferida cirúrgica e sobre os seus sinais de complicações. Denotei durante o meu estágio que a grande parte das puérperas com ferida cirúrgica desconhecia os cuidados a ter, assim como os sinais de boa evolução cicatricial da ferida e de alerta.

Em relação ao recém-nascido e aos cuidados inerentes à fototerapia, assim como o conhecimento e a capacidade da mãe durante este período, é importante o apoio do EEESMO face aos desafios na amamentação. Pela presença de fototerapia, através de um ambiente mais aquecido o recém-nascido tem maior tendência a se encontrar sonolento para as mamadas, sendo nestas situações o estímulo ao recém-nascido essencial para o deixar desperto. Pela presença fulcral dos óculos de proteção é importante, quando o recém-nascido é retirado por momentos da fototerapia no período da mamada, a sua remoção para que possamos não só observar os olhos, mas também permitir o seu contacto visual (Lowdermilk & Perry, 2008). Por vezes o recém-nascido pode encontrar-se mais agitado no berço durante este processo, no entanto uma das vantagens da utilização da fototerapia em manta é a possibilidade de a mãe poder pegar ao colo a sua filha sempre que necessário sem interromper o tratamento.

Embora seja um tratamento realizado com alguma frequência, como já previamente referido, muitas vezes as mães e os pais sentem-se ansiosos com a situação e demonstram frequentemente incertezas sobre os seus cuidados face ao recém-nascido, principalmente quando a puérpera apresenta alta clínica, mas o recém-nascido inicia fototerapia e aumenta assim o tempo de internamento. No entanto, no caso descrito, a mãe encontrou-se tranquila desde o momento do diagnóstico de icterícia na sua filha, sempre com disponibilidade para a aquisição de conhecimento e promoção do seu papel de mãe.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CONTEXTO DE UM SERVIÇO COM INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS COM COMPLICAÇÕES

A gravidez é um estado fisiológico da mulher no qual ocorre um período de mudança no seu corpo, de forma a gerar um novo ser humano; desencadeando uma transformação na sua vida, na vida do homem e/ou das suas pessoas significativas com a chegada do novo membro (Cardoso et al., 2023). Deve ser considerada tanto pela grávida, como pelo profissional de saúde, como uma experiência de vida saudável, apresentando mudanças no âmbito das vertentes físicas, emocionais e sociais, evoluindo geralmente para resultados bem-sucedidos (Cardoso et al., 2023).

No entanto, apesar de a gravidez ser um evento biológico, pode apresentar risco por diversos motivos. Desta forma, denomina-se gravidez de alto risco quando a saúde ou vida da mãe, assim como do feto, se encontram em perigo pela presença exclusiva ou concomitante de patologia associada à gravidez, necessitando de uma assistência multidisciplinar e especializada (Lowdermilk & Perry, 2008). O EEESMO desempenha um papel relevante na prestação de cuidados, de forma a garantir a saúde materna e bem-estar fetal, na presença de gravidez com complicações (Sousa Garcez et al., 2024).

De acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, o EEESMO tem o dever de cuidar da mulher “...*inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.*” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562).

Com vista a adquirir e a desenvolver competências a este âmbito, o estágio no serviço de internamento de grávidas com complicações permitiu-me o contacto com diferentes condições de risco na gravidez, sendo as mais frequentes a pré-eclâmpsia, a ameaça de trabalho de parto pré-termo (ATPPT), hemorragia do 2.º ou 3.º trimestres e a rotura prematura de membranas. As diferentes

experiências conduziram-me ao pensamento crítico-reflexivo das necessidades específicas de cada situação, por forma a enunciar os diagnósticos e as intervenções de enfermagem a implementar. Como tal, apresento no presente capítulo, o caso clínico de uma grávida que foi admitida na unidade (IG: 33 semanas e 1 dia), com o diagnóstico de ATPPT, apresentando placenta prévia central total e com presença de diabetes gestacional controlada com dieta.

3.1. Contextualização do estágio

O estágio desenvolvido no âmbito da gravidez com complicações no Serviço de Internamento de Grávidas/ Medicina Materno-Fetal (sendo designado na instituição por internamento de Grávidas de Risco), com carga horária de contacto presencial obrigatória de 200h.

O respetivo serviço de internamento contempla três quartos duplos, com casa de banho privada, e que se encontram alocados no mesmo espaço físico do Serviço de Internamento de Ginecologia e Cirurgia Geral. Encontra-se atribuída uma EEESMO à prestação de cuidados especializados no serviço, com um rácio máximo de seis mulheres.

Embora no Bloco de Partos e no Serviço de Internamento de Puerpério os acompanhantes possam permanecer 24h/dia, no Serviço de Internamento de Grávidas os acompanhantes apenas podem estar presentes desde as 11h30 até às 21h30, salvo situações de indução de trabalho de parto, na qual é aplicada a mesma diretriz que no Bloco de Partos. A admissão da grávida, na sua maioria ocorre através do Serviço de Urgência.

Sendo a presente ULS um hospital de referência foi possível, como anteriormente referido, o contacto a grávidas com diferentes patologias. Não havendo disponibilidade no bloco de partos para alocar a grávida na indução de trabalho de parto, o presente serviço de internamento recebia a mulher e o seu acompanhante.

3.2. A arte do cuidar: grávida com diagnóstico de ameaça de trabalho de parto pré-termo, placenta prévia e diabetes gestacional

Com vista a monitorizar o bem-estar materno-fetal, no contexto do internamento de grávidas de risco é implementado um conjunto de intervenções que visam a monitorização dos sinais vitais, uma vez por turno, assim como a vigilância do CTG, mediante a idade gestacional.

Durante o meu estágio, verifiquei que um dos motivos mais frequentes de internamento da grávida foi a ameaça de trabalho de parto pré-termo, permitindo-me ao desenvolvimento de competências face a esta patologia, razão pela qual optei por explorar este tema de forma mais pormenorizada.

3.2.1. Promover a adaptação à gravidez com complicações

Na presença de situações de complicação de saúde durante a gravidez, é essencial o trabalho em equipa multiprofissional de forma a obter resultados materno-fetais mais favoráveis, como já referido anteriormente (OMS, 2017).

Quando o EEESMO aborda a mulher sobre a sua gravidez ou complicação, a comunicação é um fator primordial. É importante criar um relacionamento de confiança e manter presente que a mulher tem sempre o direito à informação sobre a sua condição de saúde, assim como o direito a expor e discutir as suas preocupações num ambiente seguro e no qual se sinta confiante (OMS, 2017; PCQEESMO, 2021).

Uma das complicações que pode surgir na gravidez é a ATPPT, definida na presença de contratilidade uterina frequente e regular, antes das 37 semanas de gestação, não repercutindo alterações ao nível do colo uterino (Lowdermilk & Perry, 2008; Costa et al., 2014; Montenegro & Rezende Filho, 2017). Quando ocorre esta complicação, é recomendada a administração de corticoterapia antenatal de forma a promover a maturação pulmonar do feto, dado reduzir o

risco de morte perinatal e neonatal, assim como a síndrome de dificuldade respiratória (RCOG, 2022).

Tem como indicação à sua administração, a grávida com idade gestacional compreendida entre as 24 semanas + 0 dias e as 34 semanas + 6 dias, na qual se prevê que possa ocorrer um parto pré-termo iminente, rotura prematura de membranas ou parto pré-termo planeado (RCOG, 2022). O seu maior benefício atinge o auge quando o intervalo de tempo entre o início da administração da terapêutica e o nascimento é superior a 24 horas e inferior a 7 dias. Mesmo quando o intervalo se encontra fora do timing previamente referido, existem benefícios na sua administração (Ayres de Campos & Machado, 2014).

Na minha prática clínica, uma das intervenções resultantes da prescrição foi a administração de corticoides para promover a maturação pulmonar no feto. Na instituição hospitalar onde decorreu o meu estágio, o corticóide de eleição é a dexametasona, que é administrado em duas doses de 12 mg, via intramuscular, com um intervalo de 24 horas.

Outra intervenção resultante da prescrição foi a administração de agentes tocolíticos de forma a reduzir a contratilidade uterina e, consequentemente, a probabilidade de nascimento até 7 dias após o início do tratamento; podem beneficiar do seu uso grávidas com idade gestacional compreendida entre as 24 semanas + 0 dias e as 34 semanas + 6 dias e que se encontram com ATPPT (Guimarães, Gouveia & Pereira, 2014; NICE, 2015). No caso clínico abordado no presente capítulo, o agente tocolítico prescrito foi o Atosiban, que atua como inibidor dos recetores de ocitocina³⁹ (Guimarães, Gouveia & Pereira, 2014). A vigilância da contratilidade uterina, assim como do bem-estar fetal, era efetuada uma vez por turno através da realização da cardiotocografia, assim como pela avaliação da contratilidade uterina perceptível pela grávida.

³⁹ A administração do Atosiban é realizada por via endovenosa em três fases sucessivas: 1) administração de 6,75mg por mais de 1 minuto, 2) após a diluição de dois frascos de 5ml em 90ml de soro fisiológico deve ser realizada a sua administração num período de 3 horas de perfusão em carga, numa taxa de 24ml/h; 3) administração de perfusão subsequente a 8ml/h até completar as 48 horas (Guimarães, Gouveia & Pereira, 2014). Os mesmos autores referem que o seu uso não deve ser prolongado após as 48 horas.

Face ao diagnóstico de ATPPT, o repouso no leito, relativo ou absoluto, é também uma das atitudes terapêuticas prescritas de forma recorrente. Apesar de ser uma intervenção prescrita com frequência, não existe evidência na literatura sobre a sua eficácia na redução da taxa de partos pré-termo (Lowdermilk & Perry, 2008; Sosa et al., 2015). Embora possam estar atribuídos possíveis benefícios ao repouso no leito, tais como a redução da contratilidade e o prolongamento da gravidez (Fox et al., 2009), o repouso no leito, principalmente de forma contínua, provoca desmineralização e descalcificação óssea, perda de peso e fraqueza muscular, diminuição do volume plasmático e débito cardíaco, assim como o aumento de tendência para a coagulação e risco trombótico, sendo desta forma plausível que a recomendação de repouso no leito varie de acordo com os riscos e benefícios associados à intervenção (Lowdermilk & Perry, 2008; Fox et al., 2009).

Além dos efeitos físicos associados ao repouso no leito podem ocorrer efeitos ao nível psicossocial da grávida, tais como a ansiedade, aborrecimento ou solidão, labilidade emocional e isolamento social ou perda de autonomia (Lowdermilk & Perry, 2008; Rodrigues et al., 2016). Desta forma, aquando da implementação da intervenção pela primeira vez, a grávida deve ser informada da evidência disponível para considerar os riscos e benefícios que advêm desta prática. Face ao presente caso, foi instituído inicialmente repouso absoluto, passando posteriormente para repouso relativo, com indicação de ir à casa-de-banho em cadeira de rodas. Embora por ATPPT a grávida tivesse indicação de repouso no leito e face ao descrito anteriormente, a mesma apresentava diagnóstico de placenta prévia central total, sendo uma das orientações clínicas o repouso no leito a partir do terceiro trimestre ou do primeiro episódio hemorrágico (Ayres de Campos, Loureiro & Montenegro, 2014).

Relativamente à placenta prévia⁴⁰, esta é descrita como a placenta que está implantada em qualquer área do segmento uterino inferior, sobre ou na

⁴⁰ A placenta prévia encontra-se classificada em quatro tipos: a total, quando a placenta cobre o orifício interno na totalidade; a parcial, quando a placenta cobre parcialmente o orifício interno; a marginal, quando a margem da placenta

proximidade direta do orifício cervical interno (Cunningham et al., 2014). O seu diagnóstico deve ser realizado através da ecografia transabdominal, entre as 20 a 24 semanas, sendo a confirmação efetuada pela ecografia transvaginal (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Praticamente todas as grávidas com placenta prévia têm indicação para realização de cesariana, como via de parto (Cunningham et al., 2014), no presente caso clínico e apresentando uma placenta prévia central total, a cesariana foi posteriormente agendada durante o seu internamento, para as 37 semanas de gestação.

Em média, a incidência de placenta prévia ocorre em 0,3% das gravidezes (Cunningham et al., 2014). Diversos autores apontam como fatores de risco para a placenta prévia a idade materna avançada, a multiparidade (devido ao risco de placenta prévia aumentar com o número de gestações), a cesariana anterior ou o uso de tabaco, aumentando o risco em cerca de duas vezes (Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et al., 2014; RCOG, 2018). Pude observar no meu caso clínico que a grávida não cumpria nenhuma dos fatores de anteriormente descritos.

A manifestação mais típica da placenta prévia é o sangramento indolor, podendo ocorrer em 70% das mulheres com placenta prévia e em geral não ocorre antes do final do segundo trimestre (Lowdermilk & Perry, 2008; Cunningham et al., 2014). No caso clínico, desde a sua admissão não foi observada perda sanguínea vaginal.

O EEESMO assume um papel de grande importância na vigilância da perda sanguínea e bem-estar materno, assim como o bem-estar fetal, sendo este último através da monitorização e vigilância da cardiotocografia. Apesar de ser uma intervenção programada para ser realizada uma vez por turno, ou seja, três vezes por dia, o EEESMO é responsável por avaliar a necessidade de monitorização sempre que necessário face à suspeita da alteração do bem-estar materno-fetal.

alcança o orifício interno, mas não o cobre; e de inserção baixa, quando a placenta fica situada no segmento inferior, mas não alcança o orifício interno do colo uterino (Montenegro & Rezende Filho, 2017). No entanto, as suas relações anatómicas nem sempre podem ser definidas com precisão, pois podem alterar-se ao longo da gravidez (Cunningham et al., 2014).

O apoio emocional à grávida e aos seus conviventes significativos é também uma intervenção de grande relevância; a grávida deve ser encorajada a expressar os seus sentimentos (Lowdermilk & Perry, 2008). Apresentando tempos de internamento prolongado foi importante estabelecer uma relação terapêutica e de confiança com as grávidas, permitindo-lhes expressar os seus sentimentos comigo e mostrando-lhe sempre a minha disponibilidade, pois muitas vezes elas necessitavam apenas da nossa presença e escuta ativa.

Face à diabetes gestacional⁴¹, na primeira consulta pré-natal, deve ser realizado a todas as grávidas a avaliação glicémica plasmática em jejum. Caso surja um valor glicémico em jejum igual ou superior a 126mg/dl ou um valor glicémico ocasional superior a 200mg/dl, confirmado com a presença de um valor igual ou superior a 126mg/dl de uma glicemia em jejum, deve ser considerado em conta um diagnóstico de diabetes na gravidez, de forma a ser tratada e seguida como uma diabetes prévia. No caso de apresentar valores de glicemia plasmática em jejum igual ou superior a 92mg/dl e inferior a 126mg/dl, deve ser diagnosticada como diabetes gestacional; quando o valor de glicemia plasmática em jejum é inferior a 92mg/dl, deve ser realizado posteriormente a PTGO⁴² entre as 24 e as 28 semanas de gestação (OMS, 2013; Blumer et al., 2013; FIGO, 2015).

O EEESMO desempenha um papel fundamental durante a assistência pré-natal, com vista a dotar a grávida de conhecimento e capacidade sobre a diabetes gestacional e a realização das pesquisas de glicemia capilar; sobre o

⁴¹ Os critérios para a presença do diagnóstico de Diabetes Gestacional encontram-se descritos nos “Consenso “diabetes gestacional”: Atualização 2017” (2017), no qual se encontra redigido que é considerado normal um valor de glicemia plasmática, durante a PTGO, às 0h inferior a 92mg/dl, à 1h após inferior a 180mg/dl e 2h após inferior a 153mg/dl. Considera-se hiperglicemia na gravidez quando são excedidos estes valores. É efetuado o diagnóstico de diabetes gestacional quando a grávida apresenta às 0h valores de glicemia plasmática compreendidos entre os 92mg/dl e os 125mg/dl; quando à 1h o valor de glicemia plasmática é igual ou superior a 180mg/dl e quando após as 2h o valor se encontra compreendido entre os 153mg/dl e os 199mg/dl. Na apresentação de valores de glicemia plasmática superior ou igual a 126mg/dl em jejum após as 2h do início da PTGO a grávida apresente um valor igual ou superior a 200mg/dl é então realizado o diagnóstico de diabetes na gravidez (OMS, 2013; FIGO, 2015; Almeida et al., 2017).

⁴² A PTGO deverá ser realizada no período da manhã, em jejum, entre as 8h e as 12h. Esta prova consiste na ingestão de uma solução que contem 75 gr de glicose e que se apresenta diluída em 250 ml a 300 ml de água; nos três dias anteriores a atividade física da grávida deve ser o seu regular e a dieta não deve ser restrita, por forma a conter uma quantidade de pelo menos 150gr de hidratos de carbono (Almeida et al., 2017). Durante a prova deve ser realizada colheita de sangue para a determinação da glicemia plasmática, sendo que uma colheita é efetuada na hora 0, prévia à ingestão do preparado; a segunda colheita 1h após a sua ingestão e a terceira colheita 2h após a sua ingestão (Almeida et al., 2017).

regime dietético e o regime de exercício físico durante a gravidez, referindo sempre a importância do acompanhamento por uma equipa multidisciplinar e a referência à nutricionista para a elaboração de um plano alimentar (NICE, 2020).

No presente caso clínico, a grávida apresentava previamente o diagnóstico de diabetes gestacional controlado com dieta, sendo fundamental, desde o momento em que a grávida toma conhecimento do seu diagnóstico à presença de uma autovigilância adequada de forma a avaliar o seu perfil glicémico (Almeida et al, 2017). Esta avaliação deve ser realizada em quatro determinações diárias, sendo uma em jejum e as três restantes 1h após o início das três principais refeições (Almeida et al., 2017). Consciencializada mediante esta transição saúde/doença, a grávida realizava de forma correta as pesquisas de glicemia capilar, assim como a interpretação dos respetivos valores, e apresentava conhecimento sobre o regime dietético durante a gravidez, principalmente no momento atual, tendo como indicação repouso no leito.

O facto de ter sido realizada administração de corticoterapia, influência também os valores de glicemia, sendo as principais complicações o difícil controlo da glicemia em diabéticos e a hiperglicemia induzida pela presença dos corticoides (Almeida, Melo & Zago, 2023) que se encontra refletido no aumento dos níveis de glicemia corporal, resistência à insulina periférica, intolerância à glicose e diabetes. Esses medicamentos são os principais causadores de hiperglicemia induzida por fármacos desta natureza (Brunton, Dandan & Knollmann, 2018; Bruno & Ortega Filártiga, 2018; Almeida, Melo & Zago, 2023). Neste caso, o EEESMO deve dotar a grávida de conhecimento para esta provável complicação pela administração dos corticoides.

Face ao descrito anteriormente e à presença das complicações previamente descritas, é importante como futura EEESMO prestar uma excelência de qualidade de cuidados sempre com base na evidência, assim como promover um processo de transição facilitador pela presença da sua nova condição, neste caso a ATPPT.

A gravidez é considerada um momento de transição na vida de uma mulher, no entanto quando ocorre alguma complicação decorrente da gravidez a mulher atravessa por um momento de transição múltipla (Meleis, 2000). De forma a conseguir promover uma adaptação à gravidez com complicações é importante ter presente os processos de transição que a mulher vivencia.

Segundo Afaf Meleis (2015), as transições ocorrem no contexto de vida da pessoa incluindo sempre a sua adaptação, envolvimento, consciencialização face à transição e a presença de estratégias de coping perante eventos críticos de forma a alcançar mestria. A transição é caracterizada pela mudança que ocorre na vida da pessoa. Através desta mudança a pessoa vai ter necessidade de a compreender e integrar, requerendo novas habilidades, sentimentos ou funções, sendo então definida como a passagem de uma fase ou condição de vida para outra (Meleis et al., 2000; Meleis, 2015). Como já mencionada previamente, a experiência da transição leva a que cada indivíduo incorpore novos conhecimentos, altere comportamentos e redefina significados associados a eventos (Meleis et al., 2000).

São quatro os tipos de transição que podem ocorrer na vida de um indivíduo: a transição saúde/ doença, a transição desenvolvimental, a situacional e a organizacional (Meleis et al., 2000). As transições de desenvolvimento são as transições que ocorrem exemplificadas pelas fases da vida sendo manifestadas através da idade, tal como a adolescência ou envelhecimento; ou então pela presença de novos papéis na sua vida, tal como a gravidez, o tornar-se mãe ou o tornar-se pai (Meleis, 2015).

Como abordado anteriormente, quando surge uma complicação decorrente da gravidez, a mulher atravessa uma experiência de transição múltipla. Além da presença de transição do tipo desenvolvimental inerente ao período se se encontra a vivenciar, apresenta também uma transição do tipo saúde/ doença pela presença de um evento crítico. Quando ocorre este tipo de transição inicialmente existe incógnita e incerteza sobre o que irá acontecer, levando desta forma a adoção de novos comportamentos, recursos e estratégias de coping para enfrentar esta nova fase (Meleis, 2015). Indivíduos que consigam

adotar mais facilmente estratégias de *coping*, tornando-se mais resilientes, com maior estabilidade e equilíbrio, levam à existência de mestria nos comportamentos e sentimentos associados ao seu novo papel, vivenciando assim uma transição saudável (Meleis et al., 2000).

Perante os PQCEESMO (2021), a readaptação funcional às novas condições de saúde é um dos enunciados descritivos que o EEESMO deve ter em atenção, sobretudo perante uma gravidez na qual surgiu uma complicação e é necessária uma adaptação não só funcional, mas também emocional e social face à sua nova condição perante os eventos concorrentes do qual a grávida necessita de aprender a viver com e ajustar no seu dia a dia (PQCEESMO, 2021). O EEESMO tem assim um papel significativo na promoção do processo para uma transição saudável, não só pela sua presença, apoio e escuta ativa nos momentos de inquietação, mas também pela dotação de conhecimento e capacidade da grávida, levando ao seu empoderamento.

3.2.2. Adaptação à parentalidade: preparar-se para ser mãe

O EEESMO apresenta também como missão nos cuidados especializados a promoção da saúde e de transições saudáveis, nomeadamente no âmbito da saúde reprodutiva, sexual e ginecológica, perspetivando desta forma uma resposta profissional face à necessidade da mulher e seu convivente significativo. Um dos focos da nossa atenção neste âmbito designa-se por adaptação à parentalidade (PQCEESMO, 2021).

Neste sentido a adaptação à parentalidade tem como objetivo a promoção das competências parentais, de forma a delinear ações de forma a se prepararem no tornar-se mãe e no tornar-se pai e assimilando expectativas da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos adequados ou inadequados do seu papel parental (Cardoso, 2011; ICN, 2019; PQCEESMO, 2021).

Durante o seu exercício profissional, o EEESMO tem o dever de conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar “...*programas de*

preparação completa para o parto e parentalidade responsável.” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562).

Durante o estágio de gravidez com complicações, tive a oportunidade de desenvolver ações para promover a adaptação à parentalidade, principalmente quando as grávidas se encontravam internadas por tempo prolongado. Após a identificação das suas necessidades, prescrevia e implementava posteriormente intervenções no âmbito do ensinar, instruir e treinar. Quando a necessidade identificada se baseava num dos focos de atenção ao qual necessitava de modelo (como por exemplo um boneco do tipo “nenuco” como forma representativa do recém-nascido), no seguinte turno tinha presente o material necessário à ação, como por exemplo, no assegurar a higiene do recém-nascido e manter a pele saudável, ou relativamente aos cuidados inerentes face ao coto do cordão umbilical. Considerei estas ações como uma maior valia para o meu crescimento, conseguindo adquirir capacidade na identificação das suas necessidades e implementar intervenções de forma a conseguir dotar a grávida de conhecimento e capacidade no âmbito da adaptação à parentalidade. Foi significativo ter um feedback muito positivo por parte das grávidas, uma vez que consideravam estes momentos bastante enriquecedores, referindo sentirem-se mais confiantes em si para cuidarem do seu filho e responderem melhor às suas necessidades.

3.3. Vivenciar uma gravidez com complicações: um caso clínico

Como referido no início do presente capítulo, no âmbito da gravidez com complicações, destaco em seguida um caso clínico que me permitiu continuar a aprofundar o meu conhecimento e desenvolver competências como futura EEESMO.

3.3.1. A experiência do internamento da “Teresa”

A Teresa, 26 anos, psicóloga, I Gesta 0 Para, com idade gestacional de 33 semanas e 1 dia, dirigiu-se ao Serviço de urgência de obstetrícia do hospital, por apresentar contratilidade dolorosa e regular. Presença de placenta prévia central total, sem perda sanguínea vaginal. Motivo de admissão no Serviço de Grávidas com complicações por ATPPT. Iniciou de imediato administração de ciclo de corticoterapia, com dexametasona, e tocólise, com início de administração de ciclo de Atosiban.

O seu grupo sanguíneo é AB+. Desconhece alergias. Apresenta como antecedentes Diabetes Gestacional controlada com dieta. Quanto à medicação atual encontra-se a realizar Gestacare® e Tromalyt®. SGB desconhecido, face à idade gestacional.

Trata-se de uma gravidez planeada e desejada. A vigilância da gravidez foi efetuada na sua Unidade de Saúde Familiar e acompanhada em âmbito hospitalar privado. Iniciou o programa de preparação para o parto cerca de duas semanas antes do seu internamento.

O Manuel de 28 anos, é seu companheiro e acompanhante durante o internamento.

Após a abordagem inicial e efetuar a recolha de dados a Teresa, foram identificadas as necessidades dos cuidados especializados de enfermagem, com vista a direcionar o meu foco de atenção, nomeadamente sobre o “Conhecimento sobre complicações durante a gravidez”, “Consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais” e “Conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez” levando-me a enunciar seus diagnósticos e respetivas intervenções apresentados no Quadro 16.

O presente plano de cuidados decorreu durante um turno da tarde (14h-20h) em contexto de um serviço com internamento de grávidas com complicações.

Quadro 16 - Conceção de cuidados especializados centrados no internamento de gravidez com complicações da Teresa

Foco: Conhecimento sobre complicações durante a gravidez	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Teresa verbaliza que com a presença de contratilidade às 33 semanas pode haver probabilidade de o seu bebé nascer mais cedo; - Teresa pretende saber como a ATPPT pode afetar a gravidez e o seu bebé, se nascer mais cedo.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez	
Objetivos: - Melhorar o conhecimento sobre complicações da gravidez.	
Crítérios de Resultado: - A Teresa integre o conhecimento necessário para compreender o impacto da ATPPT na gravidez; - A Teresa integre o conhecimento necessário para compreender o impacto da ATPPT no feto.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
14h00	- Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez - Explicar a relação entre a ATPPT e a gravidez⁴³; - Explicar a relação entre ATPPT e o impacto no feto⁴⁴. - Ensinar sobre relação entre gestão do regime terapêutico e os resultados perinatais - Explicar a relação do uso de corticóides na ATPPT⁴⁵; - Explicar a relação do uso de agentes tocolíticos na ATPPT⁴⁶.
Resultados obtidos: - Teresa verbalizou compreender melhor o que poderá ocorrer com a presença de ATPPT no curso da sua gravidez.	
Foco: Consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso	

⁴³ Define-se ATPPT como a presença de contratilidade uterina frequente e regular, antes das 37 semanas de gestação, não repercutindo alterações ao nível do colo uterino (Lowdermilk & Perry, 2008; Costa et al., 2014; Montenegro & Rezende Filho, 2017). A ameaça de trabalho de parto pode evoluir para trabalho de parto pré-termo, quando ocorre antes das 37 semanas, implicando uma sintomatologia idêntica, mas com a presença de extinção e dilatação do colo uterino (Costa et al., 2014).

⁴⁴ Em situações de evolução de ATPPT para trabalho de parto pré-termo pode haver necessidade de reanimação neonatal, assim como um possível internamento na neonatologia de acordo com a idade gestacional e adaptação à vida extrauterina (SPN, 2018). As complicações neonatais mais frequentes incluem instabilidade térmica, dificuldade alimentar e hipoglicemia, problemas do foro respiratório, icterícia, disfunções neurológicas ou risco de infeção (SPN, 2018).

⁴⁵ A administração do ciclo de corticoterapia antenatal é utilizada com a função de forma a promover a maturação pulmonar do feto, dado reduzir o risco de morte perinatal e neonatal, assim como a síndrome de dificuldade respiratória (SPN, 2018; RCOG, 2022).

⁴⁶ A administração de agentes tocolíticos atuam de forma a reduzir a probabilidade de nascimento até 7 dias após o início do tratamento; podem beneficiar do seu uso grávidas com idade gestacional compreendida entre as 24 semanas + 0 dias e as 34 semanas + 6 dias e que se encontram com ameaça de trabalho de parto pré-termo (Guimarães, Gouveia & Pereira, 2014; NICE, 2015). No presente caso, o agente tocolítico prescrito para a sua administração foi o Atosiban. O Atosiban atua como inibidor dos recetores de ocitocina e a sua administração é realizada via endovenosa (Guimarães, Gouveia & Pereira, 2014; NICE, 2015).

e os resultados perinatais.	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Teresa verbaliza ser <i>“muito difícil para si permanecer tanto tempo no leito”</i> e que <i>“não compreende a sua necessidade”</i> .	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais	
Objetivos: - Melhorar a consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais.	
CrITÉRIOS de Resultado: - Teresa compreenda a necessidade de repouso no leito, neste momento.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
14h20	• Analisar a situação atual - Analisar em conjunto com a Teresa os resultados obtidos até ao momento com recurso à gestão do repouso (progresso na gravidez). • Analisar com a Teresa a relação entre o regime de repouso e os resultados perinatais - Explicar os benefícios atribuídos ao repouso no leito⁴⁷; - Demonstrar os resultados obtidos até ao momento.
Resultados obtidos: - Teresa verbalizou compreender a necessidade de permanecer no leito, referindo querer o melhor para o seu bebé. - Após cerca de duas semanas com indicação de repouso absoluto no leito, foi alterada a indicação para repouso relativo, podendo deslocar-se à casa-de-banho em cadeira de rodas.	
Foco: Conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez (obstipação).	
Dados relevantes para o diagnóstico: - Teresa refere encontrar-se obstipada, referindo que o seu padrão habitual será de dois em dois dias e, neste momento, não apresenta dejeções há quatro dias. - Teresa associa a obstipação ao facto de se encontrar em repouso no leito; - Teresa gostaria de saber que estratégias poderia utilizar para regularizar trânsito intestinal.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre a autogestão dos efeitos colaterais da gravidez (obstipação)	
Objetivos: - Melhorar o conhecimento sobre a autogestão dos efeitos colaterais da gravidez (obstipação).	
CrITÉRIOS de Resultado: - Teresa compreenda a associação dos efeitos colaterais da gravidez (obstipação); - Teresa integre conhecimento necessário para autogerir os efeitos colaterais da gravidez (obstipação) considerados desagradáveis.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
15h00	• Ensinar sobre efeitos colaterais da gravidez - Explicar condições concorrentes para a obstipação⁴⁸.

⁴⁷ Encontram-se descritos possíveis benefícios ao repouso no leito, tais como a redução da contratilidade e o prolongamento da gravidez (Fox et al., 2009).

	• Ensinar sobre a autogestão de sintomas - Explicar estratégias de autogestão da obstipação⁴⁹.
Resultados obtidos: - Teresa verbalizou compreender quais as condições que levavam ao risco de obstipação na gravidez. - Teresa alterou a sua alimentação, ingerindo maior quantidade de água e alimentos mais ricos em fibra, principalmente ameixa, regularizando desta forma o trânsito intestinal. - Teresa apenas solicitou uma vez a colocação de Microlax® quando se encontrava em repouso absoluto no leito.	

No domínio da “Adaptação à Parentalidade” foram foco da minha atenção o “Conhecimento sobre higiene do recém-nascido: (coto do cordão umbilical)” e “Capacidade sobre higiene do recém-nascido: (coto do cordão umbilical)”, enunciado os seus diagnósticos e respetivas intervenções, que se encontram presentes no Quadro 17.

Quadro 17 – Adaptação à parentalidade: Diagnósticos de enfermagem e intervenções

Foco: Conhecimento sobre higiene do Recém-nascido: (coto do cordão umbilical)	
Atividades de diagnóstico: - Avaliar evolução do conhecimento sobre higiene do recém-nascido.	
Dados relevantes para o diagnóstico: -Teresa refere já ter observado o coto do cordão umbilical do seu sobrinho, no entanto não sabe quais os cuidados que terá a ter com o mesmo.	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar o conhecimento sobre higiene do recém-nascido: (coto do cordão umbilical)	
Objetivos: - Promover papel parental desenvolvimental: higiene do recém-nascido, sobre o coto do cordão umbilical.	
Crítérios de Resultado: - Teresa integre conhecimento necessário sobre a higiene do recém-nascido, para a higiene sobre coto do cordão umbilical.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
18h00	• Ensinar sobre higiene do coto do cordão umbilical - Explicar a evolução do coto do cordão umbilical⁵⁰;

⁴⁸ Os distúrbios do trato gastrointestinal são comuns na gravidez, sendo que a obstipação surge em segundo lugar, sendo ultrapassada apenas pela náusea como a queixa gastrointestinal mais comum na gravidez (Cullen & O'Donoghue, 2007). O aumento dos valores de progesterona, provocando a perda do tônus muscular e diminuição do peristaltismo, produz um aumento da absorção da água ao nível do cólon e pode provocar obstipação (Lowdermilk & Perry, 2008); efeitos mecânicos do crescimento do feto e placenta, assim como alterações ao nível de hábitos alimentares (nomeadamente baixa ingestão de líquidos e fibras) ou nível de atividade física, neste caso concreto o repouso no leito, são fatores concorrentes para o aumento do risco de obstipação (Cullen & O'Donoghue, 2007; Lowdermilk & Perry, 2008).

⁴⁹ Proceder a ajustes na alimentação é uma das estratégias: a dieta deve incluir a promoção da ingestão adequada de ingestão de líquidos, tais como a água ou sumos naturais de fruta, e alimentos ricos em fibra, encontrada em vegetais, nozes, frutas (tais como kiwi ou ameixa) e grãos integrais, tendo sempre em atenção os gostos e opções da grávida (OMS, 2016). No caso em concreto, uma vez que a grávida não poderia realizar exercício físico, caso o ajuste na dieta não surtisse efeito, pode ser considerado o uso intermitente de laxantes (OMS, 2016).

	- Explicar o tempo médio para a queda do coto do cordão umbilical⁵¹; - Explicar a frequência da higiene do coto e da pele peri-umbilical⁵² - Explicar como realizar <i>dry care</i>⁵³; - Explicar os cuidados à pele após queda do coto do cordão umbilical⁵⁴ - Explicar sinais de alarme⁵⁵.
Resultados obtidos:	
- Teresa enuncia sem dificuldade os cuidados inerentes ao coto do cordão umbilical.	
Foco: Capacidade sobre higiene do Recém-nascido: (coto cordão umbilical)	
Atividades de diagnóstico:	
- Avaliar evolução da capacidade sobre higiene do recém-nascido (coto cordão umbilical).	
Dados relevantes para o diagnóstico:	
- Teresa refere que após ter conhecimento sobre os cuidados ao coto do cordão umbilical gostaria de executar para <i>“ter alguma prática”</i> (sic).	
Diagnóstico de Enfermagem: Potencial para melhorar a capacidade sobre higiene do recém-nascido: (coto cordão umbilical)	
Objetivos:	
- Promover papel parental desenvolvimental: higiene do recém-nascido, sobre o coto do cordão umbilical.	
Crítérios de Resultado:	
- Teresa executa a higienização do coto do cordão umbilical.	
Início	Intervenções de Enfermagem (atividades que concretizam a intervenção)
18h40	• Instruir a tratar do coto do cordão umbilical - Demonstrar como lavar o coto do cordão umbilical⁵⁶; - Demonstrar como secar o coto do cordão umbilical⁵⁷. • Treinar a tratar do coto do cordão umbilical - Fornecer manequim e material necessário (compressas e água), após Teresa enumerar quais os produtos necessários (por se encontrar com indicação de repouso no leito); - Com recurso a um modelo, Teresa executa o tratamento do coto

⁵⁰ Inicialmente o coto do cordão umbilical apresenta-se gelatinoso, com coloração branco-azulada, adquirindo com o passar do tempo uma coloração cada vez mais escurecida. Este é considerado um processo natural e fisiológico que ocorre à medida que o coto seca e se desprende da pele (Cardoso et al., 2024).

⁵¹ Em média o coto do cordão umbilical apresenta a sua queda entre o 5.º ao 14.º dia após o nascimento (Cardoso et al., 2024).

⁵² A limpeza do coto do cordão umbilical encontra-se recomendada pelo menos uma vez por dia, de forma a manter-se limpo e seco (a humidade traduz-se no principal fator contribuinte para a infeção); em caso de humidade, com presença de secreções ou sujo com fezes ou urina, a sua higienização deve ser sempre realizada (Cardoso et al., 2024). Cada vez que ocorre a troca da fralda é uma oportunidade para observar como se apresenta o coto do cordão umbilical.

⁵³ O cuidado ao coto cordão umbilical é recomendado pelo menos uma vez por dia, para que fique limpo e seco (OMS, 2022). A sua limpeza pode ser realizada durante o banho com água e sabão neutro ou com água e compressa, secando posteriormente (SPN, 2023), ou seja, o princípio *dry care* é manter o coto do cordão umbilical sempre limpo e seco. É recomendado que a fralda não cubra o coto do cordão umbilical, fechando desta forma a fralda abaixo do coto do cordão umbilical, realizando uma dobra caso necessário, uma vez que quando molhada ou suja, além de atrasar a cicatrização, promove o desenvolvimento de infeções (Lowdermilk & Perry, 2008; Cardoso et al., 2024).

⁵⁴ Após queda do coto do cordão umbilical, encontra-se recomendada a limpeza da zona umbilical até que esta se encontre devidamente cicatrizada, podendo ser utilizado soro fisiológico ou compressas para o efeito (Cardoso et al., 2024).

⁵⁵ Deve ser observado se existe presença de sinais de infeção, ou seja, onfalite, no qual surge: rubor e edema na base do coto do cordão umbilical, calor, odor fétido e presença de secreções purulentas/ esverdeadas (Lowdermilk & Perry, 2008; Cardoso et al., 2024). O atraso na queda do coto do cordão umbilical superior a três semanas também deve ser tido em consideração (Cardoso et al., 2024).

⁵⁶ O coto do cordão umbilical deve ser limpo da volta da base do mesmo, do local de inserção para a extremidade, no banho ou com compressas e água morna (Lowdermilk & Perry, 2008; SPN, 2023; Cardoso et al., 2024).

⁵⁷ O coto do cordão umbilical deve ser seco na mesma ordem pelo qual é limpo.

	umbilical.
Resultados obtidos: - Teresa executou o tratamento do coto do cordão umbilical, inicialmente com alguma insegurança, mas à medida que foi experienciando no manequim realizou o procedimento com maior destreza.	

Com a elaboração do presente caso clínico tive a oportunidade de aprofundar a aquisição de competências e conhecimento face à grávida com ATPPT e com presença de placenta prévia central total, podendo observar a relevância do trabalho em equipa multidisciplinar, de forma a obter resultados favoráveis tanto para a mulher, como para o feto (OMS, 2017).

Algumas das intervenções que executei encontravam-se resultantes da prescrição. Considero que a aquisição de conhecimento permitiu-me saber o porquê da sua realização e os timings dos ciclos na sua administração, para atuar de forma precisa num evento desta dimensão, desenvolvendo assim, não só a minha competência teórica, mas também a minha competência técnica. Senti um maior à vontade neste caso, uma vez que o meu primeiro estágio tendo ocorrido no bloco de partos e vivenciado situações da mesma natureza, me preparou e deu maior conhecimento e capacidade na tomada de decisão.

Deve ser criado um relacionamento de confiança e mantido sempre presente que a grávida tem o direito não só à informação sobre a sua condição de saúde, mas também a expor e discutir as suas preocupações num ambiente seguro e no qual se sinta confiante (OMS, 2017). Face ao internamento prolongado, na maioria das mulheres, foi possível estabelecer uma relação terapêutica, atender às suas necessidades físicas e emocionais, e proporcionar apoio num momento que para si é crucial e significativo, de forma a promover uma transição saudável, face a esta nova condição.

Através da realização das ações para promoção da parentalidade, constatee uma grande adesão por parte das grávidas, no presente caso clínico; a grávida referia que os momentos nos quais se realizava preparação para a parentalidade apresentavam uma mais-valia para si, por ser um momento de aprendizagem e de preparação para o futuro, demonstrando em cada dia

disponibilidade para aprender, sempre que era possível. Sendo uma das competências específicas do EEESMO sinto que foi uma oportunidade também para adquirir não só competência, mas também capacidade na sua realização.

Outro ponto que gostaria de abordar é a promoção da ligação pai-filho. A Ligação pai-filho é definida pela CIPE™ como *“Ligação entre cuidador e criança: estabelecimento de uma relação afetiva entre mãe/pai e a criança.”* (ICN, 2019, p.81). Face ao atual caso clínico, quando o companheiro da grávida se encontrava presente, questionava se gostaria de ouvir o seu filho e quando a sua resposta era positiva, colocava o CTG com som para que o casal tivesse um momento conjunto a auscultar o batimento cardíaco fetal.

4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

No decorrer do estágio foram diversas as oportunidades de aprendizagem, com aquisição de conhecimento e competências diferenciadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nomeadamente no âmbito da gravidez com complicações e adaptação à parentalidade, no trabalho de parto e no âmbito do pós-parto e transição para a parentalidade.

No presente capítulo irei realizar, como o próprio título indica, uma abordagem crítico-reflexiva face à minha aquisição e desenvolvimento de competências em continuidade às reflexões que já fui expondo ao longo do presente documento, nos diferentes módulos, com base no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio) e tendo sido possível colocar em prática quase todos os critérios de avaliação que se encontram descritos no respetivo documento.

Como já abordado previamente, uma das competências do EEESMO destaca-se por cuidar da mulher “*...inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto...*” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562). Face a esta competência destaco que o EEESMO tem o dever de agir de “*...acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado*”.

Um dos pontos que desenvolvi passava por questionar “De que forma imaginou o seu trabalho de parto?” permitindo à parturiente e ao seu convivente significativo, sendo a maioria das vezes o companheiro, descrever o que idealizaram naquele momento, transformando-se assim este o plano que gostariam no momento do seu parto. Acima de tudo, conseguia obter uma visão sobre a parturiente, as suas expectativas individuais, os seus valores e as ideias sobre os momentos e aspetos mais significativos para si, assim como na sua capacidade de gerir o seu próprio parto, de forma a conseguir ir ao

encontro às suas vontades e permitindo-me atuar com vista a proporcionar uma experiência de parto única e positiva, mantendo sempre a segurança da parturiente e do feto. No contexto clínico constatei que quando a parturiente apresentava o seu plano de parto em formato papel, o mesmo era colocado no processo, a informação transmitida aquando a passagem de turno e o EEESMO tinha o cuidado de proceder à sua leitura antes de abordar a parturiente; no entanto, na grande maioria das vezes, quando não existia de formato físico era pouco frequente abordar na passagem de turno quais as expectativas e os desejos da parturiente, sendo desta forma importante a sensibilização dos profissionais para a transmissão dessa informação de forma a evitar questões repetitivas e ter conhecimento de como pretende lidar com o seu trabalho de parto.

Ainda no que concerne à competência de atuação no trabalho de parto, destaco também o critério no qual o EEESMO *“Avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”* (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). Após a dequitação, o canal de parto era inspecionado de forma a observar a sua integridade. Como técnica de correção, abordo a episiorrafia que se caracteriza pela sutura da episiotomia (Montenegro & Rezende-Filho, 2017) e a correção das lacerações perineais ocorridas. Suturar exige trabalho, treino e aperfeiçoamento. Após referência na reflexão do caso clínico 4, à minha experiência aquando da realização da episiotomia, gostaria de abordar a forma como decorreu a minha evolução face à aplicação das técnicas de correção. A minha orientadora contribuiu em muito para a minha aquisição de competência e evolução, não só por me ter facultado um kit de sutura, de forma a poder treinar em casa, mas também pela exigência contínua aquando da sua realização. Na primeira vez, observei a sua correção, começando a suturar logo em seguida. Refiro que inicialmente apresentava maior dificuldade na sua execução, principalmente quando os tecidos se apresentavam mais sangrantes e friáveis, mas posteriormente com a prática fui adquirindo maior competência e mestria na sua execução. Durante o estágio realizei seis episiorrafias, sete correções de laceração perineal de 1.º grau e quinze correções de laceração

perineal de 2.º grau. Dentro destes tive a oportunidade de realizar na camada da pele sutura com pontos Donatti e sutura intradérmica.

Durante a correção do trauma perineal o controlo da dor é fundamental. Nas parturientes com presença de cateter epidural era realizado um bólus extra de analgesia antes de proceder à sutura, mas destaco dois casos em que ocorreu laceração (uma de 1.º grau e uma de 2.º grau) em parturientes sem presença de cateter epidural. Nestas situações procedia à infiltração da área a suturar com lidocaína a 2% (Cunningham et al., 2014) antes de iniciar o procedimento, verificando sempre se a mulher já não sentia dor aquando da sua execução.

Quanto ao critério *“Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina”* (Regulamento n.º 391/2019, p.13563) o EEESMO deve avaliar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina segundo o Índice de Apgar. Nas primeiras duas horas pós-parto era observado se havia presença de sinais de dificuldade respiratória, tais como gemido, adejo nasal, tiragem costal ou cianose central; no qual destaco o caso de um recém-nascido, após parto distócico auxiliado por ventosa, que aos quarenta minutos de vida iniciou quadro de gemido e adejo nasal, tendo revertido após o seu aquecimento em contato pele com pele com a mãe.

Após o parto, tanto a mãe como o recém-nascido vivenciam um momento único e especial. O contacto pele com pele promove a exploração e a ligação do recém-nascido, através dos comportamentos inatos presentes nos nove estádios do contato pele com pele (Bramson et al., 2010; Widström et al., 2019; Brimdyr et al., 2020). Este deve ser promovido de forma a não ser interrompido para a realização dos cuidados de rotina, tais como a monitorização do peso logo após o nascimento, a administração de vitamina K ou aplicação de profilaxia ocular. No entanto, observei que nem sempre o mesmo era concretizado, sobretudo aquando partos distócicos por ventosa em que após o corte do cordão umbilical o recém-nascido era colocado no reanimador, após o consentimento da mãe, enquanto observado pelo pediatra.

No âmbito do período de puerpério, o Regulamento de competências refere que o EEESMO tem o dever de *“Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”* (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). Ora face a esta competência um dos tópicos que gostaria de refletir passa pelo ponto no qual o EEESMO *“Identifica e monitoriza o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”* (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). Face a este critério o ponto que gostaria de abordar passa pela monitorização do peso do recém-nascido, cuja intervenção é realizada todos os dias no turno da manhã, por indicação do pediatra, salvo em situações em que o recém-nascido apresente menos de 24 horas de vida.

É expectável que recém-nascidos saudáveis e alimentados de forma exclusiva com leite materno percam peso nos primeiros dias após o seu nascimento. Fisiologicamente, é considerado uma perda ponderal até 10% do peso que o recém-nascido apresentava ao nascimento, recuperando posteriormente o mesmo nas primeiras duas a três semanas de vida (Lowdermilk & Perry, 2008; NICE, 2017; SPN, 2023).

A sua primeira monitorização encontra-se recomendada ao nascimento, após a concretização dos nove estádios do contacto pele com pele, e a seguinte por volta da primeira semana de vida, caso não exista nenhuma condição que cause preocupação, tal como a dificuldade na mamada ou presença de reflexo de sucção diminuído (NICE, 2021b), no entanto, observei que todas as manhãs o recém-nascido era pesado causando inquietação e ansiedade à mãe e ao pai (Levy & Bértolo, 2012), referindo muitas vezes *“já perdeu peso desde que nasceu”* e *“provavelmente é o meu leite que não está a sustentar”*, levando sobretudo a mãe a pôr em causa a sua capacidade em amamentar o recém-nascido. Desta forma, é importante o EEESMO desconstruir ideias pré-concebidas e focar na avaliação da amamentação. É essencial, quando ocorre esta situação, reforçar os benefícios do aleitamento materno exclusivo, reforçar os sinais de uma boa pega e o reflexo de sucção adequado, a frequência e duração de mamadas, assim como os sinais de saciedade. Senti que muitas

puérperas, nesta fase, necessitavam que validasse o seu conhecimento e a sua capacidade na amamentação.

Quero com isto refletir que a monitorização de peso diário é importante em situações de prematuridade ou dificuldade nas mamadas; no entanto não deve ser algo transversal e, fora as situações supramencionadas, o mais indicado seria desta forma a monitorização do peso ao nascimento e posteriormente na data alta.

Gostaria ainda de abordar o critério no qual o EEESMO *“Informa e orienta a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto”*, (Regulamento n.º 391/2019, p.13563). uma vez que no meu estágio, maioritariamente me deparava com situações nas quais, no momento em que a puérpera era abordada sobre a temática, a sua grande maioria referia *“não ter pensado sobre o assunto”* ou desconhecer que método contracetivo poderá ser utilizado no período pós-parto.

De facto, a abordagem inicial sobre a contraceção no pós-parto deve ser realizada durante o período pré-natal, de forma a todas as mulheres terem acesso a informações claras sobre cada método contracetivo para posterior tomada de decisão sobre o método para si mais adequado a adotar, sendo que idealmente a decisão sobre o método de contraceção posterior deve ser tomada ainda durante a atual gravidez, de forma a evitar uma gravidez subsequente não programada⁵⁸ (Sociedade Portuguesa de Contraceção [SPDC], 2020; Leal et al., 2023).

Durante o meu estágio, aquando do momento da alta, a maioria das puérperas demonstravam-se disponíveis para adquirir a informação relativa à contraceção, optando na sua maioria pela pílula progestativa. No entanto, também presenciei puérperas que referiam *“nem sequer quero pensar sobre isso agora”*, não apresentando disponibilidade para aprender naquele

⁵⁸ O aconselhamento sobre como pretende prevenir uma nova gravidez é universal, no entanto deve apresentar-se uma maior atenção às mulheres que apresentem complicações obstétricas, aos grupos mais vulneráveis, as adolescentes, ou parturientes com co-morbididades (SPDC, 2020). O melhor método para cada parturiente deve ir ao encontro aquele que combine alta taxa de segurança com a vontade da parturiente em realizá-lo e mantê-lo durante o tempo que assim pretender (Leal et al., 2023).

momento. Com isto, quero referir a importância da abordagem dos métodos contraceptivos, ainda no período pré-natal, para que a mulher tenha o conhecimento necessário integrado sobre os métodos existentes e seja mais fácil a sua posterior decisão.

No âmbito da gravidez com complicação o EEESMO cuida da “...*mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal*” (Regulamento n.º 391/2019, p.13562). De facto, e não me querendo tornar repetitiva, pelas reflexões já realizadas no capítulo três, no contexto do internamento de grávidas de risco é implementado um conjunto de intervenções com vista a monitorizar o bem-estar materno e fetal, tal como a monitorização e vigilância do CTG, mediante a idade gestacional, uma vez por turno. Destaco que nesta fase, sendo a gravidez com complicações o meu último estágio, me senti à vontade e confiante na sua interpretação.

Este estágio proporcionou-me a aquisição de competências e habilidades face à promoção da gravidez com complicações, de forma a identificar os sinais e sintomas a ter em atenção, mediante cada condição de complicação. O trabalho em equipa multidisciplinar é fundamental para a obtenção de resultados materno-fetais favoráveis e foram diversas as experiências, diferentes entre si, que me proporcionaram não só aquisição de conhecimento, mas também uma evolução face à minha habilidade prática. Considero que por ter decorrido após o do bloco de partos, me senti mais à vontade e confiante mediante as situações que surgiam.

Reforço ainda o apoio emocional à grávida, devendo ser sempre encorajada a expressar os seus sentimentos através do estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança (Lowdermilk & Perry, 2008). Perante os PQCEESMO (2021) a relação terapêutica é considerada como um dos pontos essenciais para que a cliente se torne proativa na promoção da sua nova condição e adaptação às novas condições. Foi importante, demonstrar sempre disponibilidade e ter sempre em atenção o respeito pelas escolhas da mulher e

das suas necessidades individuais, pois muitas vezes elas necessitavam apenas da nossa presença e escuta ativa. A relação terapêutica desenvolvida na prestação dos cuidados permitiu-me identificar as necessidades específicas a cada mulher, direcionando os meus cuidados prestados. O respeito pelo cliente dos nossos cuidados, neste caso a grávida, deve sempre constituir o princípio orientador das boas práticas (PQCEESMO, 2021).

A pertinência do EEESMO é ainda denotada face à promoção do autocuidado, promoção do autocontrolo e promoção da mestria, fatores integrantes aos Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. No decorrer do meu percurso adquiri competências que me permitiram identificar necessidades centradas não só no conhecimento, assim como nas suas capacidades, autoeficácia, consciencialização e disponibilidade para aprender, nomeadamente face ao lidar com o trabalho de parto, perante as competências parentais ou adaptação à gravidez na presença de complicações (PQCEESMO, 2021).

Além das competências diferenciadas que se encontram descritas no Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica que fui abordando no presente capítulo, o EEESMO apresenta competências comuns essenciais ao exercício profissional.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, denominado Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, as competências comuns encontram-se definidas como as competências “...*partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria*” (p. 4745). Dos seus domínios à aquisição de competências são parte integrante: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º

140/2019). Ora durante o estágio demonstrei uma prática ética, profissional e segura; avaliando as melhores práticas, sempre suportadas em evidência científica, assim como nas preferências dos meus clientes; mantendo um ambiente seguro centrado na mulher, no recém-nascido e no seu convivente significativo e de forma a realizar uma gestão de cuidados otimizada a cada pessoa.

CONCLUSÃO

No decorrer do meu percurso de estágio de natureza profissional foram diversos os momentos oportunos à aquisição de conhecimento e de competências ao longo dos três módulos do estágio: o bloco de partos, o internamento de grávidas de risco/ medicina materno-fetal e o serviço de internamento de puerpério. Embora não tenha conseguido abordar durante o meu relatório todas as oportunidades que me foram surgindo, destaco algumas que me permitiram o desenvolvimento de competências específicas, não só relativamente ao conhecimento adquirido, mas também face à evolução no desempenho das minhas habilidades práticas; que promoveram a reflexão crítica, sempre baseado em evidência científica, e levaram à concretização dos objetivos propostos. No entanto, algumas práticas decorreram em concordância com os protocolos institucionais.

Cada mulher e seu acompanhante possuem as suas crenças, necessidades e expectativas, sendo importante adaptar o nosso plano de cuidados em função da pessoa, *tornando* a comunicação entre o cliente e o EEESMO essencial. De forma a ponderar sobre os mesmos, considero importantes os momentos de reflexão que foram proporcionados pela minha tutora, onde desta forma eram abordadas as necessidades individuais de cada pessoa e nos quais era discutido *sobre* o que fazer, como fazer e quando o fazer, salientando a especial reflexão e apoio nas situações de IMG.

Relativamente às dificuldades sentidas, tal como fui mencionando ao longo do relatório, as mesmas prendiam-se à componente técnico-prática, nomeadamente na realização do exame vaginal e realização da episiotomia e perineorrafia, tendo sido estes os grandes desafios, pois embora a prática no curso e o treino em casa tenha sido considerado facilitador, em termos de prática clínica a sensação tátil demonstrava ser diferente. No entanto, através do apoio da minha tutora e das estratégias delineadas para que me ajudassem a progredir, consegui ultrapassar estes desafios com mestria.

Quanto ao critério para a implementação da mobilidade e verticalidade, destaco a variedade fetal posterior persistente, com influência na evolução do trabalho de parto, que apresentou uma grande relevância no meu estudo. Através da revisão da literatura efetuada, recorrendo aos diferentes motores de busca, permitiu-me refletir de forma mais aprofundada sobre a atuação do EEESMO em trabalho de parto, quando o feto apresenta variedade occipito-posterior, demonstrando a necessidade do conhecimento existente e a sua aplicação à prática clínica. Embora seja consensual entre os diferentes autores presentes na revisão que a prática da mobilidade durante o trabalho de parto, além de uma intervenção não invasiva, é inofensiva para a parturiente e para o feto, independentemente dos benefícios que daqui advenham, relativamente às posições e mobilidade da parturiente que possam contribuir para a evolução do trabalho de parto quando o feto se apresenta em occipito-posterior, foram vários os resultados que obtive, no entanto verificou-se que a posição de SIMS com a coluna vertebral do feto na direção do decúbito da parturiente foi a que reuniu maior consenso de eficácia nos estudos. Face ao descrito e, em concordância por parte de vários autores, é necessário produzir mais conhecimento sobre a temática.

O conhecimento não é estanque e novas evidências surgem no dia a dia, como tal é importante referir a relevância de nos questionarmos sempre, renovando o nosso saber e manter o conhecimento atual, baseado na evidência científica mais atual. Cuidados prestados baseados na evidência, são cuidados de excelência face aos nossos clientes.

O presente relatório culmina assim a minha jornada como estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, tendo sido uma etapa repleta de desafios, mas que me permitiram adequar estratégias para os conseguir enfrentar e ultrapassar com sucesso. Considero esta jornada não só recompensadora a nível profissional, mas também muito enriquecedora a nível pessoal graças a todas as pessoas que passaram pela minha vida e contribuíram de certa forma para o meu crescimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinart, L. M., & Lukasse, M. (2017). *Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>
- Akin, B., & Saydam, B. K. (2020). *The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes*. *Explore*, 16(5), 310-317. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.05.017>
- Almeida, G. X., de Melo, N. F. S., & Zago, P. M. W. (2023). *Efeitos adversos decorrentes da terapia prolongada com corticosteroides*. <https://dx.doi.org/10.31533/pubsauade14.a441>
- Almeida, M. do Céu, S., Barreto, M. B., & Rocha, R. A. (2017). *Consenso “diabetes gestacional”: Atualização 2017*. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/i023590.pdf>
- Almeida, M. E. M., Mendes, S. S., de Vasconcelos Oliveira, N. M., Neto, J. A. V., Lopes, L. G., & Vasconcelos, C. T. M. (2023). *Peanut Ball Utilization Protocols in Women During Labour and Delivery: An Integrative Review*. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 45(11). <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2023.07.005>
- American College of Nurse-Midwives. (2016). *Providing Oral Nutrition to Women in Labor*. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 61(4). 528-534. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12515>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). *Committee on practice bulletins – Obstetrics “Induction of labour”*. *Obstetrics and Gynaecology*, 107, 114:386. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2009/08/induction-of-labor>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Practice bulletin no. 183: Postpartum hemorrhage*. *Obstet Gynecol*, 130(4), e168-e186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>
- Anjos, A. M. dos, & Gouveia, H. G. (2019). *Presença do acompanhante durante o processo de parturição e nascimento: Análise da prática*. *Revista Enfermagem*, 27, 38686. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.38686>
- Araújo, K. B., Abinader, E. O., de Oliveira Martins, A. L., de Araújo, G. A., de Souza Brandão, K., & da Silva Xisto, V. H. (2020). *Cuidado de enfermagem ao recém-nascido em fototerapia, o que as evidências*

- revelam: revisão integrativa. Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 10(32), 259-268. <https://10.24276/rrecien2020.10.32.259-268>
- Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Ayres de Campos, D. & Machado, L. (2014). Corticoterapia antenatal para estimulação da maturidade fetal. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. Ayres de Campos, *Protocolos de Medicina Materno – Fetal* (pp. 76 – 77). Lidel.
- Ayres de Campos, D. (2014). Hiperestimulação uterina. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. Ayres de Campos, *Protocolos de Medicina Materno – Fetal* (pp. 228). Lidel.
- Ayres de Campos, D.; Amaral, A.; Mateus, M.; Faria, A. (2014). Cuidados Assistenciais de Rotina Durante o Trabalho de Parto. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. Ayres de Campos, *Protocolos de Medicina Materno – Fetal* (pp. 209 – 212). Lidel.
- Ayres de Campos, D.; Loureiro, T.; Montenegro, N. (2014). Placenta prévia – Diagnostico e orientação clínica. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. Ayres de Campos, *Protocolos de Medicina Materno – Fetal* (pp. 165 – 167). Lidel.
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachar, E. (2015). *FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Bahmaei, H., Mousavi, P., Haghighizadeh, M. H., & Iravani, M. (2023). *The Impact of Maternal Position in Labor on Occiput-Posterior Position of Fetus and Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Without Epidural Analgesia. Journal of Family & Reproductive Health*, 17(2), 86. <https://10.18502/jfrh.v17i2.12871>
- Bastos, Z. (2005). *Multidisciplinaridade e Organização das Unidades de Dor Crónica*. Permanyer Portugal. [https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/flip/Multidisciplinaridade e Organizacao das Unidades de Dor Cronica/inicio.html#p=2](https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/flip/Multidisciplinaridade_e_Organizacao_das_Unidades_de_Dor_Cronica/inicio.html#p=2)
- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). *Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007412.pub5>
- Berry, S.N. (2022). *The Trauma of Perinatal Loss: A Scoping Review. Trauma Care*, 2, 392–407. <https://doi.org/10.3390/traumacare2030032>

- Blumer, I., Hadar, E., Hadden, D. R., Jovanović, L., Mestman, J. H., Murad, M. H., & Yogev, Y. (2013). *Diabetes and pregnancy: an endocrine society clinical practice guideline. The journal of clinical endocrinology & Metabolism*, 98(11), 4227-4249. <https://10.1210/jc.2013-2465>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). *Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Bombas, T., Branco, M., Franco, S., Gomes, P., Galhano, E., Fonseca, E., Ramalho, C., Pacheco, A., Alves, M. J., Carvalho, R., Centeno, M., Araújo, C., Mártires, E. (2017). *Recomendações clínicas na interrupção médica de gravidez no 2.º e 3.º trimestre e na morte fetal. Acta Obstet Ginecol Port*, 11(2), 132-143. <https://www.spdc.pt/spdc2017/images/13-guidelines.pdf>
- Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355-physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227-245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>
- Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. L. (2010). *Effect of early skin-to-skin mother—Infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. Journal of human lactation*, 26(2), 130-137. <https://doi.org/10.1177/0890334409355779>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. M. (2020). *The nine stages of skin-to-skin: practical guidelines and insights from four countries. Maternal & child nutrition*, 16(4), e13042. <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Bruno, F. J., & Ortega Filártiga, E. (2018). *Incidencia de hiperglicemia en pacientes con corticoterapia. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 5(2), 38-44. [https://10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05\(02\)38-044](https://10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05(02)38-044)
- Brunton, L.L., Dandan, R.H., & Knollmann, B.C. (2018) *As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman*. (13th ed.) Porto Alegre, RS: ARTMED.
- Bueno-Lopez, V., Fuentelsaz-Gallego, C., Casellas-Caro, M., Falgueras-Serrano, A. M., Crespo-Berros, S., Silvano-Cocinero, A. M., & Terré-Rull, C. (2018). *Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: a randomized clinical trial. Birth*, 45(4), 385-392. <https://doi.org/10.1111/birt.12347>

Calais – Germain, B., Vives Parés, N. (2007). *Parir en movimiento*. La liebre de marzo.

Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C. & Grilo A. R. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, A. (2011). *Tornar-Se Mãe, Tornar-Se Pai - Estudo Sobre A Avaliação Das Competências Parentais*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae tornar-se%20pai Estudo%20sobre%20avaliacao%20competências%20parentais.pdf>

Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S. & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à Parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Castel, P., Bretelle, F., d'Ercole, C., & Blanc, J. (2019). *Variétés postérieures au cours du travail: mécanique obstétricale, diagnostic et prise en charge*. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 47(4), 370-377. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2019.02.002>

Castro, V. D. P., Fonseca, J. S. R., Durans, K. C. N., Silva, D. S., da Silva, J. V., & Pasklan, A. N. P. (2022). *Percepção das parturientes sobre a importância do acompanhante no parto e pós-parto*. *Research, Society and Development*, 11(6), e10911628843-e10911628843. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.28843>

Cheffer, M. H., Nenevê, D. A., & Oliveira, B. P. (2021). *Assistência de enfermagem frente às mudanças biopsicossociais da mulher no puerpério: uma revisão da literatura*. *Varia Scientia-Ciências da Saúde*, 6(2), 157-164. <https://doi.org/10.48075/vscs.v6i2.26526>

Costa, A.; Calado, E.; Rodrigues, T.; Montenegro, N. (2014). Ameaça de parto pré-termo. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. Ayres de Campos, *Protocolos de Medicina Materno – Fetal* (pp. 81 – 82). Lidel.

Costa, P. C. P. D., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2016). *Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25, e4550015. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004550014>

- Coutinho, J.; Castro, T.; Rodrigues, T.; Montenegro, N. (2014). Maturação cervical e Indução de trabalho de parto. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. Ayres de Campos, *Protocolos de Medicina Materno – Fetal* (pp. 217 – 220). Lidel.
- Cullen, G., & O'Donoghue, D. (2007). *Constipation and pregnancy. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 21(5), 807-818. <https://10.1016/j.bpg.2007.05.005>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Blomm, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J.S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., Sheffield, J. S. (2014). *Obstetrícia de Williams*. AMGH editora.
- Delgado, A., Amorim, M. M., Oliveira, A. D. A. P., Amorim, K. C. S., Selva, M. W., Silva, Y. E., ... & Katz, L. (2024). *Active pelvic movements on a Swiss ball reduced labour duration, pain, fatigue and anxiety in parturient women: a randomised trial. Journal of Physiotherapy*, 70(1), 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.11.001>
- Desbriere, R., Blanc, J., Le Dû, R., Renner, J. P., Carcopino, X., Loundou, A., & d'Ercole, C. (2013). *Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial. American journal of obstetrics and gynecology*, 208(1), 60-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.10.882>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Registo de Indicações de Cesariana. Norma nº 001/2015 de 19/01/2015.* https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/DGS_001_2015%2001.2015.pdf
- Direção Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Orientação nº 002/2023 de 10.05.2023.* <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Programa Nacional Para A Diabetes: Desafios E Estratégias.* <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-anos-dos-dados-1277738-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAArySzltzVUY81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Fairlie, T., Zell, E. R., & Schrag, S. (2013). *Effectiveness of intrapartum antibiotic prophylaxis for prevention of early-onset group B streptococcal disease. Obstetrics & Gynecology*, 121(3), 570-577. <https://10.1097/AOG.0b013e318280d4f6>
- Familiari, A., Neri, C., Passananti, E., Di Marco, G., Felici, F., Ranieri, E., ... & Lanzone, A. (2023). *Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective*

cohort study. AJOG Global Reports, 3(1), 100160.
<https://doi.org/10.1016/j.xagr.2023.100160>

Fernández, A. M. (2012). *Efectividad de una modificación de la posición de Sims para el manejo de la presentación occípito-posterior durante la fase de dilatación: Ensayo clínico controlado aleatorizado. REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 4(5).
<https://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/view/948/965>

Ferreira, E., Fernandes, M., Siva, A. R., Silva, A. P., & Maceiras, M. (2023). *Intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no luto paterno na morte fetal e neonatal. Revista de Ciencias da Saúde da ESSCVP*, 15, 2-15. https://www.researchgate.net/profile/Elisa-Ferreira-13/publication/370553530_Intervencao_do_Enfermeiro_Especialista_em_Saude_Materna_e_Obstetrica_no_Luto_Paterno_na_Morte_Fetal_e_Neonatal/links/64555a694af78873525eba4d/Intervencao-do-Enfermeiro-Especialista-em-Saude-Materna-e-Obstetrica-no-Luto-Paterno-na-Morte-Fetal-e-Neonatal.pdf

Ferreira, L. M., Góis, G. M., Faria, M. D. C., & Correia, M. D. J. (1990). *O Luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. Análise Psicológica*, 8, 399-402.
https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2908/1/1990_4_399.pdf

Fox, N. S., Gelber, S. E., Kalish, R. B., & Chasen, S. T. (2009). *The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. American journal of obstetrics and gynecology*, 200(2), 165-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.007>

Garcia, M. J. (2006). *Protocolos em Analgesia Pós-Operatória. https://www.aped-dor.org/images/biblioteca_dor/pdf/Protocolos_em_Analgesia_Pos_Operatoria.pdf*

George, B., & Ledbetter, M. C. (2021). *Does ambulation during first stage of labor reduce the duration of labor and rate of cesarean delivery?. Evidence-Based Practice*, 24(7), 23-24.
<https://10.1097/EBP.0000000000001112>

Goswami, S., Jelly, P., Sharma, S. K., Negi, R., & Sharma, R. (2022). *The effect of heat therapy on pain intensity, duration of labor during first stage among primiparous women and Apgar scores: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Midwifery*, 6.
<https://doi.org/10.18332/ejm/156487>

Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Saccone, G., Della Corte, L., Quist-Nelson, J., Gerkin, R. D., ... & Berghella, V. (2019). *Peanut ball for decreasing*

- length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 242, 159-165.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.09.018>
- Guimarães, M.; Gouveia, A.; Pereira, J. (2014). Tocólise. In N. Montenegro, T. Rodrigues, C. Ramalho & D. Ayres de Campos, *Protocolos de Medicina Materno – Fetal* (pp. 83 – 84). Lidel.
- Guittier, M. J., & Othenin-Girard, V. (2011). *Correcting occiput posterior position during labor: the role of maternal positions. Gynecologie, obstetrique & fertilite*, 40(4), 255-260. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2011.05.006>
- Guittier, M. J., Othenin-Girard, V., De Gasquet, B., Irion, O., & Boulvain, M. (2016). *Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(13), 2199-2207. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13855>
- Hanson, L. (2009). *Second-stage labor care: challenges in spontaneous bearing down. The Journal of perinatal & neonatal nursing*, 23(1), 31-39. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e318196526b>
- Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). *The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. BMC pregnancy and childbirth*, 16, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0876-1>
- 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>
- Hunter, S., Hofmeyr, G. J., & Kulier, R. (2007). *Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). Cochrane database of systematic reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001063.pub3>
- Ibrahim, H. A. F., Said, H. I. I., & Elgzar, W. T. I. (2020). *Effect of upright and ambulant positions versus lying down during the active first stage of labor on birth outcomes among nulliparous women: randomized controlled clinical trial. Frontiers of Nursing*, 7(3), 239 - 248. DOI: <https://doi.org/10.2478/fon-2020-0035>
- International Council of Nurses – ICN. (2019). *CIPE® – Versão2. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf>

- Iravani, M., Siahkal, S. F., Bahmaei, H., Nasab, M. B., Ghanbari, S., Askari, S., & Zahedian, M. (2023). *The Efficacy of Maternal Lateral Decubitus Position During Labor in Correcting Fetal Occiput Posterior Position and Childbirth Outcomes: A Systematic Review. Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 11(3). <https://doi.org/10.22038/JMRH.2022.63293.1821>
- Jacomini, D. L. J., & Murayama, H. B. (2023). *A importância do diagnóstico precoce no período neonatal para Estreptococo do grupo B. Revista de Medicina*, 102 (1): e-204159. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v102iespe-204159>
- Jansova, M., Kalis, V., Rusavy, Z., Zemcik, R., Lobovsky, L., & Laine, K. (2014). Modeling manual perineal protection during vaginal delivery. *International urogynecology journal*, 25, 65-71. <http://doi.org/10.1007/s00192-013-2164-1>
- Jesus Sabino, L., de Oliveira, N. S., Costa, W. A. D., Kochla, K. R. A., Santos, L. D., & Tonin, L. (2023). *Métodos Não Farmacológicos Para O Alívio Da Dor No Trabalho De Parto: Uma Scoping Review. Revista Inspirar Movimento & Saude*, 23(2).
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Joanna Briggs Institute. (2013). *JBI Levels of Evidence* [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence 2014 0.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-Levels-of-evidence%202014%20.pdf)
- Karaduman, S., & Akküz Çevik, S. (2020). *The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: a randomized controlled trial. Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), e12272. <https://doi.org/10.1111/jjns.12272>
- Kearney, L., Craswell, A., Dick, N., Massey, D., & Nugent, R. (2024). *Evidence-based guidelines for intrapartum maternal hydration assessment and management: A scoping review. Birth*, 51(2), 253-263. <https://doi.org/10.1111/birt.12773>
- Koch, M. C. M. P. (2014). *Ultrapassar A Perda Involuntária Da Gravidez: Um Modelo De Intervenção De Enfermagem*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Repositório UCP. [https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18293/1/Tese final maio2015.pdf](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18293/1/Tese%20final%20maio2015.pdf)
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). *Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

- Le Ray, C., Lepleux, F., De La Calle, A., Guerin, J., Sellam, N., Dreyfus, M., & Chantry, A. A. (2016). *Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 215(4), 511-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.05.033>
- Leal, C. R. V., Silva, S. K. L. D., Rezende, K. P., Moreira, G. B., Souza, B. D. L. F., & Oliveira, E. C. F. D. (2023). *Contracepção pós-parto e pós-abortamento: um compilado das evidências atuais*. *Femina*, 120-128. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1428712/femina-2022-512-120-128.pdf>
- Lei nº 16/2007 de 17 de abril, Artigo 142º do Código Penal. (2007). *Diário da República*, 1ª série, nº75, 2417 – 2418. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2007/04/07500/24172418.pdf>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. Lisboa: comité português para a unicef. <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Li, L., Wan, W., & Zhu, C. (2021). *Breastfeeding after a cesarean section: A literature review*. *Midwifery*, 103, 103117. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103117>
- Lopes, B. G., Martins, A. R., Carletto, M. R., & de Oliveira Borges, P. K. (2019). *A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno*. *Revista Stricto Sensu*, 4(2). <https://10.24222/2525-3395.2019v4n2p029>
- Lorencetto, S. B., Lemes, S. C., Bertella, C. B., Tuci, B. M., & Maia, J. S. (2021). *Música e parto: uma terapia para o alívio da dor*. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 277-286. 10.24276/rrecien2021.11.34.277-286
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., (2008). *Enfermagem na maternidade*. Lusodidacta.
- Mafetoni, R. R., Rodrigues, M. H., Silva, F. M. B. D., Jacob, L. M. D. S., & Shimo, A. K. K. (2019). *Efetividade da auriculoterapia sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0110>
- Maguire, M., Light, A., Kuppermann, M., Dalton, V. K., Steinauer, J. E., & Kerns, J. L. (2015). *Grief after second-trimester termination for fetal anomaly: a qualitative study*. *Contraception*, 91(3), 234-239. <https://10.1016/j.contraception.2014.11.015>
- Malvasi, A., Tinelli, A., Barbera, A., Eggebø, T. M., Mynbaev, O. A., Bochicchio, M., ... & Di Renzo, G. C. (2014). *Occiput posterior position diagnosis:*

vaginal examination or intrapartum sonography? A clinical review. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 27(5), 520-526.
<https://doi.org/10.3109/14767058.2013.825598>

Martins, E., Marques, M. J., & Tomé, J. (2002). *Analgesia epidural obstétrica. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 18(3), 163-8. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v18i3.9878>

Marzouk, T., & Eid, M. I. (2020). *Influence of ambulation during the first stage of labor on labor progress of primi parturients. Egyptian Journal of Health Care*, 11(3), 260-274.
https://ejhc.journals.ekb.eg/article_110407_e224be1cf543ef041a2eaea896c7f1d6.pdf

Matos, M. L. S., Soares, B. R. B., de Lucena, R. A., Bezerra, A. B. N. N., de Abreu Bozza, R., de Castro, G. P., Silva, G., Parisi, J., Silva, J., & Bacelar, D. C. S. (2022). *Causalidade e fatores de risco para hemorragia pós-parto: uma revisão integrativa. Research, Society and Development*, 11(16), e74111637507-e74111637507.
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37507>

Meleis, A. I. (2015). *Transitions theory. Nursing theories and nursing practice*, 4, 361-380.
https://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/D6u5i7_0803633122Nursin.pdf#page=382

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.

Mendes da Graça, L. (2010). *Medicina Materno Fetal*. (3a ed. Ver.). Lidel.

Mendes da Graça, L. (2017). *Medicina Materno-Fetal* (5ª ed. rev.). Lidel

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padrões-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Molina-Reyes, C., Muñoz-Martínez, A. L., Martínez-García, E., Moore, T. L., Huete-Morales, M. D. & Burgos-Sánchez, J. A. (2014). *Efficacy of hands and knees maternal posture to correct the occipitoposterior fetal position during labor. Index Enferm*, 23(1-2). <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000100004>

Montenegro, C. A. B. & Rezende Filho, J. (2017). *Rezende Obstetrícia* (13ª ed.). Guanabara Koogan, Ltda.

- Moreira, J. A. D. (2023). *Streptococcus Agalactiae Em Gestantes*. https://ciencianews.com.br/arquivos/ACET/IMAGENS/bibliotecadigital/microbiologia/microbiologia_das_infeccoes/2023Streptococcus%20agalactiae%20em%20gestantes%20%20Janaina%20Aparecida%20Dias%20Moreira.pdf
- Moura, R., Borges, M., Oliveira, D., Parente, M., Kimmich, N., Mascarenhas, T., & Natal, R. (2022). *A biomechanical study of the birth position: a natural struggle between mother and fetus*. *Biomechanics and Modeling in Mechanobiology*, 21(3), 937-951. <https://doi.org/10.1007/s10237-022-01569-2>
- Murray, S. S., & McKinney, E. S. (2013). *Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). *Jaundice in newborn babies under 28 days*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/resources/jaundice-in-newborn-babies-under-28-days-pdf-975756073669>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Preterm labour and birth: NICE Guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng25/resources/preterm-labour-and-birth-pdf-1837333576645>
- National Institute for Health and Care Experience. (2017). *Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng75/resources/faltering-growth-recognition-and-management-of-faltering-growth-in-children-pdf-1837635907525>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3/resources/diabetes-in-pregnancy-management-from-preconception-to-the-postnatal-period-pdf-51038446021>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Inducing labour*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/resources/inducing-labour-pdf-66143719773637>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021a). *Neonatal infection: antibiotics for prevention and treatment*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng195/resources/neonatal-infection-antibiotics-for-prevention-and-treatment-pdf-66142083827653>
- National Institute for Health and Care Experience. (2021b). *Postnatal care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>

- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum care*. NICE Guedeline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>
- Nishikawa, M., & Sakakibara, H. (2013). *Effect of nursing intervention program using abdominal palpation of Leopold's maneuvers on maternal-fetal attachment*. *Reproductive health*, 10, 1-7. <http://www.reproductive-health-journal.com/content/10/1/12>
- Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2024). *The prevention of perineal trauma during vaginal birth*. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), S991-S1004. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>
- Oliveira, C. D. F., Bortoli, M. C. D., Setti, C., Luquine Júnior, C. D., & Toma, T. S. (2022). *Apoio contínuo na assistência ao parto para redução das cirurgias cesarianas: síntese de evidências para políticas*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27, 427-439. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41572020>
- Oliveira, C. S., Casati, P. S., Fernandes, J. J., de Oliveira, A. R., Alves, E. D., & de Oliveira, C. S. (2011). *Fototerapia, cuidados e atuação da enfermagem*. *UNICiências*, 15(1). <https://doi.org/10.17921/1415-5141.2011v15n1p%25p>
- Oliveira, J. S., Oliveira, R. S., Oliveira, I. F. S., Raimundo, R. F., Gonçalves, R. B., Schmidt, M. I., Oliveira, M. A., Botini, F. A., Fracacio, P. R., Valenciano, O. S., Pinto, F. A. & Bisoni, M. A. (2021). *Evidências sobre icterícia neonatal: uma revisão integrativa*. *International Journal of Development Research*. Vol. 11(5), 46778-46784. <https://doi.org/10.37118/ijdr.21819.05.2021>
- Oliveira, T. D., Rocha, K. D. S., Escobar, A. P., Matos, G. C. D., Cecagno, S., & Soares, M. C. (2019). *Orientações sobre período puerperal recebidas por mulheres no puerpério imediato*. *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)*, 620-626. <https://10.9789/2175-5361.2019.v11i3.620-626>
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M. & Buckley, S. (2020). *Birth as a neuro-psycho-social 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>
- Ondeck, M. (2014). *Healthy birth practice# 2: Walk, move around, and change positions throughout labor*. *The Journal of perinatal education*, 23(4), 188. <https://10.1891/1058-1243.23.4.188>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 114/2021 – Avaliação Sistemática da Dor*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23617/parecer-nº-114_avaliacao-sistemática-da-dor.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021a). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendacoes-para-estagio-e-relatorio-da-componente-clinica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (1976). *WHO: Recommended Definitions, Terminology and Format for Statistical Tables Related to The Perinatal Period And Use of A New Certificate For Cause of Perinatal Deaths*. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1977;56(3):247-53. <https://doi.org/10.3109/00016347709162009>

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505?sequence=12>

Organização Mundial de Saúde. (2013). *Diagnostic Criteria and Classification of Hyperglycaemia First Detected in Pregnancy*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85975/WHO_NMH_MND_13.2_eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial de Saúde. (2014). *WHO recommendations for augmentation of labour*.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/112825/9789241507363_eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial de Saúde. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>

Organização Mundial de Saúde. (2017). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf?sequence=1>

- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- Organização Mundial de Saúde. (2022). *Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Organização Mundial de Saúde. (2023). *Global Breastfeeding Scorecard 2023 Rates Of Breastfeeding Increase Around The World Through Improved Protection And Support*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375796/WHO-HEP-NFS-23.17-eng.pdf?sequence=1>
- Pachauri, D., Dabral, A., Bharti, R., Kumari, A., Sethi, A., & Gupta, M. (2021). *Effect of Prolonged Upright Position during First Stage of Labour on Labour Outcome in Low Risk Term Nulliparous Women*. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 12(3). <https://doi.org/10.37506/ijphrd.v12i3.16034>
- Paiva e Silva, M. A. (2011). *Intenções Dominantes nas Concepções de Enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. (Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8685>
- Pereira, A. C. C., Costa, A. L. M. L., Costa, A. B., Geber, B., Alkmim, B. F., Camarano, G. C. V., & Lopes, A. G. (2020). *Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(10), e4448-e4448. <https://doi.org/10.25248/reas.e4448.2020>
- Ponkey, S. E., Cohen, A. P., Heffner, L. J., & Lieberman, E. (2003). *Persistent fetal occiput posterior position: obstetric outcomes*. *Obstetrics & Gynecology*, 101(5), 915-920. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(03\)00068-1](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(03)00068-1)
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). *Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature*. *The American journal of clinical nutrition*, 95(5), 1113-1135. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254>
- Raabe, V. N., & Shane, A. L. (2019). *Group B streptococcus (Streptococcus agalactiae)*. *Microbiology spectrum*, 7(2), 10-1128. <https://doi.org/10.1128/microbiolspec.gpp3-0007-2018>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X., Stevens, B., Sullivan, M., Tutelman, P., Ushida, T., Kyle & Vader, K. (2020). *The revised International Association for the Study of Pain definition of pain:*

- concepts, challenges, and compromises. Pain*, 161(9), 1976-1982.
<https://10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Ramos, H., Borgo, N., Soares, N., Gozi, T., & Andrade, A. (2021). *Os cuidados de enfermagem ao recém-nascido em fototerapia: revisão bibliográfica. Revista Terra & Cultura: Cadernos De Ensino E Pesquisa*, 37(especial), 175-185.
<http://publicacoes.unifil.br/index.php/Revistatest/article/view/2362/1770>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. (2019). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 85, 13560-13565.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-nº-391-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eesmo.pdf
- Reis, D. N., Gonçalves, F. J. R., da Silva, Z. T., Guimarães, D. M., de Sousa Dias, M. R. G., de Sousa Batista, P. V. & de Lima, L. D. C. (2022). *Os benefícios da massagem no trabalho de parto. Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(8), e10818-e10818.
<https://doi.org/10.25248/reas.e10818.2022>
- Ridley, R. T. (2007). Diagnosis and intervention for occiput posterior malposition. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(2), 135-143. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00130.x>
- Ritter, S. K., Gonçalves, A. D. C., & Gouveia, H. G. (2020). *Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. Acta Paulista de Enfermagem*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
- Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). *Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. Trends in psychiatry and psychotherapy*, 38, 136-140.
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0067>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2010). *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales*. <https://www.rcog.org.uk/media/21lfvl0e/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). *Prevention and management of postpartum haemorrhage*. BJOG, 124:e106–e149. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.14178>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2018). *Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management: green-top guideline no. 27a*. Bjog, 126(1), e1-e48. <https://www.rcog.org.uk/media/r1cpqapm/bjog-2018-jauniaux-placenta-praevia-and-placenta-accreta-diagnos.pdf>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2022). *Antenatal corticosteroids to reduce neonatal morbidity and mortality: Green-top Guideline No. 74*. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 129(8). <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.17027>
- Sachs, A., & Smiley, R. (2014, October). *Post-dural puncture headache: the worst common complication in obstetric anesthesia*. In *Seminars in perinatology* (Vol. 38, No. 6, pp. 386-394). WB Saunders. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2014.07.007>
- Sales, W. B., de Oliveira, A. S. C., Rocha, E. S., Constantino, A. E. A., da Silva Gerônimo, C. A., de Elesbão, J. V. G. & de Albuquerque Pontes, I. E. (2020). *A técnica de rebozo na atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal: uma revisão integrativa*. Research, Society and Development, 9(7), e226973740-e226973740. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3740>
- Santo, S. (2016). *New FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring—a summary Guidelines para monitorização fetal intraparto—resumo do novo consenso da FIGO de 2015*. Acta Obstet Ginecol Port, 10(1), 8-11. https://www.fspog.org/images/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf
- Sell, S. E., Beresford, P. C., Dias, H. H. Z. R., Garcia, O. R. Z., & Santos, E. K. A. D. (2012). *Olhares e saberes: vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana*. Texto & Contexto-Enfermagem, 21, 766-774. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000400006>
- Senat, M. V., Fischer, C., Bernard, J. P., & Ville, Y. (2003). *The use of lidocaine for fetocide in late termination of pregnancy*. BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology, 110(3), 296-300. [https://doi.org/10.1016/S1470-0328\(02\)02217-6](https://doi.org/10.1016/S1470-0328(02)02217-6)
- Silva, M. (2022). *Plano de Parto face à Perda Perinatal. I Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica - Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades*. E-book. 62 – 65. <https://www.researchgate.net/profile/Filipa-Ramos->

[3/publication/369577482_E-book-I-Congresso-Internacional-de-Saude-Materna-e-Obstetrica-Mudam-se-os-tempos-mudam-se-as-vontades-2/links/6422fcdca1b72772e4318ba7/E-book-I-Congresso-Internacional-de-Saude-Materna-e-Obstetrica-Mudam-se-os-tempos-mudam-se-as-vontades-2.pdf#page=62](https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00380.x)

Simkin, P. (2010). *The fetal occiput posterior position: state of the science and a new perspective*. *Birth*, 37(1), 61-71. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00380.x>

Simkin, P., Hanson, L., Ancheta, R. (2017). *The labor progress handbook: early interventions to prevent and treat dystocia*. Fourth edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2013). *Restricting oral fluid and food intake during labour*. *Cochrane database of systematic reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>

Sinha, S., Talaulikar, V. S., & Arulkumaran, S. (2018). *Malpositions and malpresentations of the fetal head*. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 28(3), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2018.01.001>

Sociedade Portuguesa da Contraceção. (2020). *Consenso Sobre Contraceção 2020*. https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_27Nov_Final_web_versao_livro_digital.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2011). *Relatório de Consenso sobre a Diabetes e Gravidez*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2011-diabetes_gravidez.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). *Consenso Clínico – “Hipoglicemia Neonatal”*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013a). *Consenso Clínico – “Rastreio e Prevenção da Doença Perinatal causada pelo Streptococcus agalactiae”*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-StreptoB.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013b). *Consenso Icterícia Neonatal*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Consenso Clínico – “Prematuridade Tardia”*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf>

- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Recomendação / Consenso - "Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável"*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saudável.pdf>
- Sosa, C. G., Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2015). *Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://10.1002/14651858.CD003581.pub3>
- Sousa Garcez, G., da Conceição, S., Carvalho, L. R. B., Coelho, W. I. R., Silva, W. G., Silva, W. E., & Nascimento, F. G. (2024). *Revisão integrativa da assistência de enfermagem na gravidez de alto risco em mulheres adultas*. *Revista Contemporânea*, 4(6), e4318-e4318. <https://10.56083/RCV4N6-120>
- Sousa, F. L. L., Alves, R. S. S., Leite, A. C., Silva, M. P. B., Veras, C. A., Santos, R. C. A., & Ferreira, B. R. (2021). *Benefícios do aleitamento materno para a mulher e o recém-nascido*. *Research, Society and Development*, 10(2), e12710211208-e12710211208. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.11208>
- Sousa, K., Moreira, A. P. A., Silva, F., Batista, A. S. F. C., Lopes, R. S., Pires, A. C. A. C., & Alves, G. K. A. (2023). *As dificuldades na amamentação de recém-nascidos: análise quanto à via de parto*. *Revista científica da escola estadual de saúde pública de goiás "Cândido Santiago"*, 9, 1-23. <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2023.V9.9d8>
- Souza, M. T. D., Silva, M. D. D., & Carvalho, R. D. (2010). *Revisão integrativa: o que é e como fazer*. *Einstein (São Paulo)*, 8, 102-106. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>
- Souza, S. R. R. K., & Gualda, D. M. R. (2016). *A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública*. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25(1): e4080014. <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>
- Stenglin, M., & Foureur, M. (2013). *Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth*. *Midwifery*, 29(8), 819-825. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.04.005>
- Stremmler, R., Hodnett, E., Petryshen, P., Stevens, B., Weston, J., & Willan, A. R. (2005). *Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor*. *Birth*, 32(4), 243-251. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00382.x>
- Surucu, S. G., Ozturk, M., Vurtec, B. A., Alan, S., & Akbas, M. (2018). *The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey*. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.015>

- Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdollahian, S., & Ghavi, F. (2016). *Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. Complementary therapies in clinical practice*, 24, 99-102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.001>
- Takemoto, M. L. S., & Silva, E. M. (2007). *Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública*, 23, 331-340. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200009>
- The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2015). *Initiative on gestational diabetes mellitus: A pragmatic guide for diagnosis, management, and care. International Journal of Gynecology and Obstetrics* 131(3), 173–211. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(15\)30033-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(15)30033-3)
- Thenu, U., Irianta, T., Madya, F., Sunarno, I., Lotisna, D., & Farid, R. B. (2019). *Perineal Warm Compresses During the Second Stage of Labour Decrease Incidence and Degree of Perineal Laceration in Primiparous. Gynecol Reprod Health*, 3(2), 1-6. <https://doi.org/10.33425/2639-9342.1078>
- Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>
- Ulfa, R. M. (2021). *Effect of the use of birth balls on the reduction of pain and duration of labor during the first stage of active and second stage of labor in primigravida maternity. Science Midwifery*, 9(2), 418-430. <http://midwifery.iocspublisher.org/index.php/midwifery/article/view/122>
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). *The integrative review: updated methodology. Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). *Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- Yeung, M. P. S., Tsang, K. W. K., Yip, B. H. K., Tam, W. H., Ip, W. Y., Hau, F. W. L., ... & Wong, S. Y. S. (2019). *Birth ball for pregnant women in labour research protocol: a multi-centre randomised controlled trial. BMC pregnancy and childbirth*, 19, 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2305-8>
- Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., & Tastan, K. (2017). *Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. Journal of integrative medicine*, 15(6), 456-461. [https://doi.org/10.1016/S2095-4964\(17\)60368-6](https://doi.org/10.1016/S2095-4964(17)60368-6)

APÊNDICES

APÊNDICE I

Quadro da extração de dados dos artigos selecionados

Quadro 18 – Quadro da extração de dados dos artigos selecionados

Número do estudo	Autor, (Ano), País	Título	Tipo de estudo	Objetivo do estudo	Participantes	Principais resultados/ Conclusões	Nível de Evidência (JBI,2013)
S1	Bahmaei, H. et al. (2023) Irão	“The Impact of Maternal Position in Labor on Occiput-Posterior Position of Fetus and Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Without Epidural Analgesia”	Estudo randomizado controlado	Investigar o efeito da posição materna durante o trabalho de parto, em posições fetais occipito posterior e resultados obstétricos.	Amostra de 180 primigestas em trabalho de parto com feto em variedade occipito posterior. As participantes foram aleatoriamente colocadas em três grupos: - Posição de SIMS (n=45); - Posição de quatro apoios/ knee-chest (n=45); - Posição de supina (n=90).	As participantes adotaram posição entre períodos de 15 a 30 min durante o trabalho de parto até ao nascimento. A posição de SIMS e a posição de quatro apoios aumentaram a incidência de rotação espontânea do feto para occipito anterior (após a intervenção 16,3% do grupo de posição de SIMS e 14,3% do grupo de quatro apoios mantiveram posições occipito posterior do feto comparado com os 33,7% de posição de supina). Foi ainda referido diminuição da duração da fase ativa do trabalho de parto e redução da dor lombar dos grupos de posição de SIMS e quatro apoios, comparativamente ao grupo de supina. Não foram observadas diferenças na duração do terceiro estadio do trabalho de parto ou Índice de Apgar.	Nível 1.c
S2	Iravani, M. et al.	“The Efficacy of Maternal Lateral	Revisão sistemática	Investigar se durante o trabalho	Incluídos quatro estudos randomizado	O artigo refere que no seu principal resultado não foram	Nível 1.a

	(2023) Irão	Decubitus Position During Labor in Correcting Fetal Occiput Posterior Position and Childbirth Outcomes: A Systematic Review”	da literatura	de parto a posição materna em decúbito lateral pode corrigir o feto em occipito posterior e os seus resultados obstétricos.	controlado, englobando uma amostra de 871 participantes divididos em dois grupos.	observadas diferenças entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo no que diz respeito à rotação do feto de occipito posterior para occipito anterior. Segundo os autores, dois estudos demonstraram que a posição materna em decúbito lateral durante o trabalho de parto promove a rotação fetal de occipito posterior para occipito anterior, enquanto os outros dois artigos referem que o decúbito lateral como posição materna não aparece apresentar influencia nem sobre a rotação fetal para occipito anterior, nem na alteração a nível dos resultados obstétricos e neonatais. Em suma, a posição lateral materna durante o trabalho de parto não alterou a variedade fetal, nem melhorou os resultados obstétricos e neonatais.	
S3	Bueno-Lopez, V. et al. (2018) Espanha	“Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior	Estudo randomizado controlado	O estudo apresenta como objetivo primário avaliar se a posição materna em posição de SIMS modificada	Amostra de 120 participantes, sendo que uma participante foi removida do estudo por perda de informação. Das 119	As mulheres que adotaram a posição de SIMS, no lado correspondente à posição da coluna fetal, durante o seu trabalho de parto apresentaram uma rotação fetal para occipito anterior em 50,8% ao invés das	Nível 1.c

		position during labor: A randomized clinical trial”		em trabalho de parto, para o lado correspondente à posição da coluna fetal, favorece a rotação do feto em occipito posterior persistente para occipito anterior, em mulheres com analgesia epidural. Como segundo objetivo, o estudo pretende avaliar a influência no tipo de parto e a integridade de períneo.	participantes, 94 fetos encontravam-se em occipito direita posterior e 25 em occipito esquerda posterior. As participantes foram alocadas em dois grupos: - Posição de SIMS (n=59); - Posições “livres”, exceto posição de SIMS e decúbitos laterais (n=60)	posições “livres” em foi observado o mesmo resultado em 21,7%. Desta forma a posição de SIMS modificada é considerada uma intervenção, face ao posicionamento materno, eficiente na rotação de occipito posterior para occipito anterior. A percentagem de partos vaginais no grupo que realizou a posição de SIMS foi de 84,7% ao invés do grupo de posições livres, com uma taxa de 68,3%, sendo significativamente maior. Relativamente aos resultados perineais, os autores não observaram diferenças significativas entre os dois grupos. Também não foi observada diferença entre os dois grupos ao nível do Índice de Apgar, pH do cordão umbilical, venoso e arterial, ou peso ao nascimento.	
S4	Le Ray, C. et al., (2016) França	“Lateral asymmetric decubits position for the rotation of occipito – posterior	Estudo randomizado controlado	Determinar ser a posição lateral assimétrica da parturiente facilita a rotação fetal de occipito posterior para occipito	Amostra de 322 parturientes. As participantes foram colocadas aleatoriamente em dois grupos: - Grupo de	Os autores implementaram a posição durante uma hora. Após esse timing apenas foi verificada rotação fetal para occipito anterior em 21,9% no grupo de intervenção comparado com 21,6% no grupo de controlo.	Nível 1.c

		positions: multicentre randomized controlled trials EVADELA”		anterior. O segundo objetivo do estudo traduziu-se por avaliar o efeito da posição sugerida com resultados obstétricos e satisfação da mulher.	intervenção (n=160), - Grupo de controlo (n=162).	Também não observaram diferenças significativas quanto à duração do primeiro estadió do trabalho de parto, tipo de parto ou satisfação materna. Em suma, a posição lateral assimétrica, oposta ao lado correspondente da posição da coluna fetal, não promoveu a rotação fetal para occipito anterior, no entanto os autores referem que o curto período de tempo do estudo, pode ser uma explicação para o resultado.	
S5	Guittier, MJ. et al., (2016) Suiça	“Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial”	Estudo randomizado controlado	Avaliar a eficácia da posição de quatro apoios (hands and knees position) de forma a facilitar a rotação do feto para occipito anterior.	Amostra de 439 parturientes com feto em occipito posterior no primeiro estadió do trabalho de parto. Alocadas em: - Grupo de intervenção (n=220), - Grupo de controlo (n=219).	Após uma hora da implementação da intervenção (posicionamento da parturiente em quatro apoios), 17% dos fetos no grupo de intervenção encontravam-se em occiputo anterior, comparado com 12% no grupo de controlo, como tal, a diferença não foi considerada estatisticamente significativa. Apesar do estudo não ter demonstrado benefício na posição de quatro apoios relativamente à rotação fetal para occipito anterior durante o primeiro estadió de trabalho de parto, as parturientes referiram aumento ao nível do seu	Nível 1.c

						conforto.	
S6	Desbriere, R. et al., (2013) França	"Is maternal posturing during labor eficiente in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial"	Estudo randomizado controlado	Avaliar a eficácia das posições maternas em trabalho de parto relativamente às posições occipito posterior persistentes. Como objetivo secundário determinar a duração do trabalho de parto, resultados obstétricos e neonatais.	Amostra de 220 parturientes. As participantes foram alocadas em: - Grupo de intervenção (n=110): posição de quatro apoios envolveu 15 parturientes, a posição de decúbito lateral no mesmo lado em que se encontra a coluna fetal, com a perna do lado do decúbito dobrada e a outra perna posicionada ao longo do eixo do corpo envolveu 86 parturientes e decúbito lateral no mesmo lado em que se encontra a coluna vertebral do feto com o membro inferior do lado do decúbito ao longo do eixo do corpo e o outro membro inferior fletido num ângulo de 90° com suporte para	Três diferentes posições maternas foram executadas para a concretização do estudo: posição de quatro apoios (mãos/pés); a posição de decúbito lateral no mesmo lado em que se encontra a coluna fetal, com a perna do lado do decúbito dobrada e a outra perna posicionada ao longo do eixo do corpo e decúbito lateral no mesmo lado em que se encontra a coluna vertebral do feto, com o membro inferior do lado do decúbito ao longo do eixo do corpo e o outro membro inferior fletido num ângulo de 90° com suporte para apoio do membro. As parturientes não necessitavam de adotar as três posições. Observou-se rotação para occipito anterior em 78,2% no grupo de intervenção em comparação com 76,4% do grupo de controlo, tendo os autores descrito como diferença pouca significativa. Não foram observadas diferenças significativas no que respeita a resultados obstétricos	Nível 1.c

					apoio do membro, envolvendo 9 mulheres. - Grupo de controlo (n=110).	(tipo de parto, duração do trabalho de parto, resultados perineais) ou a resultados neonatais (Índice de Apgar ou alterações a nível do pH do sangue do cordão umbilical).	
S7	Stremler, R. et al., (2005) Argentina, Austrália, Canadá, Reino Unido, Israel e Estados Unidos da América	"Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor"	Estudo randomizado controlado	Avaliar o efeito da posição de quatro apoios relativamente à rotação do feto da posição occipito posterior para occipito anterior foi o principal objetivo do estudo. Como objetivos secundários, determinar o efeito da posição de quatro apoios ao nível da dor sentida na região lombar e outros resultados perinatais.	Amostra de 147 parturientes. As participantes foram colocadas nos seguintes grupos: - Grupo de intervenção (n= 70), - Grupo de controlo (n=77). No grupo de intervenção as parturientes deveriam realizar a posição de quatro apoios pelo menos entre trinta minutos e uma hora. No grupo de controlo, as parturientes não deveriam realizar posição de quatro apoios.	Observada rotação fetal para occipito anterior em 16% do grupo de intervenção ao invés de 7% no grupo de controlo. Como resultado secundário, os autores referem que a posição de quatro apoios é favorecedora ao nível da dor lombar. Não foram observadas diferenças significativas entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo relativamente aos resultados perinatais. Em suma, a posição de quatro apoios mostrou-se efetiva e deve ser oferecida à parturiente como intervenção no posicionamento; no entanto devem ser realizados mais estudos neste sentido.	Nível 1.c

APÊNDICE II

Instrumentos de avaliação da qualidade metodológica dos estudos

Quadro 19 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“The Impact of Maternal Position in Labor on Occiput- Posterior Position of Fetus and Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Without Epidural Analgesia”* (Adaptado de JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials - JBI, 2020)

Título do artigo				
“The Impact of Maternal Position in Labor on Occiput- Posterior Position of Fetus and Pregnancy Outcomes in Pregnant Women Without Epidural Analgesia”				
Autores		Ano	País	
Bahmaei, H.; Mousavi, P.; Haghighizadeh, M. H.; Iravani, M.		2023	Irão	
Tipo de estudo				
Estudo randomizado controlado				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não é aplicável
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	x			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta?		x		
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	x			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento?	x			
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento?		x		
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?			x	
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	x			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	x			
Apreciação global	10/13			

Quadro 20 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial”* (Adaptado de JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials - JBI, 2020)

Título do artigo				
“Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial”				
Autores		Ano	País	
Bueno-Lopez, V.; Fuentelsaz-Gallego, C.; Casellas-Caro, M.; Falgueras-Serrano, A. M.; Crespo-Berros, S.; Silvano-Cocinero, A. M.; Alcaine-Guisado, C.; Fuentes, M. Z.; Carreras, E.; Terré-Rull, C.		2018	Espanha	
Tipo de estudo				
Estudo randomizado controlado				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não é aplicável
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	x			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta?		x		
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	x			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento?		x		
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento?		x		
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?	x			
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	x			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	x			
Apreciação global	10/13			

Quadro 21 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo “*Lateral asymmetric decubits position for the rotation of occipito – posterior positions: multicentre randomized controlled trials EVADELA*” (Adaptado de JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials - JBI, 2020)

Título do artigo				
“Lateral asymmetric decubits position for the rotation of occipito – posterior positions: multicentre randomized controlled trials EVADELA”				
Autores		Ano	País	
Le Ray, C.; Lepleux, F.; De La Calle, A.; Guerin, J.; Sellam, N.; Dreyfus, M.; Chantry, A. A.		2016	França	
Tipo de estudo				
Estudo randomizado controlado				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não é aplicável
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	x			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta?		x		
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	x			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento?		x		
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento?		x		
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?	x			
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	x			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	x			
Apreciação global	10/13			

Quadro 22 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo “*Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial*” (Adaptado de JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials - JBI, 2020)

Título do artigo				
“Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial”				
Autores		Ano	País	
Guittier, M. J.; Othein-Girard, V.; Gasquet, B. de; Irion, O; Boulvain, M.		2016	Suíça	
Tipo de estudo				
Estudo randomizado controlado				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não é aplicável
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	x			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta?		x		
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	x			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento?		x		
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento?			x	
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?			x	
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	x			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	x			
Apreciação global	9/13			

Quadro 23 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“Is maternal posturing during labor eficiente in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial”* (Adaptado de JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials - JBI, 2020)

Título do artigo				
“Is maternal posturing during labor eficiente in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial”				
Autores		Ano	País	
Desbriere, R.; Blanc, J.; Le Dû, R.; Renner, J.P.; Carcopino, X.; Loundou, A.; D´Ercole, C.		2013	França	
Tipo de estudo				
Estudo randomizado controlado				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não é aplicável
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	x			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta?		x		
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	x			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento?		x		
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento?			x	
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?	x			
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	x			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	x			
Apreciação global	10/13			

Quadro 24 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados do artigo *“Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor”* (Adaptado de JBI Critical Appraisal Checklist for Randomized Controlled Trials - JBI, 2020)

Título do artigo				
“Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor”				
Autores		Ano	País	
Stremler, R.; Hodnett, E.; Petryshen, P.; Stevens, B.; Weston, J.; Willan, A. R.		2005	Argentina, Austrália, Canadá, Reino Unido, Israel e Estados Unidos da América	
Tipo de estudo				
Estudo randomizado controlado				
CrITÉrios	Sim	Não	Não é claro	Não é aplicável
1. A atribuição dos participantes aos grupos de tratamento foi aleatória?	x			
2. A alocação aos grupos de tratamento estava oculta?		x		
3. Os grupos de controlo e tratamento são comparáveis ao início do estudo?	x			
4. Os participantes são cegos na alocação ao tratamento?		x		
5. Os investigadores que aplicam o tratamento são cegos na alocação dos participantes ao tratamento?			x	
6. Os investigadores que avaliaram os resultados são cegos na alocação ao tratamento?	x			
7. Os grupos são tratados de forma idêntica, com a exceção da intervenção estudada?	x			
8. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	x			
9. Os participantes foram analisados nos grupos aos quais foram randomizados?	x			
10. Os resultados foram medidos da mesma forma para os grupos de tratamento?	x			
11. Os resultados medidos são confiáveis?	x			
12. A análise estatística utilizada foi a adequada?	x			
13. O projeto de teste foi apropriado e todos os desvios do projeto de RCT padrão (aleatorização individual, grupos paralelos) foram responsáveis pela conduta e análise do teste?	x			
Apreciação global	10/13			

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	NA
1. Was true randomization used for assignment of participants to treatment groups?	☐	☐	☐	☐
2. Was allocation to treatment groups concealed?	☐	☐	☐	☐
3. Were treatment groups similar at the baseline?	☐	☐	☐	☐
4. Were participants blind to treatment assignment?	☐	☐	☐	☐
5. Were those delivering treatment blind to treatment assignment?	☐	☐	☐	☐
6. Were outcomes assessors blind to treatment assignment?	☐	☐	☐	☐
7. Were treatment groups treated identically other than the intervention of interest?	☐	☐	☐	☐
8. Was follow up complete and if not, were differences between groups in terms of their follow up adequately described and analyzed?	☐	☐	☐	☐
9. Were participants analyzed in the groups to which they were randomized?	☐	☐	☐	☐
10. Were outcomes measured in the same way for treatment groups?	☐	☐	☐	☐
11. Were outcomes measured in a reliable way?	☐	☐	☐	☐
12. Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐
13. Was the trial design appropriate, and any deviations from the standard RCT design (individual randomization, parallel groups) accounted for in the conduct and analysis of the trial?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Figura 2 – Modelo do instrumento de avaliação da qualidade metodológica para estudos randomizados controlados de artigos por Joanna Briggs Institute.

Fonte: Tufanaru C, Munn Z, Aromataris E, Campbell J, Hopp L., Joanna Briggs Institute. (2020). *“Checklist for randomized controlled trials”* In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://synthesismanual.jbi.global>

APÊNDICE II

Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para revisões sistemáticas da literatura

Quadro 25 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para revisões sistemáticas da literatura *“The Efficacy of Maternal Lateral Decubitus Position During Labor in Correcting Fetal Occiput Posterior Position and Childbirth Outcomes: A Systematic Review”*

(Adaptado de *Checklist for systematic reviews and research syntheses - Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews* - JBI, 2020)

Título do artigo				
“The Efficacy of Maternal Lateral Decubitus Position During Labor in Correcting Fetal Occiput Posterior Position and Childbirth Outcomes: A Systematic Review”				
Autores		Ano	País	
Iravani, M.; Siahkal, S. F.; Bahmaei, H.; Nasab, M. B.; Ghanbari, S.; Askari, S.; Zahedian, M.		2023	Irão	
Tipo de estudo				
Revisão sistemática da literatura				
Critérios	Sim	Não	Não é claro	Não é aplicável
1. A questão da revisão está formulada de forma clara e explícita?	x			
2. Os critérios de inclusão foram adequados para a questão da revisão?	x			
3. A estratégia de busca foi adequada?	x			
4. As fontes e recursos utilizados para busca de estudos foram adequados?	x			
5. Os critérios de avaliação dos estudos foram adequados?	x			
6. A avaliação crítica foi conduzida por dois ou mais revisores de forma independente?	x			
7. Houve métodos para minimizar erros na extração de dados?	x			
8. Os métodos utilizados para combinar os estudos foram adequados?	x			
9. Foi avaliada a probabilidade de viés de publicação?	x			
10. As recomendações de políticas e/ou práticas foram apoiadas pelos dados relatados?	x			
11. As diretrizes específicas para novas pesquisas foram adequadas?	x			
Apreciação global	11/11			

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND RESEARCH SYNTHESSES

Reviewer_____Date_____

Author_____Year_____Record Number_____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	☐	☐	☐	☐
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	☐	☐	☐	☐
3. Was the search strategy appropriate?	☐	☐	☐	☐
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	☐	☐	☐	☐
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	☐	☐	☐	☐
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	☐	☐	☐	☐
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	☐	☐	☐	☐
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	☐	☐	☐	☐
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	☐	☐	☐	☐
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	☐	☐	☐	☐
11. Were the specific directives for new research appropriate?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

Figura 3 - Instrumento de avaliação da qualidade metodológica para revisões sistemáticas da literatura de artigos por Joanna Briggs Institute.

Fonte: Joanna Briggs Institute (2020) “*Checklist for systematic reviews and research syntheses - Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews*”