ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Critérios para a realização de episiotomia: reflexão sobre a ação

Criteria for performing episiotomy: reflection on action

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Andreia Filipa Dias Silva

Porto, 2024

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

CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA: REFLEXÃO SOBRE A AÇÃO
CRITERIA FOR PERFORMING EPISIOTOMY: REFLECTION ON ACTION

Relatório de estágio

Relatório de estágio orientado pela Mestre Maria Arminda Nunes e
coorientado pela Professora Doutora Alexandrina Cardoso

Autora: Andreia Filipa Dias Silva

Porto, 2024

Resiliência é a habilidade de se reerguer e de se ajustar após enfrentar dificuldades e obstáculos na vida.

AGRADECIMENTO

O término deste trabalho é sem dúvida uma vitória para mim; é o final de uma das muitas etapas e objetivos da minha vida profissional/pessoal e não poderia fazê-lo sem agradecer a algumas pessoas que foram importantes neste percurso.

Começo por agradecer à Professora Doutora Alexandrina Cardoso e à Professora Maria Arminda Nunes pela orientação/acompanhamento, incentivo, disponibilidade, paciência, compreensão e apoio neste percurso que se tornou longo por motivos pessoais.

Às minhas orientadoras de estágio por todos os conhecimentos que me transmitiram ao longo do estágio e me mostrarem o que é ser um Enfermeiro Especialista e a importância que temos na realização de cuidados especializados no cuidar das mulheres nas diferentes etapas do ciclo da vida.

Aos meus pais, irmãos, madrinha e padrinho por estarem sempre presentes e me ajudarem a ser sempre melhor naquilo que fazia; incentivarem-me a nunca desistir do meu objetivo e a acreditar nas minhas capacidades. Obrigado por estarem sempre disponíveis aqueles abraços/palavras reconfortantes ao longo do percurso.

Ao meu namorado e ao meu filho por toda a compreensão, companheirismo, paciência e o orgulho que sempre demonstraram por mim. Esta minha vitória não será só minha, mas vossa também.

A todas as minhas amigas por compreenderem os meus momentos de ausência, por me fazerem acreditar que sou capaz, me apoiarem e incentivarem a fechar este capítulo da minha vida com sucesso.

Por fim gostaria de agradecer a todos os casais e recém-nascidos com que me fui cruzando ao longo deste estágio e pude cuidar com a maior dedicação e carinho. Obrigado pela confiança sendo eu uma enfermeira, mas também aluna estagiária; obrigado pela partilha e também pelo *feedback* positivo que ia tendo da vossa parte.

RESUMO

O presente relatório tem como objetivo ilustrar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica adquiridas e desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, de acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica nº. 391/2019, publicado em três de maio de 2019.

A metodologia descritiva utilizada neste relatório centrou-se na análise crítica e reflexiva das experiências decorrentes da prática clínica, realizada em três áreas distintas: bloco de partos, serviço de internamento de grávidas com complicações e serviço de internamento de puerpério. Esta abordagem foi orientada pela evidência científica mais atualizada, visando a prestação de cuidados de excelência e seguros. Ao integrar as melhores práticas e conhecimentos recentes, foi possível desenvolver uma análise crítica aprofundada das intervenções realizadas, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Neste relatório irei apresentar uma reflexão crítica de casos clínicos vivenciados no período de estágio, nomeadamente, quatro casos clínicos do bloco de partos, um caso clínico da unidade materno fetal e um caso clínico do estágio no internamento de obstetrícia.

No âmbito do projeto de investigação implementado no bloco de partos, intitulado "Episiotomia: fazer ou não fazer? Contributos para a tomada de decisão", este relatório incluirá um capítulo dedicado à descrição do meu contributo. O foco principal da minha participação consistiu na transcrição e análise de entrevistas realizadas aos Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica envolvidos, utilizando como referência a metodologia de análise de conteúdo proposta por *Bardin* (2011).

De acordo com a literatura e as entrevistas, a episiotomia depende de fatores como experiência profissional, condições do períneo, paridade e sinais de sofrimento fetal, visando o bem-estar materno e fetal. Profissionais experientes

realizam menos episiotomias, privilegiando intervenções seletivas e o parto natural, enquanto os menos experientes recorrem mais ao procedimento por insegurança ou pressões externas. A elasticidade do períneo, a primiparidade e sinais de sofrimento fetal aumentam a probabilidade de intervenção. Quanto ao impacto na vida da mulher, a episiotomia está ligada a desconforto, possíveis complicações e um impacto negativo na qualidade de vida da mulher no período pós-parto.

Fazendo uma retrospetiva do meu percurso ao longo deste ano, foi possível adquirir e desenvolver competências como Enfermeiro Especialista de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica de forma progressiva, com um balanço bastante positivo. A elaboração deste relatório permitiu-me adotar, após o término do estágio, uma postura reflexiva contínua, essencial para a melhoria da prática clínica. Esta reflexão crítica possibilitou a reformulação de abordagens e a implementação de estratégias mais eficazes, garantindo, assim, uma evolução constante na prestação de cuidados, baseada na evidência científica e focada na segurança e bem-estar das utentes.

Palavras-chave: Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; trabalho de parto; episiotomia; integridade perineal; adaptação à parentalidade

ABSTRACT

The purpose of this report is to illustrate the competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing acquired and developed during the professional internship, in accordance with the Regulation on the Specific Competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing No. 391/2019, published on May 3, 2019.

The descriptive methodology applied in this report focused on the critical and reflective analysis of experiences arising from clinical practice, carried out in three distinct areas: delivery room, inpatient unit for pregnant women with complications, and postpartum inpatient unit. This approach was guided by the most up-to-date scientific evidence, aiming to deliver excellent and safe care. By integrating best practices and recent knowledge, it was possible to develop an in-depth critical analysis of the interventions performed, fostering the continuous improvement of specialized care in Maternal and Obstetric Health Nursing.

This report will present a critical reflection on clinical cases encountered during the internship, including four clinical cases from the delivery room, one clinical case from the maternal-fetal unit, and one clinical case from the obstetrics inpatient unit internship.

As part of the research project implemented in the delivery room, titled “Episiotomy: To Perform or Not? Contributions to Decision-Making,” this report will include a chapter dedicated to describing my contribution. My main focus was on transcribing and analyzing interviews conducted with Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing, using Bardin's (2011) content analysis methodology as a reference.

According to the literature and interviews, the decision to perform an episiotomy depends on factors such as professional experience, perineal conditions, parity, and signs of fetal distress, always aiming at maternal and fetal well-being. Experienced professionals perform fewer episiotomies, favoring selective interventions and natural birth, while less experienced professionals resort to the

procedure more often due to insecurity or external pressures. Factors such as perineal elasticity, primiparity, and signs of fetal distress increase the likelihood of intervention. Regarding its impact on the woman's life, episiotomy is associated with discomfort, potential complications, and a negative effect on the woman's quality of life during the postpartum period.

Reflecting on my journey throughout this year, I progressively acquired and developed competencies as a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, achieving a very positive balance. The preparation of this report allowed me to adopt, after completing the internship, a continuous reflective approach essential for improving clinical practice. This critical reflection enabled the reformulation of approaches and the implementation of more effective strategies, ensuring constant evolution in care delivery, grounded in scientific evidence and focused on the safety and well-being of the patients.

Keywords: Maternal and Obstetric Health Nursing; labor; episiotomy; perineal integrity; parental adaptation.

CHAVE DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT – Ameaça de Parto Pré-Termo

bpm – batimentos por minuto

cm - centímetros

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

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

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

g - gramas

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ml - mililitros

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCEA – Patient Controlled Epidural Analgesia

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

Índice

1. INTRODUÇÃO _____ *14*

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES _____ *16*

2.1. Caraterização do serviço de internamento materno fetal _____ 16

2.2. A importância da intervenção do EEESMO durante um internamento prolongado _____ 17

2.2.1. Justificação da escolha deste caso _____ 18

2.2.2. Cuidados de Enfermagem especializados à grávida _____ 19

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DE UMA MULHER EM TRABALHO DE PARTO _____ *25*

3.1. Caraterização do serviço de Bloco de Partos _____ 26

3.2. A importância do EEESMO no acompanhamento da mulher nas várias fases do trabalho de parto _____ 28

3.2.1. Justificação da escolha deste caso _____ 29

3.2.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Parturiente _____ 30

3.3. A importância do conhecimento do EEESMO para uma intervenção rápida e eficaz _____ 48

3.3.1. Justificação da escolha deste caso _____ 49

3.3.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Parturiente _____ 50

3.4. Qual a atitude do EEESMO no acompanhamento da mulher, na vivência da dor no trabalho de parto _____ 57

3.4.1. Justificação da escolha deste caso _____ 58

3.4.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Parturiente _____ 59

3.5. A importância das competências do EEESMO para saber orientar os clientes para a equipa multidisciplinar _____ 66

3.5.1. Justificação da escolha deste caso _____ 66

3.5.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Parturiente _____ 67

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DE UMA MULHER E RECÉM-NASCIDO NO PERÍODO PÓS- PARTO _____ *72*

4.1. Caraterização do serviço de internamento de obstetrícia _____ 73

4.2. A importância do EEESMO no apoio na aquisição de competências para uma transição para a parentalidade favorável ____ 75
4.2.1. Justificação da escolha deste caso ____ 76
4.2.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Puérpera ____ 77
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ____ 87
5.1. Enquadramento Teórico ____ 88
5.2. Metodologia ____ 89
5.3. Resultados ____ 92
5.4 Discussão de resultados ____ 97
6. REFLEXÃO CRÍTICA ____ 100
7. CONCLUSÃO ____ 103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ____ 105

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez 19

Quadro 2 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações 20

Quadro 3 - Potencial para melhorar conhecimento da Joana sobre trabalho de parto 23

Quadro 4 - Trabalho de Parto da Catarina 30

Quadro 5 - Potencial para melhorar capacidade da Catarina para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto 32

Quadro 6 - Potencial para melhorar capacidade da Catarina para lidar com a dor de trabalho de parto 35

Quadro 7 - Dor de Trabalho de Parto 38

Quadro 8 - Trabalho de Parto da Catarina 40

Quadro 9 – Parto da Catarina 44

Quadro 10 – Risco de hemorragia pós-parto na Catarina 48

Quadro 11 - Trabalho de Parto da Bárbara 50

Quadro 12 – Parto da Bárbara 52

Quadro 13 - Ferida Perineal 55

Quadro 14 – Risco de hemorragia pós-parto na Bárbara 56

Quadro 15 - Trabalho de Parto da Maria 59

Quadro 16 – Capacidade da Maria para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto facilitadora 61

Quadro 17 - Capacidade da Maria para lidar com a dor de trabalho de parto facilitadora 62

Quadro 18 - Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto 62

Quadro 19 - Significado atribuído ao trabalho de parto não dificultador 62

Quadro 20 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto não dificultador 63

Quadro 21 - Trabalho de parto da Tatiana 67

Quadro 22 – Parto da Tatiana.....69

Quadro 23 – Risco de hemorragia pós-parto na Tatiana.....71

Quadro 24 - Significado atribuído à amamentação favorável 77

Quadro 25 - Potencial para melhorar capacidade para amamentar 77

Quadro 26 - Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar 80

Quadro 27 - Comportamentos de ligação mãe/pai-filho: facilitador.....81

Quadro 28 - Potencial para melhorar conhecimentos sobre autocuidado pós-parto.....82

Quadro 29 - Dor 83

Quadro 30 – Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil.....84

Quadro 31 - Potencial para melhorar capacidade sobre tratamento do cordão umbilical.....85

Quadro 32 – Análise categorial das entrevistas 92

1. INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), é proposta a elaboração de um relatório integrante da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional. Este documento reflete o percurso formativo e crítico durante a prática clínica, alinhado com os objetivos do curso.

Como Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), espera-se a demonstração de competências específicas, sobretudo no cuidado à mulher inserida na família e comunidade, abrangendo as fases de pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto. Estas competências estão definidas no Regulamento das Competências Específicas n.º 391/2019, da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019). Assim, o presente relatório reflete uma análise crítica e reflexiva sobre as competências adquiridas e desenvolvidas durante o estágio profissional, realizado em três contextos distintos: internamento de grávidas de risco (200 horas), bloco de partos (500 horas) e internamento de puerpério (100 horas). Todos os estágios foram realizados pela ordem referida e cumpriram os requisitos mínimos obrigatórios para a obtenção do título profissional de EEESMO.

A duração e organização dos estágios permitiram a integração com as equipas multidisciplinares, a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas, bem como a consolidação de conhecimentos teóricos adquiridos durante o primeiro ano do MESMO. A exposição a diferentes contextos práticos possibilitou ainda o fortalecimento da segurança na tomada de decisão, um aspeto essencial na prática profissional enquanto EEESMO. As competências adquiridas servem de base para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, sustentados por evidências científicas e orientados para uma abordagem humanizada e eficaz.

Relativamente à participação no projeto de investigação, pude desenvolver competências na análise de conteúdo e refletir sobre os critérios utilizados pelos EEESMO na realização ou não da episiotomia, com base na evidência científica mais atualizada. Este projeto é de extrema relevância para a mulher, pois promove uma abordagem baseada em evidências, garantindo a utilização criteriosa da episiotomia e prevenindo intervenções desnecessárias. Esta abordagem contribui para a redução de complicações, como dor ou lacerações graves, otimizando a recuperação pós-parto. Além disso, reforça uma prática centrada na mulher, respeitando o consentimento informado e as suas preferências. Por fim, este projeto fomenta a melhoria contínua na qualidade dos cuidados, promovendo uma experiência de parto mais positiva e segura.

O relatório encontra-se organizado em vários capítulos. Após esta introdução, são apresentados três capítulos dedicados à descrição das competências desenvolvidas em diferentes áreas do estágio, ilustradas através de casos clínicos. Segue-se um capítulo que aborda a minha contribuição no projeto de investigação da equipa do bloco de partos, e outro capítulo dedicado a uma reflexão crítica construtiva sobre as ações e decisões tomadas durante a prática clínica. Finalmente, o relatório encerra com uma conclusão.

Ao longo de todo o meu percurso, as intervenções realizadas foram orientadas pela evidência científica mais atual, recorrendo a bases de dados como: Cochrane Library, EBSCOhost, o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Google Académico com o objetivo de garantir cuidados de excelência.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

Uma gravidez pode ser considerada de risco quando a probabilidade de desfechos adversos (tanto para a mãe como para o feto) é superior à gravidez normal (Silveira et al., 2023). Para classificar uma gravidez de risco, os profissionais baseiam-se na Escala de *Goodwin* modificada. Tendo em conta a história obstétrica anterior, complicações na gravidez atual e patologias associadas, é possível atribuir um grau à gravidez de risco, nomeadamente, baixo, médio e alto.

Segundo a Teoria das Transições de Meleis, a experiência de uma gravidez pode atuar como um fator que favorece ou complica a transição para a parentalidade. Quando se trata de uma gravidez de risco, além das demandas habituais de uma gravidez, há ainda as particularidades da patologia e a necessidade de vigilância e tratamento adicionais para reduzir possíveis complicações. Deste modo, é essencial refletir sobre a função do EEESMO no acompanhamento de mulheres e/ou casais nesse contexto particular.

2.1. Caraterização do serviço de internamento materno fetal

Na Unidade materno-fetal, ficam internadas grávidas para vigilância de bem-estar materno-fetal, grávidas com patologia, bem como, grávidas a induzir o trabalho de parto.

O serviço dispõe de três quartos com capacidade para seis grávidas, um refeitório, uma casa de banho e uma sala de trabalho.

Neste serviço, e sempre que a condição da grávida o permita, é privilegiada a deambulação, movimentos livres e a utilização de dispositivos como a bola de pilates para as grávidas, que estão a induzir ou em trabalho de parto.

Devido à lotação do serviço ser pequena (capacidade para 7 grávidas), às vezes torna-se condicionante a prestação de cuidados. Cada turno é assegurado por uma EEESMO e uma assistente operacional, mas sempre que é necessário existe colaboração da equipa da urgência ou do bloco de partos, pois estes dois serviços encontram-se fisicamente muito próximos. O facto de o serviço de urgência estar perto faz com que a resposta a situações de urgência ou emergência seja rápida. Como este serviço é muito pequeno não apresenta condições para que a pessoa significativa pernoite, no entanto, esta pode sempre acompanhar a grávida durante o dia. Outra desvantagem da dimensão do serviço é a dificuldade que se tem em garantir a privacidade das mulheres/casais pela proximidade entre as unidades. Por outro lado, o facto de o serviço ser de menor dimensão traz benefícios para as grávidas com internamentos prolongados, como a menor rotatividade de mulheres e o desenvolvimento de um ambiente de maior familiaridade entre elas. Para os profissionais, isto também é vantajoso, pois facilita a criação de uma relação terapêutica mais sólida e personalizada.

2.2. A importância da intervenção do EEESMO durante um internamento prolongado

Joana, grávida de 28 anos, primigesta com 30 semanas e dois dias de gravidez, encontra-se internada no serviço materno-fetal há quatro dias, com o diagnóstico de Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT). Recorreu ao serviço de urgência por rotura da bolsa amniótica com perda líquido amniótico com caraterísticas normais (sem cheiro e de cor translúcida). Não tem nenhuma alergia conhecida, nem histórico médico relevante.

2.2.1. Justificação da escolha deste caso

Este caso foi escolhido por proporcionar uma oportunidade significativa para aprofundar competências no cuidado à mulher durante o período pré-natal, com foco em situações de internamento prolongado decorrentes de complicações, como uma APPT. A experiência destacou uma intervenção crucial do EEESMO no acompanhamento especializado e no apoio contínuo a grávidas que enfrentam elevados níveis de stresse e ansiedade relacionados com o diagnóstico e o risco associado à sua gravidez.

A intervenção como EEESMO revelou-se essencial para criar um ambiente de segurança e acolhimento, onde a mulher se sentisse compreendida e apoiada. Foram aplicadas estratégias de comunicação para reduzir a ansiedade, bem como técnicas de educação em saúde, esclarecendo dúvidas sobre o diagnóstico, o tratamento e as possibilidades de evolução. Este apoio contribuiu não apenas para o bem-estar psicológico da grávida, mas também para a promoção da sua adesão às orientações clínicas, fundamentais para prevenir complicações e prolongar a gravidez.

Adicionalmente, a intervenção incluiu o reforço do vínculo familiar, reconhecendo o impacto emocional que um internamento prolongado tem sobre a mulher e a sua família. Incentivar a presença de membros da rede de suporte e criar oportunidades para fortalecer esses laços mostrou-se uma estratégia eficaz para melhorar a experiência da grávida durante a hospitalização.

Este caso permitiu-me desenvolver competências específicas previstas no Regulamento das Competências do EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2019), nomeadamente no planeamento e implementação de cuidados personalizados e baseados na evidência, direcionados às necessidades individuais da grávida e ao contexto em que se insere. A experiência reforçou a importância de uma abordagem centrada na mulher, que não só assegura a vigilância clínica, mas

também promove o bem-estar emocional e o fortalecimento das competências parentais.

Assim, a vivência deste caso contribuiu para a consolidação de uma prática profissional ética e humanizada, focada na promoção da saúde materno-fetal e no apoio à mulher em momentos de vulnerabilidade. Estas competências são essenciais para o futuro exercício como EEESMO, permitindo uma intervenção qualificada e integrada que beneficia a grávida, o recém-nascido e a família como um todo.

2.2.2. Cuidados de Enfermagem especializados à grávida

No Quadro 1 e no Quadro 2 é apresentado o plano de cuidados referente à necessidade de intervir para melhorar o conhecimento que a Joana apresentava sobre o seu diagnóstico (APPT).

Quadro 1 – Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação à gravidez
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO [23/11/2023-14h30] Joana refere que gostaria que lhe explicasse o que era uma APPT e o que ela implicaria.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [23/11/2023-14h30] Esta é a primeira gravidez de Joana que se encontra internada com diagnóstico de APPT.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez
OBJETIVO Melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Ensinar sobre complicações da gravidez	
RESULTADOS OBTIDOS Joana foi capaz de resumir o que era APPT quando o seu marido a veio visitar.	

Quadro 2 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação à gravidez
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO [23/11/2023-15h00] Joana depois de ser questionada acerca dos sinais de alerta/vigilância a que deve estar atenta não sabe especificá-los.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [23/11/2023-15h00] Esta é a primeira gravidez de Joana que se encontra internada com diagnóstico de APPT.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações
OBJETIVO Melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Ensinar sobre sinais de autovigilância das complicações	
RESULTADOS OBTIDOS Joana no final do turno soube enumerar os sinais as quais devia de estar atenta.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Durante a interação com a Joana, foi possível identificar uma preocupação natural associada à sua condição de internamento e à falta de conhecimento sobre o diagnóstico de APPT, especialmente considerando que é a sua primeira gravidez.

A empatia demonstrada pela Joana facilitou o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, que é essencial para proporcionar cuidados individualizados e eficazes. Ao longo do turno, como a Joana se mostrou disponível, aproveitei a oportunidade para realizar ensinos adequados sobre o seu estado de saúde, explicando de forma simples e clara o que é a APPT, os possíveis desfechos e os sinais de alerta que exigem atenção e comunicação imediata ao enfermeiro. Esta abordagem contribuiu para reduzir a sua ansiedade, empoderando-a com conhecimento relevante para o seu autocuidado.

A APPT carateriza-se pela presença de sinais e sintomas que sugerem a possibilidade de o parto ocorrer antes das 37 semanas de gravidez. Esta condição é uma das principais responsáveis pela morbidade e mortalidade perinatal e neonatal, frequentemente associada a complicações como síndrome de dificuldade respiratória, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante nos bebés. As causas da APPT são diversas e podem incluir fatores como infeções, anomalias uterinas, insuficiência cervical, gravidez múltipla, hidrâmnios (ACOG, 2020).

O diagnóstico precoce e a intervenção são fundamentais para reduzir os riscos. As intervenções incluem repouso, administração de tocolíticos, corticosteroides para maturação pulmonar fetal e, em alguns casos, antibióticos. Além disso, a vigilância e o acompanhamento de sinais de alerta, como contrações uterinas regulares, dor lombar contínua e alterações no corrimento vaginal, são essenciais para a gestão eficaz da APPT (ACOG, 2020; Romero et al., 2014; Smith et al., 2010).

Durante o ensino, a interação da Joana foi notável, pois ela participou ativamente, validando as informações que eu lhe fornecia ao comparar com os procedimentos e medicações que já lhe haviam sido administradas. Durante o internamento, a Joana realizou tocólise com *nifedipina* para inibir as contrações uterinas, com o objetivo de prolongar a gravidez por, pelo menos, 48 horas. Esse período é fundamental para a administração de corticosteroides, cuja função é acelerar a maturação pulmonar fetal. Esta intervenção é crucial para reduzir as complicações pulmonares no recém-nascido, caso o parto ocorra de forma prematura. Na instituição, o corticosteroide de eleição é a dexametasona.

A cardiotocografia (CTG) é um método de monitorização fetal usado principalmente durante o trabalho de parto para avaliar o bem-estar do feto e identificar possíveis sinais de sofrimento fetal. A CTG regista a frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas, possibilitando uma análise que guia intervenções clínicas imediatas. Os parâmetros principais na interpretação da CTG incluem a variabilidade da frequência cardíaca fetal, acelerações,

desacelerações e o padrão basal da frequência cardíaca. Cada um desses componentes é avaliado para determinar o status do feto em relação ao bem-estar ou sinais de hipóxia. Estudos recentes indicam que uma maior variabilidade na frequência cardíaca geralmente é um sinal positivo de saúde fetal, enquanto a diminuição na variabilidade pode indicar sofrimento fetal e necessidade de intervenção (M'Barek et al., 2023). Para além destes parâmetros também é possível avaliar a contratilidade uterina (intensidade, duração e frequência), sendo útil na análise da presença de trabalho de parto.

De modo a monitorizar a contratilidade uterina e o bem-estar fetal era realizada a cardiotocografia uma vez por turno ou sempre que fosse necessário.

Perante o diagnóstico da Joana foi-lhe prescrito repouso relativo no leito. No que diz respeito a este repouso, a literatura indica que esta prática é, frequentemente, recomendada em situações de risco na gravidez, como na rotura prematura de membranas ou na APPT. O repouso relativo implica a limitação da atividade física, permitindo apenas atividades essenciais, como alimentar-se e realizar cuidados de higiene pessoal, com o objetivo de reduzir a pressão sobre o útero e, assim, minimizar o risco de complicações.

Na altura da prescrição do repouso, é importante considerar os potenciais efeitos adversos do repouso, como o aumento do risco de trombose venosa profunda, perda de massa muscular e complicações psicológicas, como ansiedade e depressão (Maloni, 2010).

Portanto, o repouso relativo deve ser prescrito de forma criteriosa, com monitorização contínua dos efeitos e das necessidades individuais da grávida, equilibrando os potenciais benefícios com os riscos associados ao repouso prolongado.

Após receber a prescrição, Joana demonstrou plena compreensão do seu propósito e aceitou-a de forma tranquila e colaborativa.

No Quadro 3 é mencionado o plano de cuidados referente à necessidade de melhorar o conhecimento sobre o trabalho de parto.

Quadro 3 - Potencial para melhorar conhecimento da Joana sobre trabalho de parto

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO [23/11/2023-17h30] Ao falarmos sobre a possibilidade de acontecer o parto, a Joana demonstra algumas dificuldades em identificar sinais de início de trabalho de parto e falta de conhecimento sobre as contrações uterinas.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [23/11/2023-17h30] Esta é a primeira gravidez de Joana que se encontra internada com diagnóstico de APPT.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto
OBJETIVO Melhorar conhecimento sobre trabalho de parto	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Ensinar sobre trabalho de parto e parto	
RESULTADOS OBTIDOS Joana consegue compreender o que é uma contração uterina e explicar os sinais que deve reconhecer do início de trabalho de parto.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Durante o turno da tarde, foi possível suprir algumas lacunas da Joana relacionadas com o conhecimento sobre trabalho de parto e parto. Os ensinos realizados à Joana permitiram aliviar a sua preocupação e ajudá-la a perceber que o internamento também serviu como uma oportunidade para esclarecer dúvidas sobre o processo.

Através desta atividade e da prática de escuta ativa, consegui reduzir sentimentos de ansiedade, stresse e angústia, frequentemente exacerbados por um internamento prolongado. A abordagem formativa e empática revelou-se eficaz para promover o bem-estar emocional da paciente.

Foi explicado à Joana que, as contrações uterinas são o processo de contração e relaxamento rítmico dos músculos do útero e que estas desempenham um papel fundamental na preparação do corpo para o nascimento do seu filho. As principais funções das contrações uterinas são: a preparação para o parto, o trabalho de parto, a expulsão do feto e a recuperação pós-parto. No final compreendeu que, à medida que o trabalho de parto evolui, é normal que as contrações se tornem mais intensas e frequentes e com menor espaçamento entre elas. No que diz respeito aos sinais de início do trabalho de parto, estes foram claramente identificados (contrações regulares e intensas, perda do rolhão mucoso, alterações no colo do útero, pressão pélvica e lombalgias), de modo que Joana esteja preparada para os reconhecer (Lowdermilk et al., 2013; Cunningham et al., 2022).

Em suma, o EEESMO desempenha um papel crucial no acompanhamento de mulheres grávidas, que enfrentam uma gravidez de risco e se encontram internadas. Os internamentos prolongados podem ter repercussões psicológicas negativas, deixando as mulheres fragilizadas e vulneráveis. Além dos cuidados clínicos, o EEESMO deve oferecer suporte emocional, escutando atentamente as preocupações e sentimentos da mulher. É fundamental implementar estratégias que ajudem a mulher a superar essa fase, como a promoção de atividades educativas e informativas, aumentando o conhecimento sobre temas como gravidez, parentalidade e preparação para o parto, conferindo um sentido de utilidade ao internamento.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DE UMA MULHER EM TRABALHO DE PARTO

Durante o ensino clínico, a realidade que vivi no bloco de partos, é que a maioria dos partos estão a ser induzidos. A proposta de indução do trabalho a todas as grávidas começou durante o período de pandemia prolongando-se até ao momento. O hospital em questão, continuou a utilizar este método, defendendo, que a indução de trabalho de parto às 39 semanas implica uma diminuição do número de cesarianas (Burn et al., 2021; El-Sayed et al., 2020; Sinkey et al., 2019).

Em contrapartida, outros autores, defendem que ao induzir o trabalho de parto, existe uma maior probabilidade de complicações como: hemorragia pós-parto, rotura uterina, hiperestimulação uterina com hipoxia fetal, partos distócicos e cesarianas urgentes (WHO, 2018). Apesar disso, existem situações em que a indução do trabalho de parto é indicada, como quando existe uma patologia médica/obstétrica/fetal grave que ponha a saúde materna ou fetal em risco (DGS, 2015).

Para realizar a indução do trabalho de parto podem ser utilizados métodos farmacológicos (administração de prostaglandinas) e métodos não farmacológicos (dilatadores cervicais – sonda de foley, realização de descolamento das membranas amnióticas e a amniotomia). Ao utilizar os métodos farmacológicos devemos de estar atentos aos seus efeitos secundários, e por isso necessitámos de manter uma vigilância, tanto materna como fetal, após as suas administrações (Graça, 2017). Uma das complicações mais vivenciadas durante o estágio, foi a taquisistolia provocada pelo *misoprostrol*, em que algumas vezes foi necessário administrar uma ampola de salbutamol para conseguirmos um relaxamento do útero.

O EEESMO assume uma intervenção fundamental na assistência à mulher em indução do trabalho de parto, visando promover a segurança e o bem-estar tanto da mãe quanto do feto. Os cuidados do EEESMO envolvem a monitorização

contínua (registo simultâneo da frequência cardíaca fetal e da atividade uterina por um período prolongado através do CTG), o apoio emocional, a administração e o acompanhamento de protocolos de indução, além da promoção de uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar. Durante todo o processo de indução o EEESMO realiza uma avaliação da condição materna e fetal tendo em conta o histórico obstétrico, as condições de saúde materna e o bem-estar fetal e orienta a mulher/casal sobre o processo de indução (Miller et al., 2020). O procedimento da indução de trabalho de parto deve de ser explicado à mulher, assim como os possíveis desfechos e os sinais de alerta para que a mesma se sinta mais confiante e informada durante todo o processo. A indução pode ser um processo prolongado e emocionalmente desgastante e por isso, devemos oferecer apoio emocional à mulher, esclarecer dúvidas e incentivar exercícios de relaxamento, como exercícios de respiração, de forma a reduzir a ansiedade materna (Roudsari et al., 2021).

Em modo de conclusão, podemos dizer que o EEESMO tem uma intervenção especializada no acompanhamento da mulher durante a indução de trabalho de forma a proporcionar uma experiência positiva.

3.1. Caraterização do serviço de Bloco de Partos

O estágio realizado no serviço de bloco de partos, decorreu entre o dia 2 de Fevereiro e o dia 30 de Junho de 2024. Neste estágio foram realizadas um total de 500 horas, onde foram desenvolvidas competências no âmbito da mulher inserida na família e na comunidade durante o trabalho de parto, supervisionadas por uma EEESMO. Nesta instituição acoplada ao bloco de partos estão mais dois serviços interligados, sendo eles, a unidade materno-fetal e o serviço de urgência. Em cada turno a equipa é constituída por cinco elementos, sendo esses alocados aos diferentes serviços (três elementos no bloco de partos, um elemento no serviço de urgência e outro na unidade materno fetal). A interligação

entre estes serviços é fundamental para garantir uma resposta rápida e eficaz às emergências obstétricas e complicações durante a gravidez. Essa integração melhora a segurança materna e fetal ao permitir uma abordagem coordenada e contínua, reduzindo o tempo de espera para intervenções e facilitando o acesso a profissionais especializados e recursos adequados (Miller et al., 2020).

Todo o circuito da mulher iniciava na urgência, onde eram avaliadas por uma EEESMO, observadas pela equipa médica e depois, consoante o diagnóstico, eram encaminhadas para o serviço que mais se adequava.

Aquando da admissão no Bloco de Partos é solicitado à parturiente/pessoa significativa que guardem todos os pertences no armário respetivo, cuja chave ficará à sua responsabilidade e depois que se dirijam a uma das seis salas que lhes foi atribuída. Junto aos cacifos encontram-se batas descartáveis e protetores de sapatos, que devem ser colocados pelos acompanhantes antes de entrarem na sala de partos e que devem retirar quando saem, colocando no respetivo balde do lixo. A parturiente pode estar acompanhada pela pessoa significativa que designar durante toda a estadia no bloco de partos. Relativamente às salas de parto, estas consistem em quartos individuais com casa de banho privativa. Todas as salas têm uma disposição semelhante. Na sala de partos existe uma cama, um cadeirão para o acompanhante, mesa de apoio, monitor de CTG, uma mesa de reanimação com fonte de calor e materiais de apoio para os cuidados de recém-nascido. Existem salas de partos com monitorização de CTG por wireless que permite uma maior liberdade de movimentos da parturiente. O serviço tem ainda disponível, bolas de pilates e colunas de *Bluetooth* para musicoterapia, de modo a que as grávidas possam utilizar, se acharem pertinente, como estratégia de relaxamento durante o trabalho de parto. Quando o parto ocorre sem complicações (hemorragia pós-parto, retenção de fragmentos placentários, entre outros) a mulher é transferida para o serviço de internamento de obstétrica duas horas após o parto.

O bloco de partos é ainda constituído, para além das seis salas de partos, de um balcão de enfermagem com monitores (onde são visualizados os traçados de cada sala ligados as salas de parto para uma vigilância mais apertada), uma sala

de recobro, uma sala de Bloco Operatório (para cesarianas urgentes, sala essa com condições que permitem a presença do acompanhante) e uma sala de receção do RN (onde são prestados os primeiros cuidados ao bebé quando nascem no bloco operatório e onde o acompanhante pode estar presente). O facto de ter uma sala de bloco operatório dentro do bloco de partos é essencial para assegurar uma resposta rápida a emergências obstétricas, como a necessidade de cesarianas de urgência, hemorragias pós-parto ou outras complicações graves que possam surgir durante o trabalho de parto/parto. Esta proximidade física entre o ambiente de parto e a sala operatória oferece uma série de benefícios cruciais para a segurança materna e fetal, especialmente em casos de alto risco, como uma redução do tempo de resposta em emergências e segurança nos cuidados maternos e fetais (Bain et al., 2019; Belforte t al., 2021).

Após a instalação do casal no respetivo quarto era realizada a devida apresentação do EEESMO que iria prestar cuidados ao casal e o acolhimento ao serviço. Seguidamente procedíamos à recolha de dados a fim de realizar a avaliação inicial. Motivo de admissão, idade, altura, peso, antecedentes relevantes, grupo sanguíneo, contacto da pessoa significativa, paridade, idade gestacional, medicação habitual, integridade da pele e alergias eram os dados obrigatórios, segundo a instituição para preencher à avaliação inicial, no entanto também eram importantes outros dados como: expetativas sobre o trabalho de parto e parto, se frequentou programa de preparação para o parto e parentalidade e também sobre a existência de um plano de nascimento.

De seguida eram prestados os cuidados especializados necessários consoante cada diagnóstico.

3.2. A importância do EEESMO no acompanhamento da mulher nas várias fases do trabalho de parto

Catarina, de 33 anos, esta é a sua segunda gravidez com um abortamento anterior, grupo sanguíneo O Rh +, foi admitida no Bloco de Partos por estar em Trabalho de Parto. Apresenta rotura de membranas, líquido amniótico com características normais (cheiro *sui generis*, cor transparente) com idade gestacional de 37 semanas e 4 dias. A mesma vinha acompanhada pelo Ricardo (marido) e apresentava-se queixosa à chegada. Não apresenta histórico médico relevante, nem alergias e o rastreio do *Streptococcus* do Grupo B era negativo. A gravidez foi desejada, planeada e acompanhada nos cuidados de saúde primários sem nenhuma complicação.

Nasceu o Afonso, por parto eutócico, com Índice de *Apgar* de 9/10/10, com o peso de 2920 g, 48,5 cm de comprimento e com 33 cm de perímetro cefálico. Este realizou contacto pele com pele e foi amamentado durante a primeira hora de vida.

3.2.1. Justificação da escolha deste caso

Este caso foi fundamental no meu percurso formativo, permitindo-me desenvolver competências específicas no acompanhamento da mulher inserida no seu contexto familiar e comunitário durante o trabalho de parto, em alinhamento com o Regulamento das Competências Específicas n.º 391/2019, da Ordem dos Enfermeiros. A escolha deste caso baseou-se na oportunidade de acompanhar todo o trabalho de parto de Catarina, desde o início até ao nascimento, o que me proporcionou desafios significativos e aprendizagens valiosas.

Durante este processo, foi crucial ajudar a parturiente a identificar e implementar estratégias eficazes para o alívio da dor, como técnicas de respiração, posições confortáveis e utilização de métodos não farmacológicos, como massagens ou hidroterapia. Adicionalmente, explorei estratégias facilitadoras do trabalho de parto, como a mobilidade, posições gravitacionais e o envolvimento ativo da

mulher no processo, respeitando as suas preferências e promovendo a sua autonomia.

O estabelecimento de uma relação terapêutica foi um pilar essencial deste acompanhamento. Criar um ambiente de confiança e segurança permitiu que o casal confiasse nas minhas intervenções e se sentisse apoiado em cada decisão. Este vínculo foi particularmente importante para enfrentar momentos de maior desafio e incerteza, assegurando que a experiência de parto fosse vivida de forma positiva.

No final, a gratidão expressa pelo casal, que valorizou o meu papel como essencial para uma experiência de parto satisfatória, reforçou a importância da abordagem holística e individualizada. Este caso ilustrou o impacto direto da atuação do EEESMO na vivência do trabalho de parto, contribuindo para um maior empoderamento da mulher e promovendo o bem-estar físico e emocional do casal. Desenvolver estas competências é crucial para o exercício futuro como EEESMO, assegurando intervenções especializadas, humanizadas e baseadas na evidência, que respeitam a singularidade de cada mulher e família.

3.2.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Parturiente

No Quadro 4 é apresentado o plano de cuidados referente ao trabalho de parto.

Quadro 4 - Trabalho de Parto da Catarina

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO [19/04/2024-13h45] Catarina encontra-se em trabalho de parto e apresenta rotura de membranas, com líquido amniótico de cheiro *sui generis* e cor transparente.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [19/04/2024-13h45] Posição do colo do útero: posterior Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 90% Dilatação do colo do útero: 3 cm Descida do feto: Primeiro Plano de *Hodge*	

Frequência da contração uterina: contrações irregulares Duração da contração uterina: 20 segundos Dor de trabalho de parto: dor grau quatro segundo escala numérica da dor Integridade das membranas amnióticas: rotas; líquido amniótico com caraterísticas normais sem cheiro Apresentação fetal: cefálica Sem perda sanguínea vaginal	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar bem-estar fetal • Avaliar evolução do trabalho de parto • Envolver a pessoa significativa • Gerir ambiente físico • Assistir no posicionamento	
RESULTADOS OBTIDOS A Catarina encontra-se em trabalho de parto. Avaliado bem-estar fetal e materno.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Após o acolhimento da Catarina e da pessoa significativa no serviço, foi realizada a avaliação do bem-estar fetal e da atividade uterina através do CTG. Nesta monitorização foi possível perceber que, a linha basal da frequência cardíaca fetal era 130 batimentos por minuto (bpm), a variabilidade encontrava-se dentro da normalidade (entre cinco a 25 bpm), apresentava acelerações da frequência cardíaca fetal e movimentos fetais. A cardiotocografia para além de nos revelar a condição do bebé também nos dá informação sobre a existência ou não, e as caraterísticas, das contrações uterinas. Neste caso, foram identificadas contrações irregulares com duração cerca de 20 segundos de intensidade média. Perante esta avaliação validei o bem-estar fetal e classifiquei este CTG como normal/tranquilizador.

Procedi ao exame vaginal, porque a Catarina se apresentava queixosa, para avaliar a progressão do trabalho de parto pelo qual foi explicado à parturiente o seu propósito e pedido o devido consentimento para a sua realização, respeitando assim os princípios éticos. O exame vaginal tem como objetivo a avaliação da progressão do trabalho de parto, detetando assim a dilatação

cervical, a progressão fetal, a apresentação fetal, a posição (Montenegro & Resende, 2017).

Com o exame vaginal foi possível confirmar a rotura da bolsa amniótica, assim como, perceber que apresentava um colo mole e posterior com três centímetros de dilatação e 90% de extinção. O exame vaginal só é realizado quando estritamente necessário ou quando as mulheres apresentavam algum tipo de queixa (DGS, 2023).

Todas as intervenções/procedimentos realizadas(os) foram registadas na plataforma informática, *Obscare,* de modo a uniformizar todos os registos para ser de fácil acesso a todos os profissionais. A utilização de um sistema de registo de cuidados unificado e com linguagem simples, facilita a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde, permitindo uma continuidade de cuidados mais eficiente e segura para o cliente, reduzindo erros ou omissões. No *Obscare* existe o partograma, que é especificamente para registar toda a informação relevante relativa ao trabalho de parto, nomeadamente, a evolução do trabalho de parto (dilatação, extinção, variedade, apresentação, consistência e posição do colo uterino), a monitorização cardiotocográfica e associar notas pertinentes. Os dados depois de inseridos são apresentados, na forma de gráfico, para uma melhor perceção da evolução e uma consulta intuitiva (Lopes, 2018).

Durante todo o processo foi garantido a privacidade da parturiente, promovendo um ambiente seguro e calmo, e desenvolvido uma relação terapêutica com a díade.

No Quadro 5 é apresentado o plano de cuidados referente à necessidade de melhorar a capacidade da Catarina para utilizar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Quadro 5 - Potencial para melhorar capacidade da Catarina para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto

DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO [19/04/2024-15h00] Parturiente permanece no leito com pouca atividade sem realizar nenhum tipo de exercício facilitador do trabalho de parto mostrando disponível para executar estratégias facilitadores de trabalho de parto.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [19/04/2024-15h00] Segunda gravidez da Catarina, com um abortamento anterior, sem experiência anterior no uso de estratégias facilitadores do trabalho de parto, demonstra conhecimento sobre as mesmas, adquiridas no programa de preparação para o parto que frequentou durante a gravidez. Exame vaginal realizado no contacto anterior.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVO Melhorar a capacidade da parturiente de usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Instruir e treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto • Instruir e treinar exercícios de mobilidade da pelve • Instruir e treinar exercícios músculo articular pélvicos • Instruir e treinos o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto	
RESULTADOS OBTIDOS A Catarina desenvolveu habilidades para usar a posição corporal como estratégia facilitadora do trabalho de parto.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Neste contacto a Catarina permaneceu no leito monitorizada com CTG até referir sensibilidade dos membros inferiores. Após demonstrar sensibilidade e como o CTG é tranquilizador, em acordo com a Catarina, decidi suspender a monitorização, para adotar posições verticalizadas, neste caso, deambular. Estas posições têm o propósito de facilitar a progressão do trabalho de parto (aumento dos diâmetros do canal de parto), impedir a compressão de vasos maternos, aumentar a ventilação pulmonar, o equilíbrio acidobásico, a eficácia das contrações uterinas e diminuir o risco de parto distócico por cesariana e duração de trabalho de parto (Lawrence et al., 2013; Mamede et al.,2007).

Como forma de utilizarmos esta estratégia e aproveitarmos todos os seus benefícios foi então proposto à Catarina que deambulasse. A mesma mostrou-se disponível para o fazer na companhia do Ricardo. O suporte do marido ou de uma pessoa significativa ao longo do trabalho de parto é fundamental para uma experiência positiva. Esta presença reduz a ansiedade da mulher (facilita a libertação de hormonas, como a ocitocina, que são essenciais para o progresso do trabalho de parto), garante apoio emocional (encorajamento e empatia proporcionado ajuda à mulher a enfrentar a dor e o stresse do parto), facilitação na comunicação (atuação como intermediário entre a mãe e a equipa de saúde, ajudando a comunicar as necessidades e desejos da parturiente, especialmente se ela estiver sob dor intensa) e fortalecimento da relação (Klaus et al., 2011; Hodnett et al., 2013; Lukasse et al., 2015; Rosenberg et al., 2010).

Segundo Mamede et al., 2007, a deambulação tem um papel importante como estratégia não farmacológica no lidar com a dor, mas também no ajuste da cabeça do feto na bacia materna.

Para além da deambulação demonstrei à Catarina, alguns exercícios que poderia fazer com a ajuda do seu marido, na posição verticalizada, com ou sem uso de dispositivos. Inicialmente, instrui e treinamos exercícios sem o uso de dispositivos (básculas) e depois treinamos exercícios com a ajuda da bola de pilates.

Relativamente às básculas, foram demonstrados os exercícios com rotação da pelve em círculo, em “oito” e em movimentos de “vai e vem” (projetando a pelve para a frente e para trás) que por sua vez provocam uma movimentação do quadril que irá influenciar na rotação e na descida do seu bebé (Mafetoni et al., 2014).

No que diz respeito aos exercícios com recurso a dispositivos, nomeadamente, a bola de pilates, demonstrei e assisti o posicionamento que a Catarina deverá adotar na bola em segurança, envolvendo o marido neste processo. Sugeri à Catarina para se sentar na bola, tendo a anca-joelho-tornozelo num ângulo de

90 graus, com as pernas afastadas e os pés virados para fora (descalça). Expliquei que ao adotarmos esta posição na bola de pilates e fazermos movimentos circulares, para a frente e para trás e em "oito" os nossos ísquios aproximavam-se de forma a garantir a abertura do estreito superior da bacia (ampliação da pelve) para potenciar a descida do bebé (Silva et al., 2011).

Após a demonstração a Catarina, com a ajuda do seu marido, treinou alguns dos exercícios, na minha presença, adquirindo assim capacidade para os executar quando achasse pertinente ou quando o seu corpo pedisse. Durante todo este processo foi importante reforçar para que a Catarina ouvisse o seu corpo e ao longo do seu trabalho de parto fosse adotando as posições que para ela, lhe fizessem mais sentido no momento. Como EEESMO é importante garantirmos que o princípio do parto fisiológico seja respeitado e aplicado, e, neste caso que a mulher seja autónoma na decisão da posição que para ela seja a mais adequada e também, em demonstrar disponibilidade para esclarecimento de qualquer tipo de questão (WHO, 2018).

Subsequentemente, foi concedido à mulher a oportunidade de se expressar e de gerir o seu trabalho de parto autonomamente na companhia do seu marido, na sua privacidade. Ao proporcionar privacidade ao casal, estou a minimizar distrações e a pressão externa, o que resulta na redução da ansiedade e do stresse. Ao ter um ambiente tranquilo e acolhedor favoreço a liberação de hormonas como a ocitocina, essencial para a progressão do trabalho de parto. Com esta intervenção, consegui facilitar a evolução do trabalho de parto em termos de tempo, reduzir a necessidade de analgesia e proporcionar uma experiência positiva para a Catarina/casal.

No Quadro 6 encontra-se descrito o plano de cuidados associado à necessidade da Catarina melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.

Quadro 6 - Potencial para melhorar capacidade da Catarina para lidar com a dor de trabalho de parto

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto

DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO **[19/04/2024-16h30]** Parturiente, sem nenhuma experiência anterior, pede ajuda para assistir na utilização da massagem e técnicas de respiração para alívio da dor. Catarina mostra-se disponível para aprender.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO **[19/04/2024-16h30]** Parturiente encontra-se em TP e começa a ficar queixosa com as contrações. Monitorização cardiotocográfica: Frequência cardíaca fetal: 151 bpm Variabilidade: 5-25 bpm Acelerações: com acelerações Desacelerações: desacelerações variáveis Contrações: duas em cada 10 minutos, regulares, intensidade intermédia Movimentos fetais: presentes.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto
OBJETIVO Promover o autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Instruir e treinar estratégias de relaxamento • Instruir e treinar a massajar • Instruir e treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto	
RESULTADOS OBTIDOS Catarina foi capaz de adquirir capacidade de utilizar estratégias não farmacológicas para alívio da dor, em diferentes fases do trabalho de parto.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Ao chegar ao quarto verifico que a Catarina estava a utilizar a bola de pilates, conforme instruído no outro contato, de forma eficaz. A Catarina refere que a estratégia da bola de pilates não esta a surtir muito efeito no controlo da dor, naquele momento, mostrando-se disponível para realizar novas técnicas, nomeadamente a massagem e técnicas de respiração.

Comecei o meu discurso por elogiar a Catarina pelo seu comportamento de ter tido a iniciativa e a capacidade para arranjar uma estratégia no alívio da dor na minha ausência. O elogio é importante para aumentar a autoeficácia da mulher, o sentimento de bem-estar e dar-lhe motivação para continuar o seu percurso (Fredrickson, 2001).

No que diz respeito à respiração, foi importante instruir a Catarina a manter uma respiração calma e rítmica; uma respiração focada pode aumentar a confiança e a capacidade da mulher de lidar com as contrações durante o parto. Ao controlar conscientemente o seu ritmo respiratório, a Catarina ajusta-o à intensidade da dor. Juntamente a uma respiração lenta e regular, uma massagem, provoca um efeito relaxante na grávida. Em cada contração, recomenda-se que a mulher se concentre na respiração, expirando completamente e emitindo sons, se sentir necessidade, conforme o seu conforto (Cardoso et al., 2023).

Neste contexto sugeri à Catarina e ao seu marido para realizarem a respiração, em uníssono comigo da seguinte forma: inspirar profundamente pelo nariz e expirar pela boca, soltando ar todo. Repetimos o processo até que a Catarina sinta um controlo da dor ou manifeste indisponibilidade para o executar.

Quanto à demonstração da massagem é questionado ao marido da Catarina se gostaria de intervir e ser ele próprio a realizar a massagem à sua mulher, para que o mesmo se sentisse útil e integrado no trabalho de parto. Desta forma pedi à Catarina para que se sentasse na bola de pilates debruçada sobre a cama, com as costas expostas; depois pedi ao Ricardo para sentar atrás da sua mulher, que colocasse o óleo de amêndoas doces nas suas mãos, e espalhasse nas costas usando a palma da mão. Solicitei que o marido repetisse os movimentos que eu iria executar. Colocamos as mãos sobre o sacro e com os polegares fazemos movimentos circulares, desde o sacro até à cervical, percorrendo toda a musculatura da coluna. Estes movimentos eram repetidos quatro vezes. Aqui mencionei ao marido que, o mais importante nesta massagem era ouvir as queixas da Catrina e tentar dar resposta as mesmas, fazendo a massagem de acordo com aquilo que a Catarina pedisse na altura. Às vezes as mulheres preferem movimentos suaves ao longo da coluna, outras vezes preferem pressão na zona dolorosa, tudo depende daquilo que, na altura, a mulher sente e com que intensidade. A massagem diminui a secreção de adrenalina e noradrenalina, aumenta a libertação de endorfinas e ocitocina, ativa o sistema simpático e parassimpático que por sua vez aumenta a circulação sanguínea e

das hormonas de relaxamento, e uma redução das hormonas de stresse (Reis et al., 2022).

Deixei o casal a sós para quem pudessem comunicar com maior privacidade e cumplicidade, e assim fossem de encontro à melhor estratégia não farmacológica para alívio da dor que mais se adequasse. O facto de dar privacidade ao casal proporciona um ambiente tranquilo e seguro para que estes possam ter uma comunicação aberta, honesta, haja uma redução de stresse e de ansiedade, facilidade em encontrar estratégias de alívio da dor, promoção da autonomia e controlo sobre o trabalho de parto/parto, apoio mútuo e criação de memórias (Klaus et el., 2011; Hodnett et al., 2013; Ludwing et al., 2010).

O Quadro 7 apresenta o plano de cuidados referente à dor de trabalho de parto.

Quadro 7 - Dor de Trabalho de Parto

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO [19/04/2024-17h30] Catarina refere estar com dor e apresenta fácies de dor. Classifica a dor como grau cinco, na escala numérica da dor.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [19/04/2024-17h30] Realizado exame vaginal: Posição do colo do útero: intermédia Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 100% Dilatação do colo do útero: 5 cm Apresentação fetal: cefálica Posição fetal: direita Descida do feto: Primeiro Plano de *Hodge* Monitorização cardiotocográfica: Frequência cardíaca fetal: 140 bpm Variabilidade: 5-25 bpm Acelerações: com acelerações Desacelerações: desacelerações variáveis Contrações: três em cada dois minutos, regulares, intensidade intermédia Movimentos fetais: presentes	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Dor de Trabalho de Parto
OBJETIVO	

Parturiente seja capaz de compreender a função da dor de trabalho de parto e o seu relacionamento com as várias etapas do trabalho de parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Ensinar sobre dor trabalho de parto • Gerir analgesia pelo cateter epidural
RESULTADOS OBTIDOS A catarina avaliou a sua dor, segundo a escala numérica da dor, em grau um. Constatando uma diminuição de grau cinco para grau um após as intervenções.

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Durante o trabalho de parto as mulheres vão sentido dores em diferentes partes do corpo e de intensidades diferentes. Cada pessoa tem o seu limiar de dor e o que é uma dor de grau cinco para uma pessoa pode ser de grau três (segundo a escala numérica da dor) para outra, e por isso não devemos desvalorizar as queixas que cada parturiente refere, em diferentes contextos.

Perante a dor da parturiente, o EEESMO tem um papel importante em orientar a grávida a encontrar estratégias que aliviem a sua dor e gerir a analgesia prescrita, conforme a disponibilidade e intenção da mulher.

A dor é definida como uma sensação física e emocional desconfortável (IASP, 2020). A diferença de limares entre as pessoas variam devido a fatores biológicos, psicológicos e socias, tendo ou não, um impacto negativo na vida da pessoa. Durante o trabalho de parto existe uma libertação de hormonas (endorfinas e ocitocina) provocado pela dor que têm um efeito analgésico natural (Cardoso et al., 2023)

De acordo com o seu plano de nascimento, Catarina tem a intenção de usufruir de analgesia epidural durante o trabalho de parto. Este método farmacológico de controlo da dor foi o mais requisitado pelas grávidas em trabalho de parto durante o meu estágio devido à sua eficácia na redução da dor, mantendo a mulher ativa e alerta durante o processo, o que melhora a experiência de parto (Sng et al., 2015). Os fármacos utilizados habitualmente eram *Ropivacaína* e o *Sufentanil*, sendo administrados por *bólus* ou PCEA (*patient-controlled epidural analgesia*).

As administrações destes fármacos frequentemente estão associados a efeitos secundários como: prurido, náuseas, vómitos, retenção urinária, hipotensão, bloqueio motor e sensorial (Halliday et al., 2022).

Apesar da analgesia epidural ser eficaz no alívio da dor, esta influencia a fisiologia do trabalho de parto de várias maneiras, afetando tanto a mãe quanto a fisiologia de parto em si. Esses efeitos variam consoante o tipo, a dose e o momento da administração. Uma mulher que usufrui da analgesia epidural poderá sofrer um prolongamento da segunda fase do trabalho de parto, porque hà uma redução da frequência e intensidade das contrações uterinas devido ao efeito relaxante da analgesia sobre os músculos, uma hipotensão materna devido à dilatação dos vasos sanguíneos que por sua vez pode afetar a perfusão sanguínea útero placentária e também reduzir a libertação de ocitocina (Anim-Somuah et al., 2018; Bannister-Tyrrell et al., 2020; Sng et al., 2015; Lieberman & O'Donoghue, 2002)

Neste contacto com a Catarina, a mesma solicitou analgesia pelo cateter epidural.

No Quadro 8 é mencionado o plano de cuidados referente ao trabalho de parto.

Quadro 8 - Trabalho de Parto da Catarina

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO **[19/04/2024-20h30]** Parturiente solicita a minha presença pois apresenta reflexo de *Ferguson* e expressa vontade de realizar puxos	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO **[19/04/2024-20h30]** Realizado toque vaginal: Posição do colo do útero: anterior Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 100% Dilatação do colo do útero: 10 cm Apresentação fetal: cefálica Posição fetal: direita Descida do feto: Terceiro Plano de *Hodge*	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto

OBJETIVO Assistir o parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar a evolução do trabalho de parto • Envolver a pessoa significativa • Assistir no parto
RESULTADOS OBTIDOS Parto eutócico.

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Ao aproximar-me da Catarina a mesma refere que apresenta vontade de realizar os puxos e pressão na zona vaginal. Esta vontade de puxar está relacionada com a descida do bebé na parede posterior da vagina causado pelo reflexo de *Ferguson* que induz a libertação de ocitocina endógena (Roberts, 2002; Silva, 2019). Perante isto, foi pedido consentimento à Catarina para a realização do exame vaginal com o objetivo de avaliar a dilatação do colo uterino. Com o exame constato que a parturiente já apresentava dilatação completa, colo extinto e o bebé já se posicionava no terceiro plano de *Hodge*. Com esta avaliação preparei todo o material para assistir ao parto e orientei a grávida para iniciar os esforços expulsivos, de acordo com a sua vontade, inicialmente na posição de cócoras e depois na posição de litotomia. Entre cada contração a Catarina era aconselhada a respirar calmamente e profundamente para melhorar a sua oxigenação e a do feto.

Relativamente aos puxos existem diferentes tipos, nomeadamente, puxos espontâneos e os puxos dirigidos. Os puxos espontâneos são aqueles em que a mulher puxa consoante a sua vontade, a glote aberta e um volume respiratório residual e em cada contração são realizados três a cinco puxos expiratórios curtos de quatro a seis segundos (Barasinski et al., 2016; Sampselle et al., 2005). Estes puxos permitem que a mulher sinta controlo do seu parto e da dor, seja autónoma e que no final se sinta satisfeita com a sua experiência de parto (Lemos et al., 2011). Para a mulher, os puxos espontâneos são mais naturais e permitem uma melhor coordenação entre o reflexo de *Ferguson* e o processo de trabalho de parto. Isso contribui para uma menor exaustão física, menos lesões

no períneo e uma maior satisfação com a experiência do parto (Yildirim & Beji, 2008). No que diz respeito ao impacto no feto, os puxos espontâneos favorecem uma melhor oxigenação fetal, já que evitam interrupções prolongadas no fluxo sanguíneo útero-placentário, algo que pode acontecer com puxos dirigidos e prolongados (Roberts & Hanson, 2007).

Em contrapartida, os puxos dirigidos são aqueles em que a mulher é orientada pelo profissional de saúde de como o fazer. Durante estes puxos a mulher posiciona-se em semi-dorsal, segura nos seus joelhos contra o tórax, inspira profundamente, aquando da contração, fica em apneia (cerca 10 a 30 segundos) e juntamente com a contração dos músculos abdominais e do diafragma puxa, três ou quatro puxos por contração (Burón & Sánchez, 2010). O intuito deste puxo é que haja uma elevação do diafragma, inclinação da pélvis e uma pressão sobre o útero para facilitar a expulsão do feto através da contração do músculo transverso abdominal e oblíquo (Barasinski et al., 2016; Alfaro, 2010). O puxo dirigido apresenta algumas desvantagens em relação ao puxo espontâneo, tanto para a mulher como para o feto. No que diz respeito ao feto, o facto de a mulher ficar em apneia durante o puxo vai haver uma redução da oxigenação fetal e do pH que provoca um Índice de *Apgar* baixo ao nascimento e risco de complicações neonatais (Barasinski et al., 2016). Quanto as repercussões na mulher, existe um aumento da probabilidade de trauma perineal, aumento de partos instrumentados, diminuição da oxigenação materna e fadiga (Prins et al., 2011; Yildirim & Beji, 2008).

No caso da Catarina, a mesma iniciou os puxos de forma espontânea enquanto estava de cócoras, mas, depois, quando posicionamos na posição de litotomia iniciou puxos dirigidos.

Durante todo este processo o marido foi envolvido de forma a ter uma participação ativa, fazendo reforço positivo e a satisfazer as necessidades da Catarina no momento (facultar água, dar a mão, entre outras) para que esta se sentisse apoiada emocionalmente e aumentar a sensação de controlo.

Como os esforços expulsivos estavam a ser eficazes, foi chamado o pediatra que estava de urgência e outro EEESMO para prestar os cuidados imediatos ao recém-nascido. Nesta situação, como não havia nenhum risco associado ao recém-nascido nem nenhuma intercorrência durante o trabalho de parto/parto até ao momento, não havia necessidade de contactar o pediatra, porém este foi contactado porque é protocolo da instituição o pediatra estar presente no momento do nascimento. Com a descida do feto pelo canal de parto, através dos esforços expulsivos, a cabeça do bebé apresentou-se à vulva (coroação) e a Catarina sentiu um aumento da pressão na zona perineal. Aqui foi informado à Catarina que era normal o sentir devido ao seu bebé se apresentar à vulva e estar prestes a nascer.

Como estratégia para proteger o períneo foi derramado água morna e óleo de amêndoas doce sobre a vulva e o períneo com o intuito de aumentar a elasticidade e relaxamento dos tecidos.

Aquando a coroação, procedi à proteção do períneo ("*hands on*"), colocando a minha mão dominante entre a vagina e o ânus aplicando uma suave pressão no tecido e a minha mão não dominante na cabeça do feto de forma a controlar a velocidade de descida da cabeça do bebé (Manobra de *Ritgen*) e deixar que o períneo se distenda de forma gradual. A finalidade de o fazer era para diminuir a incidência de traumas perineais ainda que, a evidência científica mais atualizada nos refere que ao utilizarmos a técnica "*hands off*" existe uma menor incidência de trauma perineal (Goma et al., 2020; Williams et al., 2019).

Neste momento, foi avaliada a necessidade de realizar episiotomia. Contudo, esta não foi efetuada, uma vez que os tecidos do períneo de Catarina apresentavam excelente elasticidade e acompanharam de forma gradual a progressão da exteriorização da cabeça do feto.

Após a exteriorização da cabeça do bebé foi pedido à Catarina para parar de puxar enquanto verificava se havia presença de circulares (ausentes). Posteriormente deixei que a cabeça rodasse naturalmente e, de seguida,

comecei a realizar ligeira tração da cabeça do recém-nascido em direção ao chão, para facilitar a saída do ombro anterior e depois tração, no sentido oposto, para desencravar o ombro posterior. Assim que os ombros estão exteriorizados, apoio o Gabriel para uma exteriorização controlada do restante corpo, e coloco o mesmo sobre o ventre da mãe. Logo de seguida com um lençol sequei o recém-nascido para diminuir o risco de hipotermia, enquanto o mesmo ainda continua sobre a sua mãe. Nesta altura o casal foi parabenizado pelo nascimento do seu filho dando especial enfase á mulher para que se sinta empoderada pelo nascimento do seu filho.

O Quadro 9 apresenta o plano de cuidado referente ao parto.

Quadro 9 – Parto da Catarina

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO **[19/04/2024-20h48]** Nascimento: 20h48 Parto eutócico	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO **[19/04/2024-20h48]** Índice *Apgar* – score ao 1º minuto: 9 Índice de *Apgar* – score ao 5º minuto: 10 Índice de *Apgar* – score ao 10º minuto: 10	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar Índice de *Apgar* • Clampar o cordão umbilical após primeiro minuto de vida • Assistir o pai no corte do cordão umbilical • Gerir ambiente • Secar e massajar o recém-nascido • Colocar recém-nascido em contacto pele com pele com a mãe • Assistir na dequitadura • Inspecionar o períneo • Monitorizar dados antropométricos • Aplicar pomada oftálmica • Administrar vitamina K	
RESULTADOS OBTIDOS Dequitadura com técnica "*hands-off*", espontânea, mecanismo *Schultze*. Períneo integro. Recém-nascido saudável, a realizar contacto pele com pele com a sua mãe.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Desde o nascimento até ao 10º minuto é avaliado, o índice de *Apgar*, que é considerado um indicador de risco para a morbimortalidade perinatal, que é avaliado no 1º, 5º e 10º minuto após nascimento. Este índice é baseado na cor, respiração, frequência cardíaca, tônus muscular e na resposta do recém-nascido ao estímulo. Consoante a avaliação é dado um score que pode variar de 0 a 10, sendo que, aqueles que tiverem *Apgar* superior a sete são considerados recém-nascidos saudáveis os que tiverem inferior a sete são aqueles que vão precisar de uma maior vigilância e ajuda para uma adaptação à vida extrauterina (Silva et al., 2020).

Como o Gabriel apresentou um índice de *Apgar* ao nascimento de 9/10/10 foi realizada a clampagem do cordão umbilical quando este parou de pulsar. A clampagem do cordão após o primeiro minuto de vida ou, se possível, quando o mesmo deixar de pulsar, traz benefícios para o recém-nascido como: aumento dos níveis de hemoglobina e ferro (ACOG, 2020). Para realizar a clampagem é colocado o *clamp* dois dedos acima da pele do recém-nascido e colocado uma pinça dois dedos após. De seguida é dado a tesoura ao marido da Catarina para este proceder ao corte do cordão entre o *clamp* e a pinça, como tinha expressado anteriormente a sua intenção.

No que diz respeito ao contacto pele com pele, este foi realizado imediatamente após o nascimento, mas depois foi interrompido, ao contrário daquilo que nos diz a evidência científica, pelo pediatra para fazer a avaliação imediata ao recém-nascido (Carvalho & Zangão, 2014). Após o pediatra terminar o exame físico o recém-nascido voltou à sua mãe para continuar o contacto pele com pele. O recém-nascido foi colocado em decúbito ventral sobre o peito da mãe, em contacto direto com a pele e coberto por uma manta. O contacto pele com pele contribui para contração do útero, diminuição da perda sanguínea pós-parto, estimulação da lactação e estabilização da temperatura do recém-nascido (Moore et al., 2016; Widström et al., 2019).

Posteriormente, ocorreu a dequitadura, o processo de expulsão da placenta, durante o qual é possível adotar duas abordagens distintas. Uma delas é a abordagem expectante ou *"hands-off"*, onde o profissional de saúde aguarda os sinais de descolamento e a subsequente saída espontânea da placenta. A outra é a abordagem ativa, cujo objetivo é acelerar o processo de dequitadura (Begley et al., 2019). Neste caso, foi adotada a conduta *"hands-off"*, em que respeitei o tempo natural de expulsão da placenta, aguardando a sua exteriorização. Para auxiliar, utilizei a Manobra de *Dublin*, que consiste em movimentos rotativos no sentido dos ponteiros do relógio, facilitando a exteriorização completa (Nené, 2016).

Relativamente ao tipo de dequitadura, esta pode ser de dois tipos: *Duncan*, onde a face materna da placenta é a primeira a ser visualizada e a hemorragia ocorre antes da sua expulsão, ou *Schultze*, em que a face fetal é a primeira a ser observada e a hemorragia acontece após a expulsão da placenta. Neste caso específico, ocorreu uma dequitadura do tipo *Schultze*, que foi também o tipo que observei com maior frequência ao longo do estágio (Graça, 2017).

Após a expulsão da placenta foi revista a integridade da placenta com o intuito de verificar se esta tinha sido expulsa completamente ou não. Este procedimento é relevante para identificar complicações como a hemorragia pós-parto. No final foi palpado o fundo uterino para confirmar a formação do globo de segurança de *Pinard* e inspecionei o períneo e o canal de parto para verificar se houve algum tipo de laceração ou trauma perineal. Neste caso, a Catarina teve um parto eutócico com períneo integro. Por fim, realizei a higiene perineal e auxiliei a Catarina a posicionar-se de forma confortável.

Durante o parto, a sala de parto é preparada de forma a receber o recém-nascido num meio acolhedor a uma temperatura entre os 25 a 28 graus. Após o nascimento o recém-nascido é seco com um lençol e ao mesmo tempo realizamos movimentos suaves no dorso de forma a estimular a primeira respiração.

O recém-nascido nasceu com o peso corporal de 2920g, 48,5 cm de comprimento e 33 cm de perímetro cefálico.

No seguimento destes cuidados foi administrado ao recém-nascido a pomada oftálmica para prevenção de infeções oculares. A conjuntivite neonatal é comum nos recém-nascidos e esta pode ser adquirida após o parto vaginal pelo contacto do recém-nascido com agentes patogénicos como: *Chlamydia trachomatis, Staphylococcus aureus* e várias bactérias gram-negativas, como por exemplo: Pseudomonas aeruginosa e *Escherichia coli* (Pacheco, 2024).

Logo de seguida foi administrado um miligrama de fitomenadiona, vitamina K, ao recém-nascido de modo a prevenir o desenvolvimento de hemorragias e possíveis morbidades (Nascimento, 2023).

Importante salientar que, quem faz estes cuidados ao recém-nascido é um EEESMO que esta presente no parto para receber e prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido.

Terminadas todas as avaliações, o recém-nascido regressa para o contacto pele com pele com a mãe e permanece assim, até demonstrar prontidão para mamar espontaneamente. Uma mulher ao conseguir amamentar o seu filho na primeira hora de vida tem a capacidade de reduzir até 22% a mortalidade neonatal, ajudar a estabelecer o vínculo mãe-bebé e a aumentar a duração do aleitamento materno (Rocha et al., 2017).

No final foi deixado o casal e o recém-nascido em privacidade para que os três pudessem estabelecer os seus laços afetivos, garantindo sempre que tiveram todo o apoio necessário.

No Quadro 10 está explicito o plano de cuidados alusivo ao risco de hemorragia pós-parto.

Quadro 10 – Risco de hemorragia pós-parto na Catarina

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Pós-parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de hemorragia pós-parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM [19/04/2024-21h20] • Avaliar recuperação pós-parto	
RESULTADOS OBTIDOS Catarina com útero contraído, lóquios hemáticos em quantidade moderada, sem coágulos e odor sui generis.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

No puerpério imediato avaliei a contração do útero (encontrava-se contraído, região peri umbilical) e as caraterísticas dos lóquios (quantidade moderada, cor hemática e sem coágulos) de maneira a detetar precocemente possíveis complicações, como por exemplo hemorragia pós-parto.

Em resumo, a intervenção do EEESMO é essencial no acompanhamento da mulher durante o trabalho de parto e o parto. Nas diversas fases deste processo, a mulher enfrenta vários desafios e o apoio do EEESMO contribui para aumentar a sua autoeficácia e empoderamento, ajudando-a a superar esses desafios e promovendo uma experiência positiva e gratificante.

3.3. A importância do conhecimento do EEESMO para uma intervenção rápida e eficaz

Bárbara, de 35 anos, esta é a sua segunda gravidez com um parto eutócico anterior, com o grupo sanguíneo B Rh +, foi admitida no Bloco de Partos por se apresentar em período expulsivo, com idade gestacional de 40 semanas e um dia. Bárbara vinha numa cadeira de rodas, acompanhada pelo Carlos, queixosa, a verbalizar que sentia vontade de puxar. Não apresenta histórico médico relevante nem alergias e o rastreio do *Streptococcus* do Grupo B era negativo.

A sua gravidez foi desejada, planeada e acompanhada nos cuidados de saúde primários sendo que, não teve nenhuma complicação.

Nasceu o Diogo, por parto eutócico às 01:46 horas, com o índice de *Apgar* de 9/10/10, com o peso de 3475 g, 50 cm de comprimento e com 36 cm de perímetro cefálico. Este realizou contacto pele com pele e foi amamentado durante a primeira hora de vida.

3.3.1. Justificação da escolha deste caso

Este caso representou uma oportunidade única para acompanhar um parto fisiológico, sem recurso a analgesia epidural, em que a mulher realizou todo o trabalho de parto no domicílio, entrando no bloco de partos em período expulsivo. Este cenário desafiou-me a lidar com a intensidade da dor vivida pela mulher neste estágio avançado, sendo crucial aplicar estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como o encorajamento, o apoio emocional contínuo e a orientação para técnicas de respiração que facilitassem a expulsão do bebé.

Outro desafio significativo foi o estabelecimento de prioridades nas intervenções implementadas, garantindo um equilíbrio entre o respeito pela fisiologia do parto e a segurança da mulher e do recém-nascido. Esta experiência foi enriquecedora, pois permitiu-me testemunhar o empoderamento e a autonomia da mulher num parto natural, reforçando a importância do papel do EEESMO em criar um ambiente de confiança e segurança que permita à parturiente assumir o protagonismo do seu parto.

Além disso, este caso destacou o impacto do apoio humanizado e individualizado, que respeita as preferências da mulher e promove a sua capacidade de tomar decisões informadas, mesmo em momentos desafiantes. A confiança no processo natural do parto, aliada a um acompanhamento especializado e sensível, revelou-se determinante para uma experiência positiva.

Através desta vivência, desenvolvi competências fundamentais para o futuro exercício como EEESMO, nomeadamente na gestão da dor em contextos de partos não medicalizados, na priorização de intervenções em situações críticas e no fortalecimento da relação terapêutica. Este caso reforçou a importância de uma prática centrada na mulher, que valorize a fisiologia do parto e a autonomia da parturiente, promovendo cuidados seguros, humanizados e baseados em evidência.

3.3.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Parturiente

O Quadro 11 representa o plano de cuidados referente ao trabalho de parto.

Quadro 11 - Trabalho de Parto da Bárbara

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO **[24/04/2024-01h46]** Bárbara expressa vontade de realizar puxos	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO **[24/04/2024-01h46]** Realizado toque vaginal: Posição do colo do útero: centrado Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 100% Dilatação do colo do útero: 10 cm Apresentação fetal: cefálica Posição fetal: direita Descida do feto: Terceiro plano de *Hodge*	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
OBJETIVO Assistir o parto	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar a evolução do trabalho de parto: • Envolver a pessoa significativa • Assistir no parto	

RESULTADOS OBTIDOS
Parto eutócico.

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

À chegada da Bárbara, uma das nossas intervenções enquanto EEESMO, foi avaliar o bem-estar fetal, de forma a detetar possíveis complicações. Atendendo à fase do trabalho de parto, optamos por auscultação da frequência cardíaca fetal, que se encontrava dentro dos parâmetros normais (entre 120 e os 160bpm) e posteriormente proporcionamos à parturiente um ambiente calmo para que haja diminuição de stresse e ansiedade.

A dor durante o período expulsivo do parto tem sido amplamente estudada e descrita por diversos autores como um fenómeno complexo que resulta de estímulos físicos e emocionais. Lowe (2002) afirma que a dor no parto é resultado de fatores fisiológicos, psicológicos e emocionais, sendo a fase expulsiva caracterizada por dor aguda associada à distensão dos tecidos e à pressão do feto no canal de parto.

Fatores emocionais, como ansiedade, também influencia a perceção da dor, podendo aumentar ou reduzir a sua intensidade.

Enquanto uma EEESMO estava a preparar o material para receber e prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido, eu comecei a preparar o material e a equipar-me para assistir no parto.

Assim que a Bárbara se posicionou na cama em posição de litotomia, posição adotada espontaneamente, ao observar o períneo foi possível verificar que o recém-nascido já estava a coroar. Nesta fase informei à Bárbara que o seu bebé estava à vulva e sugeri-lhe que sentisse a cabeça do recém-nascido com a sua mão, com a finalidade de ela ter perceção que o seu bebé estava prestes a nascer e sentir-se empoderada, encorajada para este último esforço até ao nascimento. Segundo Simkin e Ancheta (2017), essa sensação pode ser

dolorosa, mas é geralmente compensada pelo alívio emocional de estar próxima ao nascimento.

Neste momento realizei a lubrificação da zona perineal, utilizando óleo de amêndoas doces, com o intuito de diminuir as probabilidades de lacerações perineais, e logo de seguida, procedi à proteção do períneo – Manobra de *Ritgen*. Após o puxo espontâneo da Bárbara, a cabeça exteriorizou-se. Após confirmação da ausência de circulares a cabeça do Diogo rodou naturalmente e logo de seguida, com as minhas mãos a segurar a cabeça do bebé realizei uma ligeira tração, no sentido do chão, para exteriorização do ombro anterior e depois tração, em direção á púbis, para exteriorização do ombro posterior. Após total exteriorização dos ombros, segurei no recém-nascido até que o corpo seja totalmente expulso e coloquei-o em cima do ventre da mãe. Parabenizei a mãe e o pai pelo nascimento do seu filho e elogiei a Bárbara pelas excelentes competências que desenvolveu ao longo do seu parto. Com um lençol secou-se o recém-nascido e colocou-se em contacto pele com pele com a mãe.

Neste caso foi também importante, tranquilizar o pai e explicar todo o processo de forma que ele se sentisse integrado e útil ao apoiar a sua mulher neste período.

No Quadro 12 encontra-se descrito o plano de cuidados relativo ao parto.

Quadro 12 – Parto da Bárbara

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO **[24/04/2024-01h46]** Nascimento: 01H46 Parto eutócico	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO **[24/04/2024-01h46]** Índice de *Apgar* – score ao 1ºminuto: 9 Índice de *Apgar* – score ao 5ºminuto: 10 Índice de *Apgar* – score ao 10ºminuto: 10	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar Índice de *Apgar*	

• Clampar o cordão umbilical após primeiro minuto de vida • Assistir o pai no corte do cordão umbilical • Gerir ambiente • Secar e massajar o recém-nascido • Colocar recém-nascido em contacto pele com pele com a mãe • Assistir na dequitadura • Inspecionar o períneo • Monitorizar dados antropométricos • Aplicar pomada oftálmica • Administrar vitamina K
RESULTADOS OBTIDOS Dequitadura com técnica "*hands-off*", espontânea, mecanismo *Schultze*. Períneo com laceração de primeiro grau mediana. Recém-nascido saudável, a realizar contacto pele com pele com a sua mãe.

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Assim que o Diogo nasceu foi iniciado a avaliação do Índice de *Apgar*, e como este se encontrava estável, foi protelado o corte do cordão umbilical, até que o mesmo deixou de pulsar, pelos benefícios que acarretam para o recém-nascido. O atraso no corte do cordão favorece a estabilização hemodinâmica do recém-nascido, aumentando o volume sanguíneo que por sua vez otimiza a perfusão dos órgãos (Mercer et al., 2014).

Questionei o pai se gostaria de cortar o cordão umbilical do seu filho, o qual se mostrou disponível e aceitou fazê-lo. Sendo assim, assisti o corte do cordão umbilical e posteriormente, a pediatra pediu a autorização ao casal para levar o recém-nascido e proceder à sua avaliação.

A interrupção do contacto pele a pele entre o recém-nascido e a mãe para realizar a avaliação da adaptação extrauterina e a subsequente avaliação antropométrica pode suscitar uma reflexão importante sobre o equilíbrio entre as necessidades clínicas e a promoção do vínculo inicial entre mãe e bebé. Embora a avaliação imediata da adaptação do recém-nascido seja fundamental para garantir a sua segurança e identificar qualquer necessidade de intervenção, o contacto pele com pele logo após o nascimento tem benefícios comprovados,

como a regulação térmica, estabilização dos sinais vitais do bebé, promoção da amamentação e fortalecimento do vínculo emocional entre mãe e filho.

É importante questionar se a interrupção é realmente necessária naquele momento ou se é possível realizar a avaliação enquanto o bebé permanece em contacto com a mãe. Em muitos casos, o exame do pediatra poderia ser protelado para as horas seguintes, de forma a não interromper os nove passos do contato pele com pele. Assim, esta reflexão pode levar a uma melhor prática clínica, onde se prioriza tanto a segurança imediata do recém-nascido como a promoção de um início de vida mais harmonioso e respeitador do vínculo.

Quando a pediatra terminou a sua avaliação posicionei o Diogo sobre o tórax da sua mãe (despido), tapado com um lençol aquecido, para que fizesse contacto pele com pele até mostrar sinais de prontidão para mamar.

Os nove estágios do contacto pele com pele servem para facilitar a adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino, promovendo a estabilidade fisiológica e emocional do bebé e fortalecendo o vínculo entre mãe e filho. Estes estágios instintivos ajudam a regular a temperatura corporal, a frequência cardíaca e os níveis de glicose do bebé, além de reduzir o stress tanto do bebé quanto da mãe. Outro objetivo crucial é facilitar o início precoce da amamentação, pois os estágios incluem comportamentos que culminam na procura do peito materno e na primeira mamada, o que favorece a produção de leite e a ligação afetiva essencial nos primeiros momentos após o nascimento. Assim, os nove estágios passam por: choro de nascimento, relaxamento, despertar, atividade, rastejar, descanso, familiarização, sucção e dormir. Ao longo de todo o estágio, maioritariamente, estes noves estágios eram interrompidos pela pediatra para ela efetuar a avaliação do recém-nascido (Widström et al., 2019).

Enquanto isto, estávamos a ter uma conduta "*hands-off*" no processo de expulsão da placenta. A placenta acabou por se exteriorizar pelo mecanismo *Schultze* e, ao fazer a inspeção da placenta, esta apresentava-se completa.

Por fim, realizei a inspeção do períneo e detetei uma laceração primeiro grau e assegurei que o útero estava contraído e a perda sanguínea era moderada.

Durante a preparação do local, onde se vai receber e prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido é ligado a fonte de calor para que o local esteja a uma temperatura adequada (25 a 28 graus) de forma a evitar hipotermia.

O contato imediato com ar frio e superfícies não aquecidas pode contribuir para a perda de calor. Hewitt et al. (2014) enfatizam a importância de manter a temperatura ambiente aquecida durante e após o parto para prevenir a hipotermia. Podemos considerar outras medidas de prevenção como secagem imediata do recém-nascido após o parto e a colocação em contacto pele com pele.

Relativamente á avaliação antropométrica, o Diogo apresenta um peso de 3475g, 50 cm de comprimento e 36 cm de perímetro cefálico. Após esta avaliação administrou-se a vitamina K e a pomada oftálmica, e posteriormente, voltou-se a colocar o Diogo, em cima do tórax da mãe, para realizar contacto pele com pele.

No Quadro 13 é mencionado o plano de cuidados referente à ferida perineal.

Quadro 13 - Ferida Perineal

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Pele
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO **[24/04/2024-02h10]** Parturiente apresenta laceração perineal primeiro grau.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO **[24/04/2024-02h10]** Parto eutócico.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Ferida Perineal
OBJETIVO Promover cicatrização de ferida perineal	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar ferida perineal	

• Suturar ferida perineal
RESULTADOS OBTIDOS Laceração suturada com bons sinais de cicatrização.

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Após a inspeção do períneo, constatei a presença de uma laceração perineal mediana. Realizei uma avaliação detalhada para classificá-la corretamente. Iniciei a inspeção cuidadosa da pele, dos músculos e das estruturas adjacentes, com o objetivo de determinar a profundidade e a extensão do tecido afetado. Como a laceração envolvia apenas a pele e o revestimento da mucosa vaginal, sem atingir os músculos subjacentes, classifiquei-a como uma laceração de grau 1 (Schytt et al., 2007).

De modo a reduzir o desconforto da Bárbara provocado pela laceração e facilitar a cicatrização optei por suturar a laceração com fio *Vicryl* absorvível. A literatura sugere que suturar lacerações de grau um pode facilitar uma cicatrização mais eficiente e diminuir o desconforto da mulher após o parto. Apesar das lacerações serem geralmente superficiais e, em muitos casos, cicatrizarem por si mesmas, a sutura permite uma melhor aproximação das bordas da ferida, reduzindo o espaço entre elas. Esse procedimento pode contribuir para a diminuição da dor e do risco de infeções, além de favorecer uma cicatrização mais rápida e com um resultado estético mais satisfatório (Schytt et al., 2007; Huber et al., 2018).

No Quadro 14 encontra-se mencionado o plano de cuidados alusivo ao risco de hemorragia pós-parto.

Quadro 14 – Risco de hemorragia pós-parto na Bárbara

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Pós-parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de hemorragia pós-parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM **[24/04/2024-02h30]** • Avaliar recuperação pós-parto	
RESULTADOS OBTIDOS A Bárbara encontra-se com útero contraído, lóquios hemáticos em quantidade moderada, sem coágulos e com odor *sui generis*.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Durante o quarto estádio do trabalho de parto, é avaliada a contração do útero e as características dos lóquios para prevenir complicações como a hemorragia pós-parto. Uma monitorização rigorosa neste período é essencial para garantir uma recuperação segura e prevenir hemorragias pós-parto, que são uma das principais causas de morbidade materna.

Neste caso, a Bárbara apresentava útero contraído, ligeiramente supra umbilical, lóquios hemáticos em quantidade moderada, sem coágulos e odor *sui generis.*

Em multíparas, a posição do útero nas primeiras horas após o parto pode ser logo acima da zona umbilical, no entanto, a involução uterina ocorre mais rápido devido à experiência do anterior do útero em se contrair após gestações anteriores (Cunningham et al., 2022).

Neste caso, é importante destacar a relevância de o EEESMO possuir o conhecimento necessário para intervir rapidamente em situações de urgência. O respeitar a fisiologia do corpo da mulher permite que tome decisões corretas e eficazes, assegurando a prestação de cuidados especializados de excelência e com total segurança para a mulher e o bebé.

3.4. Qual a atitude do EEESMO no acompanhamento da mulher, na vivência da dor no trabalho de parto

Maria, de 39 anos, segunda gravidez com um parto eutócico anterior, do grupo sanguíneo A Rh +, foi admitida no Bloco de Partos por apresentar Rotura de membranas com idade gestacional de 38 semanas e um dia. Maria vinha acompanhada com o marido João, e sentia uma ligeira dor tipo moedeira, grau dois segundo a escala numérica da dor.

Esta gravidez foi planeada e desejada, e toda a sua vigilância foi realizada nos cuidados de saúde primários, sem nenhuma complicação. Maria é alérgica ao *Diclofenac*, não apresenta histórico médico relevante e o resultado do rastreio do *Streptococcus* do Grupo B foi negativo.

Maria tinha o seu plano de nascimento bem estruturado e estava bastante determinada no tipo de trabalho de parto que gostava de experienciar. Frequentou várias sessões de preparação para o parto com o intuito de aumentar o seu conhecimento e a sua autoeficácia ao longo de todo o processo.

3.4.1. Justificação da escolha deste caso

Este caso foi especialmente enriquecedor para o meu percurso, pois permitiu-me observar um comportamento distinto face à dor do trabalho de parto, destacando o impacto do conhecimento prévio e do suporte emocional na vivência deste processo. Maria, acompanhada por João, preparou-se extensivamente durante a gravidez, frequentando várias sessões de preparação para o parto em diferentes locais. Esta preparação capacitou o casal com conhecimentos que lhes permitiram enfrentar as diferentes etapas do trabalho de parto de forma tranquila e confiante, encarando a dor como uma parte necessária e natural do processo fisiológico.

Como EEESMO, compreendi a importância de reconhecer que a perceção da dor varia amplamente entre as mulheres, sendo influenciada por fatores físicos, emocionais, culturais e sociais. Cada mulher vive o trabalho de parto de forma única, e é essencial que o profissional de saúde evite juízos de valor ou comparações, respeitando sempre a individualidade de cada experiência. Este caso reforçou a relevância de fornecer apoio contínuo, orientado para as necessidades da mulher, através da oferta de opções para o alívio da dor e da criação de um ambiente acolhedor e seguro.

A minha intervenção focou-se em assegurar que Maria se sentisse ouvida, compreendida e apoiada, promovendo a sua autonomia e confiança para tomar decisões informadas sobre o seu trabalho de parto. A abordagem humanizada, centrada na mulher, revelou-se fundamental para fortalecer a sua experiência positiva e permitir que ela assumisse um papel ativo no seu processo de parto.

Esta experiência sublinhou a importância do papel do EEESMO na promoção de um parto fisiológico, respeitando as escolhas da mulher e apoiando-a em cada etapa. Adicionalmente, reforçou o valor de intervenções que reconheçam a individualidade e promovam o empoderamento da mulher, contribuindo para o seu bem-estar emocional e para uma vivência satisfatória e segura do parto.

3.4.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Parturiente

O Quadro 15 apresenta o plano de cuidados referente ao trabalho de parto da Maria.

Quadro 15 - Trabalho de Parto da Maria

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO **[14/03/2024-14h45]** Posição do colo do útero: intermédio Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 50% Dilatação do colo do útero: 3 cm Frequência da contração uterina: contrações irregulares Duração da contração uterina: 10 segundos Dor de trabalho de parto: dor grau dois segundo escala numérica da dor Rotura das membranas 10:30 horas; Apresentação fetal: cefálica Sem perda sanguínea vaginal	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar bem-estar fetal • Avaliar evolução do trabalho de parto • Envolver a pessoa significativa • Gerir ambiente físico	

RESULTADOS OBTIDOS Maria no início de trabalho de parto, controlada a nível de dor. Confirmado bem-estar fetal.

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Assim que a Maria se acomodou no quarto foi realizado o acolhimento no bloco de partos, seguidamente procedi à recolha de dados, através da entrevista, do boletim de saúde da grávida e da consulta do processo informático, para realização da avaliação inicial. Durante esta entrevista a Maria compartilhou o seu plano de nascimento e reforçou a ideia que tinha frequentado várias sessões de preparação para o parto.

Plano de nascimento é um documento onde a grávida exprime as suas preferências e expectativas no que diz respeito ao seu trabalho de parto, parto e pós-parto, como por exemplo a posição de parto, utilização de analgesia epidural durante o trabalho de parto, vontade de amamentar, entre outras. Estudos recentes comprovam que a realização de um plano de nascimento tem benefícios na experiência da mulher durante o parto como, uma maior satisfação, comunicação mais eficaz com os profissionais de saúde e redução de intervenções não desejadas (Afshar et al., 2019).

Nesta instituição, as mulheres/casais podem usufruir de uma consulta de plano de nascimento, como foi o caso da Maria e do João, onde ambos podem esclarecer questões e procedimentos que são realizados na altura do trabalho de parto/parto para que as suas expectativas sejam o mais realistas possíveis.

Newnham et al. (2022) sugere que os planos de parto são mais eficazes quando acompanhados por discussões prévias detalhadas entre a mulher e os profissionais de saúde, para garantir que as suas expectativas sejam realistas e alinhadas com as condições clínicas.

Ao longo da conversa a mesma, relata a experiência do outro parto e afirma, que neste parto, gostaria de vivenciar todo o processo de forma diferente, seguindo uma conduta de parto fisiológico. Durante este tempo estive a praticar a escuta

ativa de forma a estabelecer uma relação de confiança com o casal para uma melhor qualidade de cuidados prestados.

A escuta ativa em enfermagem é considerada fundamental para fortalecer a relação entre o enfermeiro e o cliente promovendo um cuidado mais respeitoso e centrado nas necessidades do indivíduo. Autores defendem que a escuta não se limita a captar palavras, mas também envolve a compreensão emocional, o que melhora a qualidade do atendimento e auxilia na identificação de questões psicológicas (Souza et al., 2003).

De forma a avaliar o bem-estar fetal e perceber como estava a contratilidade uterina, sugeri à Maria uma monitorização cardiotocográfica durante uns 30 minutos e depois, consoante a sua interpretação, decidíamos se teria que manter ou não a vigilância. Segundo a interpretação do CTG, tínhamos uma linha basal de 140 bpm, variabilidade entre 5-25 bpm, presença de acelerações e movimentos fetais; no que diz respeito à contratilidade uterina, a Maria apresentava contrações ainda irregulares com intensidade moderada, da qual a mulher começa a sentir um ligeiro desconforto, mas que a mesma está a controlar com a alternância de posição. Como o traçado se manteve normal durante os 30 minutos, acabei por retirar a monitorização a Maria e dar-lhe a liberdade de movimento, para que conseguisse encontrar a estratégia de como lidar com a dor que mais se adequa ao momento.

Desde o Quadro 16 ao Quadro 20 vão ser mencionados os planos de cuidados referentes ao caso da Maria, nomeadamente, às capacidades para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e para lidar com a dor de trabalho de parto, a autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto, o significado atribuído ao trabalho de parto e às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto.

Quadro 16 – Capacidade da Maria para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto facilitadora

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Maria consegue compreender e descrever o efeito do exercício que pratica na bola de pilates com a mobilidade da pelve.	

DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [14/03/2024-17h30] Maria durante a gravidez realizou bastantes programas de preparação para o parto e demonstra bastantes conhecimentos acerca do tema. Mulher bastante focada para conseguir um parto fisiológico e empoderada.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto facilitadora

Quadro 17 - Capacidade da Maria para lidar com a dor de trabalho de parto facilitadora

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Maria é capaz de realizar o exercício sem dificuldade aparente e refere que melhora a capacidade de lidar com a dor.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [14/03/2024-18h40] Maria durante a gravidez realizou bastantes programas de preparação para o parto e demonstra bastantes conhecimentos acerca do tema. Mulher bastante focada para conseguir um parto fisiológico e empoderada.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto facilitadora

Quadro 18 - Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Durante todo o turno Maria mostrou-se confiante e com uma atitude positiva na sua evolução de trabalho de parto. Utilizou expressões como: “eu consigo, eu sou capaz”	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Maria durante a gravidez realizou bastantes programas de preparação para o parto e demonstra bastantes conhecimentos acerca do tema. Mulher bastante focada para conseguir um parto fisiológico e empoderada.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto

Quadro 19 - Significado atribuído ao trabalho de parto não dificultador

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Maria deseja muito um parto fisiológico, quer deixar o trabalho de parto acontecer espontaneamente. Refere que é uma superação pessoal e que depende dela.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Maria durante a gravidez realizou bastantes programas de preparação para o parto e demonstra bastantes conhecimentos acerca do tema. Mulher bastante focada para conseguir um parto fisiológico e empoderada.	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Significado atribuído ao trabalho de parto não dificultador

Quadro 20 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto não dificultador

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Maria revela que as estratégias não farmacológicas ajudam muito a lidar com a dor de trabalho de parto. São bastante positivas.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Maria durante a gravidez realizou bastantes programas de preparação para o parto e demonstra bastantes conhecimentos acerca do tema. Mulher bastante focada para conseguir um parto fisiológico e empoderada.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto não dificultador

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Ao longo do turno da tarde, tive a oportunidade de vivenciar o desenvolvimento do trabalho de parto da Maria de uma forma fisiológica. Maria deste a entrada demonstrou sempre que tinha muito conhecimento adquirido sobre o trabalho de parto e dor de trabalho de parto. Após a leitura do seu plano de nascimento, respeitei a decisão da mulher que era experienciar um parto de maneira fisiológica por parte dos profissionais de saúde. Consoante os vários contactos com o casal ia-me apercebendo que os dois estavam totalmente interligados e ambos estavam a desempenhar um papel fundamental na evolução do trabalho de parto. Umas das coisas mais desafiantes neste caso, foi o facto de não intervir. Foi muito interessante de observar que sempre que algo novo surgia (sentimento, emoção, necessidade, entre outras), ambos conseguiam enfrentar isso como um desafio e acabavam por encontrar a melhor estratégia para lidar no momento. Durante todo este período a Maria mostrava-se sempre muito confiante e segura daquilo que verbalizava. Ela tinha consciência de todo o processo pelo qual teria que vivenciar para que conseguisse ter um parto fisiológico e isso, fez com que aceitasse de forma positiva todos os novos desafios ao longo do trabalho de parto.

No que diz respeito à dor, por exemplo, a grávida teve sempre uma postura muito calma, a mesma falava da dor como um elemento necessário e que vai aumentando ao longo do trabalho de parto (tanto em tempo como em intensidade) com a finalidade de ajudar na progressão da sua bebé.

A dor é descrita como uma experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial (IASP, 2020). Durante o trabalho de parto, a dor estimula a libertação de hormonas, como as endorfinas e a ocitocina, que provocam um efeito analgésico natural (Cardoso et al., 2023).

Para ajudar a lidar com a dor de trabalho de parto a mesma referiu que ao longo da sua gravidez foi experienciando várias estratégias que aliviam a dor e que agora só teria de as aplicar e ver qual delas produz o efeito. Durante o seu trabalho de parto, pude observar a Maria a utilizar várias estratégias não farmacológicas como por exemplo: exercícios na bola de pilates, massagem realizada pelo seu marido na região lombo-sagrada, uso da hidroterapia juntamente com termoterapia (duche), alternância de posições, deambulação, musicoterapia, entre outras.

A minha intervenção, enquanto EEESMO foi garantir uma presença contínua e ativa oferecendo conforto físico e psicológico e, proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para que o casal se sinta confiante e relaxado ao longo de todo o processo.

Vários autores defendem que um ambiente acolhedor, calmo e personalizado na sala de partos melhora a experiência da mulher e promove um parto mais positivo. Elementos como uma iluminação fraca, temperatura adequada e um som tranquilo são fatores importantes a manter numa sala de partos, criando um espaço confortável e seguro. Se a mulher dispuser de um ambiente que favoreça a privacidade e permita liberdade de movimento, possibilitando posições confortáveis e o uso de métodos não farmacológicos, reduz-se a necessidade de intervenções médicas (Newnham et al., 2020; Hodnett et al., 2013).

Outro fator que é imprescindível para que a mulher/casal tenham uma experiência positiva é o apoio emocional contínuo que o EEESMO deve prestar ao longo de todo o trabalho de parto. A relação de empatia e respeito durante toda a interação com o casal causa-lhes uma sensação de bem-estar emocional maior e uma sensação de controlo sobre o processo de parto (McLeish & Redshaw, 2019). Está comprovado que este tipo de apoio reduz o tempo de trabalho de parto, diminui a necessidade de intervenções médicas (cesarianas, analgesia epidural) e aumenta a satisfação da mulher com a sua experiência de parto (Bohren et al., 2017).

Para além do apoio emocional proporcionado pelo profissional de saúde é importante que a mulher tenha ao seu lado, durante o trabalho de parto/parto, uma pessoa significativa de confiança para que se sinta confortável e, consequentemente, um sentimento de controlo sobre o seu parto. Este acompanhamento é cada vez mais a ser valorizado, tanto pelas mulheres como pelos profissionais de saúde devido aos seus benefícios.

É importante que a pessoa que a mulher escolher para permanecer ao seu lado esteja envolvida e informada nas preferências e decisões expressas pela mulher no plano de nascimento para que possa garantir que os desejos sejam respeitados e que ela se sinta ouvida ao longo do processo (Griffiths et al., 2019).

A longo prazo, a presença de uma pessoa significativa pode ter efeitos positivos no bem-estar materno como no vínculo com o recém-nascido. Sentir que o parto foi apoiado e respeitado diminui o risco de vivenciar experiências traumáticas e favorece uma recuperação emocional mais equilibrada, o que é fundamental para um início positivo da parentalidade (Simkin & Bolding, 2020).

Com este caso, foi possível desenvolver a capacidade de apoiar a mulher e o casal na evolução do trabalho de parto sem necessidade de intervir diretamente, mas sendo uma boa ouvinte e elogiando as suas capacidades demonstradas ao longo do processo. Por vezes, a diferença nos cuidados prestados não reside na ação, mas na escuta atenta e no reconhecimento das suas forças, o que fortalece a confiança e proporciona um ambiente de suporte emocional durante o parto.

3.5. A importância das competências do EEESMO para saber orientar os clientes para a equipa multidisciplinar

Tatiana, 28 anos, primeira gravidez, do grupo sanguínea A Rh+, foi admitida no Bloco de Partos por se apresentar em Trabalho de Parto, com idade gestacional de 39 semanas e seis dias. Tatiana vem acompanhada pelo Afonso, seu marido. Não apresenta nenhuma alergia e a sua gravidez decorreu sem nenhuma complicação. Rastreio do *Streptococcus* do grupo B foi negativo. Parto distócico por ventosa com recurso a analgesia epidural. Nasceu o Tiago, por parto distócico por ventosa, com o Índice de *Apgar* de 8/9/10, com o peso de 3870g, 50cm de comprimento e 34cm de perímetro cefálico. Este realizou contacto pele com pele e foi amamentado durante a primeira hora de vida.

3.5.1. Justificação da escolha deste caso

Este caso foi selecionado pela oportunidade de desenvolver competências essenciais para a prática como EEESMO, nomeadamente no reconhecimento das próprias limitações e na tomada de decisões responsáveis quando o parto apresenta sinais que possam exigir intervenções médicas. Essa capacidade é fundamental para assegurar a segurança materno-fetal e garantir a boa prática clínica, respeitando os princípios éticos e legais da profissão.

A identificação precoce de alterações no processo fisiológico do parto e o encaminhamento oportuno da parturiente para a equipa médica demonstram maturidade profissional e contribuem para a redução de riscos perinatais. Saber quando referenciar a mulher é uma competência crítica, que exige não só

conhecimento técnico-científico, mas também julgamento clínico e sensibilidade para atuar de forma ágil e eficaz.

Além disso, este caso destacou a importância do trabalho em equipa interdisciplinar no contexto da saúde materna. A colaboração eficaz entre profissionais, conforme defendido por Kalisch et al. (2010), melhora a satisfação das equipas e a eficiência nos cuidados prestados. Salas et al. (2008) reforçam que o suporte mútuo e a coordenação eficiente resultam em ambientes mais seguros e centrados no utente, otimizando os recursos disponíveis e promovendo melhores resultados perinatais.

A vivência deste caso permitiu-me aprofundar competências relacionadas com a gestão de situações complexas, a comunicação eficaz com a equipa e a tomada de decisão partilhada, promovendo intervenções que equilibram a segurança clínica com uma abordagem humanizada e centrada na mulher.

3.5.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Parturiente

No Quadro 21 é mencionado o plano de cuidados alusivo ao trabalho de parto.

Quadro 21 - Trabalho de parto da Tatiana

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Parto
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO [23/02/2024-14h30] Parturiente apresenta reflexo de *Ferguson* e expressa vontade de realizar puxos.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO [23/02/2024-14h30] Realizado toque vaginal: Posição do colo do útero: anterior Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 100% Dilatação do colo do útero: 10 cm Apresentação fetal: cefálica Posição fetal: direita Descida do feto: Terceiro Plano de *Hodge*	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Trabalho de Parto
OBJETIVO Assistir o parto	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar a evolução do trabalho de parto • Envolver a pessoa significativa • Assistir no parto	
RESULTADOS OBTIDOS Parto distócico por ventosa	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Após a passagem de turno, dirigi-me à Tatiana e do seu marido para me apresentar como estagiária EEESMO que os iria acompanhar durante o parto, assegurando a minha disponibilidade para qualquer necessidade. Pouco depois, a Tatiana mencionou sentir uma forte vontade de puxar e uma pressão intensa na região vaginal.

Com o consentimento dela, realizei um exame vaginal e verifiquei que o colo do útero estava totalmente dilatado e extinto, com o bebé posicionado no terceiro plano de *Hodge*. Após esta avaliação, sugeri à Tatiana, se fosse da sua vontade, que realizasse puxos espontâneos, sempre que sentisse necessidade, adotando a posição de cócoras. Expliquei que a adoção de uma posição verticalizada pode facilitar a progressão do feto no canal de parto.

Tatiana aceitou a sugestão e, com a minha ajuda, posicionou-se ao lado da cama. Quando sentia a necessidade de puxar, colocava-se na posição de cócoras e fazia os puxos, de forma espontânea, conforme o seu corpo indicava.

Após uma hora de puxos, a parturiente começou a demonstrar sinais claros de exaustão e desconforto, optando por se posicionar no leito em posição de litotomia. Nessa fase, foi realizado um novo exame vaginal para avaliar se o recém-nascido tinha progredido no canal de parto. No entanto, constatou-se que o feto ainda permanecia no terceiro plano de *Hodge*.

Além disso, o CTG indicou alguns sinais de sofrimento fetal, com a frequência cardíaca do feto a oscilar entre os 110-120 bpm, uma variabilidade entre os 5-25 bpm, e a presença de desacelerações variáveis. Diante destes sinais, foi

solicitada a intervenção da equipa médica para avaliação e possíveis intervenções necessárias, visando garantir a segurança da mãe e do bebé.

Após a avaliação pela equipa médica, foi decidido, em conjunto com a parturiente, proceder à utilização da ventosa obstétrica para auxiliar no nascimento do recém-nascido. Esta decisão foi tomada tendo em conta a necessidade de facilitar o parto, garantindo a segurança tanto da mãe quanto do bebé.

Um parto distócico assistido por ventosa pode acarretar diversas consequências, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido. Para a mãe, as consequências podem incluir lesões perineais, hemorragias, dor e desconforto, risco de infeções e possíveis impactos psicológicos. No que diz respeito ao recém-nascido, as repercussões podem envolver equimoses e edema, fraturas cranianas, sangramento intracraniano, problemas neurológicos e dificuldades respiratórias. Essas repercussões ressaltam a importância de monitorizar cuidadosamente a mãe e o bebé durante e após o procedimento (Lowdermilk et al., 2013; Cunningham et al., 2022).

A utilização da ventosa foi explicada de forma clara à mulher, que aceitou a intervenção, com o objetivo de agilizar a progressão do trabalho de parto e evitar maiores complicações. Neste caso, a minha intervenção consistiu em assistir a mulher e o médico durante o procedimento. Durante a aplicação da ventosa pelo médico eu realizava a pressão necessária no manípulo da ventosa. Essa colaboração é crucial para garantir que a ventosa seja aplicada corretamente e que a força exercida seja adequada, permitindo uma ajuda eficaz na descida do recém-nascido pelo canal de parto.

No Quadro 22 é mencionado o plano de cuidados referente ao parto.

Quadro 22 – Parto da Tatiana

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Nascimento
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO **[23/02/2024-16h05]** Nascimento:16H05 Parto distócico por ventosa	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO	

[23/02/2024-16h05] Índice *Apgar* – score ao 1ºminuto: 8 Índice de *Apgar* – score ao 5ºminuto: 9 Índice de *Apgar* – score ao 10ºminuto: 10	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Avaliar Índice de *Apgar* • Clampar o cordão umbilical após primeiro minuto de vida • Assistir o pai no corte do cordão umbilical • Gerir ambiente • Secar e massajar o recém-nascido • Colocar recém-nascido em contacto pele com pele com a mãe • Monitorizar dados antropométricos • Aplicar pomada oftálmica • Administrar vitamina K	
RESULTADOS OBTIDOS Recém-nascido saudável, a realizar contacto pele com pele com a sua mãe.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Assim que o Tiago nasceu, foi iniciada a avaliação do Índice de *Apgar* e como o recém-nascido apresentava-se estável, o corte do cordão umbilical foi protelado até que este deixasse de pulsar, devido aos benefícios associados a essa prática para o bebé.

O pai teve a oportunidade de cortar o cordão umbilical, conforme acordado no plano de nascimento, com a minha assistência. Em seguida, a pediatra solicitou autorização ao casal para levar o recém-nascido e realizar a sua avaliação. Após a conclusão desta avaliação, coloquei o Tiago sobre o tórax da mãe, despido e coberto com um lençol aquecido, promovendo o contacto pele com pele até que o bebé apresentasse sinais de prontidão para mamar.

Enquanto isso, a equipa médica procedeu à dequitadura e à correção da episiotomia (episiorrafia). Após o médico finalizar o procedimento, eu realizei a higiene perineal da Tatiana, visando proporcionar-lhe maior conforto e bem-estar.

O Quadro 23 apresenta o plano de cuidados relacionado com o risco de hemorragia pós-parto.

Quadro 23 – Risco de hemorragia pós-parto na Tatiana

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Pós-parto
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Risco de hemorragia pós-parto
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM [23/02/2024-17h10] • Avaliar recuperação pós-parto	
RESULTADOS OBTIDOS A Tatiana encontra-se com útero contraído, lóquios hemáticos em quantidade moderada, sem coágulos e com odor *sui generis*.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Durante o quarto estadio do trabalho de parto é avaliado, a contração do útero e as características dos lóquios para detetar possíveis complicações. Neste caso, a Tatiana apresentava útero contraído, ligeiramente supra umbilical, lóquios hemáticos em quantidade moderada, sem coágulos e odor *sui generis*.

Após duas horas pós-parto a Tatiana, o Afonso e o seu filho são transferidos para o serviço de internamento de obstetrícia. Antes de proceder à transferência é realizado telefonicamente, a passagem de todos os dados pertinentes acerca do parto da Tatiana e do seu filho, para a colega que dará continuidade aos cuidados no internamento.

Em suma, é importante como futura EEESMO, reconhecer as limitações das minhas competências e saber quando encaminhar o caso para as equipas multidisciplinares adequadas. Desta forma, assegura-se uma continuidade de cuidados centrada nas necessidades da mulher e do bebé, promovendo a melhor assistência possível.

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO CUIDAR DE UMA MULHER E RECÉM-NASCIDO NO PERÍODO PÓS- PARTO

O puerpério corresponde ao período que se inicia após o parto e se estende até cerca de seis a oito semanas. Segundo Graça (2017), este período é subdividido em puerpério imediato, que ocorre nas primeiras 24 horas após o nascimento e puerpério tardio, que pode durar até seis semanas. Lowdermilk et al. (2013) refere que o puerpério é o tempo necessário para o corpo da mulher retornar ao estado pré-gravídico, envolvendo a involução uterina e outras alterações fisiológicas. O puerpério é fundamental para a recuperação física e emocional da mulher.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também considera o puerpério como um período crítico de até seis semanas, durante o qual a saúde da mãe deve ser acompanhada de perto devido ao risco de complicações físicas e emocionais (World Health Organization, 2022). A Direção-Geral da Saúde (DGS) reforça essa definição, sublinhando a importância dos cuidados especializados durante este período para assegurar o bem-estar da mãe e do recém-nascido (Direção-Geral da Saúde, 2023).

A importância dos cuidados especializados prestados pelo EEESMO durante o puerpério está diretamente relacionada com as várias alterações fisiológicas e psicológicas que a mulher enfrenta nesse período. A intervenção especializada visa identificar precocemente situações que possam exigir cuidados antecipatórios, como o desenvolvimento ou agravamento de distúrbios de saúde mental. Segundo Meleis (2010), a adaptação à parentalidade é uma transição desenvolvimental que se inicia durante a gravidez e continua após o nascimento, podendo prolongar-se até que a mulher se sinta plenamente adaptada ao seu novo papel como mãe. A adaptação emocional é essencial para uma transição saudável.

Além da monitorização de dados fisiológicos, como a avaliação dos lóquios, do tónus e altura uterina, da temperatura e da frequência cardíaca, é igualmente

crucial acompanhar a forma como a mulher se adapta ao novo papel de mãe. O desenvolvimento das suas competências parentais e a autoeficácia em lidar com os desafios da maternidade são aspetos centrais para o seu bem-estar. O fortalecimento da confiança materna contribui para uma maior segurança nos cuidados ao recém-nascido, reduzindo a ansiedade e diminuindo, assim, o risco de desenvolver depressão pós-parto (Cantilino et al., 2009).

A intervenção do EEESMO nesta fase é crucial, no apoio à amamentação, mas também na promoção do empoderamento da mulher, ajudando-a a adquirir competências e confiança para garantir um aleitamento materno exclusivo. A intervenção especializada contribui para que a puérpera desenvolva habilidades essenciais e uma ligação segura com o seu bebé, assegurando uma experiência de maternidade positiva e saudável.

4.1. Caraterização do serviço de internamento de obstetrícia

O serviço de internamento de Obstetrícia tem duas alas separadas por um corredor central. Na ala direita do serviço estão situadas as oito enfermarias, cada uma partilhada por duas díades e um quarto de isolamento, num total de 21 camas. Na ala esquerda do serviço encontra-se o berçário, que é uma sala destinada aos cuidados do recém-nascido, onde são efetuadas as intervenções no âmbito dos cuidados de higiene e conforto ao recém-nascido e procedimentos invasivos.

Cada díade tem disponível uma cama, cadeirão (para a pessoa significativa), mesa-de-cabeceira, berço e armário. Neste serviço a pessoa significativa é incentivada a permanecer juntamente com a puérpera 24h/dia, tendo as comodidades necessárias para permanecer. Para além da presença da pessoa significativa 24 horas por dia, a díade tem ainda possibilidade de receber visitas das 14horas às 19horas. No caso de existirem irmãos mais velhos do recém-nascido estes poderão permanecer juntos dos pais durante todo o dia.

Neste serviço também está implementado o projeto denominado como “linha da amamentação 24 horas” em que todas as chamadas são atendidas pelos enfermeiros que ali trabalham de modo a colmatar dúvidas acerca da amamentação.

No que diz respeito aos recursos humanos, maioritariamente, os enfermeiros são EEESMO, mas também existem Enfermeiros Especialistas Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica e enfermeiros de cuidados gerais (sendo que todos têm formação no âmbito da Amamentação e são Conselheiros da Amamentação). Estes são distribuídos pelos vários turnos, nomeadamente: cinco enfermeiros no turno da manhã e três enfermeiros no turno da tarde e noite, onde pelo menos um, é sempre um EEESMO.

O modelo de trabalho implementado neste serviço é direcionado para os cuidados centrados nas mulheres utilizando o método de Enfermeiro de referência, que por sua vez, se carateriza como um sistema de prestação de cuidados constituído por quatro elementos: responsabilidade, comunicação interpessoal direta, uma pessoa responsável pela qualidade de cuidados prestados 24 horas por dia, sete dias por semana e uma designação de cuidados pelo método de casos (Manthey, 2014). Este é o método de trabalho que permite desenvolver suporte e relação de parceria através da continuidade de cuidados.

O hospital é certificado como hospital amigo dos bebés, obedecendo assim aos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. Estes passos refletem-se neste serviço nomeadamente ao proporcionar o alojamento conjunto, a formação obrigatória dos profissionais relativamente à amamentação e nas estratégias implementadas para evitar a administrar ao recém-nascido de outra substância que não seja leite materno (UNICEF, 2017).

A díade é transferida para o serviço de obstetrícia duas horas após o parto. Antes desta transferência a enfermeira especialista do bloco de partos transmite toda a informação relevante telefonicamente. A mãe e o recém-nascido são transportados na cama e a pessoa significativa acompanha esta transferência. À chegada é realizado o acolhimento pelo EEESMO atribuído, o qual informa sobre as políticas e rotinas do serviço, dá continuidade aos cuidados e avalia a

necessidade de cuidados de enfermagem. O tempo de internamento no serviço varia consoante o tipo de parto; no caso de um parto eutócico o internamento será de 48 horas, no caso parto distócico por cesariana o internamento tem uma duração de 72 horas.

Em suma, é igualmente importante, como futura EEESMO, reconhecer as limitações das minhas competências e saber quando encaminhar o caso para as equipas multidisciplinares adequadas. Desta forma, assegura-se uma continuidade de cuidados centrada nas necessidades da mulher e do bebé, promovendo a melhor assistência possível.

4.2. A importância do EEESMO no apoio na aquisição de competências para uma transição para a parentalidade favorável

A Catarina, de 31 anos, encontra-se nas primeiras sete horas após um parto eutócico. Esta é a sua segunda gravidez com um abortamento anterior, pertence ao grupo sanguíneo O Rh +, com idade gestacional de 37 semanas e quatro dias no término da gravidez e não apresenta nenhum histórico médico relevante, nem alergia conhecida. A gravidez foi planeada e assistida nos cuidados de saúde primários e não teve nenhuma complicação no seu desenvolvimento. Durante o trabalho de parto recorreu à analgesia por via epidural, como era a sua intenção e após o parto foi observada uma laceração perineal de primeiro grau.

O recém-nascido, João, com o Índice de *Apgar* de 9/10/10, apresentou um peso de 2920 g, 48,5 cm de comprimento e 33 cm de perímetro cefálico. Este foi amamentado na primeira hora de vida, de acordo com a intenção da mãe, durante uma hora e 30 minutos. À entrada no serviço de obstetrícia, Catarina vinha acompanhada pelo seu marido e ambos mostravam sinais claros de felicidade ao contemplar o seu bebé.

4.2.1. Justificação da escolha deste caso

Este caso foi uma experiência marcante e enriquecedora, pois possibilitou o desenvolvimento de competências essenciais no apoio à amamentação, um dos pilares do cuidado especializado como futura EEESMO. A experiência destacou a importância de apoiar a mulher e o recém-nascido nas primeiras horas de vida, um período crítico para o sucesso do aleitamento materno e para a saúde a longo prazo de ambos.

A intervenção precoce, incluindo o incentivo ao contacto pele com pele logo após o nascimento, mostrou-se determinante para o estabelecimento da lactação. Este contacto promove a libertação de ocitocina, essencial para a ejeção do leite e para o fortalecimento do vínculo mãe-bebé. Além disso, orientar a mãe na colocação correta do recém-nascido e ajudá-la a identificar sinais de prontidão para mamar foram estratégias fundamentais para reduzir a ansiedade, aumentar a autoconfiança materna e criar bases sólidas para a continuidade do aleitamento materno após a alta hospitalar.

Este caso também evidenciou os desafios práticos de iniciar a amamentação, como a adaptação do recém-nascido à mama e as dificuldades frequentemente enfrentadas por mães de primeira viagem. Foi necessário reconhecer que, muitas vezes, o mais importante é dar tempo e espaço para que mãe e bebé desenvolvam mutuamente as suas competências, sem interferências desnecessárias, mas com apoio disponível sempre que necessário. Essa abordagem paciente e respeitosa não apenas facilita o processo de aprendizagem, mas também promove a autoeficácia materna e fortalece as competências parentais, elementos cruciais para a adaptação à parentalidade.

Adicionalmente, o caso sensibilizou-me para a importância de princípios éticos na prática clínica, como o pedido de autorização antes de tocar no corpo da mulher ou no recém-nascido, respeitando a sua autonomia e dignidade. Esta postura contribui para a criação de um ambiente seguro e acolhedor, centrado nas necessidades da mulher e da sua família.

De acordo com o Regulamento das Competências do EEESMO (OE, 2019), este caso foi uma oportunidade de consolidar competências na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. A capacidade de identificar e gerir dificuldades iniciais, como a pega inadequada ou o desconforto mamário, reflete a atuação especializada que é imprescindível para garantir o sucesso do aleitamento.

Assim, esta experiência sublinhou o papel essencial do EEESMO em promover práticas baseadas na evidência que valorizem a individualidade de cada mulher, enquanto fortalecem a sua relação com o bebé e a comunidade. Estas competências, além de favorecerem o empoderamento materno, contribuem para uma prática profissional qualificada, ética e humanizada, fundamental para transformar positivamente o período pós-natal.

4.2.2. Cuidados de Enfermagem especializados à Puérpera

No Quadro 24 e no Quadro 25 são mencionados os planos de cuidados referentes ao significado atribuído à amamentação e ao potencial para melhorar a capacidade para amamentar, respetivamente.

Quadro 24 - Significado atribuído à amamentação favorável

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Ao amamentar o recém-nascido, a Catarina expressa-o como sendo um ato de amor.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Catarina encontra-se nas primeiras horas após o nascimento do filho por parto eutócico.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Significado atribuído à amamentação favorável

Quadro 25 - Potencial para melhorar capacidade para amamentar

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar

DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Na observação da mamada verifica-se que Catarina tem dificuldade que o João tenha uma pega e posição adequada (pediu ajuda para assistir na amamentação).	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Catarina está nas primeiras sete horas após parto eutócico. Este é o seu primeiro contacto com a amamentação.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar capacidade para amamentar
OBJETIVO Melhorar a capacidade para amamentar	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Assistir na amamentação • Avaliar evolução da capacidade para amamentar	
RESULTADOS OBTIDOS Catarina foi capaz de adaptar o seu bebé à mama com um bom posicionamento e uma pega adequada. Recém-nascido no final da mamada mostra sinais de saciedade como: membros relaxados, larga espontaneamente o mamilo e o recém-nascido acaba por adormecer.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

A Catarina solicitou assistência para amamentar o seu recém-nascido, referindo dificuldades em posicioná-lo corretamente à mama, pois o bebé adormecia durante a tentativa. Na avaliação inicial, o recém-nascido encontrava-se despido, acordado, mas sem sinais de prontidão para mamar. A mãe, entretanto, havia demonstrado iniciativa ao trocar a fralda do bebé, uma ação elogiada, pois ajuda a estimular o recém-nascido antes da amamentação. No entanto, o bebé continuava sonolento e sem os reflexos de procura, como abocanhar objetos que tocam a região peri bucal.

Diante desta situação, foi sugerido à Catarina o uso de contacto pele com pele, na tentativa de despertar o bebé e incentivar a amamentação. A mãe, demonstrando prontidão e vontade, colocou o recém-nascido em decúbito ventral sobre o seu peito, apenas com a fralda, em contacto direto com a pele e coberto por uma manta. O contacto pele com pele é amplamente reconhecido pelos seus benefícios, que incluem a promoção da involução uterina, a redução da perda sanguínea pós-parto, a estimulação da lactação, a estabilização da termorregulação do recém-nascido, além de promover a autoeficácia materna para amamentar (Moore et al., 2016; Widström et al., 2019).

A decisão de esperar que o bebé mostre sinais de prontidão para mamar é baseada em evidências científicas que demonstram que, na ausência de fatores de risco como hipoglicemia ou prematuridade, a intervenção precoce ou forçada pode ser desnecessária. E assim, respeita o tempo do recém-nascido, permitindo-lhe adquirir as competências naturais de sucção e procura da mama, enquanto promove cuidados seguros (Widström et al., 2019).

Após 40 minutos de contacto pele com pele, o bebé começou a mostrar sinais de prontidão para mamar, como sugar as próprias mãos e procurar abocanhar objetos. A Catarina posicionou o bebé na posição de "bola de *rugby*", uma postura recomendada para mães com mamas volumosas, pós-cesariana ou que amamentam gémeos (Goyal et al., 2011). Esta posição oferece maior controlo da cabeça do bebé e facilita a observação da pega. Durante a verificação do posicionamento, observou-se que o abdómen do bebé estava voltado para cima, o que poderia dificultar uma boa pega.

Após pedir o consentimento à mãe, ajustei a posição do recém-nascido, respeitando o princípio ético de autonomia e autodeterminação. Uma pega adequada é crucial, pois promove a produção de ocitocina e prolactina, hormonas essenciais para o esvaziamento eficaz da mama e a prevenção de complicações como fissuras mamilares, ingurgitamento e mastite (Goyal et al., 2011; Gianni et al., 2019; Lawrence & Lawrence, 2015; Truchet & Honvo-Houéto, 2017).

A Catarina segurou a mama em formato de "C", aproximando o mamilo do lábio superior do bebé, estimulando-o a abrir bem a boca e a abocanhar tanto o mamilo quanto uma parte significativa da aréola. Embora o bebé tenha apresentado sinais de boa pega – como o queixo tocando a mama, o nariz próximo à mama e as bochechas arredondadas – notou-se que o lábio inferior não estava virado para fora e a boca não estava suficientemente aberta, comprometendo a eficácia da pega (Levy & Bértolo, 2012).

Após elogiar a Catarina pela sua iniciativa, foi sugerido que introduzisse o dedo mindinho na boca do bebé para interromper o vácuo e tentasse novamente. Após algumas tentativas sem sucesso, a Catarina pediu ajuda. Com a autorização da

mãe, reposicionei a mama e, ao verificar que o bebé abria bem a boca, introduzi o mamilo, assegurando um vácuo adequado. Neste momento, validei com Catarina e o marido os sinais de uma boa pega, reforçando positivamente os passos corretos que tinham sido seguidos. O único ajuste necessário foi melhorar a abertura da boca do bebé para uma pega mais eficaz. Por fim, foi reforçada a importância da prática e resiliência, assegurando que com o tempo, a Catarina alcançaria um melhor resultado na próxima sessão de amamentação.

Este caso ilustra a importância da intervenção do EEESMO no apoio à amamentação, capacitando a mãe com as competências necessárias para garantir uma amamentação bem-sucedida e segura, promovendo uma transição saudável para a parentalidade e fortalecendo a ligação entre mãe e bebé.

No Quadro 26 encontra-se o plano de cuidados referente à necessidade de melhorara a autoeficácia para amamentar.

Quadro 26 - Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Comportamentos para amamentar
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Catarina refere não conseguir amamentar o seu bebé.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Catarina está nas primeiras sete horas após parto eutócico. Este é o seu primeiro contacto com a amamentação e o seu primeiro filho.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar
OBJETIVO Promover a autoeficácia para amamentar	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Treinar amamentar • Elogiar o desempenho da puérpera • Analisar com a puérpera os resultados obtidos	
RESULTADOS OBTIDOS A Catarina no final do turno refere que se sente confiante em amamentar o filho com sucesso.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Durante os vários contactos com a puérpera ao longo do turno, foi possível identificar que Catarina se sentia insegura em relação à amamentação, por esta ser a sua primeira experiência como mãe. Em alguns momentos, chegou a

verbalizar que não conseguia amamentar adequadamente. Diante dessa situação, sempre que Catarina se mostrava disponível, treinávamos a amamentação, com o objetivo de aumentar o número de experiências positivas, promovendo assim a sua autoconfiança e competência no processo. Ao longo de cada tentativa, as suas ações e iniciativas eram elogiadas, de forma a reforçar os comportamentos adequados e a empoderá-la gradualmente.

A autoeficácia, que reflete as crenças pessoais sobre a capacidade de realizar determinados comportamentos, é frequentemente influenciada pela inexperiência e pela insegurança em novas situações. No contexto da amamentação, à medida que Catarina teve mais oportunidades para praticar e recebeu *feedback* positivo, pôde começar a sentir-se mais confiante na sua capacidade de amamentar. Esta confiança é crucial, pois a autoeficácia está diretamente relacionada com a continuidade dos comportamentos, como a amamentação, mesmo após a alta hospitalar. Meleis (2010) refere que o desenvolvimento de autoeficácia é essencial para que as mães se sintam capacitadas para enfrentar novos desafios no período pós-natal, contribuindo para a continuidade da amamentação em casa, sem a presença constante de suporte profissional. A intervenção, assim, focou-se em proporcionar experiências práticas e reforçar a autoeficácia de Catarina, promovendo uma transição bem-sucedida para o papel de mãe e garantindo a continuidade da amamentação após a alta.

O Quadro 27 apresenta o plano de cuidados referentes aos comportamentos de ligação mãe/pai-filho.

Quadro 27 - Comportamentos de ligação mãe/pai-filho: facilitador

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação á parentalidade
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Ambos os progenitores se envolvem nos cuidados do recém-nascido; interagem com o recém-nascido ao longo do turno e respondem adequadamente às necessidades do bebé.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Casal encontra-se nas primeiras horas após o nascimento do filho por parto eutócico.	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho: facilitador

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Durante o turno, foi observado que a Catarina e o seu marido se apoiavam mutuamente nos cuidados ao recém-nascido, como na mudança de fralda, demonstrando satisfação em responder às necessidades do seu bebé. Ambos expressaram felicidade e envolvimento ativo no cuidado, o que é um indicador de comportamentos responsivos importantes para o desenvolvimento da ligação com o bebé. A ligação mãe/pai-filho é facilitada por diversos fatores relativos ao pré-natal, mas também ao momento parto, como o parto fisiológico e no pós-parto, como o contacto pele com pele e a amamentação na primeira hora de vida, que promoveram uma maior libertação de ocitocina no cérebro materno. Esta hormona, conhecida como a "hormona do amor", desempenha um papel central na criação de vínculos afetivos e no fortalecimento da ligação mãe-filho (Johnson, 2013).

Os comportamentos responsivos dos pais, como a sensibilidade às necessidades do bebé, a atenção aos seus sinais e a resposta atempada e adequada, são fundamentais para o estabelecimento de um vínculo seguro. Estes comportamentos não só fortalecem a ligação emocional, como também são essenciais para o desenvolvimento do bebé (Bowlby, 1988). O facto da Catarina e o seu marido estarem envolvidos de forma ativa e colaborativa nos cuidados ao recém-nascido reforça a importância destes comportamentos para a construção de uma relação de apego saudável e segura.

O Quadro 28 representa o plano de cuidados que menciona a necessidade de melhorar os conhecimentos sobre autocuidados pós-parto.

Quadro 28 - Potencial para melhorar conhecimentos sobre autocuidado pós-parto

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Puerpério
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Contração do útero pós-parto: útero contraído. Quantidade de lóquios moderada conforme esperada. Catarina questiona sobre como realizar os cuidados de higiene.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO	

Catarina está nas primeiras sete horas após parto eutócico.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto
OBJETIVO Melhorar o conhecimento sobre higiene perineal Melhorar conhecimento sobre as caraterísticas dos lóquios	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Ensinar sobre autocuidado higiene perineal • Ensinar sobre as características dos lóquios	
RESULTADOS OBTIDOS Catarina compreendeu a técnica da higiene perineal e foi capaz de a executar sem nenhuma dificuldade. Puérpera é capaz de realizar uma escolha de vestuário adequado de modo a promover uma boa cicatrização da laceração. Reconhece as caraterísticas normais dos lóquios.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Durante o turno foi ensinado à puérpera a manter a região perineal o mais limpa e seca possível, devendo de trocar os pensos higiénicos de quatro em quatro horas ou sempre que se encontrarem saturados. A higiene deve ser realizada com água tépida ou com o seu gel íntimo (caso já utilizasse anteriormente) e no fim secar bem sem fazer fricção com a toalha. Relativamente à preferência da roupa interior foi aconselhada a utilizar roupa interior de algodão e que seja confortável.

No que diz respeito às caraterísticas dos lóquios foi ensinado que ao longo das próximas duas semanas pós-parto a cor do sangue vai-se alterando, passando de cor hemática (vermelho vivo) para sero hemático (rosado) e posteriormente amarelos/esbranquiçados. Quanto à quantidade esta também vai diminuindo. No que diz respeito ao cheiro, foi explicado à puérpera que aquele cheiro que sentia era o cheiro característico dos lóquios, cheiro *sui generis* (Lowdermilk et al., 2013).

No Quadro 29 encontra-se o plano de cuidados relativo à dor.

Quadro 29 - Dor

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Dor
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNOSTICO	

A Catarina refere dor perineal, caraterizada em três, segundo Escala Numérica da Dor, que a impossibilita de se sentar	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Puérpera nas primeiras sete horas após parto eutócico com laceração perineal de primeiro grau.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Dor
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Aplicar frio • Ensinar sobre sentar-se • Administração de analgesia	
RESULTADOS OBTIDOS A puérpera ficou confortável após aplicação de gelo, com diminuição da dor para grau um, segundo a escala numérica da dor, sem necessidade de administração de analgesia.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Aconselhado a puérpera a colocar o gelo, devidamente protegido por uma compressa de forma a evitar queimaduras, na zona perineal durante 15 minutos de duas em duas horas nestas primeiras 24 horas. Os estudos revelam que a aplicação de gelo nas primeiras 24 horas após o parto é mais eficaz do que nas horas seguintes. O gelo tem efeito de anestesia local induzido pela parestesia quando aplicado por um período de 15 a 20 minutos de duas em duas horas, proporcionando alívio da dor e melhoria de edema (Brito et al., 2021; Francisco et al., 2018).

A puérpera deverá evitar sentar-se sobre a laceração perineal, sendo recomendado uma almofada tipo “donut” para prevenir pressão e dor no local.

A administração de analgésicos (Paracetamol) nas primeiras horas pós-parto ajuda no alívio da dor, de acordo com a prescrição que a Catarina tinha.

O Quadro 30 apresenta o plano de cuidados relativo à necessidade de melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil.

Quadro 30 – Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação à parentalidade
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Catarina refere que o seu bebé está a mamar muito pouco e que tem fome	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO	

Catarina está nas primeiras sete horas após parto eutócico. Este é o seu primeiro contacto com a amamentação.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento infantil
OBJETIVO Promover adaptação à parentalidade: desenvolvimento infantil	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Ensinar sobre desenvolvimento infantil	
RESULTADOS OBTIDOS Catarina compreende a capacidade do estômago do recém-nascido e fica mais tranquila por saber que o seu bebé não precisa de grandes quantidades para ficar satisfeito.	

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

Ensinar sobre a capacidade do estômago do recém-nascido nos primeiros dias para que a mãe entenda, que o bebé irá ficar satisfeito com quantidades pequenas. A capacidade do estômago no primeiro dia é de cinco a sete mililitros de leite (tamanho de uma cereja); no terceiro dia entre 22-27ml de leite (tamanho de uma noz), ao fim de uma semana aumenta para 45-60ml de leite (tamanho de um damasco) e no final do primeiro mês já tem a capacidade de 80-150ml de leite (tamanho de um ovo) (Lowdermilk et al., 2013).

No Quadro 31 é mencionado o plano de cuidados referente à necessidade de melhorar a capacidade sobre tratamento do cordão umbilical.

Quadro 31 - Potencial para melhorar capacidade sobre tratamento do cordão umbilical

DOMÍNIO DE ENFERMAGEM	Adaptação à parentalidade
DADOS RELEVANTES PARA DIAGNÓSTICO Catarina refere que e não sabe como cuidar do cordão umbilical.	
DADOS RELEVANTES PARA CARATERIZAR O CONTEXTO Recém-nascido nas primeiras horas de vida. Cordão umbilical gelatinoso com vestígios de sangue associados ao corte no nascimento.	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Potencial para melhorar a capacidade sobre tratamento do cordão umbilical
OBJETIVO Melhorar capacidade sobre tratamento ao cordão umbilical	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM • Instruir e treinar cuidados ao cordão umbilical	
RESULTADOS OBTIDOS	

Puérpera é capaz de realizar o tratamento ao cordão umbilical sem dificuldades aparentes

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO

O cordão umbilical sofre um processo de mumificação ao longo do tempo e as suas características vão-se modificando. Nos primeiros dias apresenta um aspeto gelatinoso e depois passará a ter um aspeto mumificado, até que entre o quinto e o décimo quinto dia após o nascimento ocorrerá a queda (Imdad et al., 2013).

Explicar que a limpeza do cordão pode ser depois do banho utilizando compressas e água, sendo que o mais importante é manter o cordão limpo e seco. Esta limpeza deverá ser realizada pelo menos uma vez por dia ou sempre que justifique, caso o cordão tenha secreções ou esteja sujo com fezes e/ou urina. Esta limpeza deve ser realizada no sentido da pele/base para o *clamp*/mola e por último o *clamp*, evitando usar a mesma parte da compressa duas vezes.

Explicar ao casal que, da mesma forma que limpou, deverá secar bem o cordão umbilical com compressas, no sentido da base para a periferia, após o banho ou limpeza; vários estudos comprovam que o uso da técnica *dry care* faz com que o tempo de queda e o risco de infeção diminuam (Correia et al., 2016).

Em conclusão, com este caso foi possível perceber que o EEESMO tem uma intervenção fundamental no suporte à amamentação. Através do seu acompanhamento especializado, ajuda a mulher a estabelecer uma amamentação eficaz, fornecendo orientações e soluções para eventuais desafios, promovendo os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mãe e do bebé.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Durante o meu estágio de natureza profissional, tive a oportunidade de me integrar num projeto de melhoria contínua de cuidados, intitulado “Episiotomia: fazer ou não fazer? Contributos para a tomada de decisão”. Este projeto surgiu com o intuito de promover a reflexão e análise sobre as práticas realizadas no Bloco de Partos, tendo em vista a aplicação de evidências científicas na gestão dos cuidados prestados.

A episiotomia, conforme orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), não deve ser realizada de forma rotineira, mas sim de maneira seletiva e justificada, com base em critérios clínicos específicos (OMS, 2018; Aguiar et al., 2020; Ahmed, 2014). A OMS recomenda que a taxa de episiotomia nas instituições de saúde não ultrapasse os 10%, tendo em vista a evidência que sugere que seu uso indiscriminado pode gerar complicações a curto e longo prazo para as mulheres. No entanto, os dados obtidos no Bloco de Partos da instituição onde estagiei revelaram que, em 2022, a taxa de episiotomia foi de 18%.

Esta diferença entre a taxa observada e as diretrizes estabelecidas motivou a equipa a refletir sobre os critérios adotados pelos EEESMO na decisão de realizar ou não o procedimento. O objetivo do projeto foi analisar esses critérios, avaliando sua aderência às melhores práticas baseadas em evidências, e propor estratégias para a redução da taxa de episiotomia, promovendo uma prática clínica mais seletiva e fundamentada.

Este tipo de iniciativa não só contribui para a qualidade do cuidado prestado às mulheres durante o parto, mas também ilustra a importância do desenvolvimento de competências de investigação para os enfermeiros especialistas. Ao envolver-se na análise crítica da prática clínica, o enfermeiro especialista não só aprimora seus conhecimentos técnicos, mas também desenvolve habilidades

essenciais, como o pensamento crítico, a interpretação de dados e a aplicação de evidências científicas, competências que são fundamentais no contexto da investigação em saúde.

5.1. Enquadramento Teórico

Na pesquisa da literatura realizada, observa-se que a episiotomia, um procedimento obstétrico frequentemente utilizado durante o parto, tem como principal indicação a aceleração da segunda fase do trabalho de parto, especialmente em casos de suspeita de hipoxia fetal. A episiotomia visa encurtar o período expulsivo, promovendo um parto mais rápido. Além disso, o procedimento é realizado quando há risco iminente de lacerações perineais, com o objetivo de ampliar o canal de parto e prevenir lesões mais graves na região perineal (Escuriet et al., 2015; Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2022).

Entretanto, a realização de episiotomia, embora comum, apresenta uma série de consequências a curto e longo prazo que devem ser cuidadosamente avaliadas. A curto prazo, o procedimento pode estar associado a complicações como o aumento da extensão das lacerações perineais, o que pode levar a um risco elevado de infeção e hemorragia.Essas lacerações, frequentemente mais profundas, requerem tratamento cirúrgico e aumentam o risco de desconforto significativo na região perineal, afetando a recuperação pós-parto e o bem-estar da mulher. O desconforto perineal, muitas vezes intenso nas primeiras semanas após o parto, pode interferir nas atividades diárias e na mobilidade da mulher, além de dificultar a retomada das relações sexuais e a adaptação ao novo papel de mãe. (Aguiar et al., 2020; Simic et al., 2017).

A longo prazo, as complicações associadas à episiotomia podem ser ainda mais impactantes. Estudos indicam que mulheres submetidas a este procedimento têm maior risco de desenvolver dispareunia (dor durante a relação sexual) e

disfunções do pavimento pélvico, condições que podem afetar negativamente a qualidade de vida sexual e emocional. A disfunção do pavimento pélvico, que inclui incontinência urinária ou prolapso dos órgãos pélvicos, é uma complicação significativa que pode surgir devido ao trauma sofrido durante o parto. Além disso, a episiotomia pode impactar negativamente a relação mãe-filho, afetando práticas importantes como a amamentação. A dor e o desconforto perineal podem dificultar o início bem-sucedido da amamentação e criar barreiras emocionais, prejudicando a ligação mãe-filho, o que pode afetar o bem-estar emocional da mulher e a adaptação ao novo contexto familiar (Aguiar et al., 2020; Simic et al., 2017; WHO, 2018; Nunes et al., 2019; Ballesteros-Meseguer et al., 2016; Clesse et al., 2018).

Portanto, embora a episiotomia seja uma intervenção válida em algumas situações, sua utilização deve ser cuidadosamente ponderada, considerando os riscos e benefícios tanto a curto quanto a longo prazo. O acompanhamento pós-parto adequado e o suporte emocional e físico à mulher são fundamentais para minimizar as complicações e melhorar os resultados de saúde a longo prazo.

5.2. Metodologia

A metodologia utilizada nesta investigação foi qualitativa. Este estudo foca-se na interpretação e compreensão do significado que os EEESMO atribuem à sua experiência em realizar, ou não, a episiotomia. Este tipo de estudo baseou-se em dados descritivos e narrativos.

Numa fase inicial, duas das investigadoras do projeto realizaram as entrevistas semiestruturadas a todos os EEESMO do serviço de Bloco de partos, permitindo uma exploração aprofundada das perceções e experiências pessoais. O critério de inclusão estabelecido foi que os profissionais selecionados para o estudo tivessem, no mínimo, um ano de experiência no bloco de partos desta instituição.

Durante a entrevista os profissionais teriam de fazer uma breve caracterização sociodemográfica (anos de serviço, anos de especialidade, anos de serviço no bloco de partos, género, idade, grau académico), mantendo sempre o seu anonimato e, posteriormente, responder a três questões: "Quais os critérios que o EEESMO utiliza para fazer episiotomia?", "Quais os critérios que o EEESMO utiliza para não fazer episiotomia?" e "Na tua perspetiva pessoal qual o impacto da realização da episiotomia na vida futura da mulher?". As perguntas utilizadas foram em formato aberto para permitir aos entrevistados expressarem as suas opiniões, sentimentos ou experiências de forma livre e detalhada, sem estarem limitados a opções pré-definidas. As entrevistas eram gravadas pelas investigadoras. As questões abertas têm a vantagem de oferecer respostas mais ricas e detalhadas, capturar nuances de pensamento e sentimentos que podem ser perdidos em respostas fechadas, estimulam a espontaneidade e autenticidade, mas por outro lado, tem a desvantagem de serem mais difíceis e demoradas no processo de análise e também podem ser vagas ou não diretamente relacionadas à questão (Bardin, 2011).

Posteriormente, foi realizada a transcrição das entrevistas, que foi onde eu me envolvi e comecei a dar o meu contributo, mais especificamente, na transcrição de quatro entrevistas. A transcrição consistiu em converter o material coletado em forma oral das entrevistas para texto escrito, de forma precisa. Este processo é bastante importante e fez com que eu tivesse bastante rigor ao transcrever toda a informação que ouvia de modo a manter elementos relevantes como, pausas significativas, entoações e emoções expressados pelos profissionais. Este processo de transcrição é fundamental e permitiu que eu tivesse uma compreensão mais profunda e detalhada do conteúdo das entrevistas. Ao rever cuidadosamente cada resposta, consegui identificar nuances importantes nas falas dos participantes, o que enriqueceu a análise e possibilitou uma interpretação mais rigorosa dos dados. Após termos concluído a transcrição das entrevistas, procedemos a uma leitura flutuante para iniciar a categorização.

A análise de conteúdo seguiu a metodologia proposta por *Laurence Bardin* (2011). Este é um método sistemático e estruturado de investigação qualitativa

que visa explorar e interpretar conteúdos comunicativos, sejam eles orais, escritos ou visuais. A metodologia é dividida em três etapas principais, que orientam todo o processo de análise:

1) Pré-análise: Esta primeira etapa envolve a familiarização com o material a ser analisado e a definição do objeto de estudo. O pesquisador realiza uma leitura exploratória do conteúdo, buscando identificar o que será analisado e como o estudo será conduzido. É nesta fase que se definem as categorias de análise, ou seja, os temas ou unidades de significado que serão investigados. A pré-análise também envolve o planeamento dos procedimentos e a organização do material a ser trabalhado.
2) Exploração do Material: Na segunda etapa, ocorre a codificação do conteúdo. O material é segmentado em unidades de análise (palavras, frases, parágrafos ou até imagens), que são associadas a categorias previamente definidas. Durante essa fase, o pesquisador deve organizar e agrupar as unidades de significado, de modo a identificar padrões, repetições e relações entre os diferentes elementos do conteúdo. Essa exploração deve ser rigorosa e meticulosa, visando garantir que todas as unidades relevantes sejam identificadas e registadas.
3) Tratamento dos Resultados: A última etapa envolve a interpretação e análise dos dados obtidos na exploração do material. O pesquisador busca compreender os significados e as implicações das categorias emergentes, contextualizando-as dentro do objeto de estudo. É nessa fase que são extraídas as conclusões da pesquisa, procurando-se explicar como as unidades de conteúdo analisadas se relacionam com a questão de pesquisa inicial. O tratamento dos resultados deve levar em conta o contexto e as implicações das descobertas, proporcionando uma visão mais profunda e reflexiva do conteúdo estudado.

Essas três etapas, segundo *Bardin*, são fundamentais para garantir a objetividade e a profundidade da análise, permitindo ao pesquisador extrair sentidos significativos a partir de conteúdos complexos.

Durante este estudo, foi fundamental garantir a confidencialidade e o anonimato dos dados e das informações pessoais das mulheres envolvidas, razão pela qual o projeto possui a devida autorização da Comissão de Ética da instituição em questão.

5.3. Resultados

O Quadro 32 apresenta as categorias que foram identificadas após a análise de conteúdo das entrevistas, com as respetivas unidades de registo. De acordo com as entrevistas que transcrevi, identifiquei, na voz dos enfermeiros do serviço, que alguns usavam como critério para realizar ou não a episiotomia razões relacionadas com o feto (bem-estar fetal e características do feto), com a mulher (características do períneo e paridade), com o profissional e ambiente organizacional e que todos têm a opinião que a realização de uma episiotomia tem um impacto negativo na vida futura da mulher.

Quadro 32 – Análise categorial das entrevistas

Questão	Categoria	Unidades de registo
Critérios que o EEESMO utiliza para fazer episiotomia	Feto	P1:“O peso do bebé é um fator importante.” P2:“Características do recém-nascido...” P2:“... numa situação de emergência, em que o bebé precisa nascer e a mãe está com dificuldade ali nos esforços expulsivos, está muito cansada...” P2:“... um sofrimento fetal evidente.” P3:“... o tamanho do bebé...” P3:“... características da monitorização do CTG.”

		P4:"...temos uma bradicardia que não reverte e já sustentada há alguns minutos..."
	Mulher	P1:"...no caso do tecido realmente ser tenso e começar a fazer umas pequenas micro lesões (...) para evitar uma laceração maior de 3º ou 4º grau." P2:"...períneo edemaciado..." P2:"Uma grávida que nunca teve um filho…" P3:"... tecidos muito rígidos, muito tensos..." P4:"... tecidos do períneo começarem a ficar esbranquiçados, se for em direção ao meato urinário e à região anal, claro, para salvaguardar o bem-estar materno e prevenir uma laceração nessas áreas." P4:"Depende se ela é primigesta..."
	Profissional	P1:"Mas estive mesmo na... com dúvidas. Com dúvidas…" P2:"... receio de uma laceração de 3º grau." P3:"... incerteza de que vá lacerar, opto por fazer uma episiotomia." P4:"... para salvaguardar o bem-estar materno e prevenir uma laceração nessas áreas."
	Ambiente Organizacional	P1:"... médico ao lado, a pedir para fazer." P3:"... para abreviar... tomar uma atitude... mais ativa, ele pressiona..." P3:"… o médico ao lado. Faça, faça, faça, não é?"

Critérios que o EEESMO utiliza para não fazer episiotomia	Profissional	P1:“... eu acho que temos que ter um bocadinho de calma, não é? Não podemos ser muito, querer que seja tudo muito rápido.” P3:“Isso também tem a ver com a prática do profissional e com a segurança que o profissional tem em trabalhar.” P4:“Critérios para não realizar, são todos os outros.” P4:“Eu posso contornar as coisas ou tentar ou fazer o meu melhor para melhorar o bem-estar fetal sem fazer uma precipitação do parto.”
	Feto	P1:“... tenho um período expulsivo com CTG, que é normal.” P2:“...o bebé tem uma frequência cardíaca fetal bem.” P4:“... temos um CTG que nos dá tranquilidade.”
	Mulher	P1:“O períneo tem que se adaptar, tem que ter elasticidade.” P3:“... períneos elásticos, em que já está a coroar o bebé e vejo que está a distender bem...” P4“... se eu tenho um períneo, irrigado, vermelhinho, ... tem elasticidade suficiente para um bebé.”
	Ambiente Organizacional	P3:“Não tem a ver com pressões, não há pressões nem da mãe, nem médicas, nem colegas, nem nada, consigo abstrair-me dessas pressões.” P4:“... é quem está a executar que deve decidir.

		(...) sem opinião de outras pessoas que no momento.”
Na tua perspetiva pessoal qual o impacto da realização da episiotomia na vida futura da mulher?	Impacto negativo na mulher	P1:“... sei de mulheres que afetou a sua sexualidade, ficam sempre fibrosadas por baixo e com dor nas relações.” P1:“A dor do local da episiotomia...” P2:“... se tiver uma episiotomia muito... Os pontos muito juntos, etc. Ela vai ter dificuldade em se sentar.” P2:“À medida que vão passando os dias, cada vez tem mais sensibilidade. Tem mais dor. E pode até provocar processos inflamatórios.” P3:“... no início realmente foi difícil, nos primeiros dois ou três dias”. P3:“... eu falei anteriormente na amamentação, o sentar, o estar à vontade para amamentar.” P4:“... inconvenientes da ferida.” “... riscos de uma ferida associada (...) risco de infeção, deiscência, o risco de cicatrizar mal.”

A decisão de realizar ou não a episiotomia é influenciada por diversos fatores relacionados ao estado do feto, às condições maternas e à experiência do profissional. Os profissionais indicam frequentemente a realização da episiotomia em casos de bebés macrossómicos, ou quando o cardiotocógrafo (CTG) apresenta sinais de sofrimento fetal, como bradicardia sustentada ou desacelerações tardias. Além disso, a episiotomia é considerada em mulheres primigestas, cujo risco de lacerações graves é maior, ou em situações em que o períneo apresenta sinais de rigidez, edema, ou má vascularização, como coloração esbranquiçada. Em algumas circunstâncias, fatores como

insegurança ou inexperiência do profissional e pressão externa por parte da equipa médica também podem contribuir para essa decisão, assim como a intenção de prevenir lacerações graves de terceiro ou quarto grau.

Por outro lado, a episiotomia tende a ser evitada em situações opostas às mencionadas. Um CTG tranquilizador, com frequência cardíaca fetal normal, reduz a necessidade de intervenção. Da mesma forma, a avaliação de um períneo elástico, bem vascularizado e sem sinais de edema, favorece a não realização da episiotomia. A experiência e a segurança do profissional também desempenham um papel importante, permitindo a condução do parto de forma mais controlada e minimizando o risco de lacerações espontâneas graves sem necessidade de incisão.

Relativamente ao impacto da episiotomia na vida futura da mulher, os entrevistados foram unânimes em afirmar que esta intervenção apresenta consequências negativas. Todos destacaram que a episiotomia provoca dor, tanto a curto como a longo prazo, podendo ainda ter repercussões nas relações sexuais futuras devido à sensibilidade da região afetada.

A curto prazo, salientaram que a dor pode dificultar ações simples, como sentar, o que pode interferir com a amamentação, caso a mulher não consiga adotar uma posição confortável. Além disso, referiram que a episiotomia está associada a complicações inerentes a uma ferida cirúrgica, como o risco de infeção, deiscência e inflamações, o que pode agravar ainda mais o impacto negativo na recuperação e bem-estar da mulher.

Essas práticas refletem uma tendência crescente de individualizar os cuidados durante o parto, reduzindo o uso rotineiro da episiotomia e priorizando abordagens menos invasivas, como técnicas de apoio ao períneo e massagens perineais. A decisão final geralmente combina fatores clínicos e contextuais, sempre com o objetivo de preservar o bem-estar materno-fetal.

5.4 Discussão de resultados

A minha participação ativa neste projeto constituiu um contributo importante para o alargamento do meu conhecimento e das minhas competências na análise de conteúdo, bem como sobre a temática estudada.

Apesar de o projeto ainda estar em andamento, já foi possível interpretar alguns dados obtidos. Muitas das informações das entrevistas eram repetidas por vários profissionais, mas também surgiram particularidades que os distinguem. Com a análise de conteúdo, concluí que diversos fatores influenciam o EEESMO na decisão de realizar ou não a episiotomia, incluindo critérios relacionados com o feto, a mulher, o profissional e o ambiente organizacional.

Verifiquei que, independentemente dos critérios adotados por cada profissional na sua conduta para realizar ou não a episiotomia, a intenção por detrás dessa decisão é sempre em *prol* do bem-estar materno ou fetal. De acordo com a literatura foi ainda possível concluir que a experiência profissional é um fator determinante. Os profissionais com mais anos de experiência em contexto de bloco de parto demonstram maior tranquilidade e permitem que o parto decorra de forma mais espontânea, sem receios do incerto. Em comparação, os profissionais com menos experiência tendem a sentir-se mais pressionados pelas opiniões ou pressões externas.

A literatura demonstra que EEESMO com maior experiência tendem a realizar menos episiotomias, prática associada a uma maior confiança na avaliação clínica, no uso de técnicas de parto não invasivas e na promoção do parto fisiológico. Profissionais experientes aplicam a episiotomia de forma seletiva, respeitando os princípios de individualização do cuidado, o que favorece melhores desfechos perineais e reduz complicações associadas (DiFranco et al., 2020; Jiang et al., 2017; Oliveira et al., 2019).

Por outro lado, EEESMO com menor experiência frequentemente manifestam maior receio quanto às lacerações perineais de terceiro grau. Essa insegurança pode influenciar a avaliação da necessidade de episiotomia, levando, em alguns

casos, a uma prática excessiva. Estudos indicam que a menor experiência também torna esses profissionais mais suscetíveis a pressões externas, como intervenções médicas ou normas institucionais, o que pode condicionar suas decisões clínicas (Freeman et al., 2018; González-Díaz et al., 2021).

No que diz respeito às caraterísticas do períneo, este também foi um dos critérios que os entrevistados apontaram para a realização, ou não, da episiotomia. As características do períneo, como elasticidade, espessura e integridade dos tecidos, são frequentemente citadas na literatura como fatores que influenciam a decisão sobre a realização ou não da episiotomia. Profissionais avaliam essas condições para prever o risco de lacerações graves durante o parto e decidir sobre a necessidade de intervenção. Estudos indicam que um períneo mais elástico e íntegro tende a ser considerado mais favorável para o parto espontâneo, enquanto alterações significativas nesses atributos podem levar à realização de episiotomia como forma de prevenção de lesões graves (East et al., 2019; Jiang et al., 2021; Jama, 2023).

Relativamente à paridade a literatura confirma que a paridade é um fator determinante na prática da episiotomia. Mulheres primigestas têm maior probabilidade de serem submetidas ao procedimento quando comparadas às multíparas. Este padrão reflete a perceção de que, em partos de primigestas, o risco de lacerações graves é maior devido à menor elasticidade inicial do períneo e à falta de experiência anterior do tecido perineal no processo de distensão. No entanto, estudos também apontam que essa abordagem nem sempre é baseada em evidências robustas, sendo necessário avaliar caso a caso (Oliveira, 2018; Jiang et al., 2021; Bick et al., 2015).

Outro critério referido pelos EEESMO para a realização ou não da episiotomia é o bem-estar fetal durante o período expulsivo. De acordo com os profissionais entrevistados, na presença de um traçado de CTG não tranquilizador que sugira sofrimento fetal, optam por realizar a episiotomia com o objetivo de encurtar o período expulsivo e minimizar os riscos associados ao comprometimento fetal. Em concordância, a literatura mais recente sugere que, em situações de sofrimento fetal aparente indicado por um traçado de CTG não tranquilizador, a

episiotomia pode ser utilizada como estratégia para encurtar o período expulsivo e reduzir os riscos associados à hipóxia fetal. No entanto, este procedimento deve ser cuidadosamente ponderado e reservado para casos específicos em que os benefícios superem os potenciais riscos, considerando que a episiotomia, por si só, acarreta complicações para a mulher (Brettell et al., 2021; East et al., 2019).

Por fim, quando questionados sobre o impacto da episiotomia na vida futura da mulher, a opinião dos EEESMO é bastante consensual, todos os profissionais entrevistados afirmaram que este procedimento tem consequências negativas. Destacaram a ocorrência de dor na região da episiotomia, tanto a curto como a longo prazo, sendo esta dor frequentemente associada a dificuldades nas relações sexuais. A curto prazo, no período pós-parto imediato, referiram que a dor decorrente da episiotomia pode interferir significativamente nas atividades diárias, como o simples ato de sentar. Esta limitação também pode impactar negativamente a amamentação, uma vez que muitas mulheres não conseguem adotar uma posição confortável para amamentar devido ao desconforto causado pela episiotomia. A literatura mais recente destaca que a episiotomia, apesar de sua utilidade em situações específicas, está associada a impactos negativos significativos na vida da mulher, particularmente no pós-parto. Estudos apontam para um aumento da dor perineal a curto e longo prazo, que pode interferir nas atividades diárias, como sentar e amamentar, além de afetar negativamente as relações sexuais devido à sensibilidade persistente ou dispareunia. A evidência também sugere que a episiotomia pode estar associada a um maior risco de complicações, como infeções, edema e deiscência da ferida, influenciando negativamente a qualidade de vida da mulher no período pós-parto (Jiang et al., 2021; López-Olivo et al., 2020).

6. REFLEXÃO CRÍTICA

Neste capítulo, reflito sobre o meu percurso ao longo dos estágios, abordando desafios enfrentados e intervenções realizadas, bem como a importância de alinhar as práticas aos princípios da evidência científica mais atualizada. Estas reflexões foram fundamentais para o meu crescimento individual e profissional, permitindo-me consolidar competências como futura EEESMO. Todas as práticas clínicas realizadas durante os estágios foram supervisionadas pela tutora de estágio e seguiram os protocolos institucionais em vigor, o que reforça a importância de conciliar a prática clínica com o respeito pelas normativas locais e o conhecimento científico.

Ao longo deste percurso, mantive o compromisso de prestar cuidados baseados na evidência científica mais recente, com foco na individualização e excelência do cuidado. Acredito que o conhecimento é dinâmico e em constante evolução, e que, como profissionais, devemos estar continuamente atualizados para garantir intervenções que promovam não apenas a saúde física, mas também o bem-estar psicológico e social das mulheres e dos recém-nascidos.

No estágio de Gravidez com Complicações, enfrentei desafios relacionados ao acompanhamento de grávidas submetidas a internamentos prolongados devido a condições como APPT. Esta experiência revelou a importância de reconhecer o impacto emocional destas situações, que frequentemente geram ansiedade, stresse e sentimentos de angústia nas mulheres. Refleti sobre como o suporte emocional deveria ser uma prioridade, mesmo em contextos de elevada exigência clínica. Embora os profissionais de saúde se empenhem em oferecer apoio emocional, as limitações de tempo e carga de trabalho muitas vezes restringem a profundidade dessa intervenção. Nessa linha, dediquei-me a criar oportunidades para práticas de escuta ativa, propondo ainda sessões de preparação para a parentalidade, tanto individuais como em grupo. Estas iniciativas revelaram-se valiosas não apenas para esclarecer dúvidas sobre a

gravidez e o parto, mas também para aliviar tensões, fortalecer o vínculo com o bebé e criar uma experiência mais positiva durante o internamento.

No estágio realizado no Bloco de Partos, deparei-me com a necessidade de refletir sobre algumas intervenções implementadas que, embora alinhadas aos protocolos da instituição, não seguiam a evidência científica mais recente. Exemplos incluem a realização de amniotomia para abreviar o trabalho de parto e técnicas específicas de proteção do períneo durante a exteriorização da cabeça do bebé. Estas práticas levantaram questões importantes sobre o seu impacto e os possíveis riscos associados, levando-me a ponderar como atuarei no futuro como EEESMO. Este exercício de reflexão foi essencial para fortalecer a minha capacidade crítica e reforçar o compromisso de priorizar práticas baseadas na evidência, garantindo cuidados seguros e humanizados.

O estágio no Internamento de Obstetrícia/Puerpério reforçou o entendimento de que a amamentação é uma das maiores preocupações das mães, especialmente das que estão a iniciar a sua jornada como mães de primeira viagem. A intervenção do EEESMO é determinante nesta fase para orientar, capacitar e apoiar as mães, promovendo a sua autonomia e empoderamento. Compreendi que a presença disponível e empática do profissional pode ser decisiva para aumentar a confiança da mãe e ajudá-la a superar desafios iniciais, como a pega inadequada ou a ansiedade em relação à produção de leite. Além disso, percebi a importância de criar um ambiente acolhedor e respeitoso, onde a mulher se sinta ouvida e valorizada no processo de cuidar do seu bebé.

De forma geral, posso afirmar que o percurso nos estágios foi enriquecedor e desafiador, permitindo-me adquirir e desenvolver as competências essenciais para a prestação de cuidados especializados nas diferentes etapas do ciclo reprodutivo: gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto, conforme preconizado pela OE. Além disso, a experiência proporcionou-me uma visão mais ampla e crítica sobre a prática clínica, destacando a importância de promover um cuidado centrado na mulher e no recém-nascido, que respeite a sua individualidade e que seja pautado pela ética, humanização e evidência científica.

Este percurso fortaleceu a minha confiança e autonomia, consolidando a minha identidade profissional como futura EEESMO. Reconheço a relevância de continuar a investir na atualização do conhecimento, na prática reflexiva e no desenvolvimento de competências, elementos fundamentais para oferecer cuidados de excelência e impacto positivo à saúde das mulheres, dos recém-nascidos e das suas famílias.

7. CONCLUSÃO

Em suma, com a realização deste relatório foi possível refletir sobre algumas das práticas exercidas ao longo de todo o estágio. A convivência com as várias mulheres, recém-nascidos, famílias juntamente com os conhecimentos teóricos adquiridos nas diferentes unidades curriculares, foram cruciais para a aquisição e o desenvolvimento das competências do EEESMO.

Ao longo do trabalho foram selecionados alguns estudos de casos, aqueles que achei mais pertinentes, nos diversos contextos. O objetivo foi descrever algumas das experiências vividas em contexto de estágio e evidenciar o que se encontra na literatura, para fundamentar as minhas intervenções permitindo assim uma crítica acerca dos meus cuidados especializados.

Uma prática baseada na evidência é fundamental para o desenvolvimento da enfermagem, neste caso para enfermagem de saúde materna e obstétrica e para se prestar cuidados de excelência, onde o meu principal objetivo é responder às necessidades de cada mulher/casal/família. Responder às necessidades individualizadas de cada mulher/casal faz com que essas pessoas tenham uma transição saudável e feliz para a parentalidade.

Durante o meu percurso fui-me cruzando com alguns desafios, no que diz respeito à conciliação da vida académica, profissional e social e, agora depois de já os ter enfrentado concluo que esta foi uma fase bastante marcante na minha vida (tanto pessoal como profissional) mas que posso considerá-la como positiva. Apesar das dificuldades, com a ajuda das professoras orientadoras, tutoras, outros profissionais e dos clientes consegui motivação para atingir o meu objetivo em tornar-me uma EEESMO.

Concluindo, todo este percurso no MESMO especialmente durante este ano de estágio, reforçou a certeza de que esta é uma área incrivelmente gratificante e significativa. A função do EEESMO é essencial para proporcionar à mulher e ao casal um acompanhamento integral, promovendo uma experiência positiva e

uma transição saudável para a parentalidade. Esta intervenção especializada não só contribui para o bem-estar da mulher, mas também para a criação de um ambiente familiar harmonioso e preparado para os desafios da nova fase.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguiar, F., Silva, M., & Oliveira, R. (2020). Complicações associadas à episiotomia: Impactos na saúde materna. *Revista de Enfermagem Obstétrica*, 15(3), 123-134

Alfaro, Y. (2010). Resultados maternos perinatales del pujo en inspiración - bloqueo diafragmático versus el pujo en espiración frenada abdominal en el segundo periodo de trabajo de parto en primíparas. *Revista peruana de obstetricia y enfermería*, 6(2), 59–66

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth. *Obstetrics & Gynecology*, 136(6), 100–106. https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2020/12/delayed-umbilical-cord-clamping-after-birth.pdf

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. *Obstetrics & Gynecology*, 128(4), 1–15. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001711

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M. D., & Cyna, A. M. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(5), CD000331. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4

Ayres-De-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandraharan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 131(1), 13–24. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020

Bain, E., Middleton, P., Crowther, C. A., & Morris, J. (2019). Caesarean section for suspected fetal distress in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1), CD002706. https://doi.org/10.1002/14651858.CD002706.pub2

Bannister-Tyrrell, M., Ford, J. B., Morris, J. M., & Roberts, C. L. (2020). Epidural analgesia in labour and risk of caesarean delivery. *BMJ Open*, 10(3), e032161. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032161

Barasinski, C., Lemery, D., & Vendittelli, F. (2016). Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? *Gynecologie Obstetrique et Fertilite*, 44(10), 578–583. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2016.07.004

Barasinski, C., & Vendittelli, F. (2016). Effect of the type of maternal pushing during the second stage of labour on obstetric and neonatal outcome: A multicentre randomised trial - The EOLE study protocol. *BMJ Open*, 6(12), 1–7. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012290

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (Edição revista e atualizada). Edições 70.

Beckmann, C., Ling, F. W., Smith, R. P., Barzansky, B., Phelan, J. P., & Laube, D. W. (2010). *Obstetrics and gynecology* (6ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins

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

Belfort, M. A., Saade, G., Thom, E., Blackwell, S. C., Rouse, D. J., & Spong, C. Y. (2021). Strategies to reduce maternal mortality in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 225*(2), 115–118. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.02.011

Ben M'Barek, I., et al. (2023). Computerized cardiotocography analysis during labor – A state-of-the-art review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica.* https://doi.org/10.1111/aogs.14498

Bick, D. E., Ismail, K. M., Macdonald, S., & Thomas, P. (2015). Impact of parity on perineal trauma and episiotomy rates in vaginal delivery. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(5), 665-672

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development.* Basic Books

Brettell, R., East, C., & Dahlen, H. (2021). Interventions to reduce adverse outcomes in labour: Evidence and practice implications. *Midwifery*, *102*, 103098. https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103098

Brito, A. P. A., Caldeira, C. F., & Salvetti, M. G. (2021). Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 55*, e03691. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019023303691

Brockway, M., Benzies, K., & Hayden, K. A. (2017). Interventions to improve breastfeeding self-efficacy and resultant breastfeeding rates: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Human Lactation, 33*(3), 486–499. https://doi.org/10.1177/0890334417707957

Burn, S. C., Yao, R., Diaz, M., Rossi, J., & Contag, S. (2021). Impact of labor induction at 39 weeks gestation compared with expectant management on maternal and perinatal morbidity among a cohort of low-risk women.

Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 1–8. https://doi.org/10.1080/14767058.2021.2021396

Burón, E., & Sánchez, M. del S. (2010). Manejo activo frente a expectante de los pujos en el expulsivo: Revisión de la evidencia científica. *Matronas Profesion, 11*(2), 64–68

Cantilino, A., Abuchaim, É., Ferreira, M. M. A., & Andrada, N. C. (2009). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*(6), 278–284. http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n6/a06v37n6.pdf

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A. R., Cerejeira, I., & Portugal, J. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto.* Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mandato 2020-2023. http://www.ordemenfermeiros.pt/

Carvalho, A., & Zangão, M. (2014). *Contributo do contacto pele a pele na temperatura.* APEO. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/13591/1/APEO-2014-Contributo-do-contacto-pele-a-pele-na-temperatura.pdf

Chandraharan, E., & Arulkumaran, S. (2018). Fetal monitoring in practice. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 61*(3), 567-574. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000361

Cordeiro, D., Paiva, J., & Feitosa, F. (2020). *Protocolos assistenciais em obstetrícia.* https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/55983/3/2020_liv_defcordeiro.pdf#page=71

Correia, T., & Pires, C. (2016). Que técnica usar nos cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., & Casey, B. M. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill

Dantas, A. C. dos S., Bomfim, L. R. S., & Freitas, Z. M. da P. (2022). O uso da hidroterapia, deambulação e massagem lombossacral como métodos não farmacológicos utilizados para o alívio da dor, no trabalho de parto e parto. *Research, Society and Development, 11*(17), e241111738744. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.38744

DiFranco, J. T., & Curl, M. (2020). The role of provider experience in episiotomy rates: A review of current evidence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(2), 233-240

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Orientação n.o 002/2015 de 19/01/2015*. Recuperado de https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n- 0022015-de-19012015-pdf.aspx

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Cuidados no Puerpério.* https://www.sns24.gov.pt

East, C. E., Begg, L., Henshall, N. E., & Marchant, S. (2019). Local guidelines for the use of episiotomy: Impact on rates and perinatal outcomes. *Women and Birth*, *32*(4), e431–e437. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.09.006

El-Sayed, Y. Y., Rice, M. M., Grobman, W. A., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E. A., Wapner, R. J., Rouse, D. J., Saade, G. R., Thorp, J. M., Chauhan, S. P., Chien, E. K., Casey, B. M., Gibbs, R. S., Srinivas, S. K., Swamy, G. K., ... Macones, G. A. (2020). Elective labor induction at 39 weeks of gestation compared with expectant management: Factors associated with adverse outcomes in low-risk nulliparous women. *Obstetrics and Gynecology, 136*(4), 692–697. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004055

Fatia, A., & Tinoco, L. (2016). Trabalho de parto. In M. Nené, R. Marques, & M. A. Batista (Eds.), *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (pp. 208–220). Lisboa: Lidel

Francisco, A. A., de Oliveira, S. M. J. V., Steen, M., Nobre, M. R. C., & de Souza, E. V. (2018). Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: Randomized controlled trial. *Women and Birth, 31*(5), e334–e340. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.011

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218–226. https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218

Freeman, R. M., & Hollands, H. J. (2018). Decision-making in perineal care: The impact of clinician confidence and external pressures. *British Journal of Midwifery*, 26(3), 189-195

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

Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: Return to the past or

a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *BioMed Research International, 2014*, 1–7. https://doi.org/10.1155/2014/638093

Graça, L. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª ed.). Lidel

Goma, L., Khedr, N., & Gouda, A. (2020). Effect of utilizing hands-on versus off method during delivery of fetal head on occurrence of perineal tear. *Mansoura Nursing Journal,* *7*(2), 136–152. https://doi.org/10.21608/mnj.2020.179773

González-Díaz, L., Latorre-Padilla, I., & Pérez-Milena, A. (2021). Insecurity among midwives in performing perineal sutures: Influence of experience and external demands. *Midwifery*, 92, 102879

Goyal, R., Banginwar, A., Ziyo, F., & Toweir, A. (2011). Breastfeeding practices: Positioning, attachment (latch-on) and effective suckling – A hospital-based study in Libya. *Journal of Family and Community Medicine, 18*(2), 74–79. https://doi.org/10.4103/2230-8229.83372

Halliday, L., Nelson, S. M., & Kearns, R. J. (2022). Epidural analgesia in labor: A narrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* https://doi.org/10.1002/ijgo.14175

Hewitt, M., Dussault, G., & Boulé, A. (2014). The impact of ambient temperature on neonatal hypothermia: A systematic review. *Pediatrics & Child Health, 19*(6), 321–326. https://doi.org/10.1093/pch/19.6.321

Hodnett, E. D., & Miller, K. (2013). The role of fathers in childbirth: A systematic review. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 42*(6), 676-686. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12265

Huber, R., & Tschudin, S. (2018). A systematic review of the management of perineal tears. *Journal of Midwifery & Women's Health, 63*(1), 55-68. https://doi.org/10.1111/jmwh.12722

Imdad, A., Bautista, R. M. M., Senen, K. A. A., Uy, M. E. V., Mantaring, J. B., III, & Bhutta, Z. A. (2013). Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015*(3). https://doi.org/10.1002/14651858.cd008635.pub2

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP terminology on pain*. International Association for the Study of Pain. Disponível em: https://www.iasp-pain.org

JAMA Network. (2023). *Outcomes of Routine Episiotomy: A Systematic Review*. Disponível em: JAMA Network

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2021). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic*

Reviews, *2021*(2), CD000081. https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3

Johnson, K. (2013). Maternal-infant bonding: A review of literature. *International Journal of Childbirth Education, 28*(3), 17

Kalisch, B. J., Curley, M., & Stefanov, S. (2010). An intervention to enhance nursing staff teamwork and engagement. *Journal of Nursing Administration, 40*(6), 299-305. https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181df0fd8

Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (2011). *Bonding: Forming a connection with your baby*. Perigee Books

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

Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2015). *Breastfeeding: A guide for the medical profession* (8th ed.). Elsevier. https://iums.ac.ir/files/vch/files/laranc.pdfv

Lemos, A., Dean, E., & Andrade, A. D. (2011). The Valsalva maneuver duration during labor expulsive stage. *Revista Brasileira de Fisioterapia, 15*(1), 66–72. https://doi.org/10.1590/S1413-35552011000100012

Leventhal, L., de Oliveira, S., Nobre, M., & da Silva, F. (2011). Perineal analgesia with an ice pack after spontaneous vaginal birth: A randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health, 56*(2), 141–146. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21429079

Levy, L., & Bértolo, H. (2012). *Manual de aleitamento materno*. UNICEF. https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf

Lieberman, E., & O'Donoghue, C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(5), S31-S68. https://doi.org/10.1067/mob.2002.121901

Lopes, C. M. (2018). *Informatização do Partograma: Concepção e Implementação de um sistema para monitorização do parto*

Lopes, J. (2019). *Promoção do aleitamento materno: Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* [Dissertação de mestrado não publicada]. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4880/1/Josefina%20Lopes_PDFA.pdf

López-Olivo, M. A., Kallen, M. A., Ortiz, Z., & Skidmore, B. (2020). Long-term outcomes after episiotomy during vaginal delivery: A systematic review. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *46*(7), 1043–1052. https://doi.org/10.1111/jog.14269

Lowdermilk, D., Perry, S., Cashion, K., & Alden, K. (2013). *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica* (10ª ed.). Elsevier

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186*(5), S16-S24. https://doi.org/10.1067/mob.2002.121427

Lukasse, M., et al. (2015). The importance of father's presence during childbirth: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 15*, 1-8. https://doi.org/10.1186/s12884-015-0583-0

Ludwig, J., & Kelsey, M. (2010). The role of the partner in childbirth: A qualitative study of fathers' experiences. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 39*(4), 469-476. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01139.x

Mafetoni, R. R., & Shimo, A. K. K. (2014). Non-pharmacological methods for pain relief during labor: Integrative review. *REME: Revista Mineira de Enfermagem, 18*(2). https://doi.org/10.5935/1415-2762.20140037

Maloni, J. A. (2010). Antepartum bed rest for pregnancy complications: Efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing, 12*(2), 106-124. https://doi.org/10.1177/1099800410375978

Mamede, F., Mamede, M., & Dotto, L. (2007). Reflexões sobre deambulação e posição materna no trabalho de parto e parto. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem, 11*(2), 331-336

Manthey, M. (2014). *A prática do primary nursing: Prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento* (2ª ed.). Editora Atheneu.

Mattar, R., de Aquino, M. M. A., & Mesquita, M. R. D. S. (2007). A prática da episiotomia no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia, 29*(1), 1–2. https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i9.2023-001

M'Barek, M., et al. (2023). *Towards better reliability in fetal heart rate variability using time domain and spectral domain analyses. A new method for assessing fetal neurological state?* PLOS ONE. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0263272

Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Mendes, I., Martins, G., & de Souza, M. (2023). Cuidados gerais ao recém-nascido saudável. *Sociedade Portuguesa de Neonatologia*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saudável.pdf

Mercer, J. S., & Erickson-Owens, D. A. (2014). Delayed cord clamping: Current evidence and future directions. *Journal of Midwifery & Women's Health, 59*(6), 563-569. https://doi.org/10.1111/jmwh.12206

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., … & Vogel, J. P. (2020). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet, 396*(10247), 1953-1968. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32394-4

Mota Silva, L., Vasconcellos de Oliveira, S. M. J., Barbosa da Silva, F. M., & Alvarenga, M. B. (2011). Uso da bola suíça no trabalho de parto

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

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

Nascimento, A., & Miralha, A. L. (2023). Profilaxia com vitamina K para prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 23*(3), e12321. https://doi.org/10.25248/reas.e12321.2023

Néné, M., Batista, M. A., & Marques, R. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. LIDEL

Oliveira, S., Santos, A., & Costa, M. (2019). Episiotomia no contexto português: A experiência dos enfermeiros especialistas. *Revista de Enfermagem de Saúde Materna e Neonatal*, 8(1), 45-50

Oliveira, S., & Santos, M. A. (2018). Práticas obstétricas e a influência da paridade na episiotomia em partos normais. *Revista Brasileira de Enfermagem Obstétrica*, 6(1), 12-18

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida*. Organização Mundial da Saúde. https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Diário da República, 2.ª Série, 85*, 13560–13565

Prins, M., Boxem, J., Lucas, C., & Hutton, E. (2011). Effect of spontaneous pushing versus Valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: A systematic review of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 118*(6), 662–670. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.02910.x

Rabe, H., Diaz-Rossello, J. L., Duley, L., & Dowswell, T. (2012). Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 8*(8), CD003248. https://doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub3

Reis, D. N., Gonçalves, F. J. R., Silva, Z. T. da, Guimarães, D. M., Dias, M. R. G. de S., Batista, P. V. de S., Araújo, R. V., Magalhães, J. M., Santos, K. E. da S., & Lima, L. da C. de. (2022). Os benefícios da massagem no trabalho de parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 15*(8), e10818. https://doi.org/10.25248/reas.e10818.2022

Roberts, J. E. (2002). The “push” for evidence: Management of the second stage. *Journal of Midwifery and Women’s Health, 47*(1), 2–15. https://doi.org/10.1016/S1526-9523(01)00233-1

Roberts, J. E., & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health, 52*(3), 238-245

Rocha, L. B., Marques, F., Araujo, S., Coutinho, N., Rocha, O., Dantas De Almeida, C., Oliveira Dos Santos, M., & Roriz Da Rocha, C. H. (2017). Aleitamento materno na primeira hora de vida: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*

Romero, R., Dey, S. K., & Fisher, S. J. (2014). Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science, 345*(6198), 760-765. https://doi.org/10.1126/science.1251816

Rosenberg, K. D., et al. (2010). Fathers’ involvement in childbirth: An exploratory study of fathers' experiences during labor and delivery. *The Journal of Family Issues, 31*(6), 785-806. https://doi.org/10.1177/0192513X09355300

Roudsari, R. L., Roudsari, A. H., & Hajizadeh, M. (2021). Emotional and psychological support in labor and birth: Women’s needs and midwives’ roles. *Journal of Midwifery & Women’s Health, 66*(2), 205-215. https://doi.org/10.1111/jmwh.13215

Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2008). Is there a "big five" in teamwork? *Small Group Research, 39*(5), 555-599. https://doi.org/10.1177/1046496408314956

Sampselle, C. M., Miller, J. M., Luecha, Y., Fischer, K., & Rosten, L. (2005). Provider support of spontaneous pushing during the second stage of labor. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 34*(6), 695–702. https://doi.org/10.1177/0884217505281904

Schytt, E., Lindmark, G., & Waldenström, U. (2007). Physical symptoms after childbirth: Prevalence and associations with self-rated health. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 112*(2), 210-217. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00617.x

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica*. Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Silva, A. E. A. (2019). Eficácia do puxo espontâneo com o freno labial comparado ao puxo direcionado nos desfechos maternos e neonatais: Um ensaio clínico randomizado (Dissertação de mestrado). Disponível em https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/35576

Silva, L. S. R., Cavalcante, A. N., Carneiro, J. K. R., & Oliveira, M. A. S. (2020). Índice de Apgar correlacionado a fatores maternos, obstétricos e neonatais a partir de dados coletados no Centro de Saúde da Família do bairro Dom Expedito Lopes situado no município de Sobral/CE. *Revista Científica Da Faculdade de Medicina de Campos, 15*(1), 25–30

Silveira, M. R. P. V., da Silva, A. M., Rocha, C. P., Elias, A. R. R., & Brandão, T. P. (2023). Fatores de risco e complicações da gestação de alto risco: uma revisão de literatura. *RECIMA21 - Ciências Exatas e da Terra, Sociais, da Saúde, Humanas e Engenharia/Tecnologia*, 4(9). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/372178099

Simic, M., Cnattingius, S., Petersson, G., Sandström, A., Stephansson, O., & Wikström, A.-K. (2017). Duration of second stage of labor and instrumental delivery as risk factors for severe perineal trauma: Population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*(1), 72

Sinkey, R. G., Blanchard, C. T., Szychowski, J. M., Ausbeck, E., Subramaniam, A., Neely, C. L., Casey, B. M., & Tita, A. T. (2019). Elective induction of labor in the 39th week of gestation compared with expectant management of low-risk multiparous women. *Obstetrics and Gynecology, 134*(2), 282–287. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003371

Simkin, P., & Ancheta, R. (2017). *The labor progress handbook: Early interventions to prevent and treat dystocia*. John Wiley & Sons

Smith, G. C. S., & Sandwell, D. E. (2010). Prevention and management of preterm birth. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 32*(9), 877-888. https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34664-8

Sng, B. L., Leong, W. L., Zeng, Y., Siddiqui, F. J., Assam, P. N., Lim, Y., & Sia, A. T. (2015). Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015*(6), CD007238. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007238.pub2

Truchet, S., & Honvo-Houéto, E. (2017). Physiology of milk secretion. *Best Practice and Research: Clinical Endocrinology & Metabolism, 31*(4), 367–384. https://doi.org/10.1016/j.beem.2017.10.008

Turawa, E. B., Musekiwa, A., & Rohwer, A. C. (2014). Interventions for treating postpartum constipation. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 2014*(9). https://doi.org/10.1002/14651858.CD010273.pub2

Vieira, L., & Martins, G. (2018). Fisiologia da mama e papel dos hormônios na lactação. *Revista Brasileira de Ciências da Vida, 6*(Especial). http://jornalold.faculdadecienciasdavida.com.br/index.php/RBCV/article/view/762

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

Wilson-Clay, B., & Hoover, K. (2013). *Breastfeeding atlas* (5ª ed.). LactNews Press

World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf

World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf?sequence=1

Yildirim, G., & Beji, N. K. (2008). Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: A randomized study. *Obstetrical and Gynecological Survey, 63*(8), 488–489. https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000320484.30771.10