



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Conhecimento das mulheres sobre posições de trabalho de parto e parto: uma revisão *scoping*

Carina Andreia de Melo Martins, nº4050

Viseu, 11 de setembro 2024

Conhecimento das mulheres sobre posições de trabalho de parto e parto: uma revisão *scoping*

Carina Andreia de Melo Martins

Estágio com Relatório Final

Curso de Pós- Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica – 12^º edição

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia - 7^ª edição

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professora Doutora Paula Nelas

Viseu, 11 de setembro de 2024

“Pode-se tirar tudo de um Homem exceto uma coisa: a última das liberdades humanas – escolher a própria atitude em qualquer circunstância, escolher o próprio caminho.”

Viktor Frankl

Agradecimentos

Agradeço a todos que aqueles que fizeram parte deste percurso e que permitiram a concretização desta etapa da minha vida.

A todos os docentes que me desafiaram, capacitaram e nortearam o meu caminho.

À Professora Doutora Paula Nelas por todo o apoio, supervisão, orientação.

Agradeço ao trabalho de apoio realizado pelo Professor Doutor Eduardo pela clarificação da fase metodológica, à Bibliotecária Doutora Fátima na fase de localização dos estudos, e ao Enfermeiro Francisco Almeida pelo apoio na seleção dos estudos.

A nível pessoal agradeço à minha família, principalmente ao meu marido Francisco, pelo apoio incondicional, sem ele não seria possível a conclusão desta etapa da minha vida. E aos meus filhos Carolina, Gabriel e Tomás por me darem força para continuar e suportaram as ausências da mãe.

Resumo

Enquadramento: No âmbito da Unidade curricular, Estágio com relatório final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia – opção 3, foi elaborado o presente relatório. Este é composto pela componente clínica e a componente de investigação. A componente clínica pretende espelhar o percurso formativo desenvolvido ao longo de todo estágio nas diferentes áreas de atuação, refletindo sobre as intervenções planeadas e executadas que contribuíram para a aquisição de competências comuns e especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A componente de investigação explana o processo de execução da revisão *scoping* intitulada: “Conhecimento das mulheres sobre posições de parto: uma revisão *scoping*”. Este trabalho de investigação surgiu da reflexão crítica da prática clínica vivenciada.

Objetivos: Evidenciar o processo de desenvolvimento de competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Na componente da investigação, pretendemos mapear a evidência científica em relação aos conhecimentos das mulheres sobre posições que podem adotar no trabalho de parto e parto.

Metodologia: Na construção deste relatório, a parte clínica baseia-se numa reflexão teórica-crítica das atividades desenvolvidas e das evidências científicas disponíveis sustentadas num pensamento teórico de enfermagem (teoria das transições de Meleis). A revisão *scoping* foi desenvolvida segundo a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs para a realização deste tipo de revisões.

Resultados: O desenvolvimento prático das diferentes áreas de estágio distintas e a reflexão teórica e crítica das mesmas, possibilitou a aquisição de competências comuns e específicas inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, bem como o cumprimento das experiências mínimas legalmente exigidas. O desenvolvimento do estudo de investigação, nomeadamente de uma revisão *scoping* permitiu desenvolver capacidades a nível de

investigação e clarificou que várias mulheres em diferentes contextos, tem poucos conhecimentos sobre posições verticais que podem adotar no parto.

Conclusões: Através da realização deste relatório final evidenciou-se o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas regulamentadas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista e ao grau de Mestre. Relativamente à componente de investigação conclui-se que muitas mulheres, mesmo as que possuem partos anteriores, e/ou que têm acompanhamento profissional durante a gravidez, têm défices de conhecimentos em relação as posições que podem adotar durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto. Pelo que emerge a necessidade de incorporar na assistência pré-natal nomeadamente na preparação para o parto, a abordagem teórica e prática das diversas posições que a grávida pode adotar nas diferentes fases de trabalho de parto. Surge também a necessidade da formação/ atualização de conhecimentos dos profissionais que assistem a mulher durante a gravidez e durante o trabalho de parto, sobre as diversas posições maternas ao longo do trabalho parto, tornando-se um agente facilitador.

Palavras chave: Conhecimentos; Posições no trabalho de parto; Parto; Parturientes; *Scoping*

Abstract

Background: Within the scope of the curricular unit, Internship with final report: Maternal Health Nursing, Obstetrics and Gynecology – option 3, this report was prepared. This consists of the clinical component and the research component. The clinical component aims to mirror the training path developed throughout the internship in the different areas of activity, reflecting on the planned and executed interventions that contributed to the acquisition of common and specialized skills of the Nurse Specialist in Maternal Health and Obstetric Nursing. The research component explains the process of carrying out the scoping review entitled: “Women's knowledge about birth positions: a scoping review”. This research work arose from critical reflection on experienced clinical practice.

Objectives: Evide the process of developing common and specialized skills in Maternal and Obstetric Health Nursing. In the research component, we aim to map scientific evidence regarding women’s knowledge of positions they can adopt in labor and delivery.

Methodology: In the construction of this report, the clinical part is based on a theoretical-critical reflection of the developed activities and the available scientific evidence in a theoretical thinking of nursing (theory of Meleis transitions). The scoping review was developed according to the proposed methodology by the Joanna Briggs Institute for the achievement of this type of reviews.

Results: Practical development of different distinct stage areas and theoretical and critical reflection of them, made it possible for the acquisition of common and specific skills inherent in the professional exercise of the Maternal and Obstetric Nursing Nurse Specialist, as well as compliance with the legally required minimal experiences . The development of the research study, notably a scoping review allowed to develop abilities at the research level and clarified that several women in different contexts, has little knowledge about vertical positions they can adopt in the delivery.

Conclusions: Through the realization of this final report was evidenced the process of developing and acquiring common and specific skills regulated for the Nurse Specialist in Maternal and Obstetrical Health Nursing, conducive to the assignment of the professional title of Nurse Specialist and the degree of Master. Regarding the research component it is concluded that many women, even those with previous births, and/or who have professional follow-up during pregnancy, have knowledge deficits regarding positions they can adopt during the first and second stage of work of delivery. From what emerges the need to incorporate in prenatal assistance namely in delivery preparation, the theoretical and practical approach of the various positions that pregnant pregnant can adopt in different labor stages. It also appears the need for training/updating knowledge of professionals who watch woman during pregnancy and during labor, on the various maternal positions along labor, becoming a facilitating agent.

Keywords: Knowledge; Positions in labor; Birth; Parties; Scoping

Sumário

Pág.

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

Introdução	19
I Capítulo - Relatório da componente clínica	21
1 - Relatório da componente clínica	23
2- Contextualização do estágio de promoção de saúde da mulher	29
2.1- Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da promoção da saúde da mulher.....	30
3- Contextualização do estágio de promoção de ginecologia	39
3.1 - Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da ginecologia...	39
4 - Contextualização do estágio de puerpério	45
4.1 - Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito do puerpério	45
5 - Contextualização do estágio de patologia materno-fetal	53
5.1 - Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da patologia materno-fetal	53
6 - Contextualização do estágio na sala de partos.....	65
6.1 - Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da sala de partos	65
7-Aquisição do número de experiências mínimas exigidas curricularmente.....	77

8 - Considerações finais.....	79
II Capítulo - Relatório final da componente de investigação - Conhecimento das mulheres sobre posições de parto: uma revisão scoping	81
Resumo	83
1- Justificação do tema.....	85
2 - Enquadramento teórico.....	87
3 - Método.....	93
3.1 – Localização dos estudos.....	93
3.2 – Seleção dos estudos e critérios de elegibilidade.....	96
3.3 – Extração e síntese dos dados	97
4 – Resultados.....	98
5 – Discussão.....	107
Conclusão	111
Implicações para a prática clínica	113
Referências bibliográficas.....	115

Anexos

Anexo I - Apresentação da sessão para preparação para o parto “Sinais de trabalho de parto e posições verticais no trabalho de parto”

Anexo II - Apresentação da ação de formação em serviço da USF “ Verticalização do trabalho de parto”

Anexo III - Desdobrável sobre “Posições no trabalho de parto”

Anexo IV - Resumo do Protocolo Clínico #36 ABM: O Espectro da Mastite

Anexo V - Panfleto sobre “Alimentação na gravidez”

Anexo VI - Panfleto sobre “Partilhar a cama com o seu bebé”

Anexo VI - Apresentação da ação de formação em serviço do CHTV “Síndrome de Bernard Soulier – Gravidez, Parto e Pós-parto”

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 - Experiências mínimas obrigatórias e vivenciadas	76
Tabela 2 - Pesquisa na MEDLINE (via Pub Med), realizada a 22/3/2024	93
Tabela 3 – Características dos estudos incluídos	98

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos estudos	97

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ABM	Academy of Breastfeeding Medicine
APPT	Ameaça de parto pré-termo
CTG	Cardiotocografia
DeSC	Descritores em Ciências da Saúde
DGS	Direção-Geral da Saúde
EESMO	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HTA	Hipertensão arterial
IM	Intra Muscular
JBI	Joanna Briggs Institute
MCEESMO	Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
MeSH	termos <i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
NESMO	Núcleo de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCC	Participantes, Conceito e Contexto
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RCIU	Restrição de Crescimento Intra Uterino
RCT	Registo Cardiotocográfico
RN	Recém-nascido
SNS	Serviço Nacional Saúde
SPN	Sociedade Portuguesa de Neonatologia
SPOMMF	Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal
TP	Trabalho de parto
USF	Unidade de Saúde Familiar
WHO	World Health Organization

Introdução

No âmbito da Unidade curricular, Estágio com relatório final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia – opção 3, foi elaborado este documento, fazendo parte do plano de estudos do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia e 12º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Saúde de Viseu- Instituto Politécnico de Viseu.

Este relatório tem como objetivos, retratar o percurso de desenvolvimento de aquisição de competências especializadas nos diversos contextos de estágio e o resultado do desenvolvimento do processo de investigação que pretende-se mapear a evidência científica em relação aos conhecimentos das mulheres sobre posições que podem adotar no trabalho de parto e parto. A avaliação do relatório final resulta do documento escrito e da apresentação pública com discussão.

Este relatório final está dividido em duas partes, a primeira é constituída pelo relatório de componente clínica e a segunda com o relatório da componente de investigação.

A componente clínica refere-se ao estágio realizado durante 36 semanas, em regime de tutoria por um Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO). Este estágio tem como objetivo desenvolver competências comuns e específicas do EESMO, delineando intervenções dirigidas à mulher/casal/família ao longo de todo o ciclo reprodutivo. Este processo tem como finalidade habilitar o estudante, futuro EESMO, ao exercício autónomo da profissão dando resposta à diretiva 2005/36/CE (Portugal, Lei 9/2009). O estágio foi desenvolvido em diversas unidades de saúde contemplando as diferentes áreas de atuação do EESMO, nomeadamente Enfermagem de saúde da mulher, ginecológica, neonatologia, puerpério, patologia materno-fetal e sala de partos.

Em contexto de estágio torna-se imperativo uma prática reflexiva ao longo do percurso desenvolvido. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2021), a atribuição do grau de mestre, depende da demonstração, pelos estudantes, de capacidade de integração e aplicação crítica de conhecimentos, reflexão sobre as implicações e responsabilidades, e capacidade de comunicação clara e objetiva dos conhecimentos e raciocínios subjacentes.

Deste modo, neste primeiro capítulo serão abordadas as competências comuns e específicas do EESMO, a teoria das transições de Afaf Meleis como referência teórica das práticas de enfermagem. Posteriormente, será feita uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, baseada nas evidências científicas, nos diferentes contextos de estágio. Por último serão descritas as experiências mínimas exigidas, contrapondo-as com as experiências realizadas.

Pressupõem-se que durante cumprimento do plano de estágio se desenvolva ao mesmo tempo um trabalho de investigação, este será apresentado no segundo capítulo deste trabalho, no relatório da componente de investigação.

A investigação em enfermagem é fundamental para a excelência da Enfermagem enquanto disciplina e profissão. O desenvolvimento da investigação em enfermagem é um pilar essencial para promover a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, pois o conhecimento adquirido em investigação irá desenvolver uma prática baseada na evidência, refletindo-se em cuidados de enfermagem de maior qualidade, otimizando os resultados em saúde (OE, 2022).

Este trabalho de investigação surgiu da reflexão crítica da prática clínica vivenciada, pois apesar da OMS recomendar a adoção de posições verticais da mulher no trabalho de parto e parto, pelos seus benefícios, estas nem sempre são adotadas pela mulher durante o trabalho de parto e parto. Segundo Amaro (2022), a falta de empoderamento e preparação para o parto da mulher considera-se um dos obstáculos à verticalização do parto. Pelo que surge a pergunta: Qual o conhecimento das mulheres sobre as posições que podem adotar durante o trabalho de parto e parto?

Assim sendo, no capítulo da componente investigativa será realizado um enquadramento teórico sobre a temática em estudo, clarificado todo o processo metodológico que suportou este trabalho de investigação e por fim extrapolando para a prática clínica os resultados obtidos.

Como estudante da especialidade e mestrado Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica este percurso de aprendizagem do último ano, foi sem dúvida indispensável para a aquisição de competências necessárias à minha atuação como especialista nesta área. Sinto-me agora capaz de conceber, planejar, executar e avaliar intervenções na promoção da saúde da mulher, como na prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas específicas de intervenção da saúde materna e obstétrica.

I Capítulo - Relatório da componente clínica

1 - Relatório da componente clínica

Este relatório da componente clínica é elaborado no âmbito da Unidade curricular, Estágio com relatório final: Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia, constituindo a primeira parte do relatório final.

Segundo a Ordem dos enfermeiros (2021), o relatório da componente clínica dos ciclos de estudos de Mestrados de Enfermagem deve ter em conta toda prática clínica e expor por escrito as atividades desenvolvidas durante o estágio realizado, assim como uma reflexão teórica e interpretação crítica sobre as mesmas e apoiada num pensamento teórico de enfermagem.

Assim sendo, o presente relatório pretende espelhar o percurso formativo desenvolvido ao longo de todo estágio, refletindo sobre as intervenções planeadas e executadas que contribuíram para a aquisição de competências comuns e especializadas do EESMO tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Este estágio teve a duração de 36 semanas, no período de 20 de fevereiro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, tendo pausas de acordo com o calendário de férias escolares. A carga horária semanal em estágio foi de 24 horas de contato, perfazendo um total de 864 horas presenciais.

O objetivo geral do estágio é formar EESMOs com competência no diagnóstico e intervenção de enfermagem especializada à mulher/ casal/ família ao longo do ciclo reprodutivo especificamente na saúde reprodutiva, gravidez, trabalho de parto e parto, puerpério e assistência ao recém-nascido saudável e de risco, em contexto hospitalar e comunitário (Instituto Superior Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 2023).

Para dar resposta as áreas de intervenção da especialidade, o estágio decorrido dedicou três semanas à área de Ginecologia, cinco semanas à área de Patologia Materno-Fetal, cinco semanas à área de Puerpério, cinco semanas à área da Promoção da Saúde da Mulher e 18 semanas na Sala de Partos. Este foi realizado numa Unidade Local de Saúde da região Centro em diversos serviços/ unidades do mesmo.

A orientação pedagógica foi assegurada pela Professora Doutora Paula Nelas e a orientação clínica em regime de tutoria coube a diferentes Enfermeiras Especialistas em Saúde

Materna e Obstétrica, a trabalhar nos diferentes contextos, selecionadas pelas chefias respetivas.

As teorias de enfermagem apoiam a prática profissional e influenciam a tomada de decisão, o pensamento crítico, norteando o ensino e a área de investigação, promovendo assim, a autonomia na Enfermagem. Durante a minha prática tive por base a Teoria das transições de Meleis. Esta teoria de médio alcance desenvolvida por Afaf Meleis aborda uma problemática que é central para a enfermagem, e que consiste na compreensão do desenvolvimento do ser humano face às mudanças previsíveis e imprevisíveis da sua vida, bem como as suas respostas perante estas situações de stresse. A enfermagem direciona a sua atenção para a promoção e manutenção da saúde, para a doença e sua recuperação, e ainda, para a experiência subjacente às transições, nomeadamente no que se refere às relações interpessoais, alteração da identidade, mudança de papéis e desenvolvimento de respostas saudáveis às mesmas, englobando-as sempre nos diversos contextos e ambiente circundante (Meleis, 2010).

Os enfermeiros cuidam dos indivíduos e das suas famílias que vivem processos de transição, presenciando as mudanças e exigências que as transições provocam, facilitando o processo de desenvolvimento de competências dos indivíduos para uma transição mais saudável (Meleis, 2010).

A Teoria das Transições reconhece a importância da natureza das transições, nomeadamente o tipo, os padrões e as propriedades da experiência de transição; os condicionantes facilitadores e inibidores da transição; os padrões de resposta que incluem os indicadores de processo e de resultado e as intervenções terapêuticas de enfermagem, abordando, assim, conceitos e fenómenos que refletem a prática (Meleis et al.,2000).

Relativamente aos tipos de transições considera-se quatro tipos de transição: as de desenvolvimento, as situacionais, as de saúde/doença e as organizacionais. As transições de desenvolvimento estão relacionadas com mudanças normais e previsíveis do ciclo vital, como a adolescência ou a menopausa. As transições situacionais são associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis como o casamento ou a parentalidade. As transições de saúde/doença ocorrem quando existe uma mudança do estado de bem-estar para o estado de doença como o aparecimento de um tumor na mama ou endometriose. Já as transições organizacionais estão relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas, económicas ou intraorganizacionais como por exemplo uma mudança profissional (Meleis et al.,2000).

Estas transições apresentam distintos padrões, ou seja, podem ocorrer de forma isolada ou em conjunto, de uma forma sequencial ou em simultâneo e podem estar relacionadas entre si ou não.

As transições são complexas, multidimensionais e possuem propriedades como a consciencialização, compromisso, mudança e diferença, tempo da transição, pontos críticos e acontecimentos, que são essenciais às experiências de transição. A consciencialização ocorre quando a pessoa reconhece o processo de transição, esta é essencial para se iniciar este processo. A tomada de consciência irá influenciar o compromisso, que é o envolvimento do indivíduo neste processo. Todas as transições desencadeiam mudança, estas estão relacionadas com ocorrências críticas ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideais, percepções, identidades, relações e rotinas. A diferença é uma outra propriedade da transição que consiste nas expectativas não atendidas ou divergentes. O espaço temporal da transição refere-se ao tempo decorrido desde os sinais iniciais de antecipação, percepção ou demonstração de mudança, passando por períodos de instabilidade, confusão e stress até um eventual fim, em que é atingida novamente a estabilidade. Os eventos críticos ou pontos de viragem estão, frequentemente, associados com a consciência de mudança ou diferença e com um maior envolvimento na experiência de transição. Cada ponto crítico exige do enfermeiro atenção, conhecimento e experiência, pois corresponde a um período de maior vulnerabilidade para os indivíduos (Meleis et al.,2000).

Para compreender as experiências vivenciadas das pessoas durante as transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o indivíduo alcance uma transição saudável. Relativamente aos condicionantes pessoais estes englobam: os significados atribuídos aos acontecimentos que precipitam a transição (estes podem ser neutros, positivos ou negativo); as crenças e atitudes culturais relacionadas com a transição; o status socioeconómico e a preparação/ conhecimento sobre a transição. As condicionantes da comunidade e da sociedade, como a existência de apoio familiar e social, de recursos instrumentais, de representação social e de estereótipos, podem também dificultar ou facilitar a transição (Meleis et al.,2000).

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, tanto os de processo como os de resultado. Os indicadores de processo são essenciais para perceber se a pessoa que está a vivenciar uma transição está no caminho de saúde e bem-estar ou se pelo contrário, está na direção de vulnerabilidade e riscos. Estes indicadores são importantes para que as intervenções de enfermagem sejam atempadas e que

facilitem resultados positivos em saúde. Os indicadores de processo compreendem o sentimento de estar conectado com redes de apoio; a interação com pares, cuidadores ou profissionais de saúde; a percepção de estar situado no tempo, espaço e relações e o forma como desenvolver confiança e coping para lidar com a situação. Os indicadores de resultado que nos levam a perceber os resultados da transição vivenciada, têm em conta a maestria e à integração fluida de identidade. Ambos são definidores de um processo de transição saudável (Meleis et al.,2000).

Com o objetivo de alcançar um processo de transição saudável, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciência das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade. As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição que a facilitam. Devem proporcionar conhecimento e capacidade aos indivíduos que estão a vivenciar esta processo, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar (Meleis, 2010). A transição remete para uma mudança significativa na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social (Meleis et al.,2000).

Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis, 2010).

As atividades desenvolvidas durante o estágio nas diferentes áreas de atuação foram sustentadas pela reflexão crítica baseada no pensamento teórico de enfermagem e nas evidências científicas disponíveis para sustentar e/ou discutir as decisões e ações promotoras do desenvolvimento das competências comuns e específicas como EESMO. Assim, podemos dizer que as competências comuns dos enfermeiros especialistas relacionam-se com diversas dimensões como: a educação dos clientes e dos pares, a orientação, aconselhamento, liderança, assim como compreender, divulgar e realizar investigação relevante e pertinente, que permita melhorar de forma contínua os cuidados de enfermagem prestados.

As competências comuns dos enfermeiros especialistas abrangem quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O enfermeiro especialista deverá desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Também deverá ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantindo um ambiente terapêutico e seguro. O Enfermeiro Especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados. Outra das suas competências prende-se com o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Portugal, Regulamento nº140/2019).

Em cada área da especialidade emergem competências específicas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados.

As competências do enfermeiro especialista e enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica prendem-se por cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional, assim como no período pré-natal, durante o trabalho de parto, no período pós-natal e no período do climatério. Também é competência do EESMO cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (Portugal, Regulamento nº391/2019).

Para uma melhor organização do relatório, para cada componente da área de estágio será feita a sua contextualização e serão descritas as atividades desenvolvidas nos diferentes âmbitos de estágio que estiveram na base da aquisição de competências do enfermeiro especialista. Esta exposição será acompanhada por uma reflexão crítica baseada na evidência científica e fundamentada na teoria de enfermagem. Por fim, irei abordar as experiências obrigatórias e as vivenciadas.

2– Contextualização do estágio de promoção de saúde da mulher

O estágio da especialidade na área de promoção de saúde na mulher decorreu entre 28 de maio a 7 de julho de 2023 numa Unidade de Saúde Familiar da Região Centro do país, num total de 120 horas presenciais.

A Unidade de Saúde Familiar (USF) pertence ao Administração Regional de Saúde Centro, Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões, sendo uma USF modelo B, tendo iniciado a sua atividade em 2009. Tem 14227 utentes inscritos, dos quais 2951 mulheres em período fértil (15-54anos). O horário de funcionamento da Sede é de 2^a a 6^a feira das 8h às 20h e Sábados entre as 9h e as 13h.

A USF tem por missão “satisfazer com excelência as necessidades de cuidados de saúde e atender em tempo útil, com eficiência e qualidade, a população da sua área geográfica de influência, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos cuidados.” (Sistema Nacional de Saúde & Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários, 2023).

O modelo organizacional de cuidados utilizado nesta USF, tem por base médico/enfermeiro de família, havendo cooperação entre os diferentes profissionais para um melhor desempenho.

Em relação aos recursos humanos a equipa multidisciplinar é constituída por administrativos, assistente social, fisioterapeuta, médicos e enfermeiros dos quais uma especialista em pediatria e outra enfermeira especialista de saúde materna e obstétrica a qual me acompanhou neste processo de aprendizagem.

A Unidade possui variados gabinetes, de destacar os gabinetes para consultas médicas e de enfermagem, que estão devidamente equipados, para a curso de preparação para o parto e parentalidade usa-se uma sala ampla em outro piso equipada com material básico para a realização destes programas.

2.1- Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da promoção da saúde da mulher

No decorrer do estágio, estabeleci uma postura empática e comunicativa com a equipa multidisciplinar, solicitando esclarecimentos oportunos, orientação e refletindo sobre as práticas, numa perspetiva de melhoria contínua. Senti-me bem recebida e integrada na dinâmica da equipa multidisciplinar da USF, sendo fundamental para a minha evolução enquanto futura EESMO.

Demonstrei disponibilidade, interesse e participei ativamente nas atividades desenvolvidas pela equipa multidisciplinar, sendo o meu enfoque os cuidados especializados na promoção da saúde da mulher. Assim realizei consultas de planeamento familiar, consultas de vigilância da gravidez, consultas de puerpério e sessões do programa de preparação para o parto e parentalidade.

Durante os cuidados prestados foi-me fácil estabelecer uma relação terapêutica com a mulher/ casal. Assegurei um ambiente de acolhimento, positivo e de privacidade, transmitindo segurança nos cuidados e dando oportunidade para a expressão dos problemas sentidos. Segundo Guerreiro & Dias (2021) para se estabelecer uma relação de ajuda é fundamental um local com privacidade para que a mulher exponha as suas preocupações mais íntimas. Sendo fundamental para uma avaliação mais eficaz por parte do EESMO e consequentemente prestação de cuidados mais personalizados.

Na prestação de cuidados tive especial atenção pelo respeito da confidencialidade e privacidade, dignidade e respeito pela mulher pois é fundamental ter em conta os direitos desta preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) referidos na Lei n.º 110/2019.

Tive a oportunidade de realizar consultas de planeamento familiar, desenvolvendo assim, competências específicas no cuidar à mulher em idade fértil, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção de complicações.

Segundo Marques (2022), o planeamento familiar é fundamental nos cuidados prestados na área da saúde reprodutiva. As consultas de planeamento familiar pretendem empoderar os indivíduos ou casais, para que estes possam planear uma gravidez no momento apropriado, proporcionando-lhes a possibilidade de viverem a sua sexualidade de forma saudável e segura.

Nestas consultas também se faz o encaminhamento dos casais com problemas de fertilidade e o rastreio do cancro do colo do útero.

Durante as consultas de planeamento realizei a colheita da história clínica e ginecológica da mulher, esclareci dúvidas, forneci e informei sobre o método contraceptivo, quando aplicável. Realizei a avaliação física da mulher. Foi verificado o estado vacinal e feitos ensinamentos sobre a sua importância. Foi sempre dada relevância à educação para a saúde sobre o uso correto do método contraceptivo escolhido. A autovigilância da mama e a importância de realização de mamografia a partir dos 50 anos até aos 69, assim como, a realização do rastreio do cancro do colo do útero foi salientado, indo de encontro ao Programa Nacional para as Doenças Oncológicas da Direção-Geral da Saúde (DGS) (Portugal, Ministério da Saúde [MS], Direção-Geral da Saúde [DGS] 2021).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2020), o cancro do colo do útero é o sexto mais frequente nas mulheres a nível europeu, mesmo com uma melhoria significativa a nível de rastreio, diagnóstico e tratamento das lesões pré-malignas. Em Portugal, estima-se a ocorrência de cerca de 750 novos casos por ano.

Os programas de rastreio de doenças oncológicas para além de promoverem literacia em saúde e controlo de fatores de risco, tem por objetivo a identificação de lesões malignas ou pré-malignas, realizando um diagnóstico precoce permitindo a utilização de técnicas terapêuticas menos agressivas com ganhos em saúde. Os rastreios oncológicos são instrumento de reconhecida importância no combate ao cancro e na diminuição dos custos com tratamentos pois com uma abordagem à doença precoce induz à diminuição da morbilidade e mortalidade. (Portugal, MS, DGS, 2021).

Nesta USF é realizada a todas as mulheres entre os 25 e os 60 anos, como está preconizado pela, atualmente é realizada citologia em meio líquido, permitindo a avaliação das células da superfície externa do colo e também a pesquisa da presença do papiloma vírus humano. A sua realização deve ser feita de 5 em 5 anos, se resultado anterior for negativo e sem outras queixas da mulher. A colheita para colpocitologia nesta USF é sempre realizada pelo médico apesar do Parecer 08/2020 da Ordem dos Enfermeiros que afirma que este tipo de intervenções pode ser realizado pelo EESMO.

No âmbito das consultas de planeamento familiar tive a oportunidade de realizar uma consulta pré-concepcional. A realização deste tipo de consultas especializadas contribuem para a promoção da saúde da mulher e também do futuro bebé. É importante para o sucesso da

gravidez, a identificação precocemente de fatores de risco e correção de comportamentos de risco (Guerreiro & Dias, 2021). A consulta que realizei foi diagnosticado um comportamento de risco pois a mulher era fumadora. O uso de tabaco durante a gravidez provoca alterações na placenta levando à diminuição da oxigenação do bebé e da eliminação de substâncias tóxicas. Está associado a um aumento do risco de parto pré-termo, restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas e malformações congénitas (Serviço Nacional Saúde [SNS], 2023). Foi empoderada a grávida que decidiu deixar totalmente de fumar, foi informada que poderíamos ajudar neste processo.

Tive a oportunidade de ter 60 contactos com grávidas com diferentes idades gestacionais, pelo que realizei consulta de vigilância da gravidez nos diferentes trimestres de gravidez. Isso contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas na prestação cuidados de enfermagem à grávida/ casal, tendo em vista a promoção da saúde e prevenção de complicações.

Na realização das consultas tive por base as orientações da DGS que estão em vigor do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo risco (2015).

Considera-se gravidez de baixo risco aquela que após avaliação do risco pré-natal, segundo a escala de Goodwin modificada, não se deteta fatores de risco de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal que motivam vigilância acrescida. Esta avaliação deve ser realizada na primeira consulta pré-concepcional ou de gravidez, e em cada interação subsequente com a equipa de saúde, uma vez que esta avaliação é um fator determinante para a vigilância adequada da gravidez, assim como para a prevenção e controlo atempado de complicações (Portugal, MS, DGS, 2023).

Estas consultas têm como objetivos: avaliar o bem-estar materno e fetal, detetar e orientar situações de alteração da normalidade da gravidez, identificar fatores de risco, promover a educação para a saúde, preparar para o parto e parentalidade e informar sobre os deveres e direitos parentais. As consultas que realizei em que a grávida vinha pela primeira vez, tinham menos de 12 semanas de gestação, estando de acordo com o preconizado pela DGS (2015). A primeira consulta é essencial para estabelecer uma relação empática e de confiança com a grávida. Foi realizada a avaliação da história clínica do casal, calculada a data do parto e idade gestacional. Foi esclarecido a importância e periodicidade da vigilância da gravidez. Segundo a DGS (2015) após a primeira consulta deverão se realizar a cada 4-6 semanas até às 30 semanas; a cada 2-3 semanas entre as 30 e as 36 semanas e a cada 1-2 semanas após as 36 semanas até ao parto. Todas as grávidas, entre as 36 e as 40 semanas, devem ter acesso a uma

consulta no hospital onde se prevê que venha a ocorrer o parto. Também foi informada a grávida de trazer sempre consigo o boletim de saúde da grávida onde são registadas as informações necessárias sobre a gravidez atual, é um instrumento fundamental na transmissão de informações relevantes da gravidez, contribuindo para uma articulação entre unidades de saúde. Todas as informações são também registadas no processo clínico da grávida. Em todas as consultas foram realizadas diversas intervenções, que vão de encontro ao preconizado pela DGS (2015) como:

- Avaliação estado mental e adaptação á gravidez – sendo importante para a deteção precoce de perturbações mentais que irão influenciar a vinculação mãe - bebé e comportamentos de risco.
- Avaliação da progressão ponderal - é importante monitorizar o ganho de peso pois este deve ser de acordo com o Índice de Massa Corporal da grávida. Ganho de peso abaixo ou acima do recomendado estão associados a riscos e complicações, como recém-nascidos de baixo peso ou pré-termo, recém-nascidos grandes para a idade gestacional ou diabetes gestacional. Um aumento de peso repentino pode indicar edemas. Os ensinamentos relativos a hábitos alimentares saudáveis e prática de exercício físico tornam-se fulcrais nestas consultas.
- Garantindo a prescrição dos rastreios analíticos e ecográficos, esclarecendo dúvidas e frisando a importância.
- Avaliação do consumo de substâncias nocivas (álcool, tabaco e drogas) – o consumo de álcool ou drogas e o tabagismo são fatores de risco para a saúde do indivíduo. Na gravidez acresce o malefício para o desenvolvimento do feto, mesmo em pequenas quantidades. É importante para além de esclarecer os malefícios associar estratégias para cessar o consumo.
- Avaliação da ingestão de fármacos e suplementação na gravidez – as substâncias que a mulher consome sejam fármacos com receita médica ou de venda livre ou naturais podem passar através da placenta para o feto pelo que a grávida deverá saber que não deve automedicar-se, pois muitos medicamentos são prejudiciais para o desenvolvimento do novo ser. A suplementação de ácido fólico, ferro e iodo deve ser ponderado em equipa e garantir que a grávida percebe a sua importância.
- Avaliação do estado vacinal - De acordo com o Programa Nacional de Vacinação, as vacinas que podem ser administradas durante a gravidez são: tétano e difteria, hepatite B. Aconselha-se igualmente a vacina contra a gripe sazonal. Em situações de elevado risco recomenda-se ainda as vacinas contra *Neisseria meningitidis* C e poliomielite. Durante a prática clínica foram vacinadas as grávidas contra a tosse convulsa, o tétano e a difteria entre as 20 e as 32/36 semanas de gestação estando de acordo com a orientação da DGS (2016).

- Profilaxia da isoimunização nas grávidas Rh negativas – todas as grávidas Rh negativas eram informadas sobre a importância de fazer a administração de imunoglobulina anti- D às 28 semanas de gestação na prevenção da doença hemolítica do recém-nascido. Tive a oportunidade sensibilizar e de administrar esta imunoglobulina.
- Rastreamento de violência doméstica e grávidas vítimas de mutilação genital – O EESMO deverá estar atento à sinais que possam estar associados a estas situações (atitude da utente, atitude do par ou história clínica), como na USF o modelo de cuidados é de enfermeira de família tem um conhecimento do contexto cultural das mulheres e estas têm uma atitude de confiança e abertura para com a sua enfermeira.
- Prevenção e identificação precocemente de complicações e desconfortos – a avaliação da tensão arterial, a realização do teste rápido de urina para despiste de proteinúria e bacteriúria, vigilância de edemas, corrimentos vaginais, dor e outro tipo de alterações são importantes para despistar complicações como pré-eclampsia, infeção urinária, infeção genital, etc. Explicar os sinais de alarme que devem trazer a grávida a procurar os serviços de saúde o mais precocemente. que estão no boletim da grávida, é importante para que a grávida recorra precocemente quando existem sinais de complicações.

No segundo e terceiro trimestres a avaliação do perímetro abdominal, a altura uterina e batimentos cardíacos fetais são aconselháveis e praticados na unidade pela enfermeira especialista de saúde materna e obstetra. O seu acompanhamento foi importante para o desenvolvimento de aptidões tornando estas intervenções mais fáceis para mim.

A gravidez e o parto são fases únicas e de extrema importância na vida do casal/ família. Estes são marcos importantes para a transição da parentalidade, que exige uma adaptação a esta nova realidade. Tendo por base a teoria de transição de Meleis o EESMO tem que ter em consideração vários fatores como o significado que a mulher/casal/família atribui à gravidez, ao parto e ao nascimento da criança, assim como a preparação e conhecimento que têm. Assim, surgem os programas de preparação para o parto e parentalidade. Estes são intervenções de enfermagem que assumem uma grande importância na experiência vivida na gravidez, no parto e construção da parentalidade, facilitando e ajudando o casal na adaptação a novos papéis com o objetivo de uma transição saudável. Todas as grávidas devem ter acesso no decorrer da gravidez aos programas de preparação para o parto e parentalidade e deve ser incentivada a participação dos futuros pais ou pessoa de referência da grávida. Estes programas permitem às mulheres/casais a partilha, a expressão e o esclarecimento de dúvidas num ambiente de grupo

e de suporte mútuo. Assim, poderão desenvolver a confiança e competências para uma vivência da gravidez, do parto e da transição para a parentalidade.

Realizei em colaboração com a enfermeira tutora 6 sessões em regime misto. Pelo que as grávidas e pessoa de referência podem assistir presencialmente ou *online*. Cada sessão é dividida em componente prática onde são ensinadas técnicas para ajudar a parturiente a enfrentar o desconforto durante o trabalho de parto. Para tal são ensinadas técnicas respiratórias, de relaxamento, massagem e uso da bola de parto. Também foram abordadas diversas posições que se podem adotar durante o trabalho de parto e realizados exercícios para tonificar o pavimento pélvico. É sempre incentivada a presença do acompanhante que deverá ajudar a grávida nas diferentes técnicas de conforto. Na parte teórica foram abordados temas importantes para o empoderamento da grávida/ casal. Onde usamos a exposição oral com apresentação de *power point* e diverso material demonstrativo. Elaborei o suporte digital para abordagem dos temas: Sinais de trabalho de parto e posições verticais no trabalho de parto (anexo I), pois era um tema importante que ainda não tinha sido abordado. Nas diferentes sessões foi também abordado a amamentação nas suas diversas vertentes (fisiologia, benefícios, complicações, extração de leite, etc), Dor – medidas não farmacológicas e epidural, Cuidados pós-parto e Cuidados ao RN. Estando de acordo com as recomendações para estes cursos da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) / Ordem dos Enfermeiros (Pereira, 2021).

Vários estudos demonstram que as posições adotadas ao longo de trabalho de parto tem consequências nos achados maternos e fetais. As posições verticais são mais benéficas do que a posição supina ou em litotomia, devido a diversos fatores fisiológicos e biomecânicos.

Cabe ao EESMO sensibilizar, empoderar e promover a prática de posições verticais e mobilidade durante o trabalho de parto, durante as sessões de programas de preparação para o parto e parentalidade assim nas diversas consultas do terceiro trimestre. Apesar dos seus benefícios a liberdade de movimentos e as posições verticais continuam a não ser recomendados ou permitidas em muitas unidades de saúde em Portugal durante o trabalho de parto. Tendo como intuito sensibilizar os profissionais sobre a temática, partilhar e atualizar conhecimentos e melhorar a qualidade da prestação de cuidados, realizei uma formação (anexo II) para ser realizada para os profissionais de saúde na USF contribuindo para a formação em serviço. Para complementar a formação elaborei um desdobrável (anexo III) para que os profissionais possam disponibilizar às grávidas.

Recentemente e já após o término deste estágio a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica publica um novo Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto (Cardoso, 2023). Neste guia, inicialmente, visa a clarificar os conceitos e os princípios que orientam a concepção de cuidados. Posteriormente apresenta um modelo orientador de avaliação inicial para se identificarem os diagnósticos e intervenções para o programa de preparação para o parto. Um documento bem conseguido que será sem dúvida um guia para a realização de programas de preparação para o parto como futura EESMO.

Tive a oportunidade de realizar consultas à puérpera e recém-nascido, onde promovi a amamentação e realizei o teste de Guthrie. O que está preconizado pelo Programa Nacional de Diagnóstico Precoce é que o teste de Guthrie, mais conhecido como o “teste do pezinho” se deve realizar entre o terceiro e o sexto dia do bebê e consiste na recolha de gotículas de sangue através de uma picada no pé do bebê. Tem como objetivo diagnosticar crianças que sofrem de doenças genéticas que podem beneficiar de tratamento precoce, evitando a ocorrência de atraso mental, doença grave irreversível e até mesmo a morte. O programa abrange atualmente 26 doenças, 25 das quais de origem genética. Apesar de não ser obrigatório, o Programa Nacional de Rastreio Neonatal tem atualmente uma taxa de cobertura de 99,5% (SNS, 2020).

A MCEESMO recomenda a realização de programas de recuperação Pós-Parto, pois estes promovem a saúde das mulheres atendendo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas que estão sujeitas no puerpério e promovem a capacitação da mulher/ casal no cuidado ao recém-nascido (OE, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [MCEESMO], 2016). Contudo, na USF onde realizei o estágio não existia este programa implementado segundo a orientadora porque as puérperas não estavam interessadas em frequentar aulas em grupo por terem bebês pequenos, havendo pouca adesão. Para a vigilância de saúde na puérpera realiza-se uma consulta, contudo para mim seria útil a existência um programa pós-parto, onde fosse possível definir os diagnósticos e intervenções de enfermagem individual da mulher e do seu companheiro ou pessoa de referência e estas realizarem-se comodamente no domicílio ou em pequenos grupos para promover a interação e partilha de experiências.

Assim, considero que as experiências vividas possibilitaram a utilização de conhecimentos e técnicas mais adequadas na realização das consultas de planeamento familiar, vigilância da gravidez, puerpério e nas sessões do programa de preparação para o parto e parentalidade, desenvolvendo novas competências específicas na área, nomeadamente no:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, estabelecendo e implementando programas de intervenção e de educação para a saúde de forma a promover famílias saudáveis, gravidezes planeadas e vivências positivas da sexualidade e parentalidade.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério, no sentido de potenciar a saúde, apoiando o processo de transição e adaptação à menopausa.
- Cuidar o grupo-alvo promovendo cuidados de qualidade, culturalmente sensíveis e congruentes com as necessidades da população.

3- Contextualização do estágio de promoção de ginecologia

O Estágio de Enfermagem de Ginecologia decorreu no período de 20 de fevereiro e 10 de março de 2023 num total de 72 horas presenciais, tendo para tal contado com a orientação pedagógica do Professor Paula Nelas e duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica a exercer funções no Serviço Obstetrícia / Ginecologia de um Centro Hospitalar da Região Centro. Esta é constituída por duas unidades hospitalares, abrangendo a área geográfica da região interior centro do país e funcionando como unidade de referência.

O Sector de Obstetrícia / Ginecologia do referido Hospital é constituído por duas alas: à direita o serviço de Obstetrícia A, geralmente dedicado aos cuidados as puérperas e recém-nascidos e à esquerda serviço Obstetrícia B/ Ginecologia dedicado geralmente ao cuidado de grávidas de risco e patologia da mulher. Sendo neste último onde estou a realizar esta componente de estágio. Esta ala do serviço dispõe de 5 enfermarias de quatro camas e dois quartos de duas camas cada, num total de 26 camas. Este serviço recebe utentes do foro ginecológico e da mama provenientes do domicílio, hospital de dia ginecológico e urgência de obstetrícia.

As áreas de trabalho necessárias ao normal funcionamento do serviço incluem sala de trabalho de Enfermagem, gabinetes, sala de tratamentos, material clínico e hoteleiro, sujos, limpos, etc.

Em relação aos recursos humanos e especificando a área de enfermagem, a Enfermeira chefe coordena a equipa de enfermagem constituída por 30 enfermeiras dos quais 10 EESMO que exercem funções em ambas as alas do serviço. O método de trabalho instituído o método individual, não descurando nunca o espírito equipa.

3.1 - Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da ginecologia

Neste estágio, o número de experiências pode ter sido limitado pela duração do próprio estágio. Porém considero que tive vários e variados momentos de aprendizagem que considero relevantes e que me fizeram adquirir novas competências como enfermeira especialista, para tal

foi importante sentir-me totalmente adaptada, integrada na dinâmica dos cuidados e aceite pelos profissionais

O método de cuidados de enfermagem neste serviço de Ginecologia é o individual, contudo como só existe a distribuição do enfermeiro responsável após a passagem de turno, todos os enfermeiros ficam com todas as informações de todos os doentes e a interajuda entre a equipa é bastante notória.

Apesar de me encontrar na qualidade de aluna, o facto de ser já enfermeira proporcionou-me uma perspetiva mais objetiva dos cuidados a desenvolver e a necessária articulação entre os diferentes profissionais. As minhas avaliações e intervenções foram também tidas em conta pelos elementos da equipa de enfermagem, com os quais estabeleci relações de cooperação.

Nos cuidados prestados às utentes estabeleci sempre uma relação empática, de respeito e de confiança criando uma relação terapêutica na prestação dos cuidados contribuindo positivamente para a adaptação das utentes. Não tive grandes oportunidades de contactar com a famílias, somente na alta, estabeleci um relacionamento profissional, de confiança promovendo ensinamentos e esclarecendo dúvidas. Procurei estabelecer ambientes seguros e de qualidade na prestação de cuidados, tendo em conta a individualidade de cada utente.

As mulheres internadas estão em processo de transição saúde/ doença de acordo com a teoria de transição de Meleis, a maioria são internadas para uma intervenção cirúrgica que constitui um evento crítico em que a mulher/ família se encontram num momento de vulnerabilidade em que o EESMO deve ter especial atenção. O enfermeiro deverá perceber verdadeiramente condicionantes inibidores como a atribuição do significado de doença/morte, o receio de não voltar a fazer a sua vida habitual e outros e maximizar os condicionantes facilitadores como o conhecimento e preparação para a intervenção cirúrgica ou farmacológica, facilitar o apoio familiar e amigos e de associações ou grupos de apoio.

A maioria das utentes são internadas para realização de cirurgia programada da mama, nomeadamente para mastectomia, tumorectomia ou cirurgia programada dos órgãos genitais internos, nomeadamente histerectomia, salpingectomias e ooforectomias muitas vezes realizadas em simultâneo. Assim sendo, os cuidados de enfermagem maioritariamente têm como base o pré-cirúrgico, o pós-cirúrgico e preparação para a alta das utentes nas intervenções cirúrgicas descritas anteriormente.

A histerectomia é uma cirurgia ginecológica que consiste na remoção do útero e pode ser classificada em:

- Histerectomia total – retirado o útero na sua totalidade, o que inclui o corpo de útero e o colo uterino.
- Histerectomia subtotal - é retirado apenas o corpo uterino, sendo preservado o colo do útero.
- Histerectomia radical – Na histerectomia radical, para além de ser retirado o útero na sua totalidade, são retirados também os ligamentos que envolvem o útero (os paramétrios) e a porção superior da vagina.

À cirurgia de histerectomia pode-se associar outros procedimentos cirúrgicos. No mesmo ato operatório pode ser retirada uma ou ambas as trompas (salpingectomia uni ou bilateral), um ou ambos os ovários (ooforectomia uni ou bilateral), ou a trompa e ovário de um ou ambos os lados (anexectomia uni ou bilateral). Depende sempre da patologia associada. A decisão de tirar o útero deve ter em conta vários fatores como a patologia em causa, a resposta a tratamentos médicos prévios, a idade da mulher e os seus planos reprodutivos. A histerectomia pode estar indicada em casos de leiomiomas uterinos, hemorragias uterinas anómalas, dores pélvicas, prolapso dos órgãos pélvicos e doença maligna ou pré-maligna.

Em termos de técnica cirúrgica, a histerectomia pode ser realizada por via laparoscópica, por via abdominal ou por via vaginal. As principais complicações são a hemorragia, a infeção, as complicações urinárias e as complicações intestinais.

Alguns sinais e sintomas poderão ser motivo para avaliação pelo médico. Assim, constituem sinais e sintomas de alarme:

- dor abdominal intensa, que não alivia com a medicação, ou dor que vai aumentando de intensidade e duração. A dor lombar que se torna persistente e localizada;
- hemorragia vaginal moderada ou abundante, ou que vai aumentando de volume;
- corrimento vaginal com mau cheiro;
- febre (temperatura superior a 38° C);
- obstipação durante vários dias, associado a distensão abdominal;
- ferida cirúrgica com sinais infeção.

As mulheres que não se encontram na menopausa e que realizam histerectomia com anexectomia bilateral passam a ter sintomas associados. Nestes casos, com a remoção de ambos os ovários, deixa de haver produção de hormonas sexuais, passando a mulher a estar na menopausa. Quando a mulher é submetida a histerectomia deixa de ter menstruações uma

vez que deixa de ter útero, e perde a sua capacidade reprodutora não podendo engravidar. Após a histerectomia, as relações sexuais não sofrem alteração na vida da mulher. No entanto, as mulheres que ficam na menopausa após a cirurgia podem ter alteração da libido e da secreção vaginal (Lowdermilk et al, 2013).

Fiz o acolhimento das utentes no serviço, estabelecendo uma relação empática e recolhendo dados que me permitiram planear os cuidados de enfermagem, procedendo aos registos informáticos da colheita de dados e plano de cuidados. Na minha prática confrontei criticamente os protocolos cirúrgicos com a individualidade de cada utente, executando cuidados personalizados tendo sempre em conta as prioridades e focos de enfermagem.

Os diagnósticos de enfermagem que mais destaque, num momento pré cirúrgico são a ansiedade da utente, o protocolo preconiza a administração de fármacos ansiolíticos no dia anterior à cirurgia, mas considero que ao estabelecer uma relação empática com a utente, explicar os procedimentos pré e pós cirúrgicos e esclarecer dúvidas são intervenções importantes para diminuir a ansiedade das utentes. No estudo de Umberto, Barreto, Nosow (2012) revela que a intervenção empática da enfermeira na orientação do paciente no pré-operatório reduziu a ansiedade em 74% dos utentes. Assim, a experiência cirúrgica do utente é mais positiva, sentindo que as suas preocupações e necessidades foram atendidas.

A informação transmitida no pré-operatória é considerada muito importante para o utente que vai ser intervencionado, quanto mais informados estiverem os utentes melhor percebem a sua responsabilidade na recuperação e colaboram mais nos cuidados pós-operatórios, contribuindo positivamente para uma boa recuperação (Mendes, Ferrito & Gonçalves,2020).

Segundo World Health Organization (WHO, 2009) procedimentos protocolados como a tricotomia e o duche com antisséptico são medidas importantes na prevenção geral da infeção, tendo em conta que a tricotomia deve ser realizada sem abrasão utilizei aparelho próprio e apropriado com lamina descartável que corta o pêlo, mas não provoca lesão na pele. A cirurgia vaginal e uterina tem um risco maior de infeção pelo que a desinfeção vaginal com iodopovidona é aconselhável, devendo usar-se uma diluição de 7.5-10% para mucosas, estando de acordo com a prática no serviço, que se utilizada solução vaginal de iodopovidona na preparação de mulheres no pré cirúrgico de histerectomia e anexetomia.

A Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2020) faz algumas recomendações sobre os cuidados peri operatórios para utentes submetidas a cirurgia por cancro ginecológico, como o

uso de meias para prevenção tromboembólica e banho com solução cloro-hexidina para prevenção de infecção da ferida cirúrgica, também é recomendado o levante e o início da dieta oral precoce, menos de 24h, sendo estes procedimentos parte integrante do protocolo do serviço a todas as mulheres intervencionadas. Contudo, os consensos também recomendam controlo glicémico peri operatório mesmo em utentes não diabéticas, evitar a preparação intestinal, evitar jejum prolongado devendo ingerir até às 6h refeições ligeiras e fluidos (bebidas com 50g de carboidratos) até 2h antes da anestesia. Recomendações que não são cumpridas no serviço, tendo os protocolos do serviço e prescrições médicas, contrárias a estas recomendações.

. Em relação às mastectomias e tumorectomias muitas vezes é feita a localização pré-operatória com Arpão, é um procedimento necessário quando as lesões não são palpáveis e é preciso referenciar a região suspeita, o que se faz introduzindo através da pele uma agulha fina, no seu interior tem um fio metálico com a ponta em arpão, que se fixa no local em que é colocado. Durante a cirurgia este guia é retirado. Este procedimento é feito com analgesia local e deve ser explicado à utente que irá efetuar este procedimento imediatamente antes de ir para o bloco operatório.

Perante um cancro da mama, a biópsia do gânglio sentinela pode evitar as intervenções mais radicais. Antes da sua análise o esvaziamento da axila em doentes oncológicos era sistemático. Hoje em dia com a biópsia deste gânglio linfático é possível tomar uma decisão mais informada quanto às intervenções necessárias para tratar o cancro sem comprometer a qualidade de vida aos doentes. O esvaziamento axilar é um procedimento radical que pode comprometer a mobilidade, envolvendo muitas vezes dores, rigidez e fraqueza do ombro, seromas, possíveis lesões vasculares e nervosas, ou linfedema do membro superior. No caso de cancro da mama o gânglio sentinela é o primeiro gânglio de uma zona ganglionar da axila a ser atingido pelas células malignas emitidas pelo tumor da mama, no caso de elas existirem. Se o gânglio sentinela não revelar estas metástases, os restantes gânglios também estarão saudáveis. Em geral, este gânglio está na axila, mas pode, em alguns casos, estar no pescoço ou junto ao esterno. É possível, também, serem dois gânglios e não um só. Para o identificar o cirurgião especializado nesta operação injeta um corante (verde de Indocianina ou azul patente) perto do tumor. Este corante corre pelo sistema linfático e a sua coloração permite seguir este fluxo e identificar o primeiro gânglio a que chega. Pode-se também utilizar a linfocintigrafia neste caso é injetada uma substância radioativa. Após a sua identificação o gânglio é removido para depois ser analisado. Se o resultado da biópsia for negativo, significa que não há metástases se for positivo existe risco elevado de existirem metástases. A análise pode ser realizada durante a

intervenção, levando a equipa a decidir avançar com o esvaziamento axilar ainda durante a operação. Esta análise é complementada nos dias seguintes com o exame definitivo ao gânglio. Se este for positivo pode implicar uma segunda cirurgia para o esvaziamento axilar se esta ainda não foi realizada (CUF, 2023).

É importante esclarecer as utentes que é normal ficar com uma coloração azulada junto à aréola, fezes e urina esverdeadas, nos dias a seguir à intervenção devido à injeção do corante azul patente.

No momento pós-cirúrgico os diagnósticos de enfermagem visam a deteção precoce de complicações. O risco de hemorragia, está sempre presente sendo importante a monitorização dos sinais vitais, vigilância e monitorização de perdas hemorrágicas (vaginais, pensos e drenos). Outro diagnóstico de enfermagem importante é o risco de dor, pelo que a instrução da utente nos posicionamentos e administração de analgésicos é fundamental. O risco de edema do membro superior em mastectomias é um diagnóstico muito relevante, o ensino dos posicionamentos, movimentos/ exercícios adequados e comportamentos a evitar são fundamentais para a instrução das utentes mastectomizadas. Destaco também, que ao falar com as utentes sobre os seus medos e receios, sobre a sexualidade e sentimentos da feminilidade alterada, contribui para o seu processo de adaptação

Na minha apreciação uma das competências que mais desenvolvi foi a promoção da saúde, onde tentei sempre estabelecer uma boa relação com a utente para assim poder promover o empoderamento da mulher em relação aos procedimentos habituais antes e depois da cirurgia, esclarecendo dúvidas para que esta diminuísse os seus níveis de ansiedade e em relação aos cuidados que deveriam ter no domicílio em relação a diferentes aspetos, evitando complicações com situações tromboembólicas, infeções, linfoedemas, má cicatrização da ferida cirúrgica e o reconhecimento por parte da mulher de situações passíveis de recorrer à urgência. Assim fiz variados ensinamentos em vários momentos à utente e familiar de referência promovendo adaptação e segurança da utente. Este componente de estágio apesar de curto foi essencial para o desenvolvimento de competências específicas no cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde.

4 - Contextualização do estágio de puerpério

O estágio de puerpério decorreu entre 24 de março a 26 de maio de 2023 num total de 120 horas de contacto, sobre orientação da Professora Doutora Paula Nelas e duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica a exercer funções no Serviço Obstetrícia / Ginecologia de um Centro Hospitalar da Região Centro.

O Serviço de Obstetrícia, onde decorreu esta componente de formação, é dedicado, normalmente, aos cuidados as puérperas e recém-nascidos. Esta ala do serviço dispõe de 5 enfermarias de quatro camas e três quartos de duas camas cada, num total de 26 camas. Este serviço recebe puérperas provenientes da sala de partos, do bloco operatório, acompanhadas ou não pelo recém-nascido. Em situações em que a mulher não esteja acompanhada com o seu recém-nascido são instaladas preferencialmente nos quartos de 2 camas se possível, para maior privacidade. Destaco que o serviço também dispõe de uma sala dedicadas aos cuidados ao recém-nascido nomeadamente o banho, pesagem, administração de vacinas, colheitas de sangue, etc. E outra sala dedicados aos cuidados à puérpera nomeadamente realização de tratamento à ferida cirúrgica e observação ginecológica, existe outro gabinete para realização de ecografia e uma copa para extração de leite materno ou preparação de leite adaptado. Existem também outras áreas de trabalho necessárias ao normal funcionamento do serviço que incluem: sala de trabalho de Enfermagem, sala de material clínico e hoteleiro, sujos, limpos, etc.

Como referi anteriormente a equipa de enfermagem na sua maioria, presta cuidados em ambas as alas do Serviço Obstetrícia / Ginecologia, destaco a presença de 10 Enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica e uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica.

4.1 - Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito do puerpério

Ao longo deste estágio procurei integrar-me na dinâmica da equipa, estabelecendo uma postura profissional e empática. O meu processo de integração foi facilitado devido à abertura e disponibilidade de todas as enfermeiras e auxiliares, em especial as enfermeiras tutoras. Durante o processo de aprendizagem tive várias oportunidades de desenvolver diversos

cuidados, tanto à puérpera como ao recém-nascido e também se proporcionaram momentos de reflexão que contribuíram para a aquisição de novas competências do cuidar.

O internamento da puérpera é reduzido pelo que os cuidados e ensinamentos a prestar devem ser de qualidade e uniformizados para que promovam o sucesso do processo de transição que a mulher e companheiro estão a vivenciar. Neste sentido torna-se importante estabelecer uma relação terapêutica/ de ajuda com a puérpera e pessoa de referência, identificando as suas necessidades individuais, formulando diagnósticos de enfermagem para a elaboração e execução e avaliação do plano de intervenções de enfermagem (Santos & Baptista, 2021). Uma relação empática vai promover o esclarecimento de dúvidas, diminuindo a ansiedade e ajudando no processo de adaptação aos novos papéis de pais.

Segundo Santos e Baptista (2021), o EESMO deve ter em conta a individualidade de cada um, mas também as alterações fisiológicas, físicas e psicológicas do puerpério. As suas intervenções deverão centrar-se na prevenção de complicações e na promoção da autonomia da mulher/casal no autocuidado e nos cuidados ao bebé.

Nos cuidados de enfermagem à puérpera, tendo em vista o diagnóstico precoce e prevenção de complicações avaliei a involução uterina. Esta refere-se às mudanças que o útero sofre no pós-parto, após a expulsão da placenta. Tem início quando as fibras musculares uterinas contraem firmemente. A oxitocina reforça e coordena as contrações uterinas, garantindo a hemóstase. As hemorragias pós-parto são a principal causa de morbilidade e mortalidade maternas. A avaliação do tônus uterino é fundamental para detetar precocemente a atonia uterina, sendo esta a principal causa de hemorragia pós-parto. Quando o útero não tem a capacidade de retomar ao seu estado não gravídico (subinvolução) normalmente é devido a fragmentos placentares ou infeção (Sequeira, Santos et al, 2020). O útero palpa-se no final do parto na linha média do abdómen, e ao nível da cicatriz umbilical, envolvendo cerca de 1 cm dia e pelo 10º dia deixa de ser palpável (Santos & Baptista, 2021). Assim a avaliação do globo de segurança de Pinard e a avaliação da altura do fundo uterina são importantes na prática clínica e que durante o estágio tive a oportunidade de realizar. Apercebi-me que o globo vesical dificulta a avaliação tive o cuidado de pedir que urinassem antes dos cuidados de enfermagem. A altura do fundo do útero em cm, não é normalmente avaliada no serviço, contudo, tive a oportunidade de o fazer e considero um dado importante para a monitorização da involução uterina.

Ao longo do estágio prestei cuidados a puérperas com patologia associada, uma das mais prevalentes é a pré-eclampsia. A pré-eclampsia pós-parto pode ocorrer quando já existe

esta condição na gravidez ou pode aparecer sem esta condição prévia, contudo é raro. Monitorizei as diferentes manifestações clínicas como cefaleias, alterações visuais, Tensão Arterial, náuseas, vômito, e dor epigástrica. Tive em conta achados nas análises clínicas como trombocitopenia, proteinúria, alterações hepáticas, pois são importantes para despistar esta situação ou o seu agravamento, indo de encontro à literatura consultada (Monteiro & Leite, 2021).

Outro foco de interesse das intervenções de enfermagem é a dor no pós-parto, componente fundamental para a promoção do bem-estar da grávida. A dor é o 5º sinal vital, para a sua avaliação poderão ser utilizadas escalas numéricas, verbais ou analógicas, para uma melhor quantificação da dor. No pós-parto a maioria das queixas álgicas das mulheres são referentes a dor abdominal, perineal, mamárias/mamilos e dores musculares/articulares. É importante a sua valorização para despistar complicações e promover o bem-estar e facilitar o autocuidado e cuidado ao recém-nascido (Santos & Baptista, 2021). Na prática clínica, medidas farmacológicas de diferente categoria, desde morfina pelo cateter epidural a paracetamol oral são administradas segundo prescrição médica e tendo em conta a intensidade da dor e evolução ao longo do internamento. A crioterapia também é usada e incentivada como terapia não farmacológica para o alívio da dor.

Sabe-se hoje que a ligação precoce mãe-bebé vai influenciar o próprio desenvolvimento cerebral e contribuir para modular as emoções, o pensamento, a aprendizagem e o comportamento ao longo da vida. As interações precoces mãe-bebé são mutuamente compensadoras, permitem que o bebé se desenvolva a nível cognitivo, emocional e relacional e que cresça com sentimento de segurança interna, confiança e curiosidade / desejo de explorar o mundo sendo importante a vinculação estabelecida entre o bebé e a mãe. A depressão pós-parto pode influenciar significativamente o estabelecimento da vinculação entre estes e pode ocorrer com qualquer mulher. A gravidez na adolescência, isolamento social, história anterior de depressão ou de depressão pós-parto são fatores de risco para o desenvolver depressão pós-parto. Estas perturbações emocionais podem surgir desde o trabalho de parto até ao fim do primeiro ano de vida da criança. No entanto, a maioria dos casos ocorre a partir da 6.ª semana do período pós-natal. (DGS, 2006)

É importante elucidar a grávida para as alterações normais emocionais do período do pós-parto, o chamado blues pós-parto e para os sintomas de depressão pós-parto. A nível da experiência prática no serviço dá-se informações á utente, contudo não se aplicam escalas para deteção de depressão ou risco de depressão, que na minha opinião seriam mais uteis do que a

escala de risco de queda e risco de úlcera de pressão que são obrigatórias em todos os internamentos a nível do Centro Hospitalar em questão.

A depressão pós-parto e a amamentação relacionam-se entre si. A perceção da autoeficácia na amamentação é um fator protetor de depressão pós-parto. Já a depressão pós-parto pode levar ao desmame precoce do bebé.

A promoção e apoio na amamentação é uma das áreas mais desafiantes e motivadoras. A OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo desde o nascimento até aos seis meses e complementado com alimentos nutricionalmente adequados, apropriados e seguros até 2 ou mais anos devida. Para tal o EESMO tem um papel fundamental para promover o aleitamento. Os problemas com as mamas são um dos fatores que levam ao abandono da amamentação.

A mastite é uma complicação materna comum durante a lactação e contribui para o desmame precoce. Evidências científicas atuais demonstram que a mastite compreende um espectro de condições resultantes da inflamação ductal e edema de estroma. Se o estreitamento ductal e a congestão alveolar são pioradas pela super estimulação da produção de leite, então uma mastite inflamatória pode acontecer, e uma mastite bacteriana aguda pode se seguir. Essa condição pode progredir para um flegmão ou um abscesso, particularmente se houver trauma dos tecidos por massagem agressiva no seio. A mastite subaguda pode ocorrer no contexto de disbiose mamária crônica, com biofilme bacteriano estreitando o lúmen ductal. As mastites podem ser prevenidas e tratadas ao reduzir intervenções iatrogénicas e utilizando medidas simples, como gelo, AINEs, e amamentação fisiológica (Academy of Breastfeeding Medicine [ABM] et al, 2022).

Em 2022 surge um novo protocolo sobre a mastite, não sendo conhecido por toda a equipa achei importante fazer um resumo deste, para consulta dos enfermeiros que trabalham no serviço para que as informações e intervenções enfermagem sejam uniformizados por toda a equipa – anexo IV.

À luz da teoria de transição de Meleis, na vivência deste processo de transição da parentalidade, o nascimento da criança é um momento crítico, toda a adaptação da gravidez e a experiência de parto e pós-parto imediato vão influenciar a este processo de transição. O EESMO deve estar sensível a estas condicionantes e avaliar os indicadores de processo para perceber atempadamente como a mãe/pai estão a evoluir na transição da parentalidade para assim, poder dirigir as suas intervenções no sentido de facilitar a transição. Perceber como os pais se sentem conectados com o bebé e como interagem com este é fundamental. Também a

forma de interação como casal e com os profissionais assim com o sentimento de confiança e coping deve ser avaliado para adequar as intervenções de enfermagem. Estas deverão, de uma forma continuada, facilitar a adaptação dos pais para estes poderem atingir a mestria e habilidade sentindo-se adaptados ao novo papel de pais e serem competentes no cuidado ao recém-nascido.

A adaptação á parentalidade e a parentalidade são assumidas como focos de atenção dos enfermeiros. O desenvolvimento saudável da criança é influenciado pelo comportamento parental. Assim, o EESMO deverá avaliar, instruir, treinar e supervisionar as competências parentais pois o desenvolvimento das competências parentais está intimamente ligado com a redução da morbidade neonatal, assim como a otimização do desenvolvimento da criança (Cardoso & Nené, 2021).

É recomendado que o seu bebé partilhe com a mãe o mesmo quarto consigo, pelo menos até aos primeiros 6 meses, tendo em conta que facilita a amamentação e protege o bebé de morte súbita. As camas dos adultos não são desenhadas, a pensar na segurança das crianças. Os bebés podem morrer se ficarem presos ou entalados na cama, ou se os pais se debruçarem por cima deles. Assim, o lugar mais seguro para um bebé dormir é num berço, ao lado da cama da mãe. Contudo é provável que em algum momento o bebé e a mãe partilhem a cama tendo ou não intenção de o fazer. Segundo ABM não existem estudos que demostrem a partilha da cama com o bebé aumente as taxas de síndrome de morte súbita, sem estar relacionada com outros fatores de risco. Afirmam que a partilha da cama leva ao prolongamento da amamentação e que o bebé passa mais tempo em sono leve com despertares mais frequentes que o protegem de morte súbita. Existem fatores de risco que levam a que partilhar a cama com o bebé não seja seguro. O bebé não deve partilhar a cama com um fumador, mesmo que nunca fume na cama; com alguém que esteja sobre o feito de álcool e/ou drogas, ou com alguém que por algum motivo esteja demasiado sonolento. Também não deve adormecer com o bebé num sofá ou poltrona e se o bebé nasceu prematuro ou com baixo peso à nascença deve-se desincentivar a partilha da cama. Sem estes fatores presentes a discussão da partilha da cama com os pais será benéfica para a segurança do bebé, informando de como o fazer com segurança (ABM, 2020).

Tendo em conta que a partilha da cama com o bebé é um assunto controverso, pois segundo no serviço recomenda-se que o bebé deverá dormir no seu berço quando for para, contudo durante o internamento proporcionamos o contato próximo entre mãe e recém-nascido partilhando a cama. Para que este assunto não seja um tabu e a partilha da cama possa ser uma opção segura elaborei um panfleto para informar os pais (anexo VI)

Entre o segundo e o quarto dia de vida o recém-nascido pode apresentar uma coloração amarela da pele e escleróticas, devido à acumulação de bilirrubina. Esta coloração tem uma progressão cefalocaudal que desaparece sem qualquer tipo de tratamento entre uma a duas semanas e é a chamada icterícia fisiológica. Contudo se o recém-nascido apresentar icterícia antes das 48h de vida ou se o valor da bilirrubina for acima do considerado normal é considerada icterícia patológica e requer tratamento com fototerapia (Ventura, 2021).

Durante o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a recém-nascidos com icterícia e contribuir para a capacitação da mãe/pai nos cuidados aos recém-nascido em tratamento com fototerapia. No serviço existe um aparelho de medição de bilirrubina transcutânea, que possibilita de uma forma rápida e não invasiva avaliar os níveis de bilirrubina, em caso de dúvidas é realizada a colheita de sangue para análise em laboratório. Os níveis considerados elevados, com critérios para tratamento de fototerapia variam tendo em conta as horas de vida do recém-nascido.

Segundo a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN), a monitorização da glicémia no recém-nascido é recomendada quando existe risco acrescido, nomeadamente nas situações em que a mãe tem:

- Diabetes (gestacional ou não gestacional)
- Pré-eclâmpsia ou HTA induzida pela gravidez
- Outros filhos macrossómicos
- Toxicod dependência
- Terapêutica com tocolíticos beta-agonistas
- Terapêutica com antidiabéticos orais
- Administração de glicose durante o parto

E quando o recém-nascido apresenta uma das situações:

- Pré-termo
- Restrição de Crescimento Intra Uterino (RCIU)
- Grande ou leve para a idade Gestacional
- Hipoxia-isquémia perinatal
- Sépsis
- Hipotermia

- Policitémia
- Eritroblastosis fetalis
- Administração de insulina
- Malformações cardíacas
- Hiperinsulinismo persistente
- Doenças do metabolismo

(Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2013)

A monitorização da glicemia no recém-nascido é uma prática frequente no serviço de obstetrícia, para despiste de hipoglicémia. No serviço está protocolado que filho de mãe diabética, bebé com RCIU, prematuros, bebé macrossómicos, asfixia, doença grave, deve fazer monitorização da glicemia com periodicidade diferente para cada caso.

A definição de hipoglicemia no recém-nascido continua controversa por falta de correlação significativa entre nível de glicose plasmática, sinais e sintomas clínicos, e sequelas no longo prazo. Sabe-se que no recém-nascido com mais de 34 semanas de idade gestacional nas primeiras 1 a 2 horas o valor de glicemia pode ser de 30 mg/ dL, com subida posterior para 45 mg/ dL mínimo às 12 horas de vida. Deve-se sempre ter em conta se existem sintomas de hipoglicemia associados.

No serviço, foi protocolado que valores abaixo de 40mmg/dl são considerados hipoglicémia. Algumas manifestações que podem sugerir com a hipoglicemia são: irritabilidade, tremores, taquipneia, sudorese, palidez, instabilidade de temperatura, choro agudo estridente, vômitos, sucção fraca ou recusa em se alimentar, letargia, apatia, fraqueza, hipotonia, convulsões etc.

Deverão ser proporcionadas medidas de prevenção de hipoglicemia como iniciar nos primeiros 30-60 minutos de vida: amamentação ou leite materno extraído se o recém-nascido está relutante em mamar ou leite adaptado se assim a mãe o desejar. A prevenção de complicações na deteção precoce de alterações do recém-nascido é fundamental para o seu desenvolvimento saudável.

Durante este estágio tive a oportunidade de desenvolver competência específica do EESMO do cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

5 - Contextualização do estágio de patologia materno-fetal

O Estágio de Enfermagem de Patologia materno – fetal, decorreu no Serviço de Obstetrícia / Ginecologia de um Centro Hospitalar da Região Centro, entre 13 de março a 21 de abril de 2023 num total de 120 horas presenciais, tendo para tal contado com a orientação pedagógica do Professor Paula Nelas e duas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, enfermeiras a exercer funções no Serviço.

A descrição do serviço e seus recursos foi abordado na contextualização do estágio de ginecologia pois os dois estágios foram realizados no mesmo serviço. De ressaltar que as grávidas internadas neste serviço e mulheres em processo de abortamento são provenientes da urgência de obstetrícia, consulta externa, Medicina Fetal e domicílio. Para evitar constrangimentos as grávidas com patologia são preferencialmente instaladas nos quartos de 2 camas e sempre que possível que não partilhem quarto com mulheres em situação de abortamento.

5.1 - Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da patologia materno-fetal

Este estágio na área da patologia da gravidez, foi bastante enriquecedor tendo contato com situações e patologias novas para mim. Na procura da excelência de cuidados como EESMO a Assembleia Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2021), é unânime em considerar que estabelecer uma relação terapêutica com a grávida e pessoa de referência é um ponto importante para os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Para mim, fazer um acolhimento profissional e calorosa à grávida e família, à entrada no serviço, e também respeitar e valorizar queixas e sentimentos, respeitando a privacidade do casal é essencial para que se estabeleça uma relação terapêutica entre grávida/ casal e enfermeira especialista. Isso é importante para diminuir a ansiedade da gestante, potenciada com toda a situação de internamento, promovendo o seu bem-estar e bem-estar fetal. Também,

ao se sentir valorizada e compreendida terá uma maior abertura com os profissionais facilitando um correto diagnóstico e planejamento e execução dos cuidados de enfermagem.

Ao longo do estágio procurei sempre promover o bem-estar materno e fetal, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados à mulher no âmbito da patologia na gravidez ou em situações de abortamento.

Para tal, uma comunicação assertiva com a grávida e pessoa de referência é importante para uma colheita de dados fidedignos e relevantes, para a identificação das necessidades da grávida para cuidados de enfermagem mais adequados. Sendo a segurança, uma necessidade básica a ser atendida, é importante que a grávida esteja informada e esclarecida sobre os sinais de alerta que deverá comunicar ao enfermeiro/ médico prontamente durante o internamento ou vir ao serviço de urgência caso já esteja no domicílio. Nomeadamente: sangramento vaginal ou perda de líquido pela vagina (mesmo que em pequena quantidade), corrimento vaginal com comichão, ardor ou cheiro não habitual, dor abdominal/pélvica contínua, arrepios ou febre (superior a 37,8° C), dor ou ardor ao urinar ou sensação que não consegue parar de urinar ou presença de sangue na urina, vômitos persistentes, dor de cabeça forte ou contínua, perturbações da visão, subida da tensão arterial, aumento acentuado do peso num curto espaço de tempo, inchaço repentino dos pés, mãos ou rosto, diminuição dos movimentos fetal. (DGS/RISCAR, 2022). Durante o internamento e na preparação da alta para domicílio lembrei às grávidas/casal a importância de estar alerta para estes sintomas e recorrer ao serviço de urgência rapidamente. Estando estes descritos no boletim da grávida podendo ser consultado facilmente por esta.

Durante o estágio prestei cuidados especializados a diversas grávidas em situação de risco, destaco a ameaça de parto pré-termo (APPT), a litíase renal aguda, a colestase intra-hepática e a pré-eclampsia.

Ameaça de parto pré-termo define-se pelo aparecimento de contratilidade uterina regular, produzindo alterações no colo uterino antes das 37^o semanas de gestação. O parto pré-termo é considerado como uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal. Para o diagnóstico de APPT ou Parto Pré-termo avalia-se a dinâmica uterina, rutura de membranas, apresentação fetal, dilatação cervical e avaliação cervical do colo e idade gestacional (Magro *et al*, 2021). Perante este diagnóstico se a idade gestacional for maior que 32 semanas poderá ser atendida neste Centro Hospitalar pois possui equipa de neonatologia, contudo se a idade gestacional for inferior a 32 semanas de gestação a grávida será encaminhada para um Hospital com condições para receber um grande prematuro.

A administração de tocolítico está indicado entre as 24 e as 34 semanas de gestação com contrações uterinas e que seja necessário transferir para outra instituição ou que necessite de completar o ciclo de corticoides para maturação pulmonar. É contraindicada quando existe coriarnionite, patologia materna grave como eclampsia e pré-eclampsia ou patologia fetal grave ou morte fetal. Para tal existem várias opções terapêuticas, como nifedipina, salbutamol, indometacina e atosibam (Magro *et al*, 2021).

O atosiban é a medicação utilizada usualmente na inibição das contrações no serviço onde estou a estagiar. Este medicamento inibe a hormona oxitocina diminuindo a frequência e intensidade das contrações. Está contraindicado em todas as situações em que a o parto esteja para acontecer, pois existe a possibilidade do útero após o parto se contraia ineficazmente. A administração faz-se normalmente por 3 fases: primeiro uma injeção de 6.75 mg em administração ev lento; depois perfusão contínua, dose 18mg por hora durante 3 horas – 24ml/h durante 3h; seguida por perfusão contínua de uma dose 6mg por hora durante até 45h – 8ml/h. O tratamento não deve durar mais de 48h no total e pode ser repetido por 3 vezes. Os principais efeitos secundários são náuseas, cefaleia, tonturas, afrontamentos, vômitos, taquicardia, hipotensão, hiperglicemia (EVER, 2017).

A administração de corticoterapia pré-natal a grávidas em risco de parto pré-termo espontâneo ou induzido não só diminui o risco de morte neonatal (31%), de síndrome de dificuldade respiratória (44%) e de hemorragia intraventricular (46%), como diminui a incidência de enterocolite necrotizante, de necessidade de suporte ventilatório, de admissão em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal e de infeções sistémicas neonatais nas primeiras 48 horas pós-parto (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal [SPOMMF], 2018).

A maturação pulmonar fetal está indicada entre as 24 e as 34semanas de idade gestacional em situações em que existe risco de parto pré-termo nos 7 dias seguintes.

É realizada com a administração de betametasona 12mg – 2doses Intra Muscular (IM) com intervalo de 24h ou dexametasona 6mg – 4 doses IM, com intervalos de 12h (Magro *et al*, 2021). Estando de acordo com a prática clínica onde estou a estagiar, sendo normalmente usado a dexametasona, nomeadamente Oradexon.

O seu maior benefício é atingido quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24 horas e até 7 dias depois. A repetição de um curso de corticoides deverá ser considerada apenas se grávida com < 34 semanas gestação e novo

episódio que faça prever que o parto ocorra nos 7 dias subsequentes, sendo o intervalo entre os ciclos de pelo menos 14 dias. É importante esclarecer a grávida sobre a importância desta medicação. Mas também estar atenta a efeitos secundários como: queixas gastrointestinais, hipersensibilidade e anafilaxia (SPOMMF, 2018).

A litíase renal aguda na grávida tem aproximadamente a mesma incidência que na população geral. Contudo as alterações hormonais na gravidez que levam a estase urinária, assim como o aumento de excreção de cálcio, redução de excreção de magnésio e citrato urinário que evitam a formação de cálculos e o aumento do pH estão relacionados com a ocorrência desta patologia durante a gravidez. Geralmente surge no 2º e 3º trimestre e manifesta-se por dor no flanco tipo cólica, com irradiação para região infra-abdominal ou inguinal. Na maioria dos casos o tratamento é conservador, sendo o cálculo expelido espontaneamente. Nestas situações o controlo da dor e despiste de infeção é essencial. No caso de o cálculo não ser expelido, na existência de hidronefrose, sépsis ou dor intensa persistente, é necessária uma intervenção urológica urgente. Poderá ser realizada uma ureteroscopia com remoção do cálculo ou a colocação de stent ou a realização de nefrostomia (Graça, 2018).

No campo de estágio tive a experiência de ter uma grávida com esta patologia, que teve necessidade de colocação de stent – cateter duplo J, por dor intensa persistente que melhorou rapidamente após a intervenção. Foram feitos ensinamentos à grávida em relação aos sinais de alerta para recorrer novamente ao serviço de urgência, a necessidade de beber água abundantemente pelo menos 2l por dia para evitar aparecimento de novos cálculos, de cumprir a medicação prescrita e ir à consulta marcada para revisão do cateter.

A colestase intra-hepática da gravidez é uma situação decorrente do compromisso da excreção dos ácidos biliares. É uma doença com poucas consequências graves para a mãe, mas com riscos para o feto. É caracterizada por prurido generalizado que ocorre no 2º e nos 3º trimestres da gravidez. Normalmente o prurido é mais intenso nas palmas das mãos e pés e no dorso, que agrava durante a noite. A principal preocupação com a colestase intra-hepática da gravidez é o feto, tendo maior risco de morte intrauterina súbita. Na experiência que tive no estágio a grávida referia prurido generalizado mais intenso à noite especialmente nas palmas dos pés e mãos. Foi administrado ácido ursodesoxicólico melhorando o prurido e foi programado o parto para as 37 semanas, para minimizar o risco de morte intra-uterina, descartando o risco de prematuridade, estando de acordo com American Liver Foundation (2023). Para além do controlo de sintomas foi importante estabelecer uma relação terapêutica com a grávida esclarecendo dúvidas, para diminuir a ansiedade provocada pela situação clínica

e pelo fato de ter de ficar internada, tendo pouco apoio familiar. O estabelecimento de uma relação terapêutica contribuiu positivamente para uma melhor adaptação situação.

Durante a gravidez, a hipertensão arterial (HTA) é definida como pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, em duas medições com pelo menos 4 horas de intervalo. Se pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 110 mmHg requer confirmação imediata para uma rápida intervenção. Importa classificar os diferentes estados hipertensivos da gravidez:

- Hipertensão gestacional é a hipertensão que aparece somente depois da 20ª semana de gestação, sem proteinúria ou critérios de gravidade.
- Pré-eclâmpsia é a hipertensão de aparecimento novo após as 20 semanas de gestação e proteinúria e/ou com sinais critérios de gravidade
- Hipertensão crônica é a hipertensão arterial que existia previamente à gestação. Se no primeiro trimestre de gravidez a gestante apresenta hipertensão suspeita-se que esta já existia previamente.
- Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia subreposta – aparecimento de proteinúria e/ou sinais de gravidade em grávidas com hipertensão anterior à gravidez.

A pré-eclâmpsia é uma doença multissistêmica em que o aparecimento de HTA após as 20 semanas de gestação é apenas uma manifestação clínica de um processo patológico que pode afetar vários sistemas. O aparecimento de proteinúria é o sinal de envolvimento sistêmico mais comum, mas poderá também surgir outros sinais e sintomas como manifestação do envolvimento de outros órgãos. A pré-eclâmpsia tem origem na invasão trofoblástica anômala da placenta durante a fase inicial da gravidez. Estas alterações provocam um ambiente de hipoperfusão, de isquemia e hipoxia placentar que conduz à libertação de substâncias que vão alterar a atividade das células endoteliais maternas levando a diversas alterações (Monteiro & Leite, 2021).

Segundo o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, o diagnóstico de pré-eclâmpsia deve ser feito nas grávidas que apresentam:

- Pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões distintas após as 20 semanas de gestação em grávidas anteriormente normotensa mais o surgimento de pelo menos uma das seguintes complicações:

- Proteinúria ≥ 0.3 g numa amostra de urina de 24 horas ou uma relação proteína/creatinina ≥ 0.3 mg/mg em uma amostra aleatória de urina.
- Contagem de plaquetas $< 100.000/\text{microL}$.
- Creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL ou duplicação no valor da creatinina basal na ausência de outra doença renal.
- Transaminases hepáticas (TGO e TGP) pelo menos o dobro do limite superior da normalidade.
- Edema pulmonar.
- Dor de cabeça nova e persistente não justificada por diagnóstico alternativo e que não responde às doses habituais de analgésicos.
- Sintomas visuais (visão desfocada, flashes ou luzes intermitentes, escotomas cintilantes).

Algumas condições são fatores de risco para a pré-eclampsia, tais como: a nuliparidade, a gravidez múltipla, obesidade, diabetes *mellitus*, doença renal, lúpus eritematoso, síndrome antifosfolipídica, hipertensão arterial crónica e idade materna avançada. (Monteiro & Leite, 2021).

A pré-eclampsia pode trazer complicações como:

- Restrição de crescimento fetal;
- Hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa de plaquetas (síndrome de HELLP);
- Edema pulmonar;
- Coagulação intravascular disseminada;
- Hemorragia cerebral;
- Descolamento prematuro da placenta;
- Eclampsia - manifestação neurológica da pré-eclampsia com aparecimento de convulsões tónico-clónicas

As medidas farmacológicas adotadas visam ao controlo de sintomas desta patologia. Contudo só o parto constitui o único tratamento efetivo. (Monteiro & Leite, 2021 e O'Reilly, 2008).

Uma das gestantes que ficou internada com diagnóstico de pré-eclampsia só apresentada como fator de risco a nuliparidade. A dor epigástrica foi o sintoma que a trouxe á urgência (possíveis alterações hepáticas) e as alterações bioquímicas nomeadamente

relação proteína/creatinina ≥ 0.3 mg/mg, trombocitopenia e alterações da função hepática, levaram ao diagnóstico. O feto apresentava restrição de crescimento sendo provavelmente uma complicação da patologia materna.

O controlo da tensão arterial, a prevenção de convulsões com a administração de sulfato de magnésio e a administração de dexametasona para maturação pulmonar fetal, pois apresentava idade gestacional 33 semanas, foram as medidas farmacológicas adotadas. Sendo programado o parto (indução de trabalho de parto) quando completou as 34 semanas gestacionais pois apresentava sinais de gravidade o que está de acordo com a literatura analisada anteriormente. Foi administrado inicialmente 4mg em 20 minutos e depois 1g/h por bomba infusora. Durante a administração a utente foi monitorizada pelo risco de hipotensão grave e depressão respiratório, algaliada para um controlo do debito urinário rigoroso e manteve registo cardiocografico continuo estando de acordo com Monteiro e Leite (2021).

A utente em questão após administração inicial de sulfato de magnésio apresentou rubor e vômito (efeitos secundários), contudo ao passar para a dose de manutenção, por indicação médica, não apresentou mais sintomatologia adversa. Estes sintomas adversos podem ser causados pela intoxicação de magnésio por isso é importante a grávida e feto serem vigiados e caso necessário recorrer ao antídoto gluconato de cálcio. Durante o internamento foram monitorizados os sinais e sintomas que levem a suspeitar do agravamento da pré-eclampsia.

Foi avaliado em cada turno a existência de cefaleias e alterações visuais e estado de consciência que levem a suspeitar em complicações do sistema nervoso central, como convulsões, descolamento da retina, défice neurológico, Acidente Vascular Cerebral. Foi monitorizada a TA, Saturação de oxigénio, dor ou dispneia para despistar TA não controlada, edema pulmonar ou isquemia do miocárdio. O despiste de complicações gástricas é feito pela vigilância de náuseas, vômitos e dor epigástrica. Também fazia análises regulares para a função renal, hepática e níveis de plaquetas. E realizava Registo Cardiotocografico (RCT) 3id e auscultação cardíaca fetal intermitente para se avaliar o bem-estar do feto. Intervenções que estão de acordo com Monteiro e Leite (2021).

A cardiocografia (CTG) é o método frequentemente usado para vigiar o bem-estar fetal e a dinâmica uterina. Tendo por bases as diretrizes de consenso da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) podemos dizer que as posições da grávida recomendadas para a sua realização são o semi fowler, sentada ou decúbito lateral esquerdo (Aires-de-Campos et al., 2015). Na minha prática foi mais utilizado os decúbitos laterais e

o semi-sentado, garantindo uma adequada circulação uteroplacentária e conseqüente uma boa oxigenação fetal.

A avaliação dos traçados por vezes pode ser influenciada pela interpretação do executante, por isso ter critérios bem definidos é importante para uma correta avaliação do bem-estar fetal e materno. Para uma melhor avaliação segui as Diretrizes de consenso da FIGO sobre monitoramento fetal intraparto: Cardiotocografia. Assim, avalia-se: a linha de base, a variabilidade, a existência de acelerações e desacelerações. Para podermos classificar o traçado em normal, suspeito e patológico. Na avaliação da linha de base têm-se em conta a avaliação do traçado batimentos cardíacos fetais durante 10 minutos considera-se normal entre 110 – 160 bpm, a variabilidade normal é de 5-25bpm. Se o traçado apresentar estas características de normalidade sem desacelerações repetitivas é considerado um traçado normal. Um traçado suspeito é quando há ausência de pelo menos uma característica de normalidade, mas sem característica patológica, neste caso existe uma probabilidade baixa de hipoxia /acidose fetal pelo que devemos implementar medidas para corrigir causas reversíveis se identificadas, monitoramento rigoroso. FCF menor que 100bpm ou variabilidade reduzida, aumentada ou padrão sinusal, desacelerações prolongadas durante > 30 min ou 20 min se a variabilidade for reduzida, ou uma desaceleração prolongada com > 5 min, podem traduzir hipoxia/acidose fetal, neste caso é necessária ação imediata para corrigir causas reversíveis, métodos adicionais para avaliar a oxigenação fetal ou, se isso não for possível, acelerar o parto. Em situações agudas (prolapso de cordão, rutura uterina ou descolamento prematuro da placenta), o parto imediato deve ser realizado.

Durante o estágio, perante traçados com variabilidade reduzida, solicitava-se à grávida para alterar a posição materna por suspeita de compressão do cordão ou compressão da veia cava inferior materna estando de acordo com a literatura; se a variabilidade reduzida se mantinha aconselhávamos a grávida a comer algo açucarado ou administrávamos soro glicosado para estimular o feto, contudo esta medida não é referida nas diretrizes da FIGO. Alterações a nível da linha de base ou desacelerações eram prontamente comunicadas ao médico, mantendo cardiotocografia continua para uma melhor avaliação e decisão de parto imediato se se verificar alta probabilidade de sofrimento fetal.

Tendo por base a teoria de transição podemos concluir que a mulher grávida está num processo de transição da parentalidade, uma transição de natureza desenvolvimental, concomitantemente a grávida com patologia associada está a passar um processo de transição de saúde/doença tornando-a mais vulnerável. Cabe ao EESMO implementar intervenções que

facilitem este processo. Durante este estágio procurei informar a grávida/ casal, melhorando o conhecimento da doença na gravidez, esclareci dúvidas e desmistifiquei crenças errôneas, proporcionei um ambiente de apoio e incentivei a participação do familiar de referência, dentro do possível. Prestei assim cuidados, tendo em vista a readaptação da grávida com patologia.

A situação de internamento da grávida devido a complicações da gravidez causa stress na grávida e casal, sendo este fator um dos fatores preditivos para uma maior probabilidade de desenvolver depressão enquanto grávida e no pós-parto. A concepção e a gravidez desencadeiam na futura mãe muitas transformações a nível físico como a nível psicológico, que requer profundas modificações e adaptações, necessárias para receber o bebé. Socialmente a gravidez é um período repleto de pura felicidade, contudo nem sempre é assim. Uma em cada cinco mulheres irá desenvolver depressão durante a gravidez ou no primeiro ano após o nascimento da criança (WHO, 2022).

A depressão na gravidez, não tratada, vai afetar não só o período da gestação como o pós-parto em relação a si como ao bebé, associando-se a baixo peso infantil, maiores riscos de doenças físicas, emocionais e comportamental na infância. Os bebés também podem correr um risco aumentado de dificuldade na alimentação e no vínculo com os pais, representando um grave risco para o desenvolvimento adequado do bebé. Sendo este um período crítico para a saúde mental da futura mãe, importa estar alerta para certas situações de risco nesta fase e para um diagnóstico e intervenção precoce. Sentimentos de tristeza invasiva, desespero, falta de energia e motivação, sentimentos de culpa e preocupação excessiva são sinais de alerta, que os profissionais devem valorizar para detetar situações de depressão na gravidez. Estes sinais também devem ser do conhecimento da grávida e família para que possam pedir ajuda e não esconder ou desvalorizar o que sentem (WHO, 2022).

A utilização de escalas para a depressão na gravidez como a Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo é recomendada pela DGS, contudo não é usual no serviço, no meu ponto de vista seria benéfico a sua aplicação regular para detetar situações de depressão para poderem ser referenciadas e acompanhadas por profissionais experientes na área.

Promover estilos de vida saudáveis na grávida com patologia é importante, esta deverá ter uma alimentação equilibrada, para tenha um aumento de peso desadequado, pois o ganho de peso influencia vários fatores maternos e fetais. Um aumento de peso inferior ao desejado acarreta um maior risco de abortamento, prematuridade e baixo peso ao nascimento. Um aumento excessivo de peso acarreta maior risco de trombose, diabetes na gravidez, hipertensão e pré-eclâmpsia. Associa-se, ainda, a maior probabilidade de abortamento, malformações no

feto e bebês com excesso de peso ao nascimento e com maior risco de diabetes e obesidade ao longo da vida. Por outro lado, procedimentos como a realização de ecografias, monitorização do feto e analgesia epidural são dificultados (DGS, 2021). No início da gestação, a grávida deverá estabelecer com o seu médico qual o aumento de peso desejado. A sua dieta deverá ser diversificada e equilibrada, incluindo frutas, vegetais e fibras, com baixa ingestão de gordura e de alimentos com açúcar adicionado. Para além disso, a grávida deve manter-se ativa e praticar exercício físico regularmente. Para promover o empoderamento da grávida elaborei um panfleto sobre a alimentação na gravidez (anexo V), facilitando os ensinamentos para o domicílio (DGS, 2021).

Por iniciativa própria e ter mais oportunidades na aquisição de competências específicas fui um dia à Unidade de Medicina Fetal onde prestei cuidados de enfermagem às utentes submetidas à amniocentese e à biópsia das vilosidades coriônicas. Estes exames invasivos são realizados após a avaliação do risco de trissomias/ alterações cromossómicas, para tal realiza-se o teste combinado do 1º trimestre onde se analisa a idade e os níveis de duas hormonas (β -hCG livre e PAPP-A) materna e realiza-se a avaliação fetal ecograficamente nomeadamente a translucência da nuca, a presença ou ausência dos ossos do nariz e circulação sanguínea fetal. Após se detetar um risco aumentado é discutido com os pais a realização do exame invasivo, para despistar algumas alterações cromossómicas, doenças genéticas e infecciosas (esta última apenas no caso da amniocentese). Opta-se por um ou pelo outro exame dependendo da idade gestacional.

A biópsia das vilosidades coriônicas consiste na colheita de fragmentos de placenta onde se encontram as vilosidades coriônicas. Normalmente contém material genético idêntico ao feto permitindo a análise cromossómica deste. É geralmente realizada entre a 11ª e a 15ª semana de gestação. Neste exame o médico começa por fazer uma pequena anestesia local. Depois é introduzida uma agulha através da barriga e da parede do útero até se atingir a placenta, sempre guiada pela ecografia. As vilosidades são aspiradas através de uma seringa e enviadas para análise no laboratório. A amniocentese consiste na colheita de líquido amniótico que envolve o feto. A técnica pode ser realizada após as 16 semanas de gravidez. É introduzida uma agulha fina através do abdómen materno, atravessando a parede uterina e as membranas, de forma a colher líquido amniótico. A colheita é orientada por ecografia para permitir a visualização contínua da agulha e evitar o contacto com o bebé. O líquido amniótico é constituído essencialmente por urina fetal contendo células do feto. É da competência do EESMO o acolhimento da grávida e assistência no decorrer do exame assim como no

acondicionamento da amostra. O enfermeiro presta apoio à grávida/ casal após o exame e realiza ensinamentos oportunos pois, é importante esclarecer que a grávida pode sentir dor tipo cólica menstrual. Deverá evitar atividade desportiva, esforços intensos e atividade sexual nos primeiros 5 dias após o procedimento. Sinais e alarmes são ensinados à mulher/casal para que recorra ao serviço de urgência se tiver hemorragia vaginal abundante, dor abdominal forte, que não melhora com antipiréticos, febre e perda de líquido claro vagina (Unidade Local de Saúde Viseu Dão Lafões, 2024).

Ao longo deste estágio perante as oportunidades com que me deparei desenvolvi competências no cuidar a mulher com patologia associada, inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

6 - Contextualização do estágio na sala de partos

Este estágio decorreu na Sala de Partos do um Centro Hospitalar da Região Centro, estando integrado no serviço de urgência de obstetrícia/ ginecológica, no período de 11 de setembro de 2023 a 26 de janeiro de 2024, contemplando um total de 432 horas, ao longo das 18 semanas.

A sala de partos tem disponível 7 quartos individuais para a assistência de partos vaginais eutócico ou instrumentado, totalmente equipados para qualquer necessidade de intervenção e três casas de banho partilhadas para as utentes.

O ambiente onde ocorre o parto tem uma influência como este decorre. A fluidez hormonal é importante no trabalho de parto, logo quartos com aparência hospitalar/ estéril centrados nos equipamentos hospitalares para intervenções clínicas em levam a expectativa de um parto “patológico” e não com um processo fisiológico e normal. (OE e MCEESMO, 2022).

As áreas de trabalho necessárias ao normal funcionamento do serviço incluem sala de trabalho de Enfermagem, salas de stock de consumíveis e equipamentos, sala de reuniões, copas e vestiários. Para um melhor funcionamento existem carros com consumíveis diversos, carro de epidural e carros de reanimação.

Este serviço recebe grávidas do serviço de urgência provenientes do domicílio ou de outro hospital e do internamento Sector de Obstetrícia / Ginecologia, da patologia da gravidez. Em relação aos recursos humanos e especificando a área de enfermagem, a Enfermeira Chefe gere uma equipa, constituída por 30 Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.

6.1 - Descrição das atividades desenvolvidas tendo por base as competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da sala de partos

Cuidar da mulher como aluna da especialidade durante todo o processo de trabalho de parto foi muito estimulante e desafiador. Tive muitas experiências diversificadas e inesperadas

que me fizeram refletir e evoluir como aluna de EESMO.

Nas primeiras semanas de estágio integrei-me na dinâmica do serviço. Foi importante esta integração para ser mais eficaz e proativa nos cuidados de enfermagem prestados. Ao longo do estágio tive sempre uma postura profissional e de responsabilidade, demonstrando interesse e iniciativa. Denoto uma grande evolução no decorrer do estágio, tendo muito mais autoconfiança, refletindo-se inevitavelmente em cuidados mais eficientes, tornando-me um membro facilitador na prestação de cuidados á mulher/casal no decorrer do trabalho de parto (TP).

Tive a oportunidade de prestar cuidados a mulher em processo de abortamento. Para mim foi difícil reviver esta experiência de perda gestacional, mas mantive sempre a calma e o profissionalismo. Foi importante estabelecer um relacionamento empático e assegurar uma gestão das expetativas parentais em relação a todo o processo.

É importante avaliar qual o significado da perda da gestação casal, a perda gestacional, ainda que precoce, é uma experiência profundamente pessoal única. Que afeta de maneira diferentes cada elemento envolvido, o processo de luto pode ser muito complexo. O enfermeiro deve providenciar toda a informação sobre os procedimentos efetuados, os riscos, complicações e eventuais implicações em gravidezes futuras. Em situações de perda com idade gestacional inferior a 24 semanas ou peso inferior a 500 g, não é habitual dar-se lugar a certificado de óbito ou procedimentos relacionados com funeral. Contudo, o casal pode ter necessidade de algum tipo de ritual que favoreça o processo luto. Assim, o enfermeiro poderá providenciar uma fotografia do exame ecográfico, recolher as impressões plantares e palmares do feto, o registo escrito do nome que tencionavam dar ao filho ou de algo que faça sentido para aquela família e também de permitir ver o feto (Sotto-Mayor, 2021). Das experiências que tive os casais não demonstrar querer ver o feto nem ficarem com recordações, contudo, essas opções estiveram sempre presentes ao longo de todo o processo.

Tendo como objetivo, estabelecer uma relação terapêutica com a mulher e acompanhante, ao longo do estágio, nos diversos momentos de cuidado á mulher procurei sempre estabelecer uma relação terapêutica com a grávida/casal, para tal apresentei-me, acolhi a mulher/casal na sala de partos aquando a sua entrada, assegurei um ambiente acolhedor de privacidade e dignidade. Usei uma linguagem assertiva, informando e esclarecendo dúvidas, prestei apoio continuo durante a permanência da mulher, proporcionando um ambiente positivo e de confiança, indo de encontro ás recomendações da OMS para uma experiência positiva no parto (World Health Organization, 2018).

A OMS considera parto normal, o parto com início espontâneo, de baixo risco onde o bebê nasce em apresentação cefálica de vértice entre as 37 e as 42 semanas de gestação. Podem ser incluídos partos sujeitos a intervenções, não implementadas por rotina, tais como rotura artificial de membranas (sem intuito de induzir o TP), monitorização fetal contínua, controlo da dor com métodos não farmacológicos ou analgesia epidural, correção de distocias dinâmicas, episiotomias justificadas, conduta ativa do 3º período do TP, complicações minor como hemorragia pós parto ligeira e controlada, laceração de 1º e 2º grau e sua reparação perineal e administração de antibiótico para profilaxia de infeção neonatal. Em que após o parto mãe e filho se encontrem em boas condições (Amaral et al., 2020).

O trabalho de parto é um conjunto de fenómenos fisiológicos que uma vez iniciados levam ao apagamento e dilatação do colo uterino, à progressão do feto no canal de parto e a sua expulsão para o exterior. Considera-se início de trabalho de parto quando se instalam contrações uterinas regulares com sensação dolorosa e ao mesmo tempo dá-se a extinção cervical, iniciando-se a dilatação. O trabalho de parto divide-se em 4 estádios: primeiro estádio - apagamento ou extinção e dilatação do colo; segundo estádio - período expulsivo; terceiro estádio – dequitação e o quarto estádio - puerpério imediato compreende 2h após o parto (Fatia & Tinoco, 2021).

Tendo como objetivo desenvolver competência na prestação de cuidados de enfermagem à parturiente no primeiro estádio do trabalho de parto, tive a oportunidade durante o estágio de prestar cuidados de enfermagem específicos a 224 parturientes.

A mulher e seu acompanhante devem ser informados, empoderados para fazerem escolhas informadas. Os programas de preparação para o nascimento e parentalidade parecem assumir grande importância na experiência de parto e pós-parto e no processo de construção da parentalidade dos futuros pais. As mulheres que frequentam estes cursos tendem a apresentar mais energia, menos medo e menos dor. Vários estudos relacionam a frequência das mulheres nestes programas com uma diminuição significativa de partos instrumentados e cesarina (Pereira, 2021). Apesar de diversos benefícios, estes programas ainda não são frequentados pela generalidade das grávidas como constatei neste campo de estágio.

O plano de parto é sem dúvida uma ferramenta fundamental para dar a conhecer a preferência de parto na mulher, este consiste num documento escrito onde são manifestadas as vontades/ preferências da mulher em relação a diversas situações que poderão decorrer no processo de trabalho de parto, contudo denotei que poucas mulheres o elaboraram.

O plano de parto é muito útil, principalmente em contexto hospitalar. Este deve ser valorizado pelo casal pois reflete o projeto de nascimento e valorizado pelos profissionais, pois é uma ferramenta útil para ir de encontro das expectativas do casal, servindo para potencializar uma experiência de parto mais positiva. Segundo a autora Lopes (2021), na generalidade dos hospitais portugueses existe uma relutância na aceitação do plano de parto, uma vez que não são utilizados de forma mais eficaz. Contudo no decorrer do estágio não senti qualquer renitência por parto dos profissionais perante o plano de parto. Mesmo quando a mulher não tem um plano de parto escrito esta continua a ter as suas preferências, pelo que foi questionando as grávidas sobre preferências de métodos de alívio da dor, posicionamentos, episiotomia, contato pele a pele, entre outros, para ir de encontro as expectativas da mulher/ casal e procurei sempre o seu consentimento em relação aos diversos procedimentos.

Das parturientes assistidas, 72 apresentavam patologia associada requerendo o maior vigilância e especificação nos cuidados prestados. Uma das mais raras foi a suspeita de Síndrome de Bernard Soulier este caso suscitou interesse na equipa e revelou-se útil fazer formação à equipa sobre este tema integrada na formação em serviço que decorreu no dia 26 de janeiro e 16 fevereiro de 2024 (anexo VII). A síndrome de Bernard Soulier é uma desordem hemostática autossómica recessiva caracterizada por alterações na adesão plaquetária devido à deficiência ou disfunção no complexo GPIIb/IIIa/IX/V da membrana, que interfere na adesão plaquetária. A gravidade da hemorragia varia de individuo para individuo. Segundo Lacerda et al (2020), na grávida a prevenção e o tratamento de hemorragia é um ponto fundamental e estudos concordam com a administração de ácido tranexâmico, desmopressina, fator VIIa e concentrado de plaquetas, sendo que esse último não é tão recomendado, pois existe alto risco de formação de aloanticorpos com conseqüente aloimunização neonatal.

A diabetes gestacional surge frequentemente como patologia associada, tanto em grávidas que fazem o seu controlo metabólico com a alimentação equilibrada e prática de exercício físico, como as que necessitam da administração de antidiabéticos orais e/ou insulina. A diabetes gestacional é o aparecimento de níveis mais elevados de glicose no sangue do que os esperados durante a gravidez. Para grávida diabética, a maior complicação é o desequilíbrio metabólico e o grande aumento ponderal durante a gravidez e, conseqüentemente, aumento dos valores tensionais. Segundo Inácio (2021), as complicações maternas e fetais da diabetes gestacional são as infeções, rotura prematura de membranas, parto pré-termo, hidrâmnios, pré-eclâmpsia, macrossomia, malformações fetais, distócia, problemas relacionados com prematuridade, hipoglicémias, etc. O acompanhamento destas mulheres por profissionais da

área é fundamenta para evitar ou detetar precocemente complicações. É fundamental que o EESMO assegure que estas mulheres durante o trabalho de parto, consigam um controlo metabólico otimizado com valores de glicémia capilar entre 70 a 110mg/dl. Também é importante a vigilância e cuidados especializados ao recém-nascido, pois estes apresentam um risco acrescido complicações como: macrossomia, síndrome de dificuldade respiratória, alterações metabólicas, hiperbilirrubinemia e cardiomiopatia (Inácio, 2021). Indo de encontro com a literatura, na sala de partos deste centro hospitalar, existem protocolos para as mulheres em trabalho de parto com um diabetes não medicados ou medicados, os quais foram integrados na minha prática. A diabetes gestacional é uma das diversas razões para a indução de trabalho de parto.

A indução de trabalho de parto é um procedimento controverso que tem gerado discussão na área de obstetrícia na tentativa de clarificar indicações, contraindicações e repercussões na saúde materno-fetal. As indicações para a indução de trabalho de parto poderão ser de causa materna ou fetal. As de causa maternas são: gravidez pós-termo maior ou igual a 41 semanas, rotura prematura de membranas, situações de patologia associada, diabetes, corioamnionite, gestação gemelar; a nível fetal temos o feto morto ou anómalo e restrição de crescimento fetal (Fonseca, 2021).

Nesta sala de partos a maturação cervical/ indução de trabalho de parto é elevado, contudo a sua realização tem justificação clara e compe as orientações da DGS (2015). Segundo estas orientações, toda a gravidez com complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com a terminação da gravidez, mas em que não existe necessidade que o nascimento ocorra em poucas horas têm indicação para maturação pulmonar fetal e indução do trabalho de parto. Em todas as situações pressupõe-se que os riscos de prosseguir com a gravidez são superiores aos da maturação cervical e/ou indução do trabalho de parto.

Contudo a indução de trabalho de parto diminuindo substancialmente os partos normais, pois a indução de trabalho de parto é um critério de exclusão de parto normal a par de fórceps, ventosa, analgesia geral e cesariana (Amaral et al., 2020).

A indução está intimamente relacionada com a avaliação vaginal da grávida por intermédio do índice de Bishop. Este índice avalia diversos parâmetros que juntos classificam o colo. São estes: a posição, consistência, comprimento e dilatação do colo do útero e a altura da apresentação face às espinhas ciática. Um índice de Bishop igual ou inferior a 5 considera o colo desfavorável e a sua maturação é recomendada, quanto mais desfavorável for o colo mais probabilidade de indução falhada. As duas principais formas de maturação do colo são os

métodos mecânicos de indução de TP e as prostaglandinas (Fonseca, 2021).

Tive oportunidade durante o estágio de fazer vários exames vaginais, avaliando o índice de Bishop, a variedade fetal, a integridade ou não das membranas, as características do líquido amniótico, se presente; que a par de outros parâmetros nos dá a ideia de como está a evoluir o TP. Em relação aos métodos de indução do trabalho de parto, constatei que utilizaram a colocação cateter com balão (indução mecânica), principalmente com mulheres com antecedentes de cesariana e indução farmacológico, nomeadamente misoprostol (prostaglandina E1) ou dinoprostona (prostaglandina E2) em forma de fita (propess), para a maturação do colo e posteriormente oxitocina ev, o que vai de encontro com a literatura

Com o início da indução de trabalho de parto é necessária uma vigilância atenta do bem-estar materno e fetal. Para tal utiliza-se a CTG continua com a colocação da sonda de doppler que capta a frequência cardíaca fetal e o transdutor de pressão que capta as contrações uterinas. A interpretação do CTG é fundamental para o EESMO que presta cuidados à parturiente.

Durante o estágio tive a oportunidade de colocar e interpretar estes registos para uma vigilância do bem-estar fetal e dinâmica uterina. Para a sua interpretação adotei a diretrizes de consenso da FIGO que classificam o registo em normal suspeito e patológico, tendo em conta a linha de base, a variabilidade, a existência de acelerações e desacelerações.

Tendo por bases as mesmas diretrizes FIGO, quando temos um CTG suspeito devemos atuar na causa se possível para reverter a situação e evitar um resultado neonatal adverso. Assim segundo perante taquissístolia devemos reduzir ou interromper a infusão de ocitocina, remover as prostaglandinas administradas, se possível, e/ou iniciando tocólise aguda com agonistas beta-adrenérgicos (salbutamol, terbutalina, ritodrina), atosiban ou nitroglicerina. Se a frequência cardíaca fetal (FCF) estiver alterada, a compressão transitória do cordão, a compressão da aortocava são possíveis causas e basta alterar a posição da mulher. A hipotensão, hipoglicémia, hipoxia materna e hipertermia são causas de alterações da FCF que poderão ser revertidas com medidas simples (Aires-de-Campos et al., 2015).

Sendo o CTG uma ferramenta importante na monitorização do bem-estar materno fetal este é amplamente utilizado na sala de partos. Como este Centro Hospitalar não utiliza cardiotocógrafos sem fios, esta monitorização constitui um obstáculo à liberdade de movimentos e à verticalização do parto. Contudo, sempre que o estado da grávida e do feto o permitam a grávida poderá fazer RCT intermitente e mesmo com o CTG em curso poderá optar

por posições verticais como ficar junto á cama sentada no cadeirão ou de pé e fazer exercícios na bola de parto.

Atualmente, tendo consciência da importância de uma experiência de parto mais humanizada e positiva, a OMS recomenda que durante o trabalho de parto e parto, a mulher seja encorajada e apoiada a adotar a posição que deseja, que seja mais confortável e facilitadora para ela. Esta escolha é individual e não deve ser imposta. Quando por algum motivo seja imperativo mudar de posição, a mulher deve ser informada e esclarecida. A OMS recomenda a adoção de posições verticais e a mobilidade durante o trabalho de parto, em parturientes de baixo risco, pelos benefícios que lhes estão inerentes. E que a posição de litotomia deve ser evitada durante o trabalho de parto e parto (WHO, 2018).

As posições verticais são mais benéficas do que a posição supina ou em litotomia, devido a diversos fatores fisiológicos e biomecânicos. Nas posições verticais a circulação uteroplacentária é mais adequada pois não existe compressão dos grandes vasos sanguíneos maternos e a mulher consegue ventilar melhor, o que otimiza a oxigenação do feto, protegendo o bem-estar materno, fetal e neonatal. As posições verticais favorecem a mobilidade do corpo. O osso sacro está livre, os movimentos da bacia são maximizados e os membros inferiores funcionam como alavancas, toda esta dinâmica favorece o aumento dos estreitos da bacia e a retificação do canal de parto, facilitando o correto alinhamento fetal e conseqüentemente uma menor necessidade de partos instrumentalizados (Mineiro e et al, 2021). A ação da gravidade maximizada pela verticalidade, favorece o encaixe e a descida fetal. As contrações uterinas são mais eficientes e os esforços expulsivos mais eficazes, levando a uma descida da apresentação fetal mais rápida. A possibilidade da mulher optar por posições mais confortáveis aumenta os níveis de endorfinas, tornando a experiência de parto menos dolorosa e uma maior capacidade de controlo da mulher à dor. As posições verticais são um fator protetor para lacerações graves e episiotomia, isto é explicado pelo facto da apresentação fetal em partos verticalizados exercer uma pressão mais constante no períneo, estimulando a sua distensão mais progressiva. Nas posições verticalizadas a participação da parturiente é mais ativa, existe um maior controlo da mãe sobre o trabalho de parto e do nascimento do seu filho, interagindo mais com o acompanhante e com a equipa, tornando a experiência de parto mais positiva e facilitando a vinculação com o seu filho. (Huang et al., 2019; Mineiro et al., 2021; Cardoso et al, 2020; Amaro et al, 2021). Apesar das evidências científicas e das recomendações da adoção de posições verticais, vários estudos confirmam que a posição supina é a mais utilizada durante o parto e é reconhecida por grande parte das mulheres como a posição para parir (Huang et al,

2019). Durante o estágio tive a oportunidade de acompanhar as mulheres em TP incentivando-as à deambulação, ao uso da bola de partos, a aptarem por posições verticais e liberdade de movimentos, contudo o uso da epidural e CTG contínuo dificultam a liberdade de movimentos.

No período expulsivo o posicionamento em dorsal com cabeceira elevada com os membros inferiores nas perneiras é a posição normalizada no período expulsivo, só uma mulher mostrou vontade de ficar em lateral o que foi permitido e apoiado. Para melhorar a posição dorsal foi incentivado algumas adaptações indo de encontro à literatura. Assim foi incentivado a flexão das pernas superiores 90 graus e em rotação interna, de forma a aumentar o estreio da bacia. Os pés podem ser colocados nas perneiras, em rotação interna, ou se preferir a mulher pode apoiar as pernas sobre as perneiras, também em rotação interna para aumentar o arco púbico. Deve agarrar as pernas pela face externa das coxas, durante os esforços expulsivos pois potência o aumento do diâmetro do estreito inferior da bacia. São estas pequenas alterações nos posicionamentos da parturiente que favorecem e aumentam a mobilidade pélvica, coadjuvando com a utilização de deformáveis, como sacos de soro ou almofadas de ar, para assim facilitar o período expulsivo (Cardoso *et al.*, 2020b; Mineiro *et al.*, 2021).

Segundo Pedro e Oliveira, (2021), a dor é subjetiva e intrínseca a cada ser humano e é influenciada não só pela componente física, mas também psicológica, cultural, social e até religiosos. Para uma analgesia eficaz é necessária uma correta avaliação da dor, para que vá de encontro às necessidades da parturiente. Na sala de partos utilizamos a escala numérica para quantificar a dor em diferentes momentos, após explicarmos no momento de acolhimento e sempre que necessário, a escala numérica da dor, esta prática vai de encontro ao preconizado pela DGS citada por Guerra, (2021).

Na assistência às grávidas em trabalho de parto uma importante intervenção de enfermagem é o alívio da dor com medidas não farmacológicas. Para gerir a dor incentivei á deambulação, hidroterapia - uso de chuveiro, uso da bola de parto, liberdade de movimentos, alternar posicionamentos, atividades de distração como leitura, ouvir música e os exercícios respiratórios. Também recorri à massagem e ao uso de compressas quentes. Com estas intervenções tive um feedback muito positivo das parturientes. Contudo poderíamos ter mais recursos na sala de partos como panos suspensos, aromoterapia, banheira de emersão, bola de amendoim, etc., para podermos ter mais ferramentas para o alívio da dor durante todo o trabalho de parto. Senti-me sempre autónoma na aplicação dos métodos não farmacológicos da dor e senti que tive um impacto positivo na experiência das parturientes.

Quando o TP progride com a intensificação da contratilidade uterina a maioria das utentes que assisti pediu analgesia epidural. Segundo Guerra, (2021), a analgesia epidural é a analgesia mais utilizada para o alívio da dor do TP em Portugal e é normalmente, administrada na fase ativa do TP. Ao longo do estágio monitorizei a dor sentida pela mulher, valorizando as suas queixas e pedi colaboração ao anestesiológista sempre que a mulher solicitou a epidural. A colocação do cateter epidural e início da analgesia epidural é iniciada sempre quando é solicitada pela mulher, desde que não haja contra-indicações. Neste contexto as minhas intervenções para além do apoio ao anestesiológista na preparação do material, monitorização dos parâmetros vitais da grávida, posicionamento correto da grávida, colocação de soroterapia e vigilância materno-fetal foi de apoio à grávida, informa-la e esclarecer dúvidas, e ajudar no controlo da postura e da respiração aquando a técnica o que vai de encontro ao afirmado por com Guerra, (2021).

No sentido de desenvolver competência na prestação de cuidados de enfermagem à parturiente no segundo estágio do trabalho de parto, prestei assistência a 41 partos eutócicos e auxiliei em 22 partos a maioria estes distócicos.

Durante o estágio melhorei a assistência prestada a parturiente e segui as recomendações das tutoras, que vão de encontro à literatura estudada. No período expulsivo assegurei a privacidade e um ambiente calmo, respeitando a vontade da parturiente, envolvi o acompanhante em todo o processo e encorajar a sua participação pois a sua participação e apoio à parturiente é fundamental para uma experiência de parto positiva. Avaliei o bem-estar materno-fetal. Orientei a parturiente para respirações calmas e profundas e relaxar no intervalo das contrações uterinas, mantive uma postura expectante e encorajei a parturiente a ouvir o seu próprio corpo enquanto executa os esforços expulsivos privilegiando o puxo livre, quando necessário estimei o puxo dirigido sem friccionar tecidos.

Segundo a OMS a episiotomia não é recomendada por rotina. Neste processo é importante avaliar a necessidade de realizar episiotomia tendo em conta o tipo de tecido, a paridade, bem-estar fetal, peso estimado, apresentação e variedade (Mascarenhas & Ruas, 2020). Nas episiotomias que realizei assegurei a privacidade, informei e solicitei consentimento para o procedimento, implementei medidas de assépticas, procedi à analgesia local se necessário, efetuei a ferida cirúrgica quando polo cefálico distende períneo, em técnica medio lateral protegendo a apresentação fetal.

Executei a manobra de Ritgen para proteger o períneo e sustentar o occipito do feto para controlar a saída da cabeça do feto. Com a saída da cabeça avaliei a existência de circular

cervical do cordão, na minha experiência não tive nenhuma situação com circular apertada com necessidade de clampagem e corte, em todas as situações foi removido do pescoço e colocado para trás no tronco ou passando pela cabeça, sem estiramento, indo de encontro ao recomendado por Amaral et al (2020).

A World Health Organization (2018) recomenda que o cordão umbilical seja clampado tardiamente pelo menos 1 minuto após o nascimento e os recém-nascidos sem complicações devem ser mantidos em contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o nascimento para prevenir hipotermia e promover a amamentação. Estas práticas recomendadas são apoiadas e incentivadas pelos enfermeiros com quem tive a oportunidade de desenvolver o meu estágio.

Com o nascimento do bebé passamos para o terceiro estágio do TP, a dequitação. Considero que desenvolvi competência na prestação de cuidados de enfermagem à parturiente no terceiro estágio do trabalho de parto. A hemorragia súbita, a elevação do fundo uterino, contração uterina, descida do cordão umbilical e mudança da forma do útero de discóide para ovoide são sinais de separação da placenta que reconheci nas experiências vivenciadas. Para perceber o descolamento ou não da placenta utilizei a manobra de kustner (efetuar pressão acima da sínfise púbica, na vertical, se o cordão retrai ainda não se deu o descolamento; se o cordão se mantém estático, é sinal que se deu o descolamento (Sequeira, Prata et al, 2020). Para a sua remoção orientei a mulher a fazer esforços expulsivos e apoiei, “vesti” a placenta e utilizei a manobra de Dublin, que consiste em fazer movimentos de rotação no sentido dos ponteiros do relógio, para ajudar a exteriorização completa das membranas e mantê-las intactas. Experimentei os 2 mecanismos de descolamento da placenta, o de *Schultze*, (surge primeiro a face fetal) e o de *Duncan*, (surge primeiro a face materna) (Fatia & Tinoco, 2021).

Após a avaliação do canal de parto e na existência de ferida perineal (episiotomia ou laceração de 1º e 2º grau) fiz a sua reparação. Apesar de algumas dificuldades, com a ajuda das tutoras melhorei a minha destreza. Mascarenhas (2020) afirma que na correção da ferida perineal, a técnica de sutura continua para encerramento de todos os planos (mucosa vaginal, músculo e pele) esta associada a redução da dor perineal e diminuição do uso de analgésicos. Na minha prática usei preferencialmente sutura continua em todos os planos como recomendado.

A hemorragia pós-parto é o principal motivo para a morbidade e mortalidade materna. Para prevenção da hemorragia pós-parto está protocolado no serviço a administração de oxitocina 10UI o que vai de encontro com as recomendações da OMS. A World Health

Organization (2012), recomenda para a prevenção de hemorragia pós-parto a administração de uterotônicos durante a terceira fase do parto, preferencialmente ocitocina 10UI intermuscular ou endovenosa. A tração controlada do cordão umbilical é opcional e o clampeamento precoce do cordão umbilical é geralmente contraindicado. A massagem uterina contínua não é recomendada, contrariamente à vigilância do tônus uterino através da palpação abdominal que é recomendada em todas as mulheres, para possibilitar a identificação precoce da atonia uterina pós-parto (WHO, 2012).

Nas minhas práticas fui de encontro as recomendações da WHO e no sentido de desenvolver competência na prestação de cuidados de enfermagem à parturiente também no quarto estágio do trabalho de parto. A vigilância por parte do EESMO é fundamental no período de puerpério imediato pois este é o período onde é mais frequente a ocorrência de complicações (Santos et al., 2020). As minhas intervenções no pós-parto vão no sentido de detecção precoce de complicações, assim, monitorizei os sinais vitais, avaliei diaforese ou tremores, contração uterina e formação do globo de segurança de Pinard, avaliei a hemorragia vaginal e estado do períneo. Também adotei medidas na vigilância da eliminação vesical e de higiene e conforto da puérpera indo de encontro com o preconizado por Santos et al., (2020).

Segundo os mesmos autores a amamentação precoce, idealmente na primeira hora de vida, para além de melhorar a manutenção da amamentação também previne as hemorragias pós-parto porque melhora a contratilidade uterina. O apoio na amamentação precoce foi um dos cuidados que sempre realizei, assim como, ensinamentos oportunos à puérpera em relação à temática.

Na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido desenvolvi competências na avaliação imediata ao recém-nascido através da aplicação do índice de Apgar e através de uma observação física sumária. Esta avaliação dá ao EESMO dados para avaliar a adaptação à vida extrauterina do recém-nascido (RN) e implementar medidas de suporte, identificar anomalias congénitas ou traumatismos de parto. Nos cuidados prestados ao RN têm por base a manutenção das vias aéreas permeáveis, termorregulação e prevenção de infeções (Freitas & Batista, 2021). Para tal, fiz a limpeza das vias áreas do RN, recebi o recém-nascido em lençol esterilizado aquecido, realizando secagem rápida da pele minimizando a perda de calor e fazendo a estimulação tátil; proporcionei o contato pele a pele com a mãe e apoiei no início da amamentação, posteriormente fiz as avaliações antropométrica do RN; administrei vitamina K, verifiquei a permeabilidade retal, identifiquei o recém-nascido com pulseira própria e envolvi o acompanhante nos cuidados.

Por tudo isto, considero que fui um elemento facilitador para uma experiência de parto

positiva contribuindo para uma boa adaptação do recém-nascido á vida e uma adaptação dos pais ao seu novo papel de parentalidade.

Ao longo deste processo foi fazendo um estudo contínuo para melhorar os conhecimentos teóricos e refleti individualmente ou com as tutoras nas práticas, para poder evoluir positivamente nos cuidados prestado, adquirindo as competências específicas de EESMO cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina; cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade e cuidar a mulher inserida na família em processo de abortamento. Indo de encontro aos padrões de qualidade definidos pela mesa da Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

7-Aquisição do número de experiências mínimas exigidas curricularmente

Estando ciente que para a atribuição do título de enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é mandatário cumprir o exposto na diretiva nº 2005/36/CE do Parlamento Europeu no que respeita às experiências mínimas obrigatórias, nomeadamente:

- Consulta de grávidas, inclui 100 exames pré-natais,
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em trabalho de parto,
- Realização de 40 partos - Participar ativamente em 1 ou 2 partos de apresentação pélvica,
- Prática de episiotomia/perineorrafia,
- Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situações de risco, durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério,
- Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas,
- Vigilância e prestação de cuidados a 100 RN normais.

Em relação aos cuidados prestados à grávida com realização de exames pré-natais, tive contato com 60 grávidas na USF, 45 grávidas no internamento e 16 na urgência obstétrica, perfazendo um total de **121 vigilâncias na gravidez**.

No estágio da sala de partos prestei assistência e cuidei de **224 parturientes**, e realizei **41 partos** nos quais foi realizada 10 episiotomias e 18 perineorrafias rafia e participei em mais 22 partos.

Não foi possível participar em partos de apresentação pélvica pois normalmente neste Centro Hospitalar onde efetuei o estágio não são efetuados partos vaginais de apresentação pélvica tendo sido feita simulação em contexto formativo.

Durante o estágio prestei cuidados a **41 grávidas em situação de risco** (34 no internamento serviço de ginecologia/ obstetrícia e 7 no serviço de urgência), **51 puérperas em situação de risco** (36 puérperas em internamento no serviço de obstetrícia e 15 na sala de partos) e **72 parturientes em situação de risco** na sala de partos.

Fiz a vigilância e prestação de cuidados a **181 puérperas**, 149 no serviço de obstetrícia e 32 na sala de partos.

Vigiei e prestei cuidados a **157 recém-nascidos** (128 no serviço obstetrícia e 29 na sala de parto) dentro dos quais 27 necessitaram cuidados especiais. Seguidamente apresento tabela com experiências mínimas obrigatórias e vivenciadas.

Tabela 1 - Experiências mínimas obrigatórias e vivenciadas

Experiências mínimas obrigatórias	Experiências vivenciadas
Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais	121 vigilâncias a grávidas
Vigilância e prestação de cuidados a 40 parturientes	224 parturientes assistidas
Realização de pelo menos 40 partos	41 partos realizados e 22 partos assistidos
Participação ativa em partos de apresentação pélvica.	No campo de estágio não se realizam partos de apresentação pélvica
Prática de episiotomia/perineorrafia.	10 episiotomias/ 18 perineorrafias
Vigilância e prestação de cuidados a 40 mulheres em situação de risco durante a gravidez, trabalho de parto ou puerpério	41 grávidas com patologia 72 parturientes com patologia 51 puérpera com patologia
Vigilância e prestação de cuidados, incluindo exames a 100 puérperas	181 puérperas assistidas
Vigilância e prestação de cuidados a 100 recém-nascidos normais	157 recém-nascidos

8 - Considerações finais

O estágio realizado ao longo destas 36 semanas no total de 864 h, garantiu abranger uma diversidade de contextos relativos ao ciclo sexual e reprodutivo da mulher, nas diferentes áreas do planejamento familiar e pré-concepcional, gravidez, parto, puerpério, climatério, ginecologia e comunidade e a vivência das experiências mínimas obrigatórias. Este foi essencial para a aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Este relatório espelha os contextos e experiências proporcionadas durante a componente clínica, e pensamento crítico em relação às atividades desenvolvidas tendo por base a evidência científica e norteadas pela teoria de enfermagem de transição que me contribuíram significativamente para me capacitar com EESMO.

II Capítulo - Relatório final da componente de investigação - Conhecimento das mulheres sobre posições de parto: uma revisão scoping

Resumo

Introdução: Apesar da evidência científica afirmar que as posições verticais são mais benéficas, em contexto hospitalar, as posições horizontais continuam a ser as mais habituais. A OMS recomenda seja a parturiente a escolher a posição que lhe seja mais confortável.

Objetivo: Com esta revisão *scoping* pretende-se mapear a evidência científica em relação aos conhecimentos das mulheres sobre posições que podem adotar no trabalho de parto e parto.

Crítérios de inclusão: Serão incluídos estudos onde os participantes sejam mulheres, e o conceito são os conhecimentos das posições que mulher pode adotar durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto eutócico.

Métodos: Na realização desta revisão *scoping* seguiu-se a metodologia proposta pelo Instituto Joanna Briggs. As principais fontes de informação pesquisadas foram a PubMed/ MEDLINE, CINAHL Complete (via EBSCO), Cochrane Central Register (via EBSCO), consideraram-se todos os artigos sem restrição temporal.

Resultados: Foram incluídos 6 estudos, o mais antigo de 2003 e o mais recente de 2023. A maioria dos estudos referem-se somente ao segundo estágio do trabalho de parto. A maioria dos estudos revelam que as mulheres têm poucos de conhecimentos sobre posições verticais a adotar no parto.

Conclusões: O presente estudo demonstra que muitas mulheres, mesmo as que possuem partos anteriores, e/ou que têm acompanhamento profissional durante a gravidez, têm défices de conhecimentos em relação as posições que podem adotar durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto.

Palavras-chave: Conhecimento; Gravidez; Posições de nascimento; Trabalho de parto; Parto

1- Justificação do tema

Em 1996 a Organização Mundial de Saúde emitiu orientações, recomendando que as mulheres deveriam mover-se e adotar as posições ao longo do trabalho de parto que para elas fossem as mais confortáveis e que as posições supinas não deveriam ser estimuladas, nem e promovidas, pois, apresentam diversas desvantagens, não sendo úteis.

Contudo apesar das recomendações e da evidência científica comprovar que as posições verticais adotadas pela mulher aquando o trabalho de parto e parto são mais benéficas, em contexto hospitalar a posição horizontal, de costas, continua a ser adotada pela maioria das mulheres (Amaro et al, 2021). O que vai de encontro com o experienciado na componente clínica da minha formação.

As recentes orientações vão no sentido de a mulher ser a protagonista do seu parto, o respeito pela posição que a mulher escolheu é um direito (WHO, 2018). Contudo também é essencial que a mulher possua informações para adotar as posições que mais a beneficiam ao longo do trabalho de parto. Segundo Amaro (2022) um dos obstáculos à verticalização do parto é a falta de preparação das mulheres e a falta de conhecimento destas em relação ao parto e a ausência de pedido por parte da mulher para adotar por posições verticalizadas. O que vai de encontro com a teoria de transição de Meleis que refere que os condicionantes pessoais como a preparação, o conhecimento, a cultura, as crenças são fatores que poderão facilitar ou dificultar a transição vivenciada (Meleis,2000).

Tal realidade leva-nos a questionar: Quais os conhecimentos das mulheres sobre as posições que podem adotar no trabalho de parto e parto?

Por não ser claro, o conhecimento que as mulheres têm sobre as diferentes posições corporais que podem aptar ao longo do trabalho de parto e por a evidência ser dispersa considera-se útil a realização desta revisão *scoping*.

Foi realizada uma pesquisa preliminar na Base de Dados Cochrane Data base of Systematic Reviews, PROSPERO, JBI Evidence Synthesis e PubMed, não tendo sido identificadas outras revisões publicadas ou em execução sobre o tema.

Assim, o objetivo desta revisão de *scoping* é mapear a evidência científica em relação aos conhecimentos das mulheres sobre as posições que podem adotar no trabalho de parto e parto.

2 - Enquadramento teórico

Ao longo dos tempos aspetos culturais, sociais, religioso e científicos tem vindo a influenciar a maneira de como decorrem os partos. Antigamente os partos ocorriam em ambiente familiar onde as mulheres optavam instintivamente por posições verticais e liberdade de movimentos, sendo o parto encarado como um processo fisiológico e natural. Com o desenvolvimento da medicina e na tentativa de diminuir as taxas de mortalidade materno/fetais, os partos começaram progressivamente a serem realizados em meio hospitalar, para um maior controlo e segurança das mulheres e seus bebés. Contudo existe a tendência de todos os partos, normais ou complicados, serem rotineiramente assistidos com alto nível de intervenção. Os cuidados prestados às parturientes modificaram-se, alterando os mecanismos fisiológicos do parto, nomeadamente no posicionamento da mulher. O parto começou a ser visto como um procedimento médico onde se impõem diversas intervenções e para um acesso facilitado ao períneo, a posição supina tornou-se a mais usada em ambiente hospitalar. Assim, a experiência do parto afastou-se do ambiente familiar, mais natural para o ambiente hospitalar mais intervencionista (Mineiro *et al*, 2021; Sousa *et al*, 2018; Amaro *et al*, 2021).

Atualmente, surgem diversos movimentos de mudança a nível mundial e também em Portugal para a promoção do parto normal, tendo como base o respeito pelos direitos da mulher, a participação da mesma, incluindo na escolha das posições de parto e abolição de intervenções desnecessárias durante o parto (Pinheiro, 2021).

O trabalho de parto compreende a expulsão do feto, das membranas, do cordão e da placenta, do útero. É dividido em 4 estádios: no primeiro estágio aparecem as contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo do útero, o segundo estágio vai desde a dilatação completa até ao nascimento do bebé, o terceiro estágio dá-se com expulsão da placenta e membranas associadas e o quarto estágio compreende o puerpério imediato (Varela *et al*, 2020). Esta revisão contempla o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto.

No decorrer do trabalho de parto é essencial que a mulher possa mover-se livremente, permitindo que a parturiente adote a posição que lhe for mais confortável. As posições verticais permitem que a bacia se mova em todas as direções e esta mobilidade transforma a bacia, principalmente no seu interior facilitando o trabalho de parto. A coordenação de todos os movimentos da bacia contribui para mover e orientar a cabeça do feto para e através da

escavação pélvica, e dos seus estreitos, facilitando o encravamento, a descida e a rotação do feto e a sua expulsão (Mineiro *et al*, 2021; Calais-Germain & Parés, 2009).

Vários estudos demonstram que as posições adotadas ao longo de trabalho de parto tem consequências nos achados maternos e fetais. As mulheres em trabalho de parto e parto, se tiverem liberdade de movimentos adotam variadas posições. Seguidamente abordam-se as posições maternas mais frequentes adotadas durante o trabalho de parto e parto, contudo estas podem apresentar múltiplas variações.

- Posição deitada de costas – o tronco está deitado com os joelhos fletidos é uma das posições mais usadas em contexto hospitalar, promove o descanso da mulher e facilita a prática dos profissionais nas intervenções realizadas. Contudo é uma posição contra a gravidade e a sacro fica fixa o que dificulta o encaixe fetal. Nesta posição a mulher poderá ter uma pequena flexão do fémur, semi sentada ou grande flexão e rotação externa ou interna.
- Posições deitada de lado - o tronco está deitado de lado com os membros inferiores mais ou menos fletidos simetricamente ou assimetricamente. É mais vantajosa em comparação com as posições deitada de costas, pois a sacro está livre. É compatível com a epidural e pode ser utilizada nas diferentes fases de parto.
- Posições sentadas - o tronco e os membros inferiores fazem um angulo de 80°, 90° ou mais de 90°, dependendo da altura do assento. A mulher pode estar sentada numa bola de partos, que favorece a mobilidade da pelve.
- Posições sobre os joelhos com apoio da parte da frente do corpo (quatro apoios) a mulher apoia-se nos joelhos fletidos e apoia-se nos braços, mãos ou tronco. A flexão é aproximadamente 90° pode aumentar se o tronco for para a frente ou diminuir se o tronco for para trás. As pernas podem estar simétricas ou assimétricas.
- Posições de pé – a mulher encontra-se de pé poderá ter os joelhos e tronco ligeiramente fletidos, e adotar rotações ou assimetrias dos membros inferiores, é uma posição a favor da gravidade, facilitando o encaixe do feto. Por ser cansativa é normal a mulher apoiar-se no tronco e braços.
- Posições de cócoras - a mulher está agachada. Com flexão máxima dos membros inferiores, pode estar apoiada para maior conforto. É uma posição que mais promove o aumento do estreito inferior.

(Calais-Germain & Parés, 2009).

A posição sentada, de cócoras, de pé, ajoelhada e de quatro apoios são consideradas posições verticais (Huang *et al*, 2019).

As posições verticais são mais benéficas do que as posições horizontais, nomeadamente de litotomia, dorsal ou semi-dorsal, devido a diversos fatores fisiológicos e biomecânicos. Nas posições verticais a circulação uteroplacentária é mais adequada pois não existe compressão dos grandes vasos sanguíneos maternos e a mulher consegue ventilar melhor, o que otimiza a oxigenação do feto, protegendo o bem-estar materno, fetal e neonatal.

As posições verticais favorecem a mobilidade do corpo. O osso sacro está livre, os movimentos da bacia são maximizados e os membros inferiores funcionam como alavancas, toda esta dinâmica favorece o aumento dos estreitos da bacia e a retificação do canal de parto, facilitando o correto alinhamento fetal e consequentemente uma menor necessidade de partos instrumentalizados (Mineiro e etal, 2021).

A ação da gravidade maximizada pela verticalidade, favorece o encaixe e a descida fetal. As contrações uterinas são mais eficientes e os esforços expulsivos mais eficazes, levando a uma descida da apresentação fetal mais rápida.

As posições verticais são um fator protetor para lacerações graves e episiotomia, isto é explicado pelo facto da apresentação fetal em partos verticalizados exercer uma pressão mais constante no períneo, estimulando a sua distensão mais progressiva.

A possibilidade da mulher optar por posições mais confortáveis aumenta os níveis de endorfinas, tornando a experiência de parto menos dolorosa e uma maior capacidade de controlo da mulher à dor. Nas posições verticalizadas a participação da parturiente é mais ativa, existe um maior controlo da mãe sobre o trabalho de parto e do nascimento do seu filho, interagindo mais com o acompanhante e com a equipa, tornando a experiência de parto mais positiva e facilitando a vinculação com o seu filho. (Huang *et al*., 2019; Mineiro *et al*., 2021; Cardoso *et al*, 2020; Amaro *et al*, 2021). Contudo, nas posições verticais o acesso visual do períneo é limitado. E parece estar associado a um aumento da hemorragia materna no pós-parto, não sendo consensual (Sousa e etal, 2018).

A OMS, tendo consciência da importância de uma experiência de parto mais humanizada e positiva recomenda que durante o trabalho de parto e parto a mulher seja encorajada e apoiada a adotar a posição que deseja, que seja mais confortável e facilitadora para ela. Esta escolha é individual e não deve ser imposta. Quando por algum motivo, seja imperativo mudar de posição, a mulher deve ser informada e esclarecida. A OMS recomenda

fortemente adoção de posições verticais e mobilidade durante o trabalho de parto, em parturientes de baixo risco pelos benefícios que lhes estão inerentes. E que a posição de litotomia deve ser evitada durante o trabalho de parto e parto (WHO, 2018). Em Portugal, no projeto da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (2013) também partilham da mesma opinião, para garantir a qualidade da assistência do trabalho de parto.

Apesar das evidências científicas e das recomendações da adoção de posições verticais, vários estudos confirmam que a posição de litotomia (deitada de costas com as pernas afastadas e apoiadas em perneiras), é a mais utilizada durante o parto e é reconhecida por grande parte das mulheres como a posição para parir (Huang et al, 2019).

Em Portugal, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (2022), desenvolveu um estudo que revelou que 52.8% das inquiridas referem não ter tido liberdade de movimentos durante o parto e menos de 5% referem estarem em posição vertical no momento de parir.

Nos hospitais, procedimentos como analgesia por cateter epidural, hidratação intravenosa e monitorização contínua da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas passaram a ser habitualmente usados durante o parto, condicionam a liberdade de movimentos e a escolha da mulher por posições verticais (Sousa e etal, 2018).

O trabalho de parto é um processo fisiológico que envolve várias dimensões como a componente psicológica, neurológica, endócrina e social, sendo um processo individual e próprio de cada mulher. É considerado um evento crítico no processo de transição tornar-se mãe/ tornar-se pai. Este vai influenciar o processo de transição para a parentalidade. O conhecimento que a mulher e da pessoa significativa que a acompanha têm sobre o trabalho de parto, assim como a preparação e os significados atribuídos ao parto vão impactar a experiência vivenciada no trabalho de parto e influenciar positivamente ou negativamente a adaptação saudável da parentalidade. Assim, se a mulher/ pessoa significativa estiver esclarecida sobre as posições que esta pode adotar ao longo do trabalho de parto e sua influência neste processo, esta vai sentir-se mais preparada e capaz, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva e conseqüentemente para uma transição para a parentalidade mais saudável (Cardoso et al, 2023).

Segundo Cardoso et al (2023) tendo por base os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica refere que o programa de

preparação para o parto é um programa de saúde criado e implementado por EESMO, que visa mobilizar os recursos internos e externos da mulher e pessoa significativa. Espera-se que desenvolvam ao longo da preparação para o parto empoderamento e autoconfiança para que perante o processo de trabalho de parto a mulher sinta-se capaz de lidar com este mobilizando os seus recursos em cada momento e que a pessoa significativa se sinta capaz de lidar ao longo do trabalho de parto com as suas necessidades e da mulher. Promovendo assim, uma experiência de parto positiva que terá impacto na sua vida futura. Na preparação para o parto as intervenções de EESMO têm por base a avaliação inicial da mulher/ pessoa significativa pelo que são específicas, tendo em conta a individualidade de cada um (Cardoso et al, 2023).

A preparação para o parto fornece às mulheres o conhecimento, as habilidades e as atitudes para que se sintam preparadas, no sentido do desenvolvimento da mestria e empowerment para fazerem escolhas informadas sobre as opções mais saudáveis. O posicionamento da mulher nos diferentes momentos de trabalho de parto é parte integrante do novo guia de preparação para o parto, inserindo-se na intervenção de melhorar o conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto (Cardoso et al, 2023).

3 - Método

Atualmente os cuidados de saúde prestados baseados na evidência são sem dúvida uma área em expansão. Para sintetizar as evidências de forma mais eficaz e rigorosa, foram desenvolvidos diferentes tipos de revisões, como por exemplo a revisão de *scoping*. Os principais motivos para a realização deste tipo de revisões são explorar a amplitude ou extensão da literatura, mapear e resumir as evidências e sugerir pesquisas futuras (Peters et al., 2020). A revisão de *scoping* proposta será conduzida de acordo com a metodologia Joanna Briggs Institute (JBI) para a realização deste tipo de revisões e estruturada segundo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018). Assim sendo, resumidamente, formulou-se a questão da revisão, foram definidos os critérios de inclusão, extraídos, selecionados e analisados os estudos relevantes.

Os objetivos, critérios de inclusão e métodos para esta revisão foram especificados antecipadamente e documentados em um protocolo. Este está disponível para consulta, contudo não foi publicado.

3.1 – Localização dos estudos

Para localizar dos estudos desta revisão utilizou-se uma estratégia em três etapas. Inicialmente foi realizada uma pesquisa básica no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e google scholar para identificar artigos sobre o tema. As palavra chave contidas no título e resumo dos artigos pertinentes, assim como os termos indexados foram tidos em conta para desenvolver uma estratégia de busca completa. Após pesquisa para encontrar os termos *Medical Subject Headings* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeSC) mais apropriados e recorrendo a operadores booleanos, foi criada a fórmula de pesquisa que após ter sido experimentada foi reformulada. E seguidamente, proposta formalmente a estratégia de pesquisa para cada base de dados incluídas, tendo em conta a especificidade de pesquisa de cada uma delas. As bases de dados incluídas foram: Pub Med/ MEDLINE, CINAHL Complete (via EBSCO), Nursing & Allied Health: Comprehensive Edition (via

EBSCO), Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBSCO), Cochrane Methodology Register (via EBSCO), MedicLatina (via EBSCO), Cochrane Central Register of Controlled Trials (via EBSCO) e Cochrane Clinical Answers (via EBSCO). Para a pesquisa de trabalhos não publicados usou-se o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. Por fim, numa terceira fase os estudos localizados foram analisados para determinar a sua relevância para a presente revisão e serem incluídos.

Foram considerados estudos sem restrição temporal por se procurar amplamente os estudos existentes sobre o tema. Contudo devido às limitações do autor e constrangimentos financeiros, serão excluídos os estudos os quais não seja possível obter o texto completo do artigo gratuito e que não esteja disponível em português, inglês, espanhol ou francês.

A estratégia de pesquisa na PubMed está descrita na tabela1, sendo adaptada às outras bases de dados descritas anteriormente. Esta pesquisa foi realizada a 22/3/2024, à exceção do RCAAP em que a pesquisa foi realizada a 4/4/2024. No processo de pesquisa inicial foram encontrados 6 artigos publicados em periódicos potencialmente relevantes para a revisão, que não constavam das bases de dados pesquisadas, por esta revisão pretender um conhecimento integrado de toda a evidência disponível, estes estudos foram incluídos nesta fase de localização dos estudos.

Tabela2 - Pesquisa na MEDLINE (via Pub Med), realizada a 22/3/2024

Pesquisa	Fórmula	Nº de artigos
#1	"labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor obstetric"[Title/Abstract] OR "labour obstetric"[Title/Abstract] OR "obstetric labor"[Title/Abstract] OR "obstetric labour"[Title/Abstract] OR "trial of labor"[MeSH Terms] OR "trial of labor"[Title/Abstract] OR "trial of labour"[Title/Abstract] OR "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[Title/Abstract] OR "childbirth"[Title/Abstract] OR "birth"[Title/Abstract]	439,064
#2	"patient positioning"[MeSH Terms] OR "patient positioning"[Title/Abstract] OR "patient position"[Title/Abstract] OR "patient positions"[Title/Abstract] OR "posture"[MeSH Terms] OR "posture"[Title/Abstract] OR "postures"[Title/Abstract] OR "position"[Title/Abstract] OR "positions"[Title/Abstract]	684,300
#3	"pregnancy"[MeSH Terms] OR "pregnancy"[Title/Abstract] OR "pregnant women"[MeSH Terms] OR "pregnant women"[Title/Abstract] OR "pregnant woman"[Title/Abstract] OR "pregnan"[Title/Abstract] OR "woman"[Title/Abstract] OR "women"[Title/Abstract]) OR "postpartum period"[MeSH Terms] OR "postpartum period"[Title/Abstract] OR "postpartum women"[Title/Abstract]	2,269,006
#4	"health knowledge, attitudes, practice";[MeSH Terms] OR "health knowledge";[Title/Abstract] OR "knowledge";[Title/Abstract]	1,032,731
#5	(("labor, obstetric"[MeSH Terms] OR "labor obstetric"[Title/Abstract] OR "labour obstetric"[Title/Abstract] OR "obstetric labor"[Title/Abstract] OR "obstetric labour"[Title/Abstract] OR "trial of labor"[MeSH Terms] OR "trial of labor"[Title/Abstract] OR "trial of labour"[Title/Abstract] OR "parturition"[MeSH Terms] OR "parturition"[Title/Abstract] OR "childbirth"[Title/Abstract] OR "birth"[Title/Abstract]) AND ("patient positioning"[MeSH Terms] OR "patient positioning"[Title/Abstract] OR "patient position"[Title/Abstract] OR "patient positions"[Title/Abstract] OR "posture"[MeSH Terms] OR "posture"[Title/Abstract] OR "postures"[Title/Abstract] OR "position"[Title/Abstract] OR "positions"[Title/Abstract]) AND ("pregnancy"[MeSH Terms] OR	280

```
"pregnancy"[Title/Abstract] OR "pregnant women"[MeSH Terms] OR "pregnant
women"[Title/Abstract] OR "pregnant woman"[Title/Abstract] OR
"pregnan"[Title/Abstract] OR "woman"[Title/Abstract] OR
"women"[Title/Abstract]) OR "postpartum period"[MeSH Terms] OR "postpartum
period"[ Title/Abstract] OR "postpartum women"[Title/Abstract]) AND ("health
knowledge, attitudes, practice";[MeSH Terms] OR "health
knowledge";[Title/Abstract] OR "knowledge";[Title/Abstract]))
```

3.2 – Seleção dos estudos e critérios de elegibilidade

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram agrupadas e carregadas no aplicativo Web Rayyan e os duplicados removidos. Posteriormente os estudos foram avaliados quanto à relevância para a revisão, com base no título e nas informações do resumo. Posteriormente foi recuperado o texto completo dos estudos para uma melhor análise e seleção. Para uma inclusão dos estudos na revisão, teve-se por base a os seguintes critérios de elegibilidade, mediante a estratégia Participantes, Conceito e Contexto (PCC) preconizado pela JBI (Peter set al, 2020).

Participantes – foram incluídos estudos que incluam mulheres em idade fértil, grávidas com qualquer idade gestacional, nulíparas ou multíparas e puérperas, são excluídas profissionais de saúde que trabalhem com parturientes, como EESMO, parteiras ou equivalentes nos diferentes países e médicas obstétricas.

Conceito – foram considerados estudos que abordem o conhecimento das posições que a mulher pode adotar durante 1º e 2º estágio de trabalho parto, em partos eutócicos, nomeadamente posições deitadas de costas, deitadas de lado, posições de pé, sentada, cócoras, ajoelhada ou de quatro apoios, são aceites outro tipo de variações das posições. Será excluído o parto distócico, nomeadamente parto instrumentalizado e cesariana.

Contexto – Foram considerados todos os estudos e sem restrições contexto, nomeadamente: hospitalar, ambulatório, comunitário, entre outros.

Tipo de Estudos - Todos os tipos de estudos, nomeadamente projetos de estudos experimentais e quase-experimentais, incluindo ensaios clínicos randomizados, ensaios controlados não randomizados, estudos antes e depois e estudos de séries temporais interrompidos. Além disso, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de

coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos transversais analíticos serão considerados para inclusão. Esta revisão também considerará desenhos de estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatos de casos individuais e estudos transversais descritivos para inclusão. Estudos qualitativos também serão considerados com foco em dados qualitativos, incluindo, mas não limitados a projetos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, pesquisa-ação e pesquisa feminista. Além disso, revisões sistemáticas que atendam aos critérios de inclusão também serão consideradas, dependendo da questão de pesquisa.

Os dados foram extraídos por dois revisores (CM e FA) independentes. A presença de desacordo entre os revisores foi resolvida com diálogo entre estes, até se encontrar um consenso.

Os resultados da pesquisa desta revisão *scoping* está relatado no diagrama de fluxo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review (PRISMA- ScR) (Page *et al.* 2021).

3.3 – Extração e síntese dos dados

Após a seleção dos estudos incluídos os dados foram extraídos utilizando um instrumento desenvolvida para o efeito. Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e principais descobertas relevantes para a questão de revisão. Por fim, os resultados foram agrupados numa tabela e acompanhados por uma síntese narrativa para atingir o objetivo da revisão.

4 – Resultados

Foram identificados 532 estudos no total, destes foram excluídos 101 por serem duplicados. Após ser analisado o título e resumo, 26 artigos passaram para ser analisado o texto integral. Contudo, 3 artigos não foram recuperados, um por não ter texto completo traduzido de polonês e os outros dois, apesar de vários contatos para a recuperação do texto completo não se obteve resposta. Após ter sido aplicada a metodologia descrita anteriormente foram identificados 6 estudos. O processo da seleção dos estudos está descrito na figura 2.

Identificação dos estudos através de bases de dados e registros

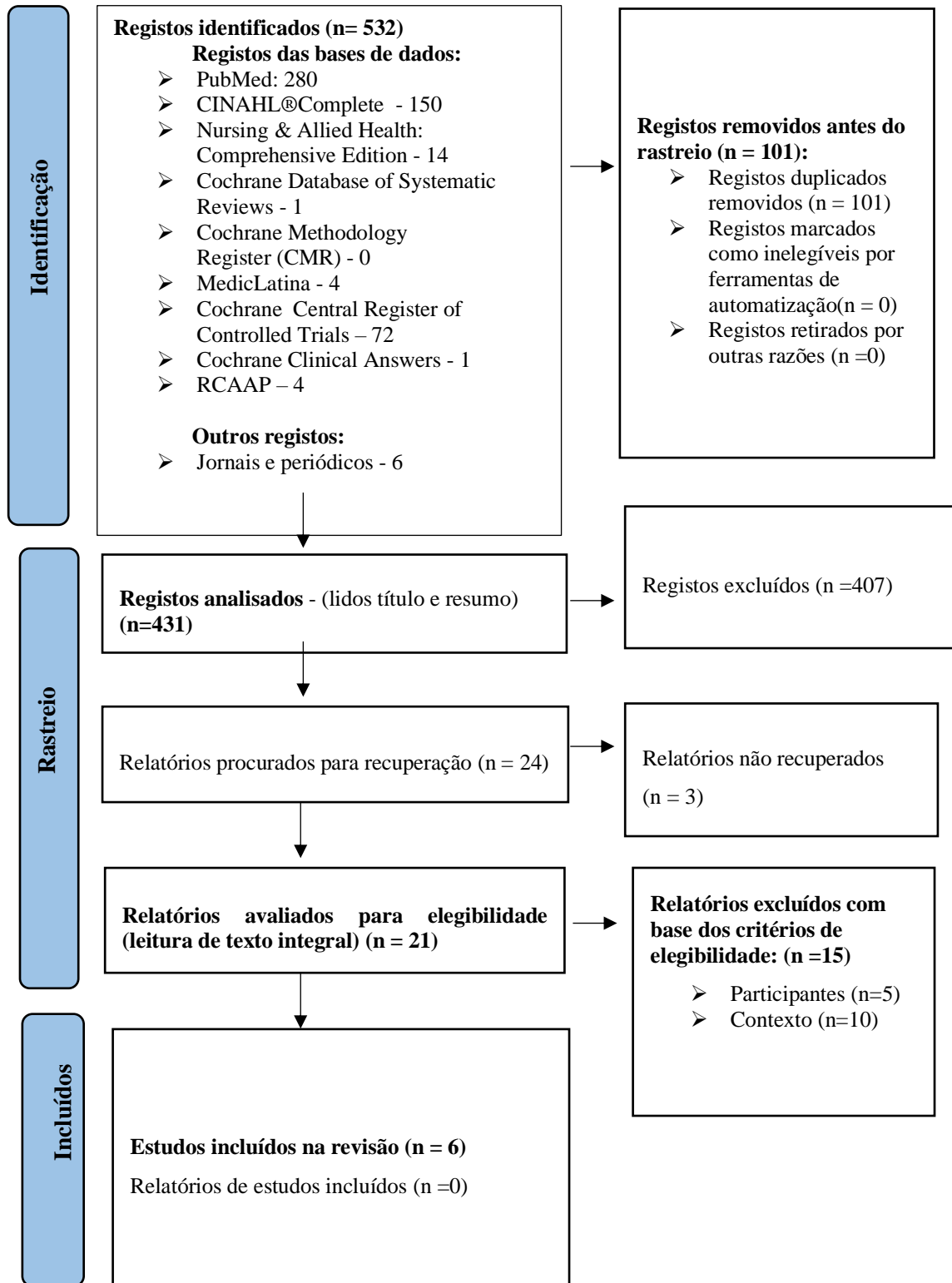


Figura 1- Diagrama do processo de seleção dos estudos

Dos artigos encontrados o mais antigo é de 2003 e o mais recente de 2023. As características dos estudos estão resumidamente descritas na tabela 2.

Tabela 3 – Características dos estudos incluídos

Título/ Autores/ Ano/ País	Tipo de estudo/ Método	Participantes/ Contexto	Resultados/ Conclusão
Conhecimento das mulheres sobre posições para o parto normal Isolda Pereira da Silveira, Francisca Ana Martins Carvalho 2003 Brasil	Estudo quantitativo/ Questionário	86 mulheres em trabalho de parto de um centro obstétrico de Fortaleza	No presente estudo 38% conheciam a posição sentada, e 21% a posição deitada e 9% cócoras. 18% das participantes demonstram indiferentes quanto à posição de parir. Constatou-se que todas as posições existentes são pouco conhecidas pelas mulheres. Considera-se fundamental orientar as mulheres, durante o pré-natal, sobre a fisiologia da gestação, posição para o parto, direito e deveres da grávida, para que, munidas de maiores conhecimentos, consigam optar pelo que lhes parece mais acertado.

<p>Os Saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar.</p> <p>Lorena Sabbadini da Silva, Diva Cristina Morett Romano Leão, Amanda Fernandes do Nascimento da Cruz, Valdecyr Herdy Alves, Diego Pereira Rodrigues, Carina Bulcão Pinto</p> <p>2016</p> <p>Brasil</p>	<p>Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa/entrevista semiestruturada</p>	<p>10 mulheres grávidas inscritas no programa de pré-natal de uma Policlínica de Niterói</p>	<p>Dos dados analisados emergiram duas categorias:</p> <p>1 - O saber das grávidas acerca do posicionamento materno no período expulsivo do trabalho de parto; conclui-se que havia desinformação destas mulheres em relação ao parto, em especial às diferentes posições que podem ser adotadas durante o período expulsivo, pois foi possível perceber que poucas conheciam outras posições além da posição litotômica.</p> <p>2 - Liberdade de escolha: o significado que as grávidas atribuem às possibilidades de se optar por uma posição alternativa de parto; concluindo-se que a autonomia da mulher poder optar por posições mais verticalizadas, permitem o empoderamento desta durante o processo de parir.</p> <p>Evidencia-se a necessidade de uma abordagem mais ampla, que contemple questões relativas à posição no parto nos currículos de graduação dos cursos de medicina e enfermagem, bem como uma reformulação na assistência pré-natal de forma que o programa possa capacitar as grávidas para a escolha informada das posições que podem ser adotadas no período expulsivo do parto.</p>
<p>Upright or dorsal? childbirth positions among antenatal clinic attendees in Southwestern Nigeria</p> <p><u>Olusegun Olalekan Badejoko, H. M. Ibrahim, Awowole Ibraheem, Sekinat B. Bola-Oyebamiji, Omotade Adebimpe</u></p>	<p>Estudo transversal comparativo com braço qualitativo/questionário estruturado e entrevista</p>	<p>305 mulheres grávidas utentes das clínicas pré-natais no sudoeste e no noroeste da Nigéria e 19 enfermeiras obstétricas das clínicas pré-natais do sudoeste e noroeste da Nigéria</p>	<p>Das mulheres grávidas que responderam ao questionário 0.6% tinham bons conhecimentos sobre posições de parto, enquanto 19,7% tinham conhecimentos razoáveis e as restantes 79,7% tinham conhecimentos fracos, especialmente no que diz respeito às posições de parto verticais. As posições consideradas pelas grávidas mais favoráveis para o parto foram dorsal e a semi-reclinado. Contudo as grávidas da clínica do noroeste conheciam mais a posição de cócoras (32,7% vs. 16,4%; $P < 0,001$) e eram a seu favor desta (25,0% vs. 7,5%; $P < 0,001$), do que as do sudoeste. Já estas conheciam mais a posição de litotomia (42,3% vs. 26,9%; $P = 0,01$). As atitudes em relação às restantes posições foram comparáveis entre si.</p>

Ijarotimil, Olabisi

M Loto

2016

Nigéria

As entrevistas com as parteiras revelaram que elas foram treinadas para realizar o parto exclusivamente em posição supina. No entanto, demonstraram interesse em aprender o uso das posições verticais.

Conclui-se que o conhecimento das grávidas sobre posições de parto foi muito pobre. As mulheres no noroeste da Nigéria estavam mais conscientes e mais dispostas a dar à luz na sua posição de cócoras.

Recomenda-se a formação de parteiras nigerianas em posições de parto verticais.

<p>Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey</p>	<p>Estudo descritivo transversal/ entrevista estruturada</p>	<p>373 mulheres puérperas na maternidade do Malawi</p>	<p>96,5% afirmam conhecer uma ou mais posições de trabalho de parto, nomeadamente 66,4% referem a marcha e 60,6% a posição lateral como posições de trabalho de parto.</p> <p>Como posição de parto 99,2% das participantes conheciam a posição supina. Apenas uma pequena minoria conhecia posições verticais como posição de cócoras (1,1%), de joelhos (1,1%) e posição com apoio de mão e joelhos (0,3%) como posições de parto.</p> <p>Metade das mulheres (50%) deslocou-se durante o trabalho de parto a outra metade ficou confinada ao leito em decúbito lateral (47,0%) e a maioria (91,4%) deu à luz em posição supina.</p> <p>As parteiras foram a principal fonte de informação sobre as posições de parto.</p> <p>É necessária instruir as mulheres sobre as diferentes posições de parto, para que possam tomar decisões informadas sobre o seu parto. Por outro lado, as parteiras devem ter competência para encorajar e ajudar as mulheres a utilizar diferentes posições durante o parto, nomeadamente posições verticais que são comprovadamente mais benéficas para mãe e bebé.</p>
<p>Barbara Debra Zileni, Pauline Glover, Meril Jones, Kung-Keat Teoh, Chisomo WaaZileni Zileni, Amanda Muller</p>			
<p>2017</p>			
<p>Malawi</p>			

<p>Conhecimento das gestantes atendidas em um hospital de ensino sobre trabalho de parto e parto</p>	<p>Estudo qualitativo/ Entrevista/</p>	<p>10 grávidas atendidas num hospital de ensino</p>	<p>O estudo evidenciou que as grávidas não se sentem preparadas para o parto.</p> <p>O estudo mostrou que as grávidas possuem pouco conhecimento sobre as vias de parto e na sua maioria desconhecia outras posições para o parto normal para além das posições horizontais. O desconhecimento sobre as posições verticalizadas para o parto ainda demonstra a falta de orientação no pré-natal.</p> <p>O estudo mostrou que as grávidas têm pouco conhecimento sobre as vias de parto, principalmente o parto normal, não estando a ser preparadas para enfrentar o processo de trabalho de parto e parto.</p>
<p>Ana Carla Tamisari Pereira, Marcelo Gonçalves da Silva, Lourdes Missio 2022 Brasil</p>			
<p>Pregnant Women's Preferred Birthing Positions In A Tertiary Health Facility In Cross River State, Nigeria</p>	<p>Estudo transversal descritivo/ Questionário</p>	<p>169 mulheres grávidas frequentaram a clínica pré-natal no Hospital Universitário da Universidade de Calabar</p>	<p>Este estudo conclui que as grávidas têm bom conhecimento das posições de parto 89,3% e a maioria delas prefere agachar-se ou mudar para qualquer posição conveniente durante o trabalho de parto. No entanto, a escolha das posições de parto pelas grávidas é influenciada por diversos fatores, como idade, escolaridade da mulher, experiência anterior de parto, apoio da parteira e ambiente do parto.</p>
<p>Victoria Uka, Alberta David Nsemo, Idang Neji Ojong, Margaret Inemesit Akpan, Bridget Ene 2023 Nigéria</p>			

No estudo Silveira e Carvalho (2003), averiguar o nível de conhecimento das parturientes têm sobre a posição de parir foi o objetivo referido. Foi aplicado um questionário 86 mulheres grávidas em trabalho de parto. Conclui que as grávidas conhecem algumas

posições alternativas de parto, nomeadamente 38% conheciam a posição sentada, 21% deitada, 9% cócoras e 18% mostraram-se indiferentes. Constatou-se as mulheres tem pouco conhecimentos sobre as diferentes posições durante o parto, pelo que é fundamental durante a gravidez orientar as mulheres sobre a fisiologia da gravidez e parto, posições que podem adotar no o parto e os direitos e deveres das grávidas, para que, munidas de maiores conhecimentos, consigam fazer escolhas informadas.

O estudo de Silva et al. (2016) tem como objetivo avaliar o significado dos saberes das mulheres o qual atribuem às possibilidades de se optar por uma posição alternativa de parto. Foi aplicada entrevista semiestruturada a dez gestantes inscritas no programa de pré-natal e numa policlínica de Niterói. Da análise das entrevistas emergiram duas categorias: O saber das grávidas acerca do posicionamento materno no período expulsivo do trabalho de parto e a Liberdade de escolha: o significado que a grávidas atribuem à possibilidade de se optar por uma posição alternativa de parto. Este estudo conclui que havia desinformação destas mulheres em relação ao parto, em especial às diferentes posições que podem ser adotadas durante o período expulsivo, pois foi possível perceber que poucas conheciam outras posições além da posição litotômica. A autonomia da mulher para optar por posições mais verticalizadas, permitem o empoderamento da mulher durante o processo de gestação e no trabalho de parto.

O objetivo do estudo de Badejoko et al. (2016) é comparar o conhecimento, atitude e experiência em relação às posições de parto entre utentes das clínicas pré-natais no Sudoeste e Noroeste da Nigéria. Foram validados 305 questionários dos quais 201 foram realizados a grávidas que frequentam a Clínicas Pré-natais do Obafemi Complexo de Hospitais Universitários de Awolowo, Ile-Ife, no sudoeste da Nigéria, e 104 a grávidas que frequentam o Centro Médico Federal, Katsina, no noroeste da Nigéria, foram também realizadas entrevistas a 19 enfermeiras obstétricas das referidos centros. De uma foram geral o estudo revelou que o conhecimento das grávidas sobre posições de parto era fraco. Apenas 0.6% das mulheres tinham bons conhecimentos, enquanto 19,7% tinham conhecimentos razoáveis e as restantes 79,7% tinham conhecimentos fracos, especialmente no que diz respeito às posições de parto verticais. Em ambas as populações de estudo das grávidas dos dois centros, as posições consideradas mais favoráveis para o parto foram dorsal e a semi- reclinado. As mulheres grávidas da clínica do Noroeste conheciam mais a posição de cócoras (32,7% vs. 16,4%; $P < 0,001$) e eram a favor desta (25,0% vs. 7,5%; $P < 0,001$) em comparação com as grávidas do Sudoeste. Estas conheciam mais a posição de litotomia (42,3% vs. 26,9%; $P = 0,01$). As atitudes em relação às restantes posições foram comparáveis entre si. As entrevistas com as parteiras revelaram que

estas foram treinadas para realizar o parto exclusivamente em posição supina. No entanto, demonstraram interesse em aprender o uso das posições verticais. Conclui-se que o conhecimento sobre posições de parto foi muito pobre. As mulheres no noroeste da Nigéria estavam mais conscientes e mais dispostas a dar à luz na sua posição tradicional de cócoras. Recomenda-se a formação de parteiras nigerianas em posições de parto verticais

O estudo de Zileni et al. (2017) teve como objetivo avaliar o conhecimento das mulheres e o uso de diferentes posições durante o trabalho de parto e parto. Para tal realizaram entrevistas a puérperas de baixo risco na maternidade do Malawi. A maioria das mulheres afirma conhecer uma ou mais posições de trabalho de parto e parto. 66,4% referem a marcha e 60,6% a posição lateral como posições de trabalho de parto. Como posição de parto 99,2% das participantes conheciam a posição supina. Apenas uma pequena minoria conhecia posições verticais como posição de cócoras (1,1%), de joelhos (1,1%) e apoio de mão e joelhos (0,3%) como posições de parto. As parteiras foram a principal fonte de informação sobre as posições de parto. Conclui-se que por um lado é necessário instruir as mulheres sobre as diferentes posições de parto, para que possam tomar decisões informadas sobre o seu parto. Por outro lado, as parteiras devem ter competência para encorajar e ajudar as mulheres a utilizar diferentes posições durante o parto, nomeadamente posições verticais que são comprovadamente mais benéficas para mãe e bebé.

O estudo de Pereira et al. (2022) pretende identificar o conhecimento das grávidas que participaram do Projeto do “Para uma vinda bem-vinda” sobre trabalho de parto e parto e compreender como estas estão preparadas para enfrentar o processo de nascimento. Realizaram-se 10 entrevistas a grávidas participantes do referido projeto. O estudo evidenciou que as grávidas não se sentem preparadas para o parto. O medo e a insegurança são sentimentos que marcam esse momento. Apontaram, também, não conhecer os benefícios do parto normal para mulher e ao recém-nascido e do trabalho da enfermeira obstétrica na assistência ao parto normal baixo risco. O estudo mostrou que as grávidas possuem pouco conhecimento sobre as vias de parto, principalmente o parto normal e na sua maioria desconhecia outras posições para o parto normal para além das posições horizontais. O desconhecimento sobre as posições verticalizadas para o parto ainda demonstra a falta de orientação durante a gravidez.

O estudo de Uka et al. (2023) investigou as posições preferidas de parto das mulheres grávidas em uma unidade de saúde terciária em Calabar, estado de Cross River, Nigéria. Procurou-se especificamente responder às seguintes questões: Que conhecimento as grávidas que avaliam os cuidados no Hospital Universitário da Universidade de Calabar têm sobre as posições de parto?; Que tipos de posições de parto as mulheres grávidas do referido Hospital

preferem? E quais são os fatores percebidos que influenciaram as posições preferidas de parto das grávidas? Foi aplicado um questionário a 169 mulheres grávidas multíparas que frequentam a unidade pré-natal do Hospital referido. Conclui que a maioria das mulheres (159) prefere como posição de parto a posição de cócoras e 156 concorda que preferem mudar de posição conforme considerem mais confortável durante o parto. A maioria dos participantes concordou que o nível de escolaridade, a idade, a familiaridade com partos anteriores, o local de nascimento e o apoio das parteiras eram fatores que poderiam influenciar a escolha das posições de parto. Com base nesses achados, os pesquisadores recomendaram que as parteiras atualizassem seus conhecimentos sobre as diferentes posições de parto, a fim de educar e auxiliar as gestantes que possam desejar essas posições durante o parto.

5 – Discussão

Variados estudos atestam os benefícios da adoção de posições verticais por parte da parturiente no decorrer do processo de parto, tanto para a mulher como para o bebê (Amaro et al, 2021). Contudo, apesar da evidência científica e das recomendações das organizações nacionais e internacionais, em contexto hospitalar, a posição litotomia/ supina continua a ser a mais usada (Mselle & Eustace, 2020) Os conhecimentos da parturiente são um factor que vai influenciar as posições que esta adotada no decorrer do trabalho de parto e parto (Amaro, 2022).

Segundo a teoria de transição de Melleis (2020), o parto é um evento crítico, que afeta positivamente ou negativamente a transição para a parentalidade. O conhecimento da mulher sobre posições de parto irá contribuir positivamente para a vivência de uma experiência de parto positiva. Dos estudos analisados somente o estudo 4 debruça-se sobre o conhecimento que as mulheres têm sobre posições a adotar durante o trabalho de parto considerando um nível bom de conhecimento na população em estudo, sendo o andar e posição lateral as mais referidas para o período de trabalho de parto. Em relação ao período expulsivo, segundo os estudos analisados as mulheres têm um nível baixo de conhecimento acerca das diferentes posições que podem adotar no parto (1,2,3,5) e conhecem poucas posições verticais (1,2,3,4,5). Contrariamente, a amostragem do estudo 6 a maioria reconhece as posições verticais como posições a adotar no parto, apesar de ser o estudo mais recente não podemos afirmar que existe uma evolução positiva dos conhecimentos das mulheres sobre posições de parto.

Reconhece-se que os métodos usados para mensurar o nível de conhecimento são diferentes nos estudos analisados pelo que poderá haver falta de consistência nas conclusões. Também não fica claro na maioria dos estudos, se as mulheres entendem as vantagens e desvantagens das posições que conhecem. No estudo 4 as mulheres relatam as vantagens e desvantagens de diversas posições de trabalho de parto e parto, afirmando que as posições verticais durante o trabalho de parto ajudam a que este seja mais rápido o que vai de encontro ao estudo de Lobão e Zangão (2022). Por outro lado, a maioria das mulheres refere que a posição horizontal no período expulsivo, auxilia o nascimento seguro do bebê o que está em desacordo com Zang et al. (2020).

Nos estudos incluídos as participantes não são separadas por nulíparas, primíparas ou múltíparas por isso, apesar de ser facilmente compreensível que as experiências de parto anteriores tragam mais conhecimento das posições que podem ser adotadas, isto não é

averiguado nos estudos. Pois apesar das grávidas do estudo 6 terem experiência de parto anterior e terem revelado bons conhecimentos de posições verticais no parto, a maioria das puérperas do estudo 4 não reconhece posições verticais como posições a adotar no parto. Partos anteriores podem influenciar o conhecimento que as mulheres têm, contudo se apenas forem instruídas e treinadas em posições supinas aquando os partos anteriores isto não vai aumentar o conhecimento nas diferentes posições que podem adotar no parto.

As mulheres referem que foram principalmente as enfermeiras obstétricas e outros profissionais de saúde que transmitiram e instruíram as mulheres sobre as posições a adotar no trabalho de parto e parto (3,4). Segundo Mselle e Eustace (2020) as mulheres assumem posições supinas por seguir as orientações das parteiras que confiam e têm a aperceção que as posições supinas são as mais benéficas para elas e para o bebé.

Na assistência pré-natal o EESMO promove a adaptação à gravidez, à parentalidade e a preparação para o parto. Neste, o EESMO promove diversas intervenções que levam a grávida e a pessoa significativa desta, a desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes, mobilizando os seus recursos internos e externos para se prepararem para o parto, fazendo escolhas informadas sobre as opções mais saudáveis, promovendo uma experiência mais positiva (Cardoso et al, 2023).

Das grávidas dos estudos analisados a frequentar programas pré-natais (2,3,5,6) a maioria revela fracos conhecimentos em posições de parto, principalmente em posições verticais (2,3,5), contrariamente ao estudo 6. O que nos leva a inferir que a assistência ao pré-natal não é uniforme e o tema das diferentes posições maternas no trabalho de parto e sua influência no parto nem sempre são abordadas na preparação para o parto da grávida. É importante atualizar a preparação para o parto de acordo com as recomendações da OMS. Borer e Dubovi (2023) conclui que ao promover o envolvimento cognitivo das mulheres em intervenções planeadas construtivas e interativas em vez de fornecer passivamente informações sobre a temática, revelam mais conhecimento, atitudes mais positivas e expectativas de autoeficácia mais fortes em relação às posições eretas e mobilidade durante o trabalho de parto e parto.

Em Portugal em 2023, foi publicado um guia de boas práticas para a preparação do parto onde tem destaque das intervenções propostas direcionada individualmente para aquela mulher e pessoa significativa, sendo o conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto, nomeadamente ensinar sobre mobilidade/verticalidade e sobre posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto um item em destaque no guia (Cardoso et al, 2023).

Os estudos sugerem que é necessário instruir e treinar as mulheres grávidas sobre as diferentes posições de trabalho de parto e parto (1,2,3,4,5). Por outro lado, os profissionais que assistem ao parto devem atualizar os seus conhecimentos sobre diferentes posições a adotar no trabalho de parto e parto (2,3,4). O EESMO é o profissional que passa mais tempo com a parturiente e que tem grande influência nas posições maternas adotadas no decorrer do trabalho de parto e parto (Mselle & Eustace, 2020).

Reconhece-se que o estudo atual tem limitações devido à escassez de estudos encontrados, a nível europeu e em particular em Portugal. Foram excluídos estudos possivelmente relevantes por não se ter conseguidos o artigo completo apesar de várias tentativas para tal. E a limitação do idioma pode também ter excluído estudos importantes.

Assim, relativamente às implicações para a pesquisa, sugere-se a realização de mais estudos principalmente em contexto português para se perceber qual o nível de conhecimentos das mulheres em Portugal sobre as posições que podem adotar durante o trabalho de parto e parto e quais os fatores que influenciam o conhecimento das mulheres portuguesas.

Conclusão

Com a realização deste relatório final ficou evidente que no decorrer da formação prática nos diferentes contextos, nomeadamente enfermagem de saúde da mulher, ginecológica, puerpério, patologia materno-fetal e sala de partos, foi desenvolvido um pensamento crítico-reflexivo sobre as intervenções realizadas no cuidado da mulher/ casal em diferentes vivências, com a procura e reflexão das melhores práticas, tendo por base a teoria de transição de Melleis.

Proporcionou-se ao longo dos estágios a aquisição das competências comuns e específicas do EESMO proporcionando-se cuidados de enfermagem de qualidade dirigidos à mulher/casal/família ao longo de todo o ciclo reprodutivo.

Com a reflexão da experiência vivenciada durante a formação prática, constatou-se que as mulheres adotavam a posição de litotomia durante o parto, apesar da evidência científica demonstrar ser uma prática potencialmente prejudicial. As posições verticais e os movimentos corporais da parturiente durante o trabalho de parto têm um efeito positivo no parto.

Tendo em conta, que o posicionamento da mulher é influenciado pelos seus conhecimentos sobre o tema, realizou-se uma revisão *scoping*. O presente estudo demonstra que muitas mulheres, mesmo as que possuem partos anteriores, e/ou que têm acompanhamento profissional durante a gravidez, têm défices de conhecimentos em relação as posições que podem adotar durante o primeiro e segundo estágio do trabalho de parto.

Ao longo do processo formativo adquiri competências comuns e especializadas necessárias para ser capaz de conceber, planejar, executar e avaliar intervenções na promoção da saúde da mulher, como na prestação de cuidados de enfermagem especializados nas diferentes áreas específicas de intervenção da saúde materna e obstétrica. Asseguro que cumpro requisitos legalmente exigidas pela Ordem dos enfermeiros na atribuição de título profissional de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

Implicações para a prática clínica

Com a realização desta revisão *scoping* e tendo em conta a sua natureza de mapeamento, não se pode deduzir implicações para a prática. Contudo perante o défice de conhecimento das mulheres sobre posições verticais a adotar no parto, sugere-se que o conhecimento das mulheres irá melhorar, se na assistência do pré-natal e na assistência à parturiente forem planeadas intervenções que visem a capacitar a mulher a adotar diversas posições durante o processo de trabalho de parto. É da responsabilidade do EESMO o papel de empoderamento da grávida, preparando-a para o parto, dando-lhe informações dos benefícios da mobilidade e posições verticais no decorrer do trabalho de parto e parto esclarecendo a mulher e promovendo exercícios práticos de diferentes posições corporais. Da mesma forma também cabe ao profissional de saúde, nomeadamente o EESMO, que no decorrer do trabalho de parto implemente intervenções que visem a facilitar a liberdade de movimentos e a verticalidade.

Assim, sugere-se programas de preparação para o parto mais práticos, criativos e com incorporação do conhecimento por meio de experimentação para uma melhor aquisição de competências da grávida. Esta preparação pode ser individual ou em grupo e deverá abordar especificamente as diversas posições e movimentos que podem ser adotadas no decorrer do TP e parto. Para tal o EESMO deverá explicar à mulher/ pessoa de referência a localização da pelve e como as diferentes posições corporais influenciam a mobilidade da pelve e como esta se relaciona com a evolução do trabalho de parto. Para tal o EESMO deverá nas sessões de preparação para o parto incorporar exercícios através da palpação da pelve, modelos anatómicos, imagens e vídeos que facilitem a compreensão deste assunto. Também será útil introduzir nas sessões de preparação para o parto, exercícios práticos e específicos que a grávida deve praticar durante a gravidez, que favorecem um bom posicionamento do feto na pelve para uma boa evolução do trabalho de parto. E movimentos e posições corporais que facilitam a progressão do TP, para isso poderá recorrer a músicas e coreografias tornando as sessões mais práticas, divertidas e relaxadas.

Na sala de partos, o EESMO deverá ser um agente facilitador da mobilidade e verticalidade no TP, pelo que deverá disponibilizar informação sobre o tema, à parturiente e pessoa de referência, mas principalmente, permitir, facilitar e incentivar a parturiente na adoção de posições verticais e mudança de posições ao longo do trabalho de parto e parto.

Para tal, é necessário que seja proporcionada formação sobre o tema aos profissionais que assistem a mulher na gravidez e no parto. Por um lado, será essencial que as instituições escolares promovam o ensino dos cuidados mais recomendados e potencializem as experiências práticas em parto em diversas posições maternas nos seus alunos. Por outro lado, os profissionais de saúde deverão procurar atualizar-se e apoiar a sua prática nas melhores evidências científicas. Sugere-se que através do Núcleo de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (NESMO) da ULS Viseu Dão Lafões se planeie e execute formações aos EESMOs sobre tema, para estarem mais capacitados para prover o posicionamento vertical no trabalho de parto e parto. Assim como outras formações dirigidas a toda a equipa multidisciplinar que assiste a grávida e a parturiente.

Referências bibliográficas

- Academy of Breastfeeding Medicine, Blair, P., Ball, H., Mc Kenna, J., Feldman-Winter, L., Marinelli, K., Bartick, M. (2020) Bedsharing and Breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, Revision 2019
<https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/Protocol%20%236%20-%20English%20Translation.pdf>
- Academy of Breastfeeding Medicine, Mitchell, K., Johnson, H., Rodríguez, J.M., Eglash, A., Scherzinger, C., Zakarija-Grkovic, I. Cash, K., Berens, P. & Miller, B. (2022) Protocolo Clínico# 36 ABM: O espectro da mastite.
<https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/36-espectro-mastite-formatado-portuguese.pdf>
- Aires-de-Campos, D., Spong, C. & Chandrachan, E. (2015) Diretrizes de consenso da FIGO sobre monitoramento fetal intraparto: Cardiotocografia.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Alves, C. P., Almeida, C. C., Balhau, À. P., Silveira, L., Paulino, A. & Costa, A. C. (2012). Recomendações de Prevenção do Tromboembolismo Venoso em Cirurgia.
<https://www.spcir.com/wp-content/uploads/2016/06/Vascular-Brochura-Prevencao.pdf>
- Amaral, C., Ferreira, N., Monteiro, M. & Bulcão, E. (2020). Assistir parto vaginal. In A. Sequeira, O. Pousa & C. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 5.1, pp. 115-122). Lidel.

Amaro, C. I. T. (2022). *A experiência vivida pelo Enfermeiro EESMO na verticalização da mulher no parto*. [Dissertação de Mestrado, IPV Escola Superior de Saúde de Viseu].

Amaro, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J. O., Nelas, P. A. A. B. & Coutinho, E. C. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 489–502.

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>

American Liver Foundation. (2023) Intrahepatic cholestasis of pregnancy

<https://liverfoundation.org/liver-diseases/complications-of-liver-disease/intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy-icp/>

Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

(2021) Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa.

Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. Inquérito experiências de parto em Portugal, 2.^a edição. Recuperado em 22 de dezembro de 2022, de

https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2020/12/Experie%CC%82ncias-de-Parto-em-Portugal_2edicao_2015-19-1.

Badejoko, O., Ibrahim, H., Awowole, I., Bola-Oyebamiji, S., Ijarotimi, A., & Loto, O. (2016).

Upright or dorsal? childbirth positions among antenatal clinic attendees in Southwestern Nigeria. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 33(2), 172.

<https://doi.org/10.4103/0189-5117.192219>

Borer, H. & Dubovi, I. (2023). Fostering childbirth education on upright positions and mobility during labor in nulliparous women. *BMC pregnancy and childbirth*, 23(1),

870. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06166-4>

- Calais-Germain B, Parés, NV (2009). Parir en movimiento: Las movilidades de la Pelvis en el Parto. La Liebre de Marzo, Espanha. ISBN 978-84-92470-12-9.
- Cardoso, A. & Nené, M. (2021). Promover o desenvolvimento das competências parentais. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 13.5, pp. 481-484). Lidel.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C. & Grilo, A.R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, V., Mineiro, A., Carracha, S., Monteiro, M., Santos, M., Carneiro, E., Varela, V., Sequeira, A. & Santos, M. (2020a). Posicionamento e mobilidade da grávida. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 4.4, pp. 92-100). Lidel.
- Cardoso, V., Mineiro, A., Carracha, S., Monteiro, M. J., Santos, M., Carneiro, E., Varela, V., Sequeira, A. & Santos, M. E. (2020b). Posicionamento da parturiente no período expulsivo. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 5.2, pp. 123-130). Lidel.
- CUF. (2023). Por que é essencial encontrar o gânglio sentinela? Acedido em <https://www.cuf.pt/mais-saude/por-que-e-essencial-encontrar-o-ganglio-sentinela>
- Direção Geral da Saúde. (2015). Orientação n°002/2015- Indução do trabalho de parto. Lisboa. Portugal.
- Direção Geral da Saúde. (2023). NORMA: 001/2023 Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério Lisboa. Portugal disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp->

[content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_publico.pdf](https://www.dgs.pt/content/uploads/2023/03/norma_001_2023_org_cuidados_preconcecao_gravidez_publico.pdf)

Direção Geral de Saúde. (2015). Programa Nacional para a Gravidez de Baixo Risco. Lisboa:

Direção Geral de Saúde, pp. 21-31. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2016). Vacinação da grávida contra a tosse convulsa. Acedido em:

<https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/07/19/vacinacao-da-gravida-contra-a-tosseconvulsa/>

Direção-Geral de Saúde- RISCAR. (2022) Guia para grávidas. Consultado em:

<https://www.sns24.gov.pt/guia/guia-para-gravidas/>

Direção-Geral da Saúde. (2006) Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância:

Manual de orientação para profissionais de saúde. – Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2021) Alimentação e Nutrição na Gravidez. Acedido em:

https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2021/03/ManualGravidez_Final-3Marc%CC%A7o2021.pdf

EVER Valinject. (2017) Folheto informativo: Atosiban EVER Pharma 37.5mg/5ml

concentrado para solução para perfusão.

Fatia, A. & Tinoco, L. (2021). Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista

(coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 11, pp.310-311). Lidel.

Fonseca, S. (2021). Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista

(coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 11.5, pp.353-360).

Lidel.

- Freitas, M. & Batista, M. (2021). Avaliação e estabilização do recém-nascido. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 14.1.1, p. 487 - 491). Lidel.
- Graça, L.M. (2018). Medicina materno fetal (5ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Guerra, A. (2021). A dor em obstetrícia. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 12, p. 408-410). Lidel.
- Guerreiro, C. & Dias, I. (2021). Consulta de Enfermagem Especializada no Pré-concepcional. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 1.7, pp. 49-52). Lidel.
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L., Li, F., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460-467. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007>
- Inácio, I. (2021). Diabetes Gestacional. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 7.2, p. 200 - 205). Lidel
- Instituto Superior Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. (2023). Plano de atividades - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia 7ª edição. Estágio com relatório final: enfermagem de saúde materna obstetrícia e ginecológica. Viseu.
- Lacerda, J., Silva, L., Confessor, M. (2020). Conduas Terapêuticas da Hemorragia Pós-Parto associadas a pacientes com Coagulopatias – Uma Revisão Sistemática de Literatura. In: *XXIX Congresso Médico Acadêmico da UNICAMP - CoMAU – Campinas* <https://www.doity.com.br/anais/comau2020/trabalho/160316>.
- Lobão, A. & Zangão, M. (2022). Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Associação*

Portuguesa de Enfermeiros Obstetras Vol. 22, N.º 1, pp. 36-51 DOI:

<https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17>

- Lopes, M. (2021). Plano de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap.6.3, p.167 - 169). Lidel
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2013). Saúde da mulher e enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro: Elsevier
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2021). Ameaça de parto pré-termo e parto pré termo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 7.4, pp. 211-215). Lidel.
- Marques, P. (2022) *Manual de boas práticas – planeamento familiar*. USF Cartaxo Terra Viva. Acedido em:
<https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/3/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/Manual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Anexo%20III%20-%20Planeamento%20Familiar.pdf>
- Mascarenhas, C. & Ruas, M. (2020). Ferida cirúrgica perineal seletiva (episiotomia). In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 5.4, pp. 137-142). Lidel.
- Mascarenhas, C. (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica-episiotomia/traumática – laceração de 1º e 2º graus. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 5.5, p. 146). Lidel.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing Company.

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.
- Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos De Saúde*, 12(1), 47-53. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>
- Mineiro, A., Rito, B., Cardoso, V. & Sousa, C. (2021). A Posição da mulher no trabalho de Parto. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 11.3, pp. 335-347). Lidel.
- Monteiro, F. & Leite, F.C. (2021). Estados hipertensivos da gravidez. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 7.1, pp. 182-199). Lidel.
- Mselle, L. T., & Eustace, L. (2020). Why do women assume a supine position when giving birth? The perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2726-4>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Investigação em enfermagem-tomada de posição. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com qualidade: *Influência da Posição de Parto na Mãe e no Recém-Nascido: Indicador de evidência*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PosicaodeParto_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2021). Recomendações para o estágio da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclosde-estudos-dos-mestrado-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2022). Ordem cria nova área de investigação. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/ordem-cria-nova-%C3%A1rea-de-investiga%C3%A7%C3%A3o/>

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2020). Parecer n.º 08/2020: A realização de colpocitologia por enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21772/parecer-mceesmo_08-2020_a-realiza%C3%A7%C3%A3o-de-colpocitologia-por-eesmo_anonimizado.pdf

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2016). Parecer n.º 04/ 2016 Assunto: Sessão e tempos de duração dos cursos de preparação para o nascimento e curso de recuperação pós-parto.

Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2022). Pronúncia MCEESMO 22/2022 Ambientes facilitadores do trabalho de parto.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25862/pronuncia-mceesmo_22-2022_ambientes-facilitadores-do-trabalho-de-parto.pdf

Organização Mundial de Saúde. (1996). Assistência ao parto normal: Um guia prático.

Organização mundial de Saúde.

Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P., & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pedro, L. & Oliveira, S. (2021). A dor no trabalho de parto. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 12.1, p. 411 - 412). Lidel.

Pereira, A. C. T., Silva, M. G., & Missio, L. (2022). Conhecimento das gestantes atendidas em um hospital de ensino sobre trabalho de parto e parto. *Perspectivas Experimentais E Clínicas Inovações Biomédicas E Educação Em Saúde (PECIBES)* ISSN - 2594-9888, 8(1), 2–9. <https://doi.org/10.55028/pecibes.v8i1.14742>

Pereira, M (2021). Preparação para o nascimento e parentalidade. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 6, pp. 152-157). Lidel.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pinheiro, A. A. (2021). Promoção do parto normal. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 11.2, pp. 324-334).

Lidel.

Portugal, Despacho n.º 8254/2017 (**2017, setembro 21**). Diário da República, 2.ª série — N.º 183/2017. <https://www.mgfamiliar.net/wp-content/uploads/ProgOnco-1.pdf>

Portugal, Lei 110/2019..(2019, Setembro 9). Diário da República, 1.ª série — N.º 172/2019. https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?tabela=leis&nid=3164&pagina=1&ficha=1

Portugal, Lei 9/2009. (2009, Março 4). Diretiva n.º 2005/36/CE. Diário da República, 1.ª série — N.º 44. Ponto 5.1 do anexo II. <https://dre.pt/application/conteudo/604779>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde. (2015). Programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco. DGS. <https://www.dgs.pt/emdestaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx>

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2021) Programa nacional para as doenças oncológicas avaliação e monitorização dos rastreios oncológicos organizados de base populacional 2019/2020 Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Portugal, Regulamento nº140/2019. (2019, Fevereiro 6). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República 2* (26), pp.4744-475 <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Portugal, Regulamento nº391/2019. (2019, Maio 3). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica. *Diário da República 2* (85), pp.13560-13565. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

- Santos, M. J. F, Batista M. C. D. (2021). Necessidade em Cuidados de Enfermagem da puérpera e recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 13.3, pp. 455-472). Lidel.
- Santos, M., Sequeira, A., Freitas, C., Prata, A. & Lopes, S. (2020). Assistência no puerpério imediato. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 7.1, pp. 187-191). Lidel.
- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2013). Consenso clínico “hipoglicemia neonatal” https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Sequeira, A., Prata, A., Correia, T., Henriques, C. & Monteiro, M. (2020). Terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação). In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 5.8, pp. 162-169). Lidel.
- Sequeira, A., Santos, M. J., Freitas, C., Prata, A. & Lopes, S. (2020) Avaliação da involução uterina. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 7.3, pp. 195-199). Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde (2020). Teste do pezinho. Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/01/14/teste-do-pezinho-4/>
- Serviço Nacional de Saúde (2023). Descomplicar a gravidez- Tabaco, gravidez e amamentação. Acedido em: <https://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/descomplicara-gravidez/tabaco-gravidez-e-amamentacao/>
- Silva, L. S., Leão, D.C. M. R., Cruz, A. F. N., Alves, V. H., Rodrigues, D. P. & Pinto, C. B. (2016). Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma

contribuição para o cuidar. *Revista de Enfermagem UFPE on Line*, 10(4), 3531–3536

<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i4a11127p3531-3536-2016>

Silveira, I. P. da, & Carvalho, F. A. M. (2003). Conhecimento das mulheres sobre posições para o parto normal. *Rev Rene*, 4(1).

<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/5643>

Sistema Nacional de Saúde. Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários. (2023)

USF Viseu Cidade [https://bicsp.min-](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2182392/Pages/default.aspx)

[saude.pt/pt/biufs/2/20022/2182392/Pages/default.aspx](https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/20022/2182392/Pages/default.aspx)

Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2020). Cancro ginecológico, consensos nacionais 2020.

https://spginecologia.pt/wpcontent/uploads/2020/01/Brochuradig_ConsensosNacionais_23_310123-002.cleaned.pdf

Sociedade Portuguesa de Obstetricia e Medicina Materno Fetal (2018) Normas de Orientação Clínica SPOMMF: Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal.

<https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Matura%C3%A7%C3%A3o-Fetal-Pulmonar.pdf>

Sotto-Mayor, L. (2021). Aborto espontâneo. In M. Néné, R. Marques & M. A. Batista (coord.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. (Cap. 9.1, p. 267 - 275). Lidel.

Sousa, J., Silva, I., Gonçalves, L., Nery, I., Gomes, I. & Sousa, L. (2018). Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27499>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C.,

- McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Uka, V., Nsemo, A. D., Ojong, I. N., Akpan, M. I., & Ene, B. (2023). Pregnant Women's Preferred Birthing Positions In A Tertiary Health Facility In Cross River State, Nigeria. *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 14(3), 205–214. <https://doi.org/10.47750/pnr.2023.14.03.28>
- Umberto, C.C., Barreto, J. L. S. G. A. & Nosow, J. S. K. C. (2012). A abordagem empática na orientação pré-operatória como método para diminuir a ansiedade do paciente. *Revista Multidisciplinar da Saúde*, Ano IV (7). <https://revistas.anchieta.br/index.php/RevistaMultiSaude/article/view/938/827>
- Unidade Local de saúde Viseu Dão Lafões, Unidade de Medicina Fetal. (2024) Amnicentese e biópsia das vilosidades coriônicas. https://www.chtv.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/24/2024/05/Mod.-381_rev-2.pdf
- Varela, V., Amaral, C. F., Santos, M. E., Madrugada, C., Ferreira, N. & Ferreira S. (2020) Diagnostico de início de trabalho de parto. In A. Sequeira, O. Pousa, C. & C. F. Amaral (coords.), *Procedimento de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 4.1, pp. 75-78). Lidel.
- Ventura, R (2021). Os primeiros dias do recém-nascido. In M. Nené, R. Marques & M. A. Batista (coords.), *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (Cap. 14.3, pp. 504-508). Lidel.
- World Health Organization (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. WHO.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1

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

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>

World Health Organization (2022) Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services. Geneva.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362880/9789240057142-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2009) Orientações da OMS para cirurgia segura, Cirurgia Segura Salva Vidas.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf?sequence=8

Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*. Blackwell Publishing Ltd.

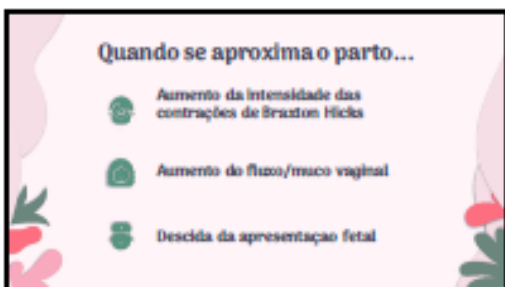
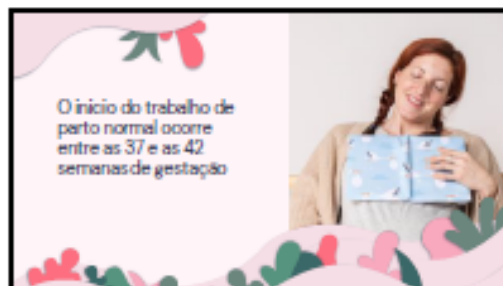
<https://doi.org/10.1111/jan.14587>

Zileni, B. D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K.-K., Zileni, C. W., & Muller, A. (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth*, 30(1), e1–e8.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.003>

Anexos

Anexo I - Apresentação da sessão para preparação para o parto “Sinais de trabalho de parto e posições verticais no trabalho de parto”



Rothão mucoso



Secreção gelatinosa, produzida no início da gestação, que fica no orifício do colo do útero. O tampão forma uma barreira de proteção entre o canal vaginal e o útero, impedindo que bactérias e outros microrganismos entrem em contato com o feto.

Rothão mucoso



Seu cor pode ser transparente, esbranquiçado, amarelado ou até mesmo avermelhado, por conta da eventual presença de sangue misturado ao muco.

Rothão mucoso

Normalmente, o tampão mucoso é expulso quando a gestação está a termo (ou seja, entre 37 e 42 semanas) e sua saída pode indicar que o bebê do útero está se preparando para o parto.

No entanto, é importante ressaltar que a **perda do tampão pode ocorrer semanas ou dias antes do início do trabalho de parto**, e essa situação varia bastante de acordo com cada gestação. Por isso, recomenda-se que a mulher fique calma e preste atenção a outros sinais associados, como contrações regulares e saída de líquido amniótico pela vagina.

Perda de líquido amniótico

A perda de líquido amniótico pela vagina indica que houve ruptura das membranas feto-maternas - vulgarmente chamada "vazamento de água".

Quando sua saída de líquido amniótico é acompanhado por dor.

Quando há perda de líquido amniótico sem dor, imediatamente após o parto.

Na maioria das vezes, a ruptura das membranas acontece durante o 9º mês da gestação de parto, mas é possível ocorrer antes, ou no momento do nascimento.

Perda de líquido amniótico

Sempre que há sinais de membranas, mesmo com contrações fracas, andar a toda velocidade e ir para o Hospital.

Observar a coloração do líquido

Transparente

Dirigir-se ao Hospital imediatamente

Amarelo ou avermelhado

Ir imediatamente para o Hospital

Contrações



Sensação de barriga dura começa na parte alta do útero e irradia para a parte baixa da barriga, como uma onda.

Contrações

As contrações são responsáveis pela modificação do colo ou seja o seu apertamento e dilatação e ajudam o bebê a descer através da pelve

Contrações

O trabalho de parto começa com contrações uterinas irregulares de intensidade variável; essas contrações parecem amolecer (amadurecer) o colo, que começa a se apertar e dilatar. À medida que o parto se desenvolve, aumentam a duração, intensidade e frequência das contrações.

Contrações de trabalho de parto vs contrações de Braxton Hicks

Parto verdadeiro	Parto falso
As contrações são regulares e aumentam em frequência gradualmente com o tempo e a intensidade.	As contrações são irregulares e espaçadas, que começam a ocorrer mais tarde no segundo trimestre.
Podem persistir até o fim da gravidez, as contrações se tornam mais frequentes, mais duradouras e mais fortes.	Podem desaparecer ao longo do tempo ou desaparecerem, também as contrações.
As contrações sempre parecem fortalecer os quadris, devido ao seu regularidade de início.	As contrações são sensíveis ao toque.
Interrompê-las na atividade não produz nenhuma alteração sobre o parto.	Interrompê-las não ocorre.

Quando ir para o hospital

Contrações
Regulares 2 a 3
contrações em 10 minutos

Sinal de alarme
Hemorragia, febre e dilatação das membranas íntimas

Rompimento a "bolsa de águas"

02

Fases do trabalho de parto

Fases do Trabalho de Parto

1º estágio: Apertamento e dilatação do colo

2º estágio: Parto vaginal

3º estágio: Expulsão

4º estágio: Parto imediato

1º estágio - dilatação

- Compreende o apertamento e a dilatação do colo, inicia-se com as contrações uterinas regulares e termina com a dilatação completa do colo.

É composto por duas fases:

- Fase latente (contrações regulares – colo apertado até 4 cm de dilatação)
 - Fase ativa (ritmo e dilatação mais previsíveis, dos 4 cm até aos 10 cm)
- Dura geralmente 6 a 10 horas nas primíparas e de 2 a 10 horas nas multíparas.

2º estágio - expulsivo

- Inicia-se na dilatação completa e termina com o expulsão do feto.
- Dura geralmente 4 a 50 minutos nas nullíparas e 15 a 20 minutos nas multíparas.
- a necessidade de efetuar esforços expulsivos intensifica-se à medida que a deslida do feto progride.

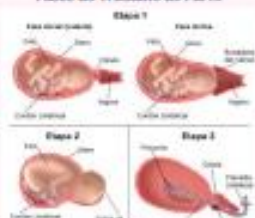
3º estágio - dequitação

- Decorre desde a expulsão do feto até expulsão da placenta e membranas fetais.
- Dura geralmente até 30 minutos.
- o útero contrai fazendo com que a placenta se desprenda e seja expulsa através da vagina.

4º estágio - puerpério imediato

- Decorre desde a expulsão da placenta até 2 horas após.
- Muito importante os processos de hemostáticos (volutar e involutar) e tonico-relaxamento.
- Existe uma maior probabilidade de ocorrerem grandes hemorragias.
- Em condições normais o útero deverá estar firmemente contraído.

Fases do Trabalho de Parto

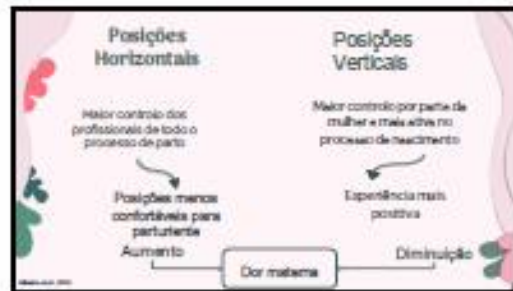
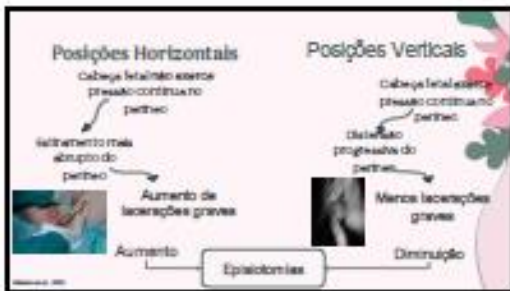
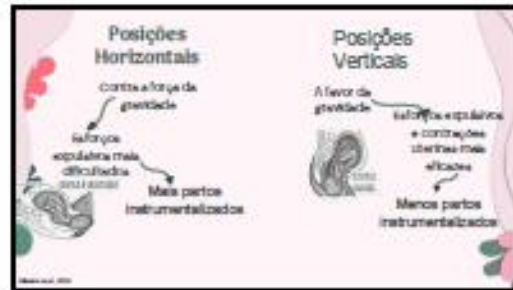
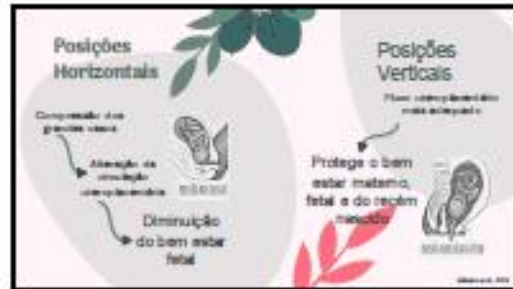


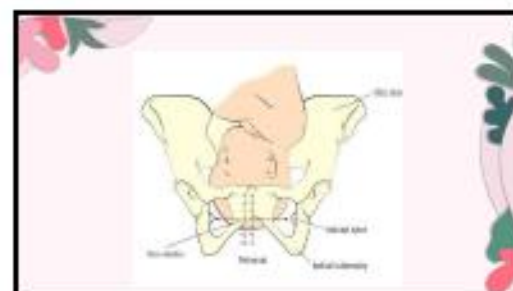
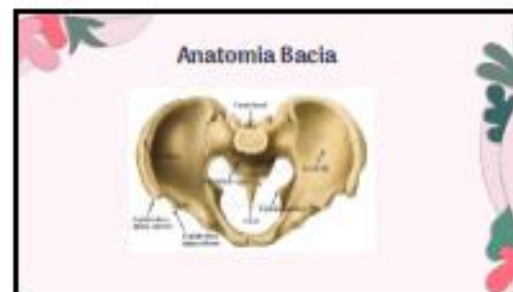
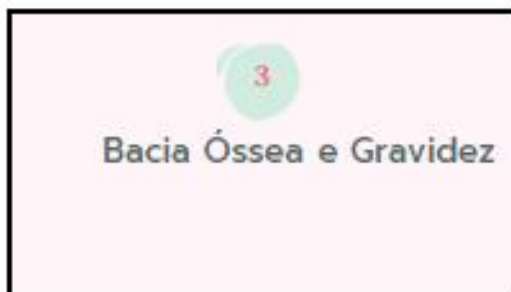
Durante o trabalho de parto

- > Respiração
- > Relaxamento
- > Posições verticais e movimento

03

Posições verticais vs horizontais



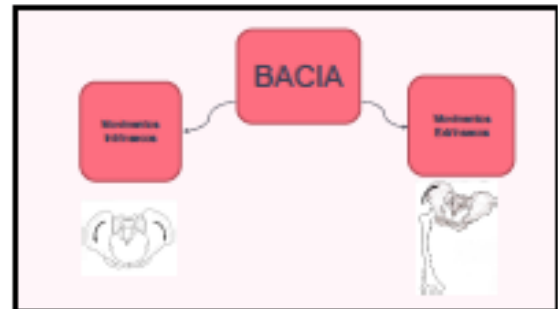


Durante a Gravidez a ação hormonal – Relaxina

- Articulações e ligamentos mais elasticos e flexíveis
- Mobilidade mais facilitada

Essa capacidade de movimento entre os ossos da bacia –

Movimentos Intrínsecos

Movimentos Intrínsecos

Movimentos que ocorrem entre os próprios ossos que compõem a bacia, ou seja, a bacia move-se sobre si mesma, produzindo efeito nas articulações sacroilíacas e sínfise púbica.

São estes movimentos que modificam diretamente a **morfologia interna da bacia**.

Movimentos Extrínsecos

Quando a bacia se move em relação as estruturas adjacentes, Vão modificar a orientação da bacia, com efeitos mais significativos no estreito superior, potenciando o efeito que a gravidade tem sobre o feto, facilitando assim o **encravamento e a adaptação do feto à escarificação pélvica**.


4

Posições no Trabalho de Parto



Posições a adotar durante o trabalho de parto

Existem várias outras posições que podem ser adotadas durante o trabalho de parto que vão permitir o alívio da dor e facilitar a travessa do bebé pelo canal de parto até ao nascimento.



Três posições principais

Não são posições adicionais, mas verticais as formas de movimento.

Três posições principais permitem:

- Libertação da musculatura e descontração da pelve
- Menor fadiga
- Facilitam as pernas em diferentes ângulos:
 - > Estática - angulo estirado superior
 - > Dinâmica - angulo estirado inferior e inferior
- Apoio e suporte:
 - > Apoio - para manter o equilíbrio
 - > Suspensão - para apoiar o peso
- Aplicação de calor e massagem no região inferior e superior
- Atividade - fadiga e estresse das pernas - melhora o desempenho total

Posição de pé

De pé com pernas um pouco separadas e joelhos ligeiramente flexíveis

- A favor da gravidade favorecendo o êxito do bebê
- Alivia dor lombar
- Adapta-se a todas as etapas do trabalho de parto
- Demais para a mãe necessário apoio ou suspensão

Posição Sentada na bola de parto

Sentada numa bola grande de tamanho adequado para a mulher ter estabilidade

- O tronco e as pernas podem agitar-se, o que ajuda a suspenção na e as pernas podem adotar várias posições
- Como a bola é inflável permite mobilidade em diferentes ângulos de torso e diversos movimentos que facilitam o êxito de parto
- Variação de verticais - contrações mais eficazes
- Maior pressão durante a grande contração

Posição de joelhos/ quatro apoios

- Colocar os joelhos sobre um suporte sólido
- Separar ligeiramente as pernas para ter uma linha estirada de sustentação
- O peso do torso deve ser suportado, mas pelas pernas ou apoiar o torso num suporte

Isso tem liberdade de movimento em todos os ângulos
Favorece o relaxamento das articulações sacroilíacas
Assimilação com as pernas e nádegas

Parir em Movimento: Permite

- Alívio da dor
- Viabilidade do parto: facilita a passagem
- Estímulo das contrações: naturais, fluxos sanguíneos para placenta mais abundante
- Facilidade na adaptação da apresentação fetal ao eixo do parto
- Maior conforto, estabilidade e equilíbrio
- Facilidade na abertura fetal, empurrando à força da gravidade
- Redução do tempo de trabalho de parto
- Diminuição da necessidade de intervenção médica
- Prevenção do parto prematuro e fetal e do parto cesáreo

Anexo II - Apresentação da ação de formação em serviço da USF “ Verticalização do trabalho de parto”



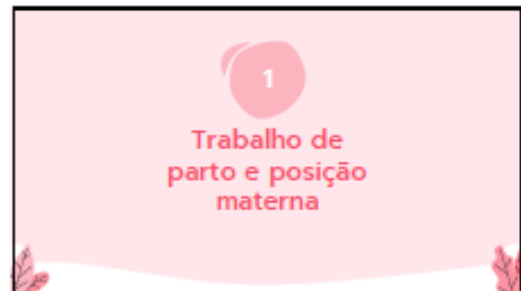
Plano da Sessão

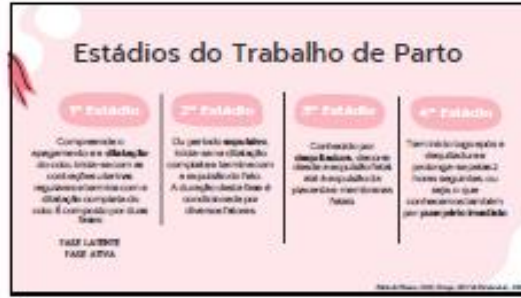
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar profissionais sobre a temática abordada Fortificar o trabalho colaborativo interdisciplinar com a família Estabelecer a qualidade do trabalho de parto 			
Tempo	Conteúdo	Métodos	Recursos materiais	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Atas introdutórias 			
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Trabalho de parto e posição materna Práticas antálgicas e horizontais Parto físico e gestual Práticas no trabalho de parto 	<ul style="list-style-type: none"> Exercícios e dinâmicas 	<ul style="list-style-type: none"> Computador Imagem Cartazes 	40 minutos
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Condições finais 			

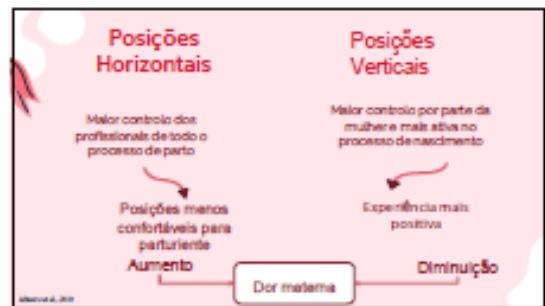
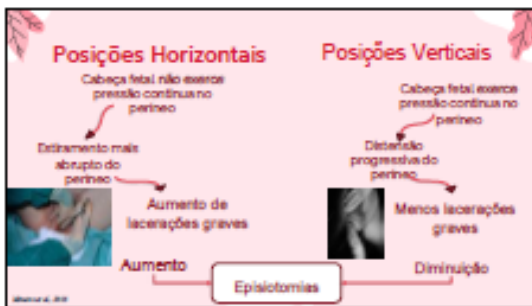
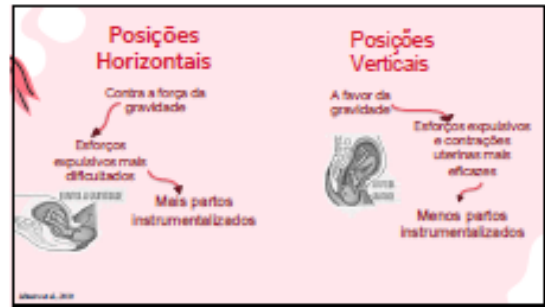


Obstáculos á implementação do parto vertical relativos:

Área	Obstáculos
Ambiente organizacional	<ul style="list-style-type: none"> Falta de instalações, equipamentos e profissionais Escasas instituições ou profissionais que posicionem a mulher em posições horizontais
Parturiente	<ul style="list-style-type: none"> Preferência por posições supinas no trabalho de parto e parto Falta de preparação de empoderamento em relação ao parto
Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> Falta de formação e expertise pública Falta de reconhecimento, respeito á realidade de equipe
Intervenções no parto	<ul style="list-style-type: none"> Analgesia química Introdução de trabalho de parto Cardiotocografia contínua







A OMS recomenda fortemente adoção de posições verticais e mobilidade durante o trabalho de parto, em parturientes de baixo risco pelos benefícios que lhe estão inerentes. E que a posição de litotômica deve ser evitada durante o trabalho de parto e parto (WHO, 2018).

3

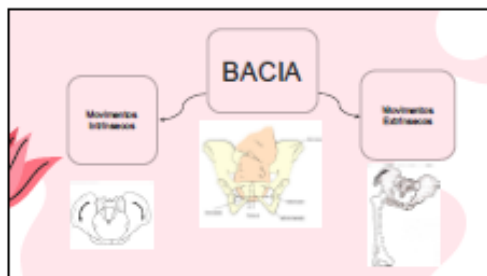
Bacia Óssea e Gravidez

Durante a Gravidez a ação hormonal – Relaxina:

- Articulações e ligamentos mais elásticos e flexíveis
- Mobilidade mais facilitada

Maior capacidade de movimento entre as ossas da bacia –

Movimentos Intrinsecos



Os três estreitos da bacia

Estreito superior
Estreito médio
Estreito inferior

4

Posições no Trabalho de Parto

Posições a adotar durante o trabalho de parto

Existem várias outras posições que podem ser adotadas durante o trabalho de parto que vão permitir o alívio da dor e facilitam a travessia do bebé pelo canal de parto até ao nascimento

Três posições principais

De pé

Sentada na bola de pé

Apoiada / 4 apoios

Não são posições estáticas mas verdadeiras formas de movimento

Três posições principais permitem:

- Liberdade de movimentos e mudança de posição
- Sacro livre
- Apoiar o corpo / suspender o corpo - para maior conforto
- Aplicação de calor e massagens na região lombar e sagrada

Posicionar as pernas em diferentes direções:
 Rotações:
 > externa - ampla estreto superior
 > interna - ampla estreto medio e inferior

Assimetrias - flexão e extensão dos membros - acerto alinhamento fetal

Posição de pé

De Pé com pernas um pouco separadas e joelhos ligeiramente flexidos

- A favor da gravidade favorecendo o encaixe do bebê
- Alivia dor lombar
- Adapta-se a todas as etapas do trabalho de parto
- Conselha para a mãe necessário apoio ou suspensão

Posição Sentada na bola de parto

Sentada numa bola grande de tamanho adequado para a mulher ter estabilidade

- O tronco e os braços podem agarrar-se a um suporte ou suspender-se e as pernas podem ocupar varias posições.
- Como a bola é leve ela permite mobilidade em diferentes direções de flexão e extensão, movimentos que modificam o interior de bacia.
- Variação da verticalização - contrações mais eficazes
- Perceção posterior superior e gravidez
- Posição confortável

Posição de joelhos/ quatro apoios

- Colocar os joelhos sobre um suporte macio.
- Separar ligeiramente as pernas para ter uma base alargada de sustentação
- O peso do tronco deve ser suportado mais pelas pernas ou apoiar o tronco num suporte

Isso dá liberdade de movimentos em todas as direções. Favorece o relaxamento das articulações e musculatura. Admite flexão e rotação.

Parir em Movimento: Permite

- Maior conforto, satisfação e confiança
- Facilidade na descida fetal, conduzindo à força da gravidade
- Redução da duração do trabalho de parto
- Diminuição da necessidade de intervenção médica
- Promoção do bem-estar materno e fetal e do relaxamento

- Alívio da dor
- Vivência do parto fisiológico e positivo
- Eficácia nas contrações uterinas, fluxo sanguíneo para placenta mais abundante
- Facilidade na adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia



Anexo III - Desdobrável sobre “Posições no trabalho de parto”

Evite estar deitada de barriga para cima, pois dificulta a circulação que leva o sangue ao bebé e a descida do bebé.



Se precisar de ficar deitada opte pela posição lateral com uma perna esticada e outra fletida.

Se está em Trabalho de Parto....



Posições no Trabalho de Parto

... Mova-se!

Referências bibliográficas:

Calais-Germain, B. & Parés, N. (2009). Parir en movimiento: las movilidades de la pélvis en el parto. La liebre de marzo

Comité de Apoio Folhetos Informativos APEO (2022.) Como promover o parto normal? <https://drive.google.com/file/d/1dRmVvIMatQUfubyz1s15nkQxyqicg/view>

Elaborado por: Enf Carina Martins 73CMESMO e EESMO Paula Silva
Julho 2023



Com as contrações regulares inicia-se o trabalho de parto, as posições que adotar vão influenciar a forma como vai decorrer todo o processo.



Para uma experiência positiva deverá manter-se ativa e com liberdade de movimentos durante todo o trabalho de parto.

Deverá responder instintivamente às necessidades de movimento do meu corpo durante o trabalho de parto, privilegiando posições verticalizadas e a liberdade de movimentos, pois:

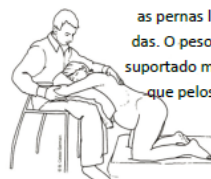
- Facilita progressão/ descida do bebé no canal de parto,
- Alivia a dor sentida,
- Diminui a necessidade de intervenções no parto,
- Promove Trabalho de parto mais curtos.

Posições que poderá adotar durante o Trabalho de Parto:



De Pé com as pernas um pouco afastadas e joelhos ligeiramente

Sentada numa bola de pilates de tamanho adequado para ter mais estabilidade.



De joelhos / 4 apoios, com os joelhos numa base macia e as pernas ligeiramente afastadas. O peso do tronco deve ser suportado mais pelas pernas do que pelos braços ou 3centão apoie o tronco.

Vantagens destas posições:

- Pode mover-se livremente e mudar de posição sempre que desejar
- Para maior conforto poderá apoiar/ suspender o corpo
- Poderá mover a bacia e as pernas em todas as direções o que vai facilitar a descida do bebé



- São a favor da gravidade, pelo que as contrações são mais eficazes
- A região lombar e sagrada estão acessíveis para aplicar calor ou receber uma massagens, diminuindo a dor



Anexo IV - Resumo do Protocolo Clínico #36 ABM: O Espectro da Mastite

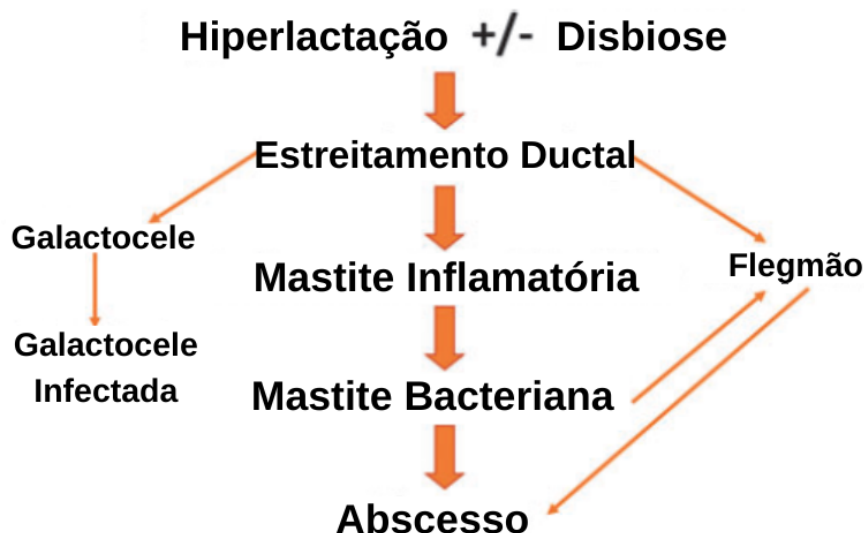
Resumo
Protocolo Clínico #36 ABM:
O Espectro da Mastite, Revisado 2022

Este protocolo da *Academy of Breastfeeding Medicine – ABM* surge em substituição ao anterior Protocolo Clínico #4: Mastite

A MASTITE é uma complicação materna comum durante a lactação e contribui para o desmame precoce.

Evidências científicas atuais demonstram que a mastite compreende um espectro de condições resultantes da inflamação ductal e edema de estroma. Se o estreitamento ductal e a congestão alveolar são pioradas pela superestimulação da produção de leite, então uma mastite inflamatória pode acontecer, e uma mastite bacteriana aguda pode se seguir. Essa condição pode progredir para um flegmão ou um abscesso, particularmente se houver trauma tecidual por massagem agressiva no seio. Galactoceles, que podem resultar de uma hiperlactação não resolvida, podem se tornar infectadas. Mastite subaguda pode ocorrer no contexto de disbiose mamária crônica, com biofilme bacteriano estreitando o lúmen ductal

O ingurgitamento do começo do pós-parto, uma condição distinta, mas que compartilha alguns aspectos clínicos com os distúrbios do espectro da mastite, também será revisado.



Recomendações aplicáveis a todo espectro

1. Orientação antecipatória e intervenções comportamentais

- a. **Tranquilizar as mães de que muitos sintomas de mastite vão melhorar com medidas conservadoras e suporte psicológico.** – Na maioria das situações, a aplicação de medidas básicas, diminuição do stress e aumento do repouso materno melhoram a situação, sem necessidade de recurso a antibioterapia.
- b. **Educar as utentes a respeito da anatomia normal da mama e fisiologia da lactação no pós-parto.** – As mulheres devem ser instruídas sobre o processo de lactação pois a sensação de mama pesada, calor, rubor e dor ou um pico de febre não é indicador de problemas.
- c. **Alimentar o bebé em livre demanda, sem objetivo de “esvaziar” as mamas.** - O volume de leite depende de um mecanismo de feedback em que o aumento da remoção de leite aumenta a produção. Logo se aumentar as mamadas ou retirar leite para esvaziar a mama afetada vai provocar aumento na produção de leite logo piora o edema tecidual e inflamação. As mães podem realizar ordenha manual de pequenos volumes de leite para conforto até que a sua produção reduza para se adequar às necessidades do bebé. As mães que utilizam bombas extratoras devem ordenhar somente o volume que o seu bebé consome. O edema pode resolver mais rápido com gelo e drenagem linfática.
- d. **Minimizar uso de bomba extratora.** A amamentação fisiológica é preferível. As bombas extratoras favorecem a disbiose (não existe troca de bactérias entre mãe e bebé) e pode provocar traumatismos na mama.
- e. **Evitar o uso de bicos intermediários de silicone.** - Intermediários de silicone representam uma amamentação não-fisiológica e resultam em extração de leite inadequada. Os bebés frequentemente bebem passivamente o leite do reservatório do bico sem realizarem a pega adequada ao parênquima do seio.
- f. **Vestir um sutiã de tamanho correto com suporte adequado.** – Um suporte da mama adequado evita linfedema e dor progressiva nas costas e pescoço.
- g. **Evitar massagem profunda do seio lactante.** - Pois aumenta a inflamação, edema tecidual, e lesão microvascular. Compressões leves e varredura da pele são mais adequadas.
- h. **Evitar solução salina, óleo de rícino (castor oil), e outros produtos tópicos.** - A mastite é uma inflamação e/ou infeção em um espaço profundo do órgão e o uso de produtos tópicos não vão tratar essa condição e podendo até causar dano tecidual.

- i. **Evitar esterilização de rotina de bombas extradoras e itens de uso doméstico.** - As peças da bomba devem ser lavadas adequadamente após cada uso, não sendo necessário a sua esterilização por rotina. É de evitar a limpeza do mamilo já que isso pode levar a maceração da pele e dor.

2. Intervenções médicas

- a. **Reduzir inflamação e dor.** - Gelo e anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) podem reduzir o edema e a inflamação e fornecer alívio sintomático, o paracetamol pode promover analgesia.
- b. **Tratar pontos de obstrução no mamilo (blebs) e evitar perfurá-los.**
- c. **Tratar hiperlactação ou “excesso de produção”.**
- d. **Utilizar ultrassom terapêutico.**
- e. **Reservar uso de antibióticos para mastite bacteriana.**
- f. **Considerar probióticos.**
- g. **Avaliar para Transtornos de Ansiedade e Humor Perinatais** - Mulheres com história de ansiedade e depressão apresentam taxas mais altas de sintomas de mastite. Transtornos de Ansiedade e Humor Perinatais estão aumentados em qualquer mulher que vivencia complicações na amamentação.

Recomendações para condições específicas

a. Recomendações para ingurgitamento pós-parto na lactogênese II

- Minimizar infusão de líquidos intravenosos durante o trabalho de parto, já que o acúmulo de fluido intersticial exacerba edema e ingurgitamento.
- Promover o “alojamento conjunto” para permitir a amamentação fisiológica e evitar a necessidade de ordenha com bomba extratora.
- Instruir as mães a realizar ordenha manual para aliviar sintomas e fornecer leite materno para os lactentes não estão a conseguir realizar a transferência de leite de maneira eficaz ou estão separados de suas mães.
- Realizar a técnica de amolecimento da aréola por pressão reversa (*reverse pressure softening* – anexo1), remover pequenos volumes de leite antes de acoplar o bebê, facilitando a transferência fisiológica de leite.
- Considerar a drenagem linfática (anexo 2) para aliviar edema intersticial
- Considerar utilizar gelo para alívio sintomático.

b. Recomendações para estreitamento de ductos e mastite inflamatória

- Seguir orientações aplicáveis a todo o espectro mencionadas anteriormente.

c. Recomendações para mastite bacteriana, flegmão abscesso, galactocele e galactocele infectada e mastite subaguda. - consultar protocolo

- Consumir leite de um seio com mastite bacteriana é seguro para o lactente.
- Se for necessária a hospitalização, mãe e bebê devem ser mantidos em alojamento conjunto e autorizados a seguir amamentação em livre demanda.

Conclusão

Em geral, as condições que ocorrem no espectro fisiopatológico da mastite podem ser prevenidas e tratadas ao reduzir intervenções iatrogênicas e utilizando medidas simples, como gelo, AINEs, e amamentação fisiológica.

Deve ser dada atenção ao tratamento adequado da hiperlactação como um fator de risco subjacente primário para mastite. Da mesma forma, dada a importância de um microbioma saudável do leite materno na prevenção de mastite, fatores de risco como disbiose precisam ser analisados. Entender a fisiopatologia do estreitamento de ductos e inflamação permite aos profissionais selecionar tratamentos eficazes direcionados para mastite.

Recomendações tradicionais de aumentar a remoção de leite para combater a estase do leite e massagear o tecido mamário para aliviar a obstrução ductal devido a “tampões” de leite carecem de validade fisiológica. O estímulo frequente dos seios com alvéolos congestionados piora a hiperemia e o edema, causando aumento da dor, edema e rubor. Também dificulta uma pega correta, não-traumática, para que o bebê consiga efetivamente retirar leite da mama.


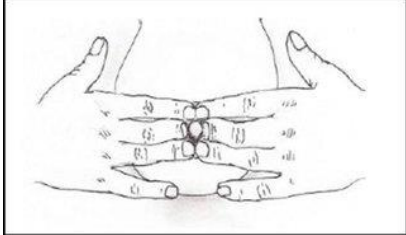
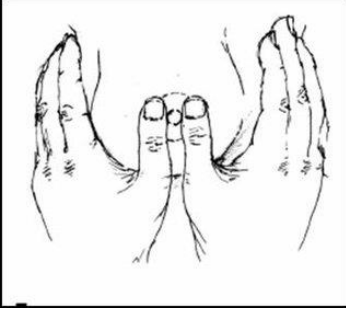
Ordenhas com bomba extratora frequentes também atrapalham o microbioma do leite, potencializando o desenvolvimento de disbiose mamária e aumentando o risco para mastite bacteriana. Além disso, massagear a glândula mamária causa lesão capilar e necrose tecidual, e é um fator de risco primário para o desenvolvimento de flegmão e abscesso.

Anexo 1 - Reverse pressure softening

O amaciamento por pressão reversa é uma forma de suavizar a aréola, facilitando a pega do bebê e a extração de leite. Ele move o edema ligeiramente para trás na mama por 5 a 10 minutos. Deve ser realizado mesmo antes de cada mamada até que o edema desapareça. As mães com seios muito edemaciados ficam mais confortáveis a realizar esta técnica deitadas de costas.

Execução da técnica:

1. Escolha um dos métodos abaixo.
2. Pressione para dentro em direção à parede torácica, contando lentamente até 50. A pressão deve ser constante e firme, mas suave o suficiente para evitar dor.
3. Repita o processo até que a aréola tenha amolecido.
4. Quando a aréola estiver amolecida, pode alimentar seu bebê.

Método 1: segurar a flor com uma mão	Método 2: método de uma etapa com as duas mãos	Método 3: método de duas etapas com polegares de duas mãos
		
<p>certifique-se de que suas unhas são curtas. Curve as pontas dos dedos e coloque-as ao redor da base do mamilo.</p>	<p>Certifique-se de que suas unhas são curtas. Coloque 3 dedos em cada lado do seu mamilo. Pressione a ponta dos dedos na base do mamilo.</p>	<p>Este método é realizado por outra pessoa com quem a utente se sinta confortável. Colocam um polegar em cada lado do seu mamilo. A base dos polegares deve estar alinhada com o mamilo. Depois de aplicar pressão, repetir os passos com os polegares acima e abaixo do mamilo.</p>

Esses métodos são adaptados de K Jean Cotterman (2010), ilustrações de Kyle Cotterman. Retirado de [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/reverse-pressure-softening-nov-2018%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/reverse-pressure-softening-nov-2018%20(1).pdf)

Anexo 2 – Drenagem linfática

A drenagem linfática reduz o edema pois promover o movimento da linfa, reduzindo o edema e amaciando fibroses.

Técnica:

- Toque/ tração muito suave da pele – “como fazer festa a um gato” (levantar a pele para permitir fluxo de drenagem linfática/ redução da congestão vascular)
- Dez pequenos círculos na junção das veias jugular interna e subclávia
- Dez pequenos círculos na axila
- Continuar com massagem de toque suave do mamilo em direção à clavícula, axila

Começar na gestação se o aumento dos seios for doloroso e utilizar conforme necessidade no pós-parto para o ingurgitamento.

Drenagem linfática



Fonte: <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/36-espectro-mastite-formatado-portuguese.pdf>

Anexo V - Panfleto sobre “Alimentação na gravidez”

SEGURANÇA ALIMENTAR

- * Lave as mãos adequadamente e higienize as superfícies e utensílios utilizados na preparação e confeção dos alimentos antes e durante o processo de preparação e confeção de alimentos.
- * Não misture alimentos crus com cozinhados nem utilize os mesmos utensílios na sua manipulação.
- * Cozinhe muito bem os alimentos, cozinhe totalmente o pescado, as carnes e ovos (gema e clara firmes) não consuma preparados com ovos crus exceto se utilizar ovos pasteurizados.
- * Mantenha os alimentos a temperaturas adequadas não deixe os alimentos cozinhados mais de 2h à temperatura ambiente, conservando-os rapidamente no frio.
- * Lave cuidadosamente os alimentos em água corrente e desinfete os que vai consumir crus
- * Esteja atenta aos rótulos e validades dos produtos a consumir.
- * Opte por refeições confeccionadas no momento ou requedidas a altas temperaturas.

MANTENHA UM PESO ADEQUADO

Tenha uma alimentação equilibrada e faça atividade física



Pratique pelo menos 150 minutos por semana o que corresponde a 50min 3 vezes por semana ou 30 minutos diários.

Tendo em conta o seu IMC—índice de massa corporal antes da gravidez, consulte a tabela pra a recomendação de aumento de peso.

IMC = peso Kg/ (altura m x altura m)

IMC= 60/ 1.60x1.60 = 23.4

IMC Kg/m2 inicial	Aumento de peso ideal durante a gravidez	Aumento de peso por semana no 2º e 3º trimestre
Baixo peso (<18.5)	12.5–18 Kg	0.5 Kg
Normoponderal (18.5–24.9)	11.5–16Kg	0.4 Kg
Excesso de peso (25.0-29.9)	7–11.5Kg	0.3 Kg
Obesidade (>30)	5–9 Kg	0.2 Kg
Gravidez de gémeos	15.9–20.4 Kg	0.7 Kg

Elaborado por: Carina Martins n4050 MESMOG 7ªed

De acordo com as recomendações de DGS

Fonte: <https://alimentacaosaudevel.dgs.pt/>

**Centro Hospitalar
Tondela-Viseu, E.P.E.**

Alimentação na Gravidez




Fonte: <https://alimentacaosaudevel.dgs.pt/>

Ter uma alimentação saudável durante a gravidez é essencial para o crescimento saudável do seu bebé e para o seu bem-estar. As recomendações alimentares para o período da gravidez não são muito diferentes das recomendações alimentares para a população em geral.

FAÇA UMA ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA E COMPLETA

Refeições Principais

Inicie a refeição com sopa de legumes



Beba água à refeição





Termine a refeição com uma peça de fruta



1/2 do prato com uma fonte de cereais e derivados, tubérculos ou leguminosas

1/2 do prato com carne, pescado ou ovos

Metade do prato com hortícolas

Pequeno-Almoço e Merendas

Combine laticínios, fruta, cereais integrais e frutos oleaginosos



Entre as refeições principais (pequeno-almoço, almoço e jantar) faça 2 a 3 pequenas refeições (merendas)

ESCOLHA BEM OS ALIMENTOS

PROTEÍNA • ZINCO • FERRO

Carne, pescado e ovos

Consuma: 100g a cada refeição principal.

Prefira carnes brancas: coelho, frango e peru. Evite enchidos e fumados.

Consuma pescado 2 a 3 porções de por semana. Evite peixes com elevado teor de metilmercúrio com peixe espada, cação, tintureira, cavala, atum fresco, etc.

ZINCO • FOLATO • FERRO

Cereais e derivados

Prefira cereais integrais como o pão escuro ou de mistura por exemplo.

PROTEÍNA • ZINCO • FOLATO

Leguminosas—feijão, grão e lentilhas

Consuma a todas as refeições principais. 2-3 colheres por exemplo na sopa.

PROTEÍNA • ZINCO • CÁLCIO

Lacticínios

Consuma 2 a 3 porções por dia. Não consuma laticínios não pasteurizados.

FOLATO • FERRO • CÁLCIO

Frutas e hortícolas

Consuma: 4 peças de fruta (pelo menos uma rica em vitamina C—laranja, kiwi). 2 sopas por dia e acompanhe as refeições principais com hortícolas dando preferência as hortícolas de folha escura.

ZINCO • FERRO • CÁLCIO

Frutos oleaginosos— nozes, amêndoas,...

Consuma pelo menos 20g, 4 vezes por semana.

Cozinhe com azeite em moderada quantidade.

Adicione especiarias e ervas aromáticas, em vez de sal.

BEBA ÁGUA

É importante manter-se hidratada

Beba 8 a 10 copos por dia de água.


Evite sumos e refrigerantes

EVITE:


- * Produtos processados,
- * Fritos,
- * Snacks,
- * Bebidas açucaradas ,
- * Doces.

MODERE O CONSUMO DE CAFÉINA

Não se deve consumir mais de 200mg/dia, que equivale a:

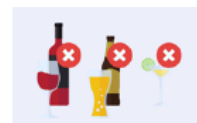


aprox. 2 cafés expresso



aprox. 6 chávenas de chá (250 ml)

O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ESTÁ TOTALMENTE DESACONSELHADO NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO, MESMO EM PEQUENAS QUANTIDADES.



Anexo VI - Panfleto sobre “Partilhar a cama com o seu bebé”

Conselhos para partilhar a cama de uma forma segura:

- O quarto não pode estar muito quente (16-18o C é o ideal) e o bebé não deve estar demasiado vestido ;
- O seu companheiro deverá saber quando o bebé está na cama
- Animais de estimação não devem partilhar a cama com o bebé.
- O bebé não pode ser deixado sozinho na cama;

Conselhos para partilhar a cama de uma forma segura:

- A Adoção da posição C ("enrolar"), com o a cabeça do bebé em frente ao peito do adulto, as pernas e os braços do adulto enrolados ao redor do bebé, o bebé deitado de costas, longe de almofadas, é a posição segura ideal para dormir.



Elaborado por: Carina Martins n4050 MESMOG 7ªed

De acordo com as recomendações UNICEF e ABM (protocolo #6)

Fonte: https://porto.amamenta.net/wp-content/uploads/2017/07/sharingbedleaflet_portuguese-1.pdf

<https://www.bfmed.org/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/Protocolo%20%236%20-%20English%20Translation.pdf>

Centro Hospitalar
Tondela-Viseu, E.P.E.

Partilhar a cama com o seu Bebê



É recomendado que o seu bebé partilhe o mesmo quarto consigo, pelo menos até aos primeiros 6 meses, tendo em conta que facilita a amamentação e protege o bebé de morte súbita.

As camas dos adultos não são desenhadas, a pensar na segurança das crianças. Os bebés podem morrer se ficarem presos ou entalados na cama, ou se os pais se debruçarem por cima deles. Assim, o lugar mais seguro para um bebé dormir é num berço, ao lado da sua cama.



Contudo, é provável que em algum momento partilhe a cama com o seu bebé tendo ou não intenção de fazê-lo, pelo que é importante estar informada.

Não partilhe a cama com o seu bebé :

- Se você (ou qualquer outra pessoa na cama) for um fumador, mesmo que nunca fume na cama.
- Se você (ou qualquer outra pessoa na cama) bebeu álcool e/ou consumiu qualquer tipo de drogas (legais ou ilegais) que lhe possa causar sonolência.
- Se tem qualquer doença ou condição que lhe possa afetar o seu estado de alerta para com o seu bebé.
- Se está particularmente cansada, ao ponto de perceber que terá dificuldade de reagir ao bebé.
- Se o seu bebé nasceu prematuro, com baixo peso à nascença ou se tem temperatura elevada.
- Se não amamenta.

Conselhos para partilhar a cama de uma forma segura:

- Coloque o bebé para dormir longe do fumo passivo e longe de um adulto que fume ou de roupas e objetos com cheiro a fumo, ou de adulto sobre o efeito de álcool ou drogas;
- Nunca se deite ou adormeça com o seu bebé num sofá ou cadeirão.
- O colchão da cama deve ser firme e liso; sem coberturas grossas, almofadas ou outros objetos que poderia causar cobertura accidental da cabeça;
- Certifique-se que o seu bebé não pode cair da cama ou ficar entalado entre o colchão e a parede;

Anexo VII - Apresentação da ação de formação em serviço do CHTV “Síndrome de Bernard Soulier – Gravidez, Parto e Pós-parto”

Síndrome de Bernard Soulier
Gravidez, Parto e Pós-Parto

ACESMO Castro Marim, nº1000
Orientada pelos CESMOs: Anabela Costa, Célia Ferreira, Clara Rodrigues, Mariana Pereira

Plano da Sessão

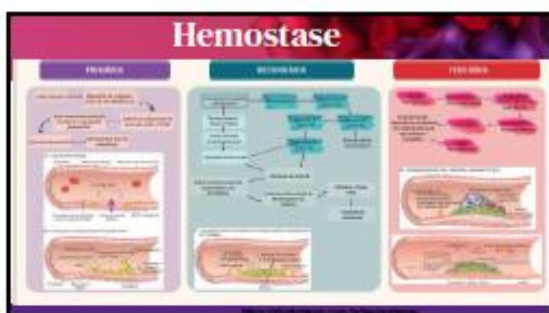
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os profissionais, ações e recursos identificados • Facilitar e avaliar conteúdos relacionados com a temática • Apresentação / discussão de um caso clínico 			
Tema	Conceitos	Atividades	Ativa avaliação	Tempo
Introdução	Área Intelectual e Formativa			
Desenvolvimento	Síndrome de Bernard Soulier definição Síndrome de Bernard Soulier na gravidez, parto e pós-parto Plano de atuação	Exercícios e Interativos	Computador, apresentador, impressora	45 minutos
Conclusão	Condições Pós			

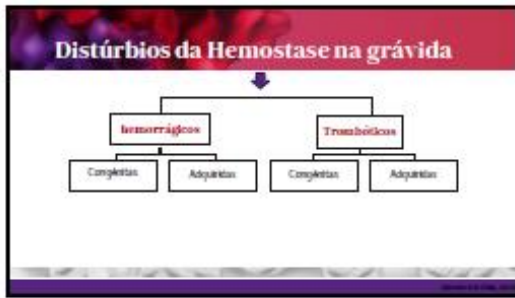
Introdução

As mulheres com distúrbios hemorrágicos têm maior probabilidade de apresentar complicações hemorrágicas durante a gravidez, parto e pós-parto. Sendo que a hemorragia pós-parto continua a ser a principal causa de morbidade e mortalidade materna.

Hemostase

Conjunto de mecanismos fisiológicos por meio dos quais a hemorragia cessa (vasoconstrição, aderência e agregação plaquetária e coagulação).





Distúrbios hemorrágicos adquiridos

Plaquetas

- Trombocitopenia gestacional
- Trombocitopenia imune
- Microangiopatia trombótica

Fatores de coagulação

- Hemofilia adquirida
- Déficit adquirido nos fatores de coagulação

Distúrbios hemorrágicos congênitos

Plaquetas

- Trombastenia de Glanzmann
- Síndrome Bernard-Soulier
- Trombocitopenias hereditárias

Fatores de coagulação

- Portadores hemofilia
- Doença de von Willebrand
- RBD - rare bleeding disorders (transtornos hemorrágicos pouco frequentes)

Síndrome de Bernard Soulier

Síndrome de Bernard Soulier

Doença rara
Incidência de 1 em 1 milhão

Genética
Causada por mutações nos genes

Distúrbio da hemostase
Alteração na adesão plaquetária

Hereditária recessiva
Transmitida de pai para filho e pode ser portador do gene afetado e não ser doença

Foi descrito pela primeira vez em 1860 por **Bernard e Soulier**

Síndrome de Bernard Soulier

Doença Autossômica Recessiva - mais prevalente em filhos de pais consanguíneos

Síndrome de Bernard Soulier

Caracterizada por alterações na adesão plaquetária devido à deficiência ou disfunção no complexo GPIb/IX/V da membrana.

Síndrome de Bernard Soulier

Sintomatologia:

- Ictérios
- Hemorragia gengival e cutânea
- Hemorragia relacionados com trauma
- Menorragia

A gravidade da hemorragia varia muito de indivíduo para indivíduo e está relacionada com a variação da mutação genética.

• Sem história familiar de doenças hemorrágicas. Sem história de hemorragias neonatais.

- Hemorragia grave com necessidade de transfusão após aborto espontâneo
- Pequenas perdas hemáticas na gravidez atual ou 1º trimestre.

Síndrome de Bernard Soulier

Diagnóstico

- Macroplaquetas
- Tempo de sangramento prolongado
- Trombocitopenia
- Ausência de agregação plaquetária na presença de ristocetina

Síndrome de Bernard Soulier

Diagnóstico

- Cálculo em estudo
- Trombocitopenia – 80x10⁹
- Volume Plaquetário Médio ligeiramente aumentado – 11,7 [8,8-10,6]
- T. Protrombina – 14,1 [11,7-15,2]
- APTT (tempo de protrombina parcial ativada) – 31s [25-34]

Síndrome de Bernard Soulier - recomendações na gravidez, parto e pós-parto

Síndrome de Bernard Soulier

- Escassez de estudos científicos sobre a síndrome na gravidez, parto e pós-parto.
- Contudo estão descritos na literatura casos que relacionam a Síndrome de Bernard Soulier com risco aumentado de hemorragia primária pós-parto, aumentando assim o risco de morbidade e mortalidade tanto para a mãe como para o recém-nascido.

Síndrome de Bernard Soulier

- ◊ A manifestação desta doença varia de grávida para grávida e também nas diferentes gravidezes da mesma mulher.
- ◊ A hemorragia intraparto e pós-parto é a ocorrência mais comum, sendo raro a ocorrência de hemorragias no período pré-parto.

Recomenda-se o acompanhamento multidisciplinar e encaminhamento para serviços especializados

Síndrome de Bernard Soulier – recomendações

Gravidez

- ◊ Esclarecer a mulher sobre os riscos da gravidez antes da concepção
- ◊ Realizar uma vigilância da gravidez no hospital de referência

◊ Seguir na consulta externa de Hematologia na grávida no CHTV

◊ Referencial de pré-consulta de transfusional

◊ Caso discutido com centro de referência H CHUC

Síndrome de Bernard Soulier – recomendações

Parto

Segundo Pinar et al (2018), devido aos dados limitados na literatura, não é consensual a melhor forma de parto para mulheres com Síndrome de Bernard Soulier. Na maioria dos casos relatados, a cesariana foi a forma de parto preferida pelas obstetras.

O tipo de parto escolhido deve ter em conta a história pessoal e familiar da grávida, e consultar uma equipa multidisciplinar de hematologistas e anestesiologistas de um centro de referência.

Síndrome de Bernard Soulier – recomendações

Trabalho de Parto – analgesia epidural

Analgesia e anestesia loco regional são contraindicadas devido ao risco de hematoma espinal ou epidural.

Segundo Mochales & Vilas (2019) o procedimento não deve ser realizado devido à resposta imprevisível para transfusão de plaquetas.

Para cesariana, recomenda-se anestesia geral.

◊ Optar-se por parto vaginal

Para controlo da dor para além das medidas não farmacológicas opta-se por protocolo de morfina IV em vez de epidural mesmo após transfusão de um pool de plaquetas.

Síndrome de Bernard Soulier – recomendações

Anteparto/ Parto

- ◊ Administrar plaquetas compatíveis com HLA após o início do trabalho de parto.
- ◊ Se houver refratariedade plaquetária ou anticorpos anti GpIIb ou HLA - administrar rFVIIa

Foi administrado um pool de concentrado de plaquetas

- ◊ Administrado plasma anteparto
- ◊ Desamopressina 24.0mg IV a perfunde em 20ml imediatamente antes do parto.

Síndrome de Bernard Soulier

Trabalho de Parto - transfusão de plaquetas

Evitar a transfusão de plaquetas, devido ao risco de formação de anticorpos

Formados a partir de transfusão de plaquetas ou de antígenos plaquetários fetais.

Anticorpos

Trombocitopenia autoimune neonatal

No entanto, a infusão de plaquetas compatíveis com HLA, junto com ácido tranexâmico é a primeira linha na cesariana ou se ocorre hemorragia durante o parto vaginal.

Síndrome de Bernard Soulier – recomendações

Trabalho de Parto - 2º estágio

Devido ao risco de existência de trombocitopenia autimune do recém-nascido, e consequentemente ao risco aumentado de hemorragia grave, como hemorragia intracraniana, no recém-nascido é de evitar parto vaginal instrumentado.

- Indicação para evitar parto instrumentado se extremamente necessário optar por fórceps em vez do extracto
- Parto-estúdio

Síndrome de Bernard Soulier – recomendações

Dequitação

Para minimizar o risco de hemorragia pós parto é recomendada uma gestão ativa do 3º estágio do TP

- Uso agressivo de medicação uterina (1)
- Profilaxia de hemorragia:
 - ácido tranexâmico, (2,3)
 - desmopressina, (1,2)
 - fator VIIa recombinante (rFVIIa) (2,3)
 - transfusão de plaquetas, (2,3)

Ativa dequitação:

- 20L octocina 4v
- 10L octocina IM
- 4 amp microprotol nasal
- 1g ácido tranexâmico iv

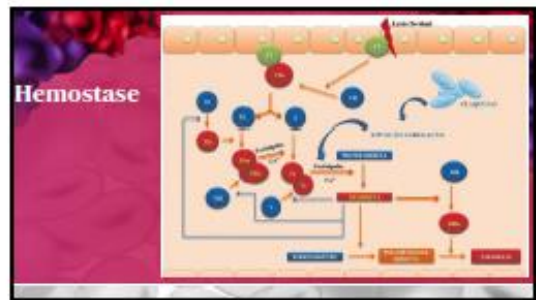
Indicação de controle de monitorização em caso de hemorragia pós parto associado puerpério: Ac. Tranexâmico, Injeção IM, F.VII.a rFVIIa

Síndrome de Bernard Soulier

Puerpério

Como a hemorragia pós-parto é comum, o acompanhamento deve ser feito durante 5 semanas no puerpério.

- Internado durante 4 dias para vigilância contínua para deteção de hemorragia
- Administração de plasma



Défice congénito de Fator XIII

Doença rara
Incidência de 1 em 2 a 3 milhões.

Autossômica recessiva
História de consanguinidade na família.

Défice grave FXIII
hemorragia graves, hemorragia intracraniana, dificuldade de cicatrização e aborto espontâneo.

Défice congénito de Fator XIII

Tipicamente, os sintomas hemorrágicos ocorrem horas ou dias após o trauma, porque o coágulo, apesar de se formar normalmente, desfaz-se em 24–48 horas devido à polimerização inadequada da fibrina.

Défice congénito de Fator XIII

Recomendações: menorragia, gravidez e parto

- Na gravidez a hemorragia decidual geralmente começa entre a quinta e sexta semana de gestação, provocando aborto espontâneo.
- Deve haver um controlo das velozes analíticas do FXIII.
- Iniciar a administração de concentrado de FXIII imediatamente após o diagnóstico de gravidez até ao parto, caso não haja tratamento de reposição.

Síndrome de Bernard Soulier

- FXIII – 60% (20 - 100)
- Recomendação de transfusão/plasma de administração de 2 unidades de plasma após o parto.
- Vigilância de perdas hemáticas - pelo risco de hemorragia a partir do 3º dia.

Conclusão

As mulheres com um distúrbio hemorrágico tem maior probabilidade de apresentar complicações hemorrágicas durante a gravidez, o parto e puerpério.

É necessário uma monitorização clínica e analítica destas mulheres e tomar medidas para diminuir o risco hemorrágico, ao longo de toda a gravidez, parto e puerpério.

O acompanhamento destas mulheres por parte de uma equipa multidisciplinar é fundamental.

Bibliografia

- 1. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000000](#)
- 2. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000000](#)
- 3. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000000](#)
- 4. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000000](#)
- 5. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000000](#)
- 6. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000000](#)
- 7. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000000](#)
- 8. [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27000000](#)

