



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

DOCUMENTO FINAL

**Saúde mental perinatal: revisão integrativa dos
instrumentos de rastreio da depressão pós-
parto**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA
PROFISSIONAL**

Ana Catarina da Cruz Ramalho

Porto, 2024

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

SAÚDE MENTAL PERINATAL: REVISÃO
INTEGRATIVA DOS MÉTODOS DE RASTREIO
DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Relatório de Estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Sónia
Brandão.

Porto, 2024

DEDICATÓRIA

Este relatório de estágio é dedicado, com profunda emoção e respeito, à memória da minha querida avó Júlia, que, apesar de já não estar fisicamente entre nós, permanece viva nas minhas lembranças e no meu coração.

A minha avó foi, e continuará a ser, a minha maior fonte de inspiração. A sua força, resiliência e carinho incondicional moldaram profundamente a pessoa e a profissional que me tornei. A sua memória impulsiona-me a continuar a busca pela excelência e a honrar os princípios que ela me transmitiu. É com eterna gratidão e saudade que dedico este trabalho à minha avó. Que este relatório possa ser uma pequena homenagem à sua vida e ao impacto profundo que teve na minha.

Dedico também ao meu namorado, Bruno, pela tua compreensão e paciência, mesmo quando as exigências do curso se tornavam mais intensas, proporcionaram-me o equilíbrio necessário para prosseguir. Mais do que um companheiro, foste um pilar essencial que me ajudou a manter o foco e a perseverança, mesmo nas situações mais difíceis. Por tudo o que fizeste e continuas a fazer, dedico-te este trabalho, como uma expressão da minha profunda gratidão e como um reconhecimento do papel crucial que desempenhaste ao longo desta jornada. Que esta dedicatória seja um reflexo do quanto valorizo o teu apoio e da importância que tens na minha vida.

AGRADECIMENTO

Gostaria de expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que me acompanharam e apoiaram ao longo deste percurso no mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, sem os quais não teria sido possível alcançar esta etapa.

Primeiramente, ao meu namorado, que esteve sempre ao meu lado, oferecendo o seu apoio incondicional, compreensão e encorajamento em todos os momentos, mesmo nos mais desafiantes. O teu amor e presença constante foram essenciais para a minha resiliência e foco durante este processo.

Aos meus pais e irmã, que têm sido os meus pilares, cuja orientação e suporte inabalável desde o início da minha formação foram fundamentais para o meu crescimento pessoal e académico. A vossa confiança nas minhas capacidades e o vosso sacrifício inspiraram-me a persistir e a procurar sempre o melhor. Alargo também este agradecimento a toda a minha família, cuja ajuda e compreensão foram essenciais para que eu pudesse dedicar-me plenamente a este mestrado. Sem vocês, este sonho não teria sido possível. Este trabalho é tanto meu quanto vosso.

Agradeço profundamente à Professora Doutora Sónia Brandão, pela sua orientação esclarecedora, dedicação incansável e apoio constante, que foram cruciais para a realização desta tese de mestrado.

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão às minhas enfermeiras orientadoras, Rita Machado e Diana Seca, cuja orientação foi crucial para o meu desenvolvimento durante este estágio. A vossa experiência e sabedoria não só me proporcionou o conhecimento necessário, como também me trouxe a força e a leveza que precisei nos momentos mais desafiantes. É com profundo reconhecimento e admiração que vos agradeço por terem sido um farol de inspiração e por terem contribuído, de forma tão significativa, para o meu percurso académico e profissional.

Agradeço profundamente às minhas colegas de mestrado e de trabalho, cuja colaboração, apoio mútuo e partilha de conhecimento foram fundamentais para

o enriquecimento deste percurso académico e para o fortalecimento dos laços de companheirismo que nos uniram ao longo desta jornada.

Agradeço profundamente à minha melhor amiga de todas as horas, Inês Meireles pela compreensão e paciência incondicional diante da minha ausência durante este exigente percurso.

A todos vós, o meu sincero agradecimento por terem sido uma parte vital desta jornada.

RESUMO

Este relatório de estágio, elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica pretende descrever e analisar o meu percurso formativo realizado ao longo dos diferentes campos de estágio entre setembro de 2023 e julho de 2024. O principal objetivo do estágio foi aprimorar conhecimentos e desenvolver competências de atuação do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Este percurso foi caracterizado pela aquisição progressiva de conhecimentos e competências especializadas permitindo um amplo contacto entre diferentes realidades e desafios.

O desenvolvimento das competências específicas será traduzido na conceção de cuidados de seis casos clínicos decorridos durante o estágio. Foi também elaborada uma reflexão crítica das competências adquiridas ao longo do desenvolvimento dos planos de cuidados.

A investigação assume-se como um papel essencial para o aprofundamento do conhecimento na área de saúde materna e obstétrica, promovendo a prática de enfermagem baseada na evidência. Durante o estágio, tive a oportunidade de acompanhar uma parturiente com antecedentes de depressão pós-parto, o que despertou em mim o interesse em explorar este tema no capítulo de desenvolvimento de competências no âmbito da investigação. A depressão pós-parto é uma condição prevalente e com um impacto significativo na saúde da mulher. Devido à sua prevalência é fulcral identificar sintomas precocemente, sendo necessário conhecer quais os métodos de rastreio. Assim, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de identificar e analisar os métodos de rastreio mais eficazes na deteção precoce. Este relatório reflete não só o percurso de aprendizagem desenvolvido ao longo dos estágios, como também a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica; Depressão Pós-Parto; Rastreio;

ABSTRACT

This internship report, prepared as part of the master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, aims to describe and analyze my educational journey throughout the various internship placements between September 2023 and July 2024. The primary objective of the internship was to enhance knowledge and develop the skills of a midwife.

This journey was characterized by the progressive acquisition of specialized knowledge and skills, allowing for extensive exposure to different realities and challenges. The development of specific competencies will be reflected in the care provided in six clinical cases observed during the internship. A critical reflection on the skills acquired throughout the development of care plans was also conducted.

Research plays a crucial role in deepening knowledge in the field of maternal and obstetric health, promoting evidence-based nursing practice. During the internship, I had the opportunity to accompany a parturient with a history of postpartum depression, which sparked my interest in exploring this topic in the chapter focused on the development of research competencies. Postpartum depression is a prevalent condition with a significant impact on women's health. Due to its prevalence, it is essential to identify symptoms early, and understanding the screening methods is necessary. Thus, an integrative literature review was conducted to identify and analyze the most effective screening methods for early detection.

This report reflects not only the learning path developed throughout the internships but also the practical application of the knowledge acquired.

Keywords: Midwife; postpartum depression; screening.

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

CES-D-10 - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

DGS – Direção Geral da Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

GAD-7 - General Anxiety Disorder-7

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

ICSI - Intra Cytoplasmic Sperm Injection

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

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

PCEA - Patient Controlled Epidural Analgesia

PHQ-2 - Patient Health Questionnaire-2

PHQ-3 - Patient Health Questionnaire-3

PHQ-9 - Patient Health Questionnaire-9

WHO – World Health Organization

Índice

1. INTRODUÇÃO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO	17
2.1. Bloco de Partos	18
2.2. Puerpério	20
2.3. Grávidas de Risco	22
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO	24
3.1. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar durante a mulher durante o período pré-natal – gravidez com complicações	24
3.1.1. Nascer com coragem: empoderamento de uma mulher grávida com pré-eclâmpsia e o papel transformador do EEESMO na gravidez com complicações	25
3.1.1.1. Cenário	26
3.1.1.2. Justificação da escolha do caso	28
3.1.1.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	28
3.1.1.4. Plano de Cuidados	29
3.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar da mulher durante o trabalho de parto	34
3.2.1. Os vários estádios do trabalho de parto e o papel do EEESMO	36
3.2.1.1. Cenário	37
3.2.1.2. Justificação da escolha do caso	38

3.2.1.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita_____	38
3.2.1.4. Plano de Cuidados_____	39
3.2.2. Indução do trabalho de parto: a intervenção essencial do EEESMO na jornada para o nascimento_____	52
3.2.2.1. Cenário _____	53
3.2.2.2. Justificação da escolha do caso _____	54
3.2.2.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita_____	54
3.2.2.4. Plano de Cuidados_____	55
3.2.3. Fortalecer pelo relaxamento: O Empoderamento de uma Mulher durante o parto através de estratégias de relaxamento _____	62
3.2.3.1. Cenário _____	64
3.2.3.2. Justificação da escolha do caso _____	65
3.2.3.3. Plano de Cuidados_____	66
3.2.4. O papel do EEESMO na prevenção e correção de lacerações durante o parto _____	71
3.2.4.1. Cenário _____	73
3.2.4.2. Justificação da escolha do caso _____	74
3.2.4.3. Plano de Cuidados_____	74
3.3. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar da mulher durante o período pós-natal _____	78
3.3.1. Suplementar com sabedoria: o papel do EEESMO na Amamentação, Gestão de Expectativas e Superação de Desafios _____	81
3.3.1.1. Cenário _____	81

3.3.1.2. Justificação da escolha do caso	82
3.3.1.2. Plano de Cuidados	82
4. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS	92
4.1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal	92
4.2. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto	95
4.3. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal	100
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO	103
5.1. Saúde mental perinatal: revisão integrativa dos instrumentos de rastreio da depressão pós-parto	104
5.1.1. Metodologia	106
5.1.2. Resultados	108
5.1.3. Discussão de Resultados e Conclusão	111
6. CONCLUSÃO	114
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	134
ANEXO I – Quadro com análise dos artigos inseridos no capítulo de desenvolvimento no âmbito da investigação	1

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio de Sistema Cardiovascular	29
Quadro 2 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Gestação	31
Quadro 3 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio de adaptação à gravidez e preparação para o parto	32
Quadro 4 - Medicação prescrita	38
Quadro 5 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto	39
Quadro 6 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio de Eliminação Urinária e Parto	43
Quadro 7 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio de comportamentos para amamentar	50
Quadro 8 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto	55
Quadro 9 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto	59
Quadro 10 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto	66
Quadro 11 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto	74
Quadro 12 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Sistema Cardiovascular	82
Quadro 13 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Pós-parto	83
Quadro 14 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Pós-parto	84
Quadro 15 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Pós-parto	85
Quadro 16 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Comportamentos para amamentar	86
Quadro 17 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Adaptação à parentalidade	87

Quadro 18 - Experiências alcançadas no decorrer do estágio99

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos nas bases de dados 108

1. INTRODUÇÃO

O presente documento é parte integrante do plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) do ano letivo de 2023/2024. O segundo ciclo de estudos preconiza a realização de um estágio de natureza profissional com a elaboração e discussão de um relatório de atividades que comprove o desenvolvimento de competências especializadas na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO) permitindo assim após a defesa pública a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a aquisição do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

O enfermeiro especialista, como estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento nº140/2019 do Diário da República, possui “competências comuns” a todas as especialidades e “específicas” associadas à sua área de especialização. Este documento define 4 domínios das competências comuns a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, devendo por isso o enfermeiro especialista desenvolver uma prática profissional, ética e legal baseada na evidência científica e com procura de melhoria contínua respeitando sempre os direitos humanos e responsabilidades profissionais (OE, 2019a).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019a), Regulamento n.º 391/2019, artigo nº 4 do Diário da República de 3 de maio de 2019 o EEESMO possui “competências específicas” e por isso deve ser capaz de a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; b) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal; c) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuidar da mulher inserida

na família e comunidade durante o período pós-natal; e) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; g) Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2019a).

O programa formativo do curso de MESMO publicado Diário da República de 3 de março de 2021, em Aviso nº 3916/2021 pela Ordem dos Enfermeiros (OE), define que os alunos devem desenvolver competências essenciais no âmbito da saúde global, sexual e reprodutiva tendo em conta todas as vivências e aspetos culturais, políticos, sociais, familiares e económicos que possam afetar os cuidados de enfermagem.

A maternidade é um dos processos mais complexos na vida de uma mulher caracterizando-se por mudanças significativas. Assim, é descrita como uma transição pois a mulher tem de se adaptar ao seu novo papel, ser mãe, e às novas responsabilidades e desafios desse novo papel. No contexto da enfermagem de saúde materna e obstétrica, compreender a maternidade como uma transição permite ao enfermeiro especialista oferecer cuidados mais eficazes e centrados na mulher. Assim, cuidados de enfermagem desenvolvidos durante o MESMO tiveram como referencial teórico a Teoria das Transições estudado por Afaf Meleis. Segundo Meleis et al. (2000), a transição é um processo individual, de adaptação que implica a redefinição de significados e da consciencialização, modificação de expectativas e a reestruturação de rotinas diárias englobando o desenvolvimento de novos conhecimentos e capacidades com vista à manutenção da continuidade. A adaptação à nova identidade vai ser influenciada pela forma como a pessoa vivencia esta transição. É crucial que o EEESMO seja facilitador deste processo de transição devendo ter em atenção a todas as dimensões da mesma (Meleis, 2010).

Como EEESMO, a aplicação da teoria das transições na prática da enfermagem especializada oferece uma base teórica que permite compreender

a transição que a mulher vivencia ajudando-a identificar os momentos críticos nesta transição, implementando intervenções que promovam o bem-estar físico e mental da mulher.

Este relatório proporciona a oportunidade de realizar uma reflexão crítica sobre as competências e conhecimentos específicos adquiridos durante os ensinamentos clínicos realizados. Adicionalmente permite desenvolver competências na área de investigação, competência esta comum dos enfermeiros especialistas sobre a saúde mental perinatal. Assim foi desenvolvida uma revisão integrativa de forma a identificar quais instrumentos de rastreio da depressão pós-parto utilizados.

A saúde mental perinatal é fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, por isso, este trabalho tem o potencial de dar informação atualizada aos EEESMOS sobre um tema que é fundamental desenvolver para melhorar as práticas atuais e para contribuir para melhores desfechos na saúde materna.

Este relatório encontra-se organizado por capítulos. No capítulo inicial será apresentado o processo de conceção de cuidados através da exposição de casos clínicos dos diferentes contextos de intervenção. No segundo capítulo serão descritos os cuidados prestados à mulher na adaptação a gravidez e parentalidade, à parturiente/casal durante o trabalho de parto e parto e a mulher/casal e recém-nascido no pós-parto. Nesse mesmo capítulo será ainda discutido os contributos dos ensinamentos clínicos na formação necessária para a prestação de cuidados individualizados e especializados à mulher e família. No terceiro capítulo irá ser abordada a revisão integrativa sobre os instrumentos de rastreio e avaliação da depressão pós-parto. No último capítulo irei realizar uma análise crítico-reflexiva sobre o meu percurso elaborando uma reflexão sobre os contextos de ensino e experiências.

Em suma, tem como finalidade demonstrar, em primeiro lugar, a aquisição e o desenvolvimento de competências através da conceção de cuidados especializados nas áreas de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em Saúde Materna e Obstétrica. Pretendo, desta forma,

analisar de forma crítica o meu desempenho e experiências promovendo uma reflexão crítica sobre o estágio e sobre as competências adquiridas. Em segundo lugar, pretende-se demonstrar a aquisição de competências de investigação científica, materializada na elaboração de uma revisão integrativa da literatura, a qual permitiu a sistematização e a síntese do conhecimento atual sobre o tema, com o intuito de sustentar uma prática clínica baseada na evidência e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

2. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO CLÍNICO

O programa formativo do curso de MESMO publicado Diário da República de 3 de março de 2021, em Aviso nº 3916/2021 pela Ordem dos Enfermeiros (OE), define que os alunos devem desenvolver competências essenciais no âmbito da saúde global, sexual e reprodutiva tendo em conta todas as vivências e aspetos culturais, políticos, sociais, familiares e económicos que possam afetar os cuidados de enfermagem. Para o desenvolvimento dessas competências e reconhecimento da qualificação profissional foi preconizado pela OE tendo por base a Diretiva 2005/36/CE aprovada pela união europeia, o seguinte conjunto de competências e experiências mínimas:

- Consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais, incluindo a assistência a 40 grávidas em situação de risco;
- Assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes;
- Realização pelo estudante de, pelo menos, 40 partos, número que poderá ser reduzido para 30 partos se a falta de parturientes o justificar, e na condição de o estudante participar, para além daqueles, em mais 20 partos;
- Participação ativa em partos de apresentação pélvica; em caso de impossibilidade, será realizado treino em simulação;
- Prática de episiotomia/perineorrafia;
- Assistência a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos normais;
- Assistência a, pelo menos 40 puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais;
- Assistência a mulheres que apresentem patologias no domínio de ginecologia/obstetrícia.

Para desenvolvimento de competências essenciais foram realizados 3 estágios que decorreram num centro hospitalar da região norte com cuidados perinatais diferenciados tendo sido obrigatório passar por três contextos de aprendizagem diferentes: bloco de partos, grávidas de risco e puerpério.

2.1. Bloco de Partos

O estágio em contexto de sala de partos decorreu num serviço que dispõe de 9 salas de parto individuais. As grávidas poderão ser admitidas neste serviço provenientes do serviço de urgência, do serviço de grávidas de risco ou através de um internamento programado para indução do trabalho de parto determinado na consulta de termo de obstetrícia. As EEESMO deste contexto tentam sempre atribuir o quarto mais distante da entrada e do local de cuidados ao recém-nascido a mulheres que estejam internadas em trabalho de abortamento ou interrupções médicas da gravidez tentando que estas ouçam o menor ruído possível, de maneira, a não ser um motivo adicional de tristeza ou stress.

Cada sala de partos é equipada com uma cama adequada, um monitor de parâmetros vitais, um cadeirão reclinável, um reanimador neonatal, um cardiotocógrafo e um computador. Nesta sala é possível regular a intensidade da luz mediante a vontade da mulher e também colocar música através do computador disponível na sala. Cada sala tem à disposição bolas de parto e bola em amendoim. Todas as salas têm casa de banho individual.

A cardiotocografia pode realizada de duas formas com ou sem fios, sendo que a modalidade de sem fios só está disponível em alguns quartos. A possibilidade de sem fios é vantajosa porque facilita a mobilidade da parturiente.

Para vigilância da monitorização cardiotocográfica e do bem-estar hemodinâmico da parturiente, o registo cardiotocográfico de todas as

parturientes e os seus parâmetros vitais são visível num monitor no balcão central da área de enfermagem.

O serviço permite o acompanhamento da parturiente pela pessoa significativa durante 24 horas por dia, sendo que este acompanhamento é realizado na maioria das vezes pelo pai da criança.

As recomendações para dotações seguras para a sala de partos representam uma componente crucial para a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade para as parturientes e estabelecem uma proporção de 1 EEESMO para 2 parturientes durante o primeiro estágio do trabalho de parto, uma proporção de 1:1 no período expulsivo, e uma proporção de 1:3 nos casos de indução do trabalho de parto.

Durante o estágio, estavam alocadas à sala de partos três EEESMO por turno, sendo que estes números não dão resposta às dotações seguras.

A dotação segura em enfermagem é um conceito fundamental para garantir a prestação de cuidados de qualidade e segurança tanto para a mulher como para o recém-nascido. Com as dotações seguras garante-se a disponibilidade em qualquer momento, de uma quantidade suficiente de profissionais, com competências técnico-científicas, que permita responder às necessidades de cuidados, minimizando riscos (OE, 2019b). A não implementação de dotações seguras pode gerar uma sobrecarga comprometendo a capacidade de resposta influenciando a segurança materna e do recém-nascido e a ocorrência de eventos adversos e complicações.

Quando a dotação de EEESMO é insuficiente, a capacidade de resposta a emergências obstétricas pode ser severamente limitada, com consequente impacto negativo nos desfechos maternos e fetais. Outro risco associado pode ser a diminuição, por escassez de tempo, da capacidade dos EEESMO de estabelecer uma relação de confiança com a mulher, fundamental para a promoção de uma experiência positiva de parto.

Adicionalmente, rácios inadequados poderão dificultar a implementação precoce de práticas baseadas em evidência como, o contacto pele com pele e o início precoce da amamentação, pois não há profissionais suficientes para vigilância e apoio necessário para as realizações dessas práticas. Esta sobrecarga laboral poderá levar ao aumento do cansaço físico e psicológicos dos EEESMO com repercussões graves no seu bem-estar aumentando o risco de erro e absentismo (Freitas & Parreira, 2013).

Durante o meu estágio, senti que os rácios inadequados prejudicaram a minha aprendizagem bem como as próprias mulheres e as suas experiências de parto. Por exemplo, no caso de mulheres submetidas a cesariana, sabe-se que é essencial um apoio precoce na amamentação, uma vez que há maior libertação de dopamina que inibe a secreção de prolactina (Hyde et al, 2011). Sabe-se também que o início da amamentação na primeira hora de vida bem como a promoção do contacto pele com pele trazem benefícios tanto para a mulher como para o recém-nascido (WHO, 2018). Durante o estágio, não foi possível ausentar-me do serviço para providenciar apoio contínuo à mulher após o seu parto em caso de cesarianas devido aos rácios do serviço. Seria fundamental, na minha perspetiva poder apoiar a amamentação e promover o contacto pele com pele nestas situações. Assim sugere-se uma melhor adequação de rácios, de maneira, a que seja possível atender às preferências da mulher em todos os tipos de parto. Sugere-se a criação de um protocolo de ligação entre o serviço de bloco de partos e o bloco central da unidade de saúde, de maneira, a conseguir a deslocação de um EEESMO para apoiar na amamentação e no contacto pele com pele ao nascimento, se isto for da vontade da mulher.

2.2. Puerpério

O estágio em contexto de puerpério decorreu num serviço que comporta 20 quartos individuais todos eles equipados com cama adequada para a puérpera,

berço para o recém-nascido, sofá-cama para o acompanhante, cadeirão reclinável e casa de banho privativa. A puérpera e o recém-nascido dão entrada no serviço provenientes do bloco de partos após ocorrer passagem de toda a informação relevante que consta do processo clínico informático aos colegas do internamento pelos EEESMO do bloco de partos através de uma chamada telefónica.

O serviço dispõe de uma sala de procedimentos ao recém-nascido que dispõe de uma secretária, um plano para prestar cuidados ao recém-nascido, um frigorífico para armazenamento de leite e ainda dois aquecedores elétricos para leite adaptado.

O serviço dispõe também de uma sala de procedimentos à puérpera onde são observadas pela equipa médica e onde se executam tratamentos às feridas e outros procedimentos necessários.

No puerpério é também possível encontrar carrinhos de cuidados ao recém-nascido que dispõe de uma balança e de todo o material necessário para a prestação de cuidados ao recém-nascido. Estes carros são utilizados para que os cuidados em que assim é possível sejam realizados no quarto junto dos pais.

A dotação segura recomendada pelo Parecer n.º 43/2019 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), estabelece uma EEESMO para cada 3 puérperas em situações de puerpério patológico, e uma proporção de 1:6 para puerpério normal sendo enfatizado que todos os cuidados devem ser assegurados por EEESMO. No internamento de puerpério, são destacados quatro enfermeiros no turno da manhã e três enfermeiros nos turnos da tarde e noite. A dotação praticada variou entre 1:4 e 1:7, sendo os cuidados prestados por EEESMO e Enfermeiros de Cuidados Gerais. Embora os enfermeiros de cuidados gerais desempenhem um papel importante, a sua formação difere da formação especializada dos EEESMO, e, portanto, seguindo as recomendações do

parecer da ordem, os cuidados neste serviço deverão ser prestados apenas por EEESMO devido a sua área de especialidade.

O tempo médio de internamento neste serviço é de 48 horas após um parto vaginal e 72 horas após uma cesariana. A duração deste internamento pode aumentar mediante as necessidades da puérpera ou recém-nascido.

O serviço permite o acompanhamento pela pessoa significativa durante 24 horas e dois momentos de visita durante a tarde.

2.3. Grávidas de Risco

O estágio decorreu num serviço que contempla 3 quartos duplos que dispõe de duas camas, dois cadeirões, dois tocógrafos e uma casa de banho. Por serem quartos partilhados não é permitida a presença em permanência do acompanhante, podendo apenas estar presente das 11:30 as 21:30 horas. A grávida tem ainda direito a mais 3 períodos de visita diurnos.

A maioria das grávidas é internada após um episódio de urgência no serviço de urgência da unidade sendo que os motivos de internamento mais frequentes são: ameaça de parto pré-termo, pré-eclâmpsia, colestase gravídica e restrição de crescimento intrauterino.

Contudo, poderão ainda ser internadas grávidas com internamento programado para indução de trabalho de parto, se o serviço apresentar vagas no momento da admissão.

De acordo com o Parecer n.º 43/2019 da MCEESMO as dotações seguras recomendadas são uma enfermeira para 3 mulheres gravidez de alto risco e uma proporção de 1:6 na gravidez de médio risco.

Os cuidados às grávidas com necessidades variáveis são assegurados em todos os turnos apenas por um EEESMO, o que significa uma proporção máxima de 1:6. Face a esta discrepância entre as recomendações de dotações

seguras e as efetivamente praticadas denota uma necessidade de uma gestão mais rigorosa das dotações seguras de forma a garantir que as necessidades específicas das grávidas sejam atendidas de forma plena conforme as melhores práticas baseadas na evidência. Em algumas situações, o elevado volume de trabalho no serviço e, principalmente, em situações de emergência, há uma diminuição da disponibilidade do EEESMO para um acompanhamento mais próximo e contínuo ao aluno. No entanto, neste estágio reconheço o empenho, esforço e dedicação que demonstraram para me apoiar sempre apesar das exigências do serviço.

Neste serviço em que o EEESMO se encontra, sem a presença contínua de outros especialistas, a resposta às situações de emergência pode ser comprometida. Esta distância física e a necessidade de ter de solicitar ajuda por comunicação telefónica em situações de emergência, dificulta a atuação do EEESMO em emergências obstétricas. O stress contínuo associado a este tipo de situações pode afetar a capacidade do EEESMO em prestar cuidados com o rigor e a atenção que as situações obstétricas exigem.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESMO

3.1. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar durante a mulher durante o período pré-natal – gravidez com complicações

Segundo a CIPE (2019), a gravidez é um processo corporal que consiste em desenvolver e nutrir um feto desde a fecundação até ao nascimento, com duração média de 266 dias. A gravidez é um processo saudável, mas que implica alterações nas funções corporais (CIPE, 2019).

Embora seja um processo fisiológico é fundamental que existam alguns cuidados no que diz respeito a alimentação, sono e repouso, exercício físico e medidas de segurança (Franco, 2016). É também um processo com mudanças profundas que exige uma redefinição da própria identidade da mulher/casal (Marques 2016).

No entanto, apesar de um processo fisiológico algumas gravidezes podem ser classificadas como gravidez de risco devido a condições pré-existent, complicações no decorrer da gravidez ou fatores associados ao próprio estilo de vida da mulher. Graça (2017) considera que uma gravidez é de risco quando a probabilidade de ocorrer um desfecho adverso para a mãe/feto é maior do que a incidência dessas complicações na população em geral. Segundo American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019), uma gravidez de risco é aquela em que a vida/saúde da grávida/feto estão em perigo necessitando de intervenção rápida e adequada para prevenir complicações.

3.1.1. Nascer com coragem: empoderamento de uma mulher grávida com pré-eclâmpsia e o papel transformador do EEESMO na gravidez com complicações

A pré-eclâmpsia consiste numa elevação dos valores de pressão arterial (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em pelo menos duas medições) associada a proteinúria que ocorre após as 20 semanas de gravidez em mulheres previamente normotensas (Lima Silva & Machado, 2014; Monteiro & Fontes Leite, 2016; Nie et al., 2024). Pode haver pré-eclâmpsia sobreposta a uma hipertensão arterial crónica ou pré-eclâmpsia associada a uma hipertensão gestacional. A pré-eclâmpsia que se manifesta a partir das 34 semanas (pré-eclâmpsia tardia) tende a ocorrer com maior frequência do que a que se desenvolve antes desse período (Monteiro & Fontes Leite, 2016).

A etiologia da pré-eclâmpsia não está totalmente descoberta, mas a evidência refere que a placenta terá um papel determinante. A insuficiência placentária que resulta da invasão trofoblástica anormal origina um estado de hipoperfusão-isquemia-hipoxia que leva a libertação de fatores que promovem a disfunção endotelial, dando origem a sintomatologia associada a pré-eclâmpsia (Dimitriadis et al., 2023; Lima Silva & Machado, 2014; Monteiro & Fontes Leite, 2016).

A pré-eclâmpsia está associada a uma variedade de fatores de risco, que podem ser classificados como maternos e obstétricos. Entre os fatores de risco maternos, destacam-se a nuliparidade, a idade materna avançada a história prévia de pré-eclâmpsia, a presença de doenças crónicas como hipertensão, diabetes mellitus e doenças renais, doenças genéticas ou autoimunes e obesidade. O fato de ocorrer uma gravidez gemelar ou os intervalos superiores a dez anos entre gestações constituem também fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. (Dimitriadis et al., 2023; Monteiro & Fontes Leite, 2016).

A pré-eclâmpsia poderá, para além da elevação do perfil tensional, estar associado a outros sintomas como: cefaleias, alterações visuais, dor torácica ou epigástrica/hipocôndrio direito, náuseas e vômitos (Dimitriadis et al., 2023; Monteiro & Fontes Leite, 2016).

As complicações associadas à pré-eclâmpsia podem ser graves e incluem: eclâmpsia (quadro convulsivo), AVC (acidente vascular cerebral), descolamento da placenta normalmente inserida, síndrome HELLP (hemólise, elevação das enzimas hepáticas, baixa de plaquetas) que podem levar a morte fetal (Dimitriadis et al., 2023; Monteiro & Fontes Leite, 2016).

É necessária uma monitorização rigorosa da mulher, de forma a controlar a pressão arterial e, do feto garantindo o bem-estar fetal. Normalmente, o parto realiza-se antes das 37 semanas (Monteiro & Fontes Leite, 2016; Lima Silva & Machado, 2014). Pode ser necessário o uso de anti-hipertensores para controlo de pressão arterial como o labetalol, a metildopa e nifedipina (Dimitriadis et al., 2023; Lima Silva & Machado, 2014; Monteiro & Fontes Leite, 2016).

O plano de cuidado, que será explanado a seguir, foi implementado no decurso de um turno da noite, entre as 20h e as 8h30 do dia subsequente, no contexto de internamento hospitalar. De maneira a assegurar a proteção da privacidade e confidencialidade das informações fornecidas, todos os nomes, datas e horários mencionados são fictícios.

3.1.1.1. Cenário

Catarina, 34 anos, está grávida de 32 semanas e 3 dias. Trata-se de uma mulher saudável, sem antecedentes pessoais ou clínicos relevantes. Esta é a sua primeira gravidez, sendo uma gravidez pós- ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection). Foi uma gravidez vigiada em consultas no centro hospitalar devido ao diagnóstico de placenta prévia marginal e ao risco aumentado de pré-eclâmpsia e restrição do crescimento fetal.

Foi admitida urgência da unidade de saúde local, acompanhada pelo seu marido, referindo perdas hemáticas vaginais e dor epigástrica. No serviço de urgência, apresentava uma pressão arterial sistólica de 155 mmHg e diastólica de 74 mmHg e alterações analíticas. Face a estes achados a equipa médica decidiu proceder ao internamento, com o diagnóstico de pré-eclâmpsia, para iniciar o protocolo de maturação pulmonar e vigilância contínua do bem-estar materno e fetal. Durante os primeiros quatro dias de internamento, a Catarina não voltou a apresentar perdas sanguíneas ou outros sintomas, mantendo as pressões arteriais controladas.

De acordo com o protocolo institucional, eram realizadas cardiotocografias uma vez por turno, observando-se contratilidade esporádica e de baixa amplitude, com contrações não percecionadas pela Catarina. O registo fetal revelava uma linha de base de 150 BPM (batimentos por minuto), com acelerações e variabilidade normais, indicadores de bem-estar fetal.

No quinto dia de internamento, Catarina apresentou um episódio de elevação da pressão arterial (161/110 mmHg), associado a epigastralgia intensa. Foi administrada nifedipina (10 mg por via oral), resultando na melhoria do perfil tensional ao fim de uma hora. Não foram detetadas alterações laboratoriais significativas, no entanto, a equipa médica decidiu colocá-la em jejum a partir das 00h, para realizar cesariana programada no dia seguinte.

Na manhã do sexto dia de internamento, foi realizada a cesariana às 33 semanas e 3 dias de gestação, culminando no nascimento de Henrique, com 1850 gramas, tendo sido admitido na unidade de neonatologia. A Catarina foi transferida para a unidade de cuidados pós-anestésicos, onde permaneceu durante 24 horas para vigilância contínua. Após 24 horas de estabilidade hemodinâmica, foi transferida para o serviço de puerpério, onde permaneceu por três dias. Durante este período, manteve-se normotensa e sem sintomas ou sinais de alerta, tendo tido alta ao final do terceiro dia.

3.1.1.2. Justificação da escolha do caso

A escolha deste caso baseou-se na importância de oferecer cuidados individualizados considerando a realidade familiar e a transição para ser mãe. Na grande maioria das vezes, o EEESMO durante o internamento no serviço de grávidas de risco foca-se no bem-estar materno e fetal quando da patologia. Este caso permitiu considerar a perspetiva da mulher enquanto futura mãe apoiando-a nesta transição para a parentalidade reduzindo a ansiedade associada a patologia e prognóstico.

3.1.1.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A nifedipina é um medicamento bloqueador dos canais de cálcio, utilizado principalmente como vasodilatador e anti-hipertensivo, que dilata os vasos sanguíneos e diminui a resistência periférica, o que resulta numa redução da pressão arterial (Dimitriadis et al., 2023; Monteiro & Fontes Leite, 2016).

A nifedipina pode provocar uma sensação de mal-estar com tonturas, cefaleias e rubor facial associado devendo por isso ser alertada a grávida sobre os possíveis efeitos secundários de forma a estar consciente da possibilidade de os experienciar (Dimitriadis et al., 2023).

Como Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) face aos efeitos secundários prováveis deve-se monitorizar sinais vitais e sinais e sintomas de alertas referidos e bem-estar fetal. É de ressaltar que se administração de nifedipina for em conjunto com o sulfato de magnésio esta vigilância deve ser ainda maior pois aumenta a possibilidade de uma descida excessiva da pressão arterial o que pode trazer consequências negativas para a mãe e para o feto (Dimitriadis et al., 2023; Lima Silva & Machado, 2014; Monteiro & Fontes Leite, 2016).

3.1.1.4. Plano de Cuidados

Quadro 1 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio de Sistema Cardiovascular

Domínio	Sistema Cardiovascular
Foco de atenção:	Hipertensão
Caracterização do contexto: Grávida internada com o diagnóstico de pré-eclampsia que inicia quadro de epigastrialgias. Nega outra sintomatologia.	
Objetivo: Determinar evolução da pressão sanguínea	
Intervenções: 15-05-2024 20:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea - Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o) - Pressão sanguínea sistólica: 161 mmHg. - Pressão sanguínea diastólica: 110 mmHg. 15-05-2024 20:30 - Referenciar hipertensão ao médico 15-05-2024 20:35 – Administrar terapêutica em SOS (nifedipina 10 mg) 15-05-2024 20:55 - Avaliar evolução da pressão sanguínea - Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o) - Membro superior Esquerda(o) - Pressão sanguínea sistólica: 150 mmHg. - Pressão sanguínea diastólica: 105 mmHg.	

▪ 21:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o)
- Pressão sanguínea sistólica: 147 mmHg.
- Pressão sanguínea diastólica: 104 mmHg.

15-05-2024 21:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o)
- Pressão sanguínea sistólica: 132 mmHg.
- Pressão sanguínea diastólica: 88 mmHg.

15-05-2024 22:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o)
- Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.
- Pressão sanguínea diastólica: 86 mmHg.

15-05-2024 23:45 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o)
- Pressão sanguínea sistólica: 130 mmHg.
- Pressão sanguínea diastólica: 83 mmHg.

16-05-2024 03:00 -Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o)

- Pressão sanguínea sistólica: 134 mmHg.
- Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

16-05-2024 06:00 -Determinar evolução da pressão sanguínea

- Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o)
- Pressão sanguínea sistólica: 139 mmHg.
- Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.

Quadro 2 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Gestação

Domínio	Gestação
Caracterização do contexto: Grávida internada com o diagnóstico de pré-eclampsia que inicia quadro de epigastrialgias. Nega outra sintomatologia. Apresenta elevação do perfil tensional.	
Diagnóstico	Gravidez
Objetivo: Determinar bem-estar-fetal e contratilidade uterina	
Intervenções:	
15-05-2024 20:30 – Avaliar evolução da gravidez	
• Atividades que concretizam a intervenção: Monitorizar bem-estar fetal e contratilidade uterina através da monitorização cardiotocográfica: Bem-estar fetal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações) ausência de contratilidade uterina).	
15-05-2024 21:30 – Avaliar evolução da gravidez	
• Atividades que concretizam a intervenção: Monitorizar bem-estar fetal e contratilidade uterina através da monitorização cardiotocográfica:	

Bem-estar fetal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações) ausência de contratilidade uterina).

15-05-2024 22:30 – Avaliar evolução da gravidez

- Atividades que concretizam a intervenção: Monitorizar bem-estar fetal e contratilidade uterina através da monitorização cardiotocográfica: Bem-estar fetal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações) ausência de contratilidade uterina).

Quadro 3 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio de adaptação à gravidez e preparação para o parto

Domínio:	Adaptação à gravidez e preparação para o parto			
Caracterização do contexto: Catarina fica internada no serviço de grávidas de risco com o diagnóstico de pré-eclâmpsia e face à última descompensação equipa médica decide programar cesariana para o dia seguinte. Catarina fica ansiosa com esta decisão pois não queria que o parto acontecesse já porque o filho ainda é prematuro. A Catarina quando confrontada com o facto de o Henrique ir nascer prematuro refere que não era isto que imaginava quando engravidou e demonstra fácies de tristeza e desilusão referindo que não foi nada disto que imaginou para o seu primeiro filho. Refere que o imaginou “grande e gordinho” e que ficaria sempre à sua beira no internamento.				
Diagnóstico:	Potencial	para	melhorar	conhecimento sobre desenvolvimento fetal
Intervenções:				
15-05-2024 23:30 – Ensinar sobre desenvolvimento fetal				
• Atividade que concretiza a intervenção:				
1. Explicar desenvolvimento fetal às 33 semanas e o nascimento				

premature:

Explicar-lhe que o nascimento às 33 semanas de gestação é considerado um nascimento prematuro e que apresenta riscos para os bebés (American Academy of Pediatrics, 2012; Cunningham et al., 2018; Howson et al., 2013; Moore et al., 2019).

Explicar que os órgãos já se desenvolveram embora ainda não estejam totalmente amadurecidos (American Academy of Pediatrics, 2012; Cunningham et al., 2018; Howson et al., 2013; Moore et al., 2019).

Explicar que o bebé vai ter a pele mais rosada e menos enrugada e que pode medir entre 43-44 cm e pesar aproximadamente 2kg (American Academy of Pediatrics, 2012; Cunningham et al., 2018; Howson et al., 2013; Moore et al., 2019).

Explicar-lhe que por vezes o recém-nascido prematuro tem dificuldades na alimentação oral e absorção de nutrientes e que, por isso, poderá haver a necessidade de ser alimentado por sondas nasogástricas até que a via oral seja possível e segura (American Academy of Pediatrics, 2012; Cunningham et al., 2018; Howson et al., 2013; Moore et al., 2019).

Explicar que existe um risco aumentado de infeções pelo facto de o sistema imunológico ainda não estar completamente desenvolvido e que para isso são instituídas medidas para prevenir a infeção e estratégias adequadas para as combater quando elas já estão instaladas (American Academy of Pediatrics, 2012; Cunningham et al., 2018; Howson et al., 2013; Moore et al., 2019).

2. Explicar funcionamento do serviço de neonatologia: Devido à idade gestacional o Henrique irá ficar internado no serviço de neonatologia devido a sua provável imaturidade pulmonar e dificuldades na termorregulação ficando por esse motivo na incubadora (American Academy of Pediatrics, 2012; Cunningham et al., 2018; Howson et al., 2013; Moore et al., 2019)

3. Realizar visita guiada online ao Serviço de Neonatologia: explicar qual o cenário que vai encontrar quando lhe for possível visitar o Henrique dizendo-lhe que mesmo depois de ela ter alta continua a ter direito a estar permanentemente com o Henrique uma vez que todas as unidades do serviço de Neonatologia possuem essa oportunidade garantindo um cadeirão para o acompanhante.

3.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar da mulher durante o trabalho de parto

Segundo a CIPE (2019), o trabalho de parto caracteriza – se por ser um evento que engloba vários processos corporais. É considerado como um processo fisiológico no qual são expulsos do útero os produtos da concepção (feto, membranas, cordão e placenta) através do canal de parto (Perry et al., 2022). É constituído por 4 estádios.

O primeiro estádio pode ser dividido em duas fases: fase latente que se caracteriza pelo aparecimento de contrações uterinas dolorosas com início da extinção e dilatação do colo até aos 5cm e fase ativa ocorre contrações dolorosas regulares atingindo os 10 cm de dilatação (Alhafez & Berghella, 2020; Perry et al., 2022; WHO, 2018). Nesta fase, a dor vai aumentando a intensidade o que pode levar a demonstração de sinais de exaustão, ansiedade e desconforto sendo necessário que o EEESMO deverá oferecer reforço positivo e encorajar a mobilidade da parturiente e a adoção de posições que favoreçam a progressão do trabalho de parto. Devido a dor poderá ser necessário o uso de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (massagens, aplicação de calor, técnicas de relaxamento) para alívio da dor. O EEESMO deverá avaliar a evolução do trabalho de parto de maneira a detetar precocemente complicações sendo fundamental uma comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar para assegurar uma intervenção eficaz.

O segundo estágio começa desde que se confirma a dilatação completa até ao nascimento (Gimovsky & Berghella, 2022; Perry et al., 2022; WHO, 2018). Neste estágio, o EEESMO monitoriza a progressão da descida fetal e implementar medidas de proteção do períneo.

O terceiro estágio inicia-se após a expulsão do feto e termina com a dequitação (saída da placenta) (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022; WHO, 2018). Durante este estágio o EEESMO deve garantir a expulsão completa da placenta e das membranas bem como monitorizar a contração uterina de maneira a prevenir hemorragia. É importante que realize a avaliação do recém-nascido e que promova o contacto pele com pele e o início da amamentação.

O quarto estágio começa depois da saída da placenta e prolonga-se até às duas horas pós-parto que se caracteriza por um período crítico para a mulher, exigindo uma vigilância rigorosa e cuidados especializados para prevenção de complicações (Perry et al., 2022; WHO, 2018).

A duração dos diferentes estádios do trabalho de parto pode variar significativamente conforme as características individuais de cada mulher (como a paridade), a utilização de analgesia epidural e as posições adotadas durante o trabalho de parto (ACOG, 2024; Alhafez & Berghella, 2020; Perry et al., 2022).

A evolução do trabalho de parto depende de cinco fatores principais: o feto, o canal de parto, as forças expulsivas, a posição da mulher e as suas respostas psicológicas (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022). O feto influencia o parto pela forma como se adapta ao canal de parto, sendo importante determinar a apresentação, atitude e posição fetal (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022).

O canal de parto, composto pelas estruturas maternas, incluindo a bacia e os tecidos moles, é fundamental no processo de parto sendo que as suas

características podem facilitar ou dificultar o parto (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022).

As forças expulsivas referem-se às contrações uterinas e aos esforços maternos durante o parto, sendo que contrações regulares e esforços eficazes favorecem um parto eutócico (Cunningham et al., 2022; Perry et al., 2022).

Sabe-se que, posições verticais durante o parto podem ajudar na descida e expulsão do feto (ACOG, 2024; Alhafez & Berghella, 2020; Perry et al., 2022) e posições que permitem maior mobilidade da bacia e liberdade do cóccix facilitam a adaptação fetal (Cardoso et al., 2023; Grenvik et al., 2021; Jha et al., 2023). É importante referir que a alternância de posições deve ser incentivada para reduzir o cansaço e ajudar no alívio da dor (ACOG, 2024; Perry et al., 2022).

As respostas psicológicas da mulher e o suporte emocional recebido influenciam a progressão do trabalho de parto. O stress ou medo durante o parto podem aumentar a tensão muscular e a perceção da dor (Perry et al., 2022). Se houver ativação de pensamentos positivos há regulação da respiração levando a libertação de hormonas (ocitocina, serotonina e dopamina) que tornam possível a que parturiente consiga lidar com a dor (Cardoso et al., 2023).

3.2.1. Os vários estádios do trabalho de parto e o papel do EEESMO

O plano de cuidado, que será explanado a seguir, foi implementado no decurso de um turno da manhã, entre as 8h e as 14h30, no contexto de internamento hospitalar no bloco de partos. De maneira a assegurar a proteção da privacidade e confidencialidade das informações fornecidas, todos os nomes, datas e horários mencionados são fictícios.

3.2.1.1. Cenário

Catarina, de 27 anos, grávida de 39 semanas, sendo esta a sua primeira gravidez. Não tem qualquer antecedente pessoal ou clínico relevantes. O seu tipo de sangue é AB+ e o resultado do rastreio pesquisa de colonização por *Streptococcus* do grupo B foi negativo. A gravidez foi vigiada na sua unidade de saúde familiar. Participou ativamente em sessões de preparação para o parto e para a parentalidade, conduzidas pelo EEESMO responsável.

No dia 5 de janeiro de 2024, Catarina deu entrada na unidade de saúde local, acompanhada pelo seu marido, referindo rotura espontânea de membranas às 00h30 em sua casa e queixas de algias no abdómen inferior. Foi admitida às 02h00 na sala de partos do serviço de obstetrícia.

À admissão, Catarina apresentou o seu plano de parto, no qual expressava o desejo de uma abordagem fisiológica e com a menor intervenção possível para o seu parto. Face às suas expectativas foi incentivada a mobilizar-se livremente e a utilizar estratégias para lidar com a dor. Mais tarde, optou por colocar cateter epidural para analgesia, sublinhando a importância para si de, mesmo com a administração da medicação, manter a liberdade de movimentos.

Ao longo do trabalho de parto, Catarina alternou entre várias posições e deambulou conforme o seu conforto, adotando diversas estratégias facilitadoras. Manifestou o desejo de parir em posição de quatro apoios, pois sentia-se mais confortável e considerava que esta posição lhe proporcionava maior relaxamento, sendo possível manter o contacto visual com o seu marido, o que lhe conferia tranquilidade e segurança.

Durante o período expulsivo, Catarina revelou sentir-se exausta e sem forças. Com o seu consentimento, o marido observou a cabeça do bebé emergir, e as suas palavras, ao relatar que o nascimento estava iminente, restauraram a motivação de Catarina. Às 10h24, no dia 5 de janeiro de 2024, nasceu o Henrique, com 3350 gramas e um índice de Apgar de 9/10/10. De imediato, o

Henrique realizou contacto pele com pele com a Catarina tendo iniciado a amamentação na primeira hora de vida.

3.2.1.2. Justificação da escolha do caso

A escolha de um estudo de caso que explora o papel do EEESMO nos quatro estádios do trabalho de parto fundamenta-se na importância de destacar a relevância do EEESMO em cada fase evidenciado a sua contribuição para um parto seguro, centrado na mulher e respeitador das preferências da parturiente. Ao documentar e analisar as práticas realizadas promove-se o juízo crítico e o impacto do EEESMO no trabalho de parto, promovendo a excelência dos cuidados.

3.2.1.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Quadro 4 - Medicação prescrita

Medicação prescrita
Ropivacaina 0,2% 20 mg/10 ml Epidural via epidural
Sufentanil 5mcg/ml via epidural
Ocitocina 10 UI/ ml via endovenosa
Cloreto de Sódio 1000 ml via endovenosa
Lactato de Ringer 1000 ml via endovenosa

Pelo cateter epidural pode ser feita a administração de anestésicos locais como ropivacina e de analgésicos opióides como o sufentanil. (Pasin & Schnath, 2007).

Devido a atuação no sistema cardiovascular os analgésicos locais podem provocar hipotensão arterial (Pasin & Schnath, 2007). Podem também aumentar a probabilidade de retenção urinária (devido ao bloqueio simpático e das vias sensoriais da bexiga) e de parestesias ou diminuição de força nos membros inferiores (Pasin & Schnath, 2007).

A administração de analgésicos opióides através do cateter epidural pode provocar prurido generalizado. (Pasin & Schnath, 2007).

Como Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) face aos efeitos secundários prováveis deve-se monitorizar sinais vitais, monitorizar o bloqueio sensitivo através da escala de Bromage modificada, incentivar micções frequentes e avaliar a necessidade de colocação de cateter urinário face à presença de retenção urinária (Pasin & Schnath, 2007).

É altamente recomendável que sejam utilizados uterotónicos no terceiro estágio do trabalho de parto para prevenir hemorragias pós-parto (WHO, 2018). A ocitocina apresenta-se como o fármaco mais recomendável para utilização para prevenção de hemorragia. (WHO, 2018).

3.2.1.4. Plano de Cuidados

Quadro 5 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto

Domínio: Parto
Diagnóstico: Trabalho de parto
Caracterização do contexto: Catarina encontra-se em trabalho de parto ativo.
Objetivo: Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal.
Intervenções: 05-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto

- Posição do colo do útero: intermédia.
- Consistência do colo do útero: intermédia.
- Extinção do colo do útero: 100%.
- Dilatação do colo do útero: 8 cm.
- Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos.
- Duração da contração uterina: 40 Segundos.
- Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
- Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea (líquido claro, cheiro sui generis em moderada quantidade).
- Posição fetal: esquerda.
- Apresentação fetal: cefálica.
- Variedade fetal: OEP.
- Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

05-01-2024 09:45 - Avaliar evolução do trabalho de parto

- Posição do colo do útero: anterior.
- Consistência do colo do útero: mole.
- Extinção do colo do útero: 100%.

- Dilatação do colo do útero: 10 cm.
- Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos.
- Duração da contração uterina: 40 Segundos.
- Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo.
- Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea (líquido claro, cheiro sui generis em moderada quantidade).
- Posição fetal: esquerda.
- Apresentação fetal: cefálica.
- Variedade fetal: OEP.
- Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25bpm; sem desacelerações repetitivas).

05-01-2024 10:15 - Avaliar evolução do trabalho de parto

- Posição do colo do útero: anterior.
- Consistência do colo do útero: mole.
- Extinção do colo do útero: 100%.
- Dilatação do colo do útero: 10 cm.
- Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos.
- Duração da contração uterina: 60 Segundos.

- Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo.
- Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea (líquido claro, cheiro sui generis em moderada quantidade).
- Posição fetal: esquerda.
- Apresentação fetal: cefálica.
- Variedade fetal: OEP.
- Descida do feto: acima do 3.º plano de Hodge.
- Perda sanguínea vaginal - quantidade: perda sanguínea vaginal escassa

O exame vaginal consiste numa atividade de vigilância, de diagnóstico e de adequação de intervenções fundamental ao longo do TP fornecendo dados face à posição do colo do útero, à sua consistência, extinção e dilatação, à apresentação fetal e sua variedade bem como sobre o nível de apresentação da descida da apresentação fetal face a pelve materna (Batkin Ertürk et al.,2024; Perry et al.,2022). A WHO (2018) recomenda a realização do toque vaginal de 4/4 horas no primeiro estágio do trabalho de parto. A DGS (2023), preconiza que entre o intervalo da dilatação cervical ≥ 5 cm com apagamento/extinção $\geq 80\%$ e a dilatação completa os exames vaginais deverão ser realizados de 4 em 4 horas. Entre o momento que se confirma a dilatação cervical completa e o momento que se inicia os esforços expulsivos, a DGS (2023) recomenda a realização de exames vaginais com uma periodicidade de duas em duas horas.

Durante o estágio procurei seguir as diretrizes da WHO (2018) no que diz respeito à realização de exames vaginais, sendo estes realizados de forma

criteriosa e com base em indicações clínicas. Apesar de ser uma prática subjetiva (sujeita a avaliação/experiência de cada um) é fundamental para aquisição de competências como futura EEESMO.

No entanto, constatei que, em diversas ocasiões, a equipa médica não seguia esta recomendação, realizando exames vaginais numa frequência superior à recomendada sem justificação clínica para a sua realização. Esta prática pode aumentar o risco de infeção e comprometer o bem-estar da parturiente, não contribuindo para uma experiência de parto positiva.

Quadro 6 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio de Eliminação Urinária e Parto

Domínio: Eliminação urinária
Diagnóstico: Retenção urinária
Caracterização do contexto: Catarina urina espontaneamente sendo que a última micção espontânea decorreu às 8h30. Às 9h15, não reconhece vontade de urinar e apresentação globo vesical.
Objetivo: Promover eliminação urinária
Intervenções: 05-01-2024 09:15 - Inserir cateter urinário • Urina em moderada quantidade. • Cor da urina: amarelo-palha. • Cheiro da urina: "sui generis". • Sem globo vesical
Domínio: Parto
Diagnóstico: Trabalho de parto

Caracterização do contexto: Catarina encontra-se em trabalho de parto ativo. Refere querer escolher o posicionamento aquando do nascimento e gostaria de o fazer na posição de 4 apoios. Encontra-se na cama tendo já deambulado previamente e esteve anteriormente na bola de pilates.

Objetivo: Facilitar trabalho de parto/nascimento;

Intervenções:

05-01-2024 08:30 – Assistir no posicionar

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir na mudança de posição que a parturiente desejar (DGS, 2023; WHO, 2018)

05-01-2024 08:30 – Gerir ingestão de líquidos

Atividades que concretizam a intervenção:

- Oferecer água, chá ou gelatina
 - É aconselhada a ingestão de líquidos claros durante a fase ativa do trabalho de parto (DGS, 2023; WHO, 2018;)

05-01-2024 08:30 – Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Sugerir e respeitar que a parturiente faça o que o seu corpo lhe pede
- Disponibilizar estratégias como calor na região lombo-sagrada através de um lençol quente e massagem de acordo com as preferências da mulher.
 - A massagem está aconselhada pois há redução da intensidade da dor devido à redução da tensão muscular (Biana et al., 2021; Perry

et al., 2022; Türkmen & Oran, 2021; Suarez-Easton et al., 2023), aumento da sensação de conforto e bem-estar (pela libertação de endorfinas que conduzem a uma experiência de parto positiva) (Pawale & Salunkhe, 2020) e redução do nível de ansiedade (Biana et al., 2021). A aplicação de calor local proporciona uma estimulação reconfortante aos nervos da pele o que poderá resultar num alívio da dor (Türkmen & Oran, 2021). Ambas as estratégias devem ser propostas e executadas de acordo com as preferências da mulher estando recomendadas pela WHO (2018) para uma experiência positiva de trabalho de parto.

Objetivo: Controlar dor de trabalho de parto

(Dado: Maria refere aumento da dor e sensação de pressão na região do períneo. Solicita alívio da dor por estratégias farmacológicas)

05-01-2024 09:45 - Gerir analgesia

Atividades que concretizam a intervenção:

- Administrar bólus de Ropivacaína e Sufentanilo através de PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia)
- Avaliar nível sensitivo e motor do bloqueio 20 minutos após, usando a escala de Bromage (DGS, 2023)

05-01-2024 10:20 – Assistir no posicionar

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir na mudança de posição para a posição de 4 apoios que foi a Catarina escolheu.
 - Esta posição promove a redução da dor lombar devido à diminuição da pressão exercida pela apresentação fetal (Perry et al., 2022) e possibilita a liberdade de movimentação da bacia

materna que ajuda na progressão do trabalho de parto (ACOG, 2019; Perry et al., 2022).

05-01-2024 10:20 – Retirar cateter urinário

Objetivo: Prevenir laceração do períneo

05-01-2024 10:24 - Implementar medidas de proteção do períneo

Atividades que concretizam a intervenção:

- Executar Manobra modificada de Ritgen (de acordo com a vontade da mulher, as técnicas de proteção de períneo “hands on” estão recomendadas (DGS, 2023; WHO,2018)

Objetivo: Promover parto eutócico

05-01-2024 10:24 - Assistir no parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- 10:23 Explicar á parturiente que a pressão e ardor que ela sente é a cabeça do bebé no canal vaginal e que ele vai nascer
- 10:23 Questionar se quer sentir a cabeça do bebé
- 10:23 Verificar presença de circular do cordão
- 10:24 Incentivar a parturiente a vir buscar o bebé
- 10:24 Secar e estimular o bebé no colo da mãe
- 10:27 Assistir no corte do cordão umbilical
- 10:27 Prestar atenção à perda sanguínea e aguardar pela dequitação

Objetivo: Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento

05-01-2024 10:40 - Assistir na expulsão da placenta

Atividades que concretizam a intervenção:

- Realizar tração controlada do cordão umbilical
- Realizar Manobra de Dublin
- Administrar 10UI de Ocitocina endovenosa
 - Está recomendada a gestão ativa do terceiro estágio de trabalho de parto para prevenção da hemorragia pós-parto, com administração de uterotónicos (Ocitocina) e tração controlada do cordão umbilical após sinais de descolamento da placenta (DGS, 2023; WHO, 2018).
- Observar características da placenta, membranas e do cordão, observar perda vaginal e formação do globo de segurança de Pinard:

Tipo de dequitação: espontânea

Mecanismo de descolamento: Schultze.

Hora da dequitação: 10:40:00.

Características da placenta: sem alterações observáveis. Integra e completa.

Características das membranas: completas

Características do cordão: cordão de inserção normal, com uma veia e duas artérias, geleia de Wharton com aparência normal

Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Globo de segurança de Pinard formado

05-01-2024 10:50 -Avaliar canal de parto

- Estado do períneo: íntegro.

Domínio: Parto
Diagnóstico: Nascimento
Caracterização do contexto: Catarina pretende contacto pele com pele com ela e depois com o pai do Henrique.
Objetivo: Promover adaptação à vida extrauterina.
Intervenções: 05-01-2024 10:24 – Nascimento 05-01-2024 10:24 - Secar o recém-nascido 05-01-2024 10:24 - Executar técnica de pele com pele Atividades que concretizam a intervenção: • Cobrir o bebé com um lençol seco e quente. Manter o rosto visível. • Avaliar a respiração, tónus, coloração e posição do bebé de 15/15 min (Henrique apresenta tónus muscular normal, pele rosada e encontra-se sem sinais de dificuldade respiratória). 05-01-2024 10:25 – Avaliar índice de Apgar: Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9. 05-01-2024 10:27 - Executar clampeamento tardio do cordão umbilical: ~ Está recomendado o corte tardio do cordão (1-3 minutos após o parto, ou até deixar de pulsar se a mulher assim o pretender) exceto em casos em que o recém-nascido necessite de reanimação neonatal imediata (DGS, 2023; Rua et al., 2020; WHO, 2018;) Atividades que concretizam a intervenção: • Clampar cordão umbilical com um clamp umbilical descartável a cerca de 3 cm do abdómen fetal e com colocação de pinça de Kelly a cerca

de 4 cm do abdómen fetal (DGS, 2023).

- Incentivar o companheiro a cortar o cordão umbilical
- Assistir no corte do cordão umbilical

05-01-2024 10:29 – Avaliar índice de Apgar: Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

05-01-2024 10:34 – Avaliar índice de Apgar: Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

05-01-2024 12:00 - Executar técnica de pele com pele com o pai

O contacto pele com pele deverá acontecer imediatamente após o nascimento. O recém-nascido deverá ser colocado nu (pode usar fralda e gorro) no abdómen / tórax da mãe ou do cuidador disponível, na impossibilidade da mãe realizar contacto pele com pele (FIGO, 2024; Lord et al., 2023; Popan, 2023). Este primeiro contacto deverá ser mantido pelo menos durante a primeira hora e poderá ser prolongado até ao final da primeira mamada (FIGO, 2024; Lord et al., 2023; Popan, 2023).

O contacto pele com pele favorece a estabilização hemodinâmica do recém-nascido, ajudando no controlo da temperatura corporal, dos níveis de glicose e do padrão respiratório (FIGO, 2024; Lord et al., 2023; Popan, 2023). Favorece também o início precoce da amamentação o que se traduz em melhores taxas de amamentação (FIGO, 2024; Lord et al., 2023; Popan, 2023).

O contacto pele com pele imediatamente após o parto contribui para a diminuição do risco de hemorragia pós-parto, uma vez que eleva os níveis de ocitocina e estimula a contratilidade uterina (FIGO, 2024; Popan, 2023; Ruiz et al., 2023).

O EEESMO deverá avaliar o índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minuto sendo o valor obtido um indicador da necessidade de cuidados imediatos/reanimação (DGS, 2023; Santos Freitas & Duarte Baptista, 2020;).

Como EEESMO devemos garantir o correto posicionamento do recém-nascido (RN em decúbito ventral, com membros inferiores em flexão em contacto direto e simétrico dos ombros e tórax com o peito da mãe, que deverá ter o tronco ligeiramente elevado; o RN deve ter cabeça rodada para a face da mãe ou para a pessoa significativa) sendo importante cobrir o RN com um lençol aquecido e manter a vigilância atenta relativamente à permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus, vitalidade e resposta aos estímulos adequados de quinze em quinze minutos, durante a primeira hora de vida.(DGS, 2023). É importante manter a vigilância do estado de consciência e capacidade de atenção da mãe de forma a prevenir o risco de queda devendo solicitar a colaboração do acompanhante nesta vigilância, de maneira a integrar a pessoa significativa no processo (DGS, 2023).

A avaliação do recém-nascido, após o contacto pele com pele, é fundamental para identificar anomalias congénitas e traumatismos associados ao parto (DGS, 2023; Santos Freitas & Duarte Baptista, 2020;). Deverá também realizar uma revisão dos vários sistemas através da inspeção visual, palpação e manipulação do recém-nascido para detetar precocemente malformações que necessitem de intervenção médica (DGS, 2023; Santos Freitas & Duarte Baptista, 2020;).

Quadro 7 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio de comportamentos para amamentar

Domínio: Comportamentos para amamentar
Diagnóstico: Amamentação
Caracterização do contexto: Catarina pretende amamentar Henrique. Deseja iniciar a amamentação o mais precocemente possível.

Objetivo: Promover o amamentar
Intervenções: 05-01-2024 11:00 - Avaliar mama • Mama mole com colostro • Mamilos proeminentes e íntegros 05-01-2024 11:00 - Assistir na amamentação Atividades que concretizam a intervenção: • Assistir a Catarina a posicionar-se em decúbito lateral conforme a foi a sua vontade • Assistir a Catarina a posicionar o Henrique para mamar 05-01-2024 11:40 – Avaliar mamada • Henrique demonstrou pega adequada e mamou eficazmente.
Domínio: Comportamentos para amamentar
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para amamentar
Caracterização do contexto: Catarina pretende amamentar Henrique. Deseja iniciar a amamentação o mais precocemente possível.
Objetivo: Promover autogestão: amamentação
05-01-2024 11:00 - Elogiar o desempenho da cliente.

Uma experiência positiva de parto preconiza a promoção do contato pele com pele entre a mãe e o recém-nascido logo após o parto e a possibilidade de amamentação imediata (WHO, 2018). O contacto pele com pele na primeira hora de vida favorece a amamentação pois são instalados comportamentos

inatos favorecedores da amamentação primeiro choro, relaxamento, despertar, atividade, descansar, rastejar/deslizar, familiarizar-se, mamar e adormecer (Brimdyr et al., 2020). O EEESMO deverá observar sinais de pega adequada, os reflexos do recém-nascido e o correto posicionamento da mulher e do RN durante a amamentação.

3.2.2. Indução do trabalho de parto: a intervenção essencial do EEESMO na jornada para o nascimento

A indução do trabalho de parto (ITP) consiste no processo de estimulação uterina provocando alterações no colo uterino e contratilidade uterina com o objetivo de iniciar o trabalho de parto antes de este se iniciar espontaneamente (Borovac-Pinheiro et al., 2023; NICE, 2021; Wheeler et al., 2022).

A ITP é uma intervenção recomendada em várias situações como patologia médica ou obstétrica grave que põe em risco a saúde materna ou fetal, como (oligoâmnios em gestação de termo, a restrição do crescimento intrauterino com alterações fluxométricas, a morte fetal), e a gravidez não complicada que atinge as 41 semanas completas. De forma a favorecer o sucesso da ITP e a ocorrência de um parto vaginal, é fundamental escolher o método de indução mais adequado à condição individual de cada mulher, baseando-se na avaliação do índice de Bishop (Borovac-Pinheiro et al., 2023; DGS, 2015; NICE, 2021).

A maturação cervical pode ser realizada através de métodos farmacológicos (como a aplicação de dinoprostona em dispositivos vaginais de ou misoprostol em comprimidos) ou métodos mecânicos (como a inserção de uma sonda de Foley) (Carlson et al., 2022; DGS, 2015; NICE, 2021).

No caso apresentado em seguida a equipa médica optou pela aplicação de misoprostol em comprimidos vaginais para maturação cervical.

O misoprostol é uma prostaglandina que provoca do amolecimento do colo do útero e promove da contratilidade uterina (Borovac-Pinheiro et al., 2023; Carlson et al., 2022; NICE, 2021). Relativamente às doses e intervalos de administração não há consenso. A WHO (2022) recomenda a administração de 25µg por via oral a cada 2 horas ou 25µg por via vaginal a cada 6 horas. Por outro lado, Borovac-Pinheiro et al. (2023) preconiza a administração de 25µg a 50µg por via vaginal a cada 4 horas ou 25µg a 50µg por via oral a cada 2 horas. Na instituição onde decorreu o estágio o protocolo de administração consistia na administração de 25µg a 50µg por via vaginal a cada 4 horas.

O plano de cuidado, que será explanado a seguir, foi implementado no decurso de um turno da tarde, entre as 14h e as 20h30, no contexto de internamento hospitalar no bloco de partos. De maneira a assegurar a proteção da privacidade e confidencialidade das informações fornecidas, todos os nomes, datas e horários mencionados são fictícios.

3.2.2.1. Cenário

Catarina, 33 anos, grávida de 41 semanas do seu segundo filho, Henrique. Não possui antecedentes pessoais ou clínicos relevantes. Apresenta grupo sanguíneo A+ e o seu resultado do rastreio pesquisa de colonização por Streptococcus do grupo B foi negativo. Gravidez vigiada e que decorreu sem qualquer complicação. A gravidez anterior também decorreu sem intercorrências, assim como o respetivo parto. Ao longo da gravidez atual, Catarina frequentou sessões de preparação para o parto e para a parentalidade.

Face à ausência de início espontâneo do trabalho de parto, foi programada uma indução do trabalho de parto (ITP).

No dia da indução, Catarina foi admitida no serviço de obstetria às 9h30 acompanhada pelo seu marido, Bruno. Procedeu-se à inserção de um acesso venoso periférico, a fim de garantir a administração de terapêutica

intravenosa em caso de necessidade materna ou fetal. Após avaliação pela equipa médica, iniciar a indução do trabalho de parto através da aplicação de misoprostol vaginal.

Catarina apesar de não ter elaborado o plano do seu parto manifesta que pretende que corte do cordão umbilical seja realizado pelo Bruno, e, que se possível, o contacto pele com pele seja realizado imediatamente após o nascimento. Pretende também que o Bruno realize contacto pele com pele posteriormente. Expressa também que não pretende terapêutica farmacológica para alívio da dor.

3.2.2.2. Justificação da escolha do caso

A escolha deste estudo de caso centra-se na relevância do papel do EEESMO na indução do trabalho de parto e na promoção de estratégias facilitadoras do trabalho de parto, considerando o impacto significativo destas intervenções na experiência de parto da mulher e nos desfechos obstétricos recomendadas para a obtenção de uma experiência de parto positiva (WHO, 2018).

3.2.2.3. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O misoprostol pode provocar diarreia, tonturas, cefaleias, náuseas, vômitos e pirexia (uma vez que as prostaglandinas são mediadores sistémicos da inflamação) (Carlson et al., 2022). Destaca-se a taquissistolia (ocorrência de mais de 5 contrações em 10 minutos), com ou sem repercussões na frequência cardíaca fetal (Carlson et al., 2022; Tsakiridis et al., 2020; Wheeler et al., 2022). Assim a monitorização cardiotocográfica deve ser realizada. Segundo Tsakiridis et al (2020) e Wheeler et al. (2022) esta monitorização deve ser realizada antes e durante 30 minutos após administração de misoprostol. Por outro lado, A Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal

(SPOMMF) (2022) recomenda um traçado cardiotocográfico tranquilizador previamente à administração do misoprostol e monitorização cardiotocográfica durante 1 hora após. No serviço onde decorreu o estágio, como protocolo de serviço teria de existir um recomenda um traçado cardiotocográfico tranquilizador previamente à administração do misoprostol e prolongava-se a monitorização até as 2 horas após a administração.

É importante manter monitorização da FCF e mediante alterações nesses valores deverão ser implementadas as seguintes intervenções (Fonseca, 2016; Graça, 2017):

- Se for ainda possível retirar as prostaglandinas aplicadas;
- Colocar grávida em decúbito lateral esquerdo para melhorar a perfusão uteroplacentária;
- Notificar obstetra;
- Se bradicardia fetal prolongada ou taquissístolia efetuar exame vaginal para despistar parto eminente ou prolapso do cordão umbilical;
- Administrar fármacos tocolíticos conforme prescrição médica ou protocolo do serviço;

3.2.2.4. Plano de Cuidados

Quadro 8 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto

Domínio: Parto
Diagnóstico: Trabalho de Parto
Caracterização do contexto: Administrado às 14h a primeira toma de Misoprostol 25mcg via vaginal conforme prescrição médica. Apresentava o colo do útero numa consistência e posição intermédia, com cerca de 50% de extinção e 2cm de dilatação. Membranas amnióticas integras. Não refere dor

de trabalho de parto. Ausência de contrações uterinas no CTG.
Objetivo: Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal
Intervenções: 17-01-2024 14:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto • Frequência da contração uterina: sem contração uterina. • Dor de trabalho de parto: sem dor. • Integridade das membranas amnióticas: integras • Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas). 17-01-2024 16:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto • Frequência da contração uterina: sem contração uterina. • Dor de trabalho de parto: sem dor. • Integridade das membranas amnióticas: integras • Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas). 17-01-2024 16:00 – Suspender monitorização cardiotocográfica. 17-01-2024 17:30 – Reiniciar monitorização cardiotocográfica. 17-01-2024 18:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal • Posição do colo do útero: intermédia. • Consistência do colo do útero: intermédia.

- Extinção do colo do útero: 70%.
- Dilatação do colo do útero: 3cm.
- Frequência da contração uterina: sem contração uterina.
- Dor de trabalho de parto: sem dor.
- Integridade das membranas amnióticas: integras
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

17-01-2024 18:00 – Administrar terapêutica prescrita

Atividades que concretizam a intervenção:

- Administrado segunda toma de Misoprostol 25mcg via vaginal conforme prescrição médica

17-01-2024 18:45 - Avaliar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal

- Frequência da contração uterina: sem contração uterina.
- Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
- Integridade das membranas amnióticas: integras
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

17-01-2024 20:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal

- Frequência da contração uterina: sem contração uterina.
- Dor de trabalho de parto: sem dor

• Integridade das membranas amnióticas: integras • Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas). 17-01-2024 20:00 – Suspende monitorização cardiotocográfica.
Domínio: Parto
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre dor de trabalho de parto
Caracterização do contexto: Catarina refere sentir dor na região lombo sagrada que classifica como 3 na escala numérica da dor. Refere não saber como será evolução da dor, mas que para já não quer terapêutica farmacológica para alívio da dor.
Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto
Intervenções: 17-01-2024 18:45 - Avaliar evolução do conhecimento sobre dor de trabalho de parto Conhecimento sobre dor de trabalho de parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir 17-01-2024 18:45 - Ensinar sobre dor de trabalho de parto Atividades que concretizam a intervenção: • Explicar que a dor é um sinal positivo de que o corpo está preparado para o trabalho de parto e que este está a decorrer da forma expectável (Cardoso et al., 2023). • A dor durante o trabalho de parto desencadeia a produção de hormonas, como endorfinas e ocitocina, que funcionam como analgésicos naturais e que ajudam a induzir um estado alterado de

consciência para que a mulher se entregue ao seu próprio parto
(Cardoso et al., 2023).

A dor do trabalho de parto é descrita como uma sensação crescente em intensidade e frequência, resultante da contratilidade uterina e da dilatação do colo do útero (CIPE, 2019). Este tipo de dor pode ser dividida em dois tipos: a dor associada ao período de dilatação cervical e a dor relacionada ao período expulsivo, dado que se manifestam de maneiras distintas.

A dor durante o período de dilatação é geralmente considerada uma dor visceral causada pela isquemia uterina durante as contrações, pela distensão do segmento uterino inferior e pela dilatação cervical (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023). A dor associada às contrações uterinas no trabalho de parto tende a ser mais generalizada, sendo frequentemente descrita na parte inferior do abdómen, nas cristas ilíacas e na região lombar (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023)

A dor experimentada pela parturiente no final da dilatação cervical e durante o período expulsivo é descrita como mais intensa e localizada, resultando da distensão do útero, do colo do útero e do períneo, assim como da pressão exercida pela apresentação fetal sobre o pavimento pélvico e órgãos pélvicos (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023). Em alguns casos, a parturiente pode perceber uma diminuição na intensidade da dor ao concentrar-se em realizar esforços expulsivos eficazes (Perry et al., 2022).

Como EEESMO deve-se monitorizar a dor e a capacidade da parturiente para lidar com ela devendo informar a parturiente sobre métodos não-farmacológicos para lidar com a dor e sobre opções farmacológicas de alívio (Cardoso et al., 2023; DGS, 2023; OE, 2019a;). Todas as opções da mulher são validadas e devem ser disponibilizadas tanto quanto possível (Cardoso et al., 2023).

Quadro 9 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto

Domínio: Parto
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
Caracterização do contexto: Catarina refere sentir dor na região lombo sagrada que classifica como 3 na escala numérica da dor. Refere não saber como será evolução da dor, mas que para já não quer terapêutica farmacológica para alívio da dor. Bruno refere querer participar para poder ajudar a aliviar a dor da Catarina. Refere que ela durante a gravidez referia gostar de massagem na região lombar
Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto
Indicador de resultado: Que a Catarina seja capaz de usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
Intervenções: 17-01-2024 14:30- Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto. Atividades que concretizam a intervenção: • Demonstrar o uso da bola de parto: sentada com as pernas a um angulo de 90 graus realizar movimentos com a bacia para ambos os lados, para a frente e para trás e simular o símbolo do infinito. • Demonstrar o uso da bola de amendoim quando estiver deitada: deitar-se de lado, colocar a bola entre as pernas a nível das coxas, sendo que a perna que está apoiada na cama deverá estar ligeiramente dobrada e a outra deverá estar na zona mais estreita da bola. 17-01-2024 14:30 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Proporcionar a experimentação à Catarina mediante o que ela se sentir mais confortável e desejar.

17-01-2024 16:15 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia

(Catarina refere gostar de dançar e querer fazê-lo porque sente que vai facilitar o trabalho de parto. Quer estar de pé)

Atividades que concretizam a intervenção:

- Demonstrar a realização de exercícios da mobilidade da bacia de pé: dançar fazendo movimentos semelhantes aos realizados na bola de pilates. Relembrar que pode fazer estes movimentos sem estar a dançar se não quiser.

17-01-2024 16:15 - Treinar exercícios de mobilidade da bacia

Atividades que concretizam a intervenção:

Proporcionar à Catarina experienciar os diferentes exercícios de acordo com a sua preferência.

Resultado: Catarina usa a bola de pilates. Deambula pela enfermaria.

Dançou e realizou exercícios de mobilidade de bacia em pé e na bola de pilates.

É recomendada a promoção da mobilidade e da posição vertical durante o trabalho de parto (WHO, 2018). Além disso, a taxa de utilização de estratégias que facilitam o trabalho de parto é um indicador diretamente ligado com qualidade dos cuidados especializados prestados pelo EEESMO, dado o seu potencial para reduzir a duração do trabalho de parto e aumentar a satisfação da mulher com a sua experiência de parto (OE, 2021).

Para promover a mobilidade da bacia e a verticalidade na mulher em trabalho de parto pode ser usada a bola de partos (Delgado et al., 2023; Grenvik et al., 2023; Mylod et al., 2024; Perry et al., 2022), sendo que a parturiente deverá ser incentivada a realizar movimentos de rotação e contranotação, movimentos circulares, movimentos em forma de infinito o que se traduz em alterações do diâmetro pélvico facilitando a descida da apresentação fetal (Cardoso et al., 2023; Grenvik et al., 2021; Jha et al., 2023).

A utilização da bola de parto poderá ajudar na redução da intensidade da dor de trabalho de parto promovendo o relaxamento e empoderamento durante o parto (Aslantaş & Çankaya, 2023; Delgado et al., 2023; Grenvik et al., 2021; Jha et al., 2023; Perry et al., 2022).

A mobilidade e a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto estão associadas a diminuição na duração do parto, menor risco de cesariana e de parto instrumentado, redução da intensidade da dor e maior satisfação com a experiência do parto (Alhafez & Berghella, 2020; Lawrence et al., 2013; Ondeck, 2019; Perry et al., 2022). A parturiente deve ser incentivada a caminhar ou a manter posições verticais durante o primeiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de favorecer a sua progressão (Alhafez & Berghella, 2020; LeFevre et al., 2021).

3.2.3. Fortalecer pelo relaxamento: O Empoderamento de uma Mulher durante o parto através de estratégias de relaxamento

O parto pode ser visto pela mulher como um acontecimento doloroso e pode estar associado a sentimentos negativos que podem diminuir a atividade uterina e prolongar o trabalho de parto (Akköz Çevik & Incedal, 2021). É importante adequar várias estratégias não farmacológicas para reduzir a ansiedade (que tem ação direta na libertação de hormonas que alteram a perceção da dor e o decorrer do trabalho de parto) de maneira a diminuir a dor percebida pela mulher (Akköz Çevik & Incedal, 2021). O EEESMO

desempenha um papel fundamental no apoio da parturiente bem como na transmissão de informação garantindo que as mulheres se mantenham informadas sobre a progressão do trabalho de parto (Akköz Çevik & Incedal, 2021). Assim, as mulheres terão uma experiência de parto mais positiva e com uma dor menos intensa (Akköz Çevik & Incedal, 2021).

A evidência científica apoia a eficácia de técnicas de relaxamento (como a respiração controlada e o uso de música, bem como a aplicação de massagens ou calor, de acordo com a preferência da mulher) demonstrando que elas reduzem o desconforto associado ao parto, aliviam a dor e contribuem para uma experiência de parto mais positiva (WHO, 2018).

Os exercícios respiratórios são frequentemente utilizados pois ativam o sistema nervoso parassimpático, aumentando a oxigenação do sangue e promovendo a liberação de endorfinas, o que contribui para a redução da frequência cardíaca e a promoção de uma sensação de tranquilidade (Alzurfi & Al-Ogaili, 2021; Heim & Makuch, 2021; Issac et al., 2023). Simultaneamente, as endorfinas inibem o sistema nervoso simpático, o que provoca uma menor produção da hormona do stress, o cortisol (Issac et al., 2023). Assim, o EEESMO deve privilegiar o uso de exercícios respiratórios para melhorar a capacidade da parturiente de lidar com a dor de trabalho de parto (Issac et al., 2023).

A técnica de respiração deve ser adaptada conforme as diferentes fases do trabalho de parto. Na fase latente do primeiro estágio, uma respiração lenta e profunda durante as contrações é particularmente eficaz (Bal et al., 2020; Heim & Makuch, 2021; Perry et al., 2022).

O uso de técnicas respiratórias que envolve duas inspirações curtas seguidas de uma expiração mais profunda, pode ajudar a parturiente a gerir a intensidade das contrações no final da fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto (Bal et al., 2020; Perry et al., 2022). Esta técnica também é útil para facilitar a expulsão controlada da cabeça do bebé (Bal et al., 2020; Perry et al., 2022). No segundo estágio do trabalho de parto, é importante encorajar a parturiente a encontrar um padrão respiratório que seja confortável

para si, ressaltando que é fundamental evitar prender a respiração durante os esforços expulsivos (Heim & Makuch, 2021; Perry et al., 2022).

Há também evidências que a musicoterapia poderá ser útil durante o trabalho de parto para promover relaxamento e capacitar a parturiente a lidar com a dor. A música provoca libertação de substâncias químicas cerebrais que regulam o humor da pessoa podendo melhorar a frequência cardíaca e diminuir a percepção da dor (Lorencetto et al., 2021). Mais uma vez é importante que o EEESMO vá de encontro a vontade e preferências da parturiente e que colabore na implementação de estratégias para lidar com a dor.

A massagem e aplicação de calor poderão ser estratégias aliadas para capacitar a parturiente a lidar com a dor e promover o relaxamento estando recomendadas pela WHO (2018) para uma experiência positiva de trabalho de parto. A massagem provoca um aumento da sensação de conforto e bem-estar (pela libertação de endorfinas que conduzem a uma experiência de parto positiva) (Pawale & Salunkhe, 2020) e redução do nível de ansiedade (Biana et al., 2021). A aplicação de calor local proporciona uma estimulação reconfortante aos nervos da pele o que poderá resultar num alívio da dor (Türkmen & Oran, 2021).

O plano de cuidado, que será explanado a seguir, foi implementado no decurso de um turno da tarde, mais especificamente no intervalo de tempo compreendido entre as 18h e as 20h30, no contexto de internamento hospitalar no bloco de partos. De maneira a assegurar a proteção da privacidade e confidencialidade das informações fornecidas, todos os nomes, datas e horários mencionados são fictícios.

3.2.3.1. Cenário

Catarina, 31 anos, grávida de 39 semanas do seu segundo filho. O seu grupo sanguíneo é B+ e o resultado do seu rastreio pesquisa de colonização por

Streptococcus do grupo B foi negativo. Está acompanhada pelo seu marido, Bruno, que representa um apoio emocional significativo, segundo a própria.

Catarina possui antecedentes de depressão pós-parto, diagnosticada após o nascimento do primeiro filho, há quatro anos. Na altura, foi acompanhada por um psiquiatra e psicólogo, e esteve sob medicação antidepressiva, que suspendeu há mais de dois anos.

Ao longo da gravidez, Catarina participou ativamente em sessões de preparação para o parto e sente-se confiante relativamente ao processo, embora revele alguma preocupação quanto à possibilidade de uma nova depressão pós-parto. Relativamente à forma de lidar com a dor durante o trabalho de parto, manifesta uma preferência clara pela utilização de métodos não farmacológicos, como música, técnicas de respiração e massagem, estratégias que praticou com a sua EEESMO e que pretende adotar durante o trabalho de parto.

Catarina foi admitida no serviço às 18h, em trabalho de parto ativo, após a rotura espontânea de membranas ocorrida às 17h30, com contratilidade uterina associada a dor.

3.2.3.2. Justificação da escolha do caso

A escolha de um estudo de caso que aborde o relaxamento e a sua importância durante o trabalho de parto fundamenta-se na relevância desta abordagem para a promoção de uma experiência de parto mais positiva e humanizada conforme descrito pela WHO (2018). O relaxamento contribui para a redução da dor e para a diminuição da ansiedade permitindo à parturiente manter um maior controlo sobre o seu corpo e do seu parto. Ao introduzir técnicas de relaxamento como estratégias facilitadoras para lidar com a dor, o EEESMO desempenha um papel crucial na criação de um ambiente de apoio, que respeita as necessidades e preferências da mulher, promovendo o bem-

estar físico e emocional da mulher tendo em conta a otimização da experiência de parto e contribuir para a satisfação da mulher.

3.2.3.3. Plano de Cuidados

Quadro 10 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto

Domínio: Parto
Diagnóstico: Trabalho de parto
Caracterização do contexto: Catarina encontra-se em trabalho de parto
Objetivo: Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal
Intervenções: 23-01-2024 18:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto • Posição do colo do útero: intermédio • Consistência do colo do útero: mole. • Extinção do colo do útero: 100%. • Dilatação do colo do útero: 5 cm. • Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos. • Duração da contração uterina: 20 Segundos. • Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical. • Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea (líquido claro, cheiro sui generis em moderada quantidade).

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

23-01-2024 19:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto

- Posição do colo do útero: intermédio.
- Consistência do colo do útero: mole.
- Extinção do colo do útero: 100%.
- Dilatação do colo do útero: 7 cm.
- Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos.
- Duração da contração uterina: 40 Segundos.
- Dor de trabalho de parto: do período de dilatação cervical
- Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea (líquido claro, cheiro sui generis em moderada quantidade).
- Posição fetal: esquerda.
- Apresentação fetal: cefálica.
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25bpm; sem desacelerações repetitivas).

Domínio: Parto

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de

trabalho de parto
Caracterização do contexto: Catarina refere sentir uma dor insuportável e que não aguenta mais. Diz que não consegue controlar a respiração e que está a ficar muito ansiosa. Refere receio do parto porque não quer sentir-se como se sentiu no puerpério do primeiro filho (foi diagnosticada com depressão pós-parto, tendo sido acompanhada pela psicóloga e psiquiatra tendo controlado com medicação e estratégias de relaxamento como respiração e massagem pelo Bruno). Tem consigo várias músicas que gostaria de ouvir porque se sente mais relaxada quando ouve. Não quer qualquer tipo de intervenção farmacológica no seu trabalho de parto. Quer uma experiência positiva e optar por estratégias que a ajudem a lidar com a dor e que a façam relaxar pois tem dificuldade em controlar a sua ansiedade.
Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto
Indicador de resultado: Que a Catarina sinta redução da ansiedade e da dor.
Intervenções: 23-01-2024 18:00 - Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. 23-01-2024 18:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento Atividades que concretizam a intervenção • Reduzir luz da sala de partos de acordo com a preferência da Catarina ➤ uma luz mais suave promove mais tranquilizador e uma maior sensação de privacidade (Cardoso et al, 2023) • Incentivar a colocação de música de acordo com a preferência da

Catarina

- A música pode ajudar a bloquear os ruídos externos e a aumentar a sensação de privacidade (Short et al., 2010)
- Incentivar a colocação de sons naturais gravados porque a evidência afirma que pode ter um efeito calmante (Cardoso et al, 2023)
- Comunicar de forma calma e empática incentivando a Catarina. É importante que referir-lhe que é capaz, que está a ser incrível e que tudo está a correr bem e conforme o planeado.
- Ao ativar os pensamentos positivos há regulação da respiração levando a libertação de hormonas (ocitocina, serotonina e dopamina) que tornam possível a que parturiente consiga lidar com a dor (Cardoso et al, 2023)

23-01-2024 18:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

23-01-2024 18:00 - Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- pedir consentimento à Catarina para implementar estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto
- Identificar estratégias que a relaxam habitualmente (Catarina refere que controla a sua ansiedade através da respiração e que às vezes solicita ao Bruno que lhe faça uma massagem nas costas)

23-01-2024 18:00 - Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- Realizar e demonstrar a técnica de massagem na região lombo-sagrada
 - Explicar que podem ser realizados dois tipos de massagem: a massagem suave que deve usada entre as contrações para promover a libertação de endorfinas, diminuir a tensão muscular e promover o relaxamento, permitindo que a Catarina possa lidar com a dor de trabalho de parto e a massagem com pressão usada durante a contração pressionando as nádegas, particularmente o músculo piriforme para o alívio da dor (Cardoso et al, 2023)
- Encorajar o Bruno a massajar a região lombo-sagrada à Catarina

23-01-2024 18:00 - Instruir estratégias de relaxamento

Atividades que concretizam a intervenção:

- Demonstrar técnica de respiração
 - É uma técnica importante para lidar com a dor porque ativa o centro de inibição da dor (secreção de endorfina) (Cardoso et al, 2023).
 - Durante a contração a Catarina deve fechar os olhos, encontrar uma posição confortável e focar na respiração – inspirar pelo nariz, como se estivesse a cheirar uma flor, durante 4 segundos; expirar pela boca, como se estivesse a tentar soprar gentilmente uma vela sem a apagar, durante 8 segundos. Entre as contrações deve voltar ao padrão respiratório normal.
- Permitir à parturiente experienciar uma respiração lenta, profunda e controlada com efeito relaxante

- Sugerir que o Bruno respire com a Catarina

Resultado: Catarina refere que se sente menos ansiosa, mais capaz de entender o seu próprio corpo. Diz que sentiu que as estratégias utilizadas foram eficazes e que pretende continuar a utilizar e que mantem a ideia de não usar terapia farmacológica. Refere alívio da dor.

3.2.4. O papel do EEESMO na prevenção e correção de lacerações durante o parto

Segundo a CIPE (2019), a laceração é um rasgo irregular associada a lesão intensa dos tecidos. A laceração perineal consiste na lesão dos tecidos perineais ocorridas durante o parto (Mascarenhas,2020). É importante uma correta avaliação e classificação das lesões com o objetivo de identificar que medidas são necessárias para promover a cicatrização e reparação dos tecidos sendo, fundamental, que no caso de ser necessário sutura devem ser utilizados os melhores matérias e técnicas disponíveis (Mascarenhas,2020).

Segundo a RCOG (2015), as lacerações devem ser classificadas segundo o sistema abaixo apresentado:

- Laceração 1º grau: afeta apenas a pele perineal
- Laceração 2º grau: afeta a pele e os músculos perineais
- Laceração 3º grau: prolonga-se para o complexo do esfíncter anal podendo afetar em diferentes percentagens o esfíncter anal externo e interno
- Laceração 4º grau: prolonga-se para o complexo do esfíncter anal interno e externo atingindo em simultâneo a mucosa retal

O trauma perineal está associado a alguns fatores de risco: primiparidade, período expulsivo prolongado, macrosomia fetal, variedade de posição occipital posterior e parto instrumentado (Mascarenhas, 2020; RCOG, 2015).

É importante como EEESMO que se avalie a integridade do canal de parto e que se contacte um médico de obstetrícia e ginecologia se houver suspeita de laceração de 3º ou 4º grau.

Várias evidências científicas afirmam que as estratégias que tem como objetivo reduzir o trauma perineal e facilitar parto espontâneo devem ser utilizadas (WHO, 2018).

Sabe-se as posições verticalizadas durante o trabalho de parto estão associadas a diminuição da dor e a redução da probabilidade de trauma perineal (Bonapace et al., 2018; Cardoso et al., 2023; Huang et al., 2020). Como EEESMO é fundamental encorajadas as mulheres a encontrar a sua posição de conforto e mover-se procurando responder aos pedidos do seu corpo (Cardoso et al., 2023).

A WHO (2018) e DGS (2023) recomendam a realização de proteção perineal através da técnica *hands-on*. Esta técnica consiste no suporte manual do períneo durante o parto com aplicação de manobras de flexão da cabeça fetal (Huang et al., 2020) tendo efeitos na redução da taxa de episiotomias e lacerações perineais (Califano et al., 2022; Huang et al., 2020; Lee et al., 2018).

Apesar de todas estas estratégias poderá ser necessário realizar uma episiotomia que consiste numa incisão cirúrgica da parede posterior do canal vaginal e períneo realizada no pico da contração, para aumentar o diâmetro do orifício vaginal e facilitar a expulsão fetal (ACOG, 2018; Choudhari et al., 2022). Este procedimento não deve ser realizado por rotina, devendo por isso antes da sua realização, fazer uma avaliação cuidadosa das características perineais (com atenção a palidez do períneo, tecidos tensos ao toque e diminuição da elasticidade do períneo) e bem-estar fetal (WHO, 2018). A episiotomia deve ser

realizada de forma seletiva, por exemplo, quando se suspeita de mal-estar fetal (ACOG, 2018; WHO, 2018; Nassar et al., 2019).

O plano de cuidado, que será explanado a seguir, foi implementado no decurso de um turno da tarde, mais especificamente no intervalo de tempo compreendido entre as 18h e as 20h30, no contexto de internamento hospitalar no bloco de partos. De maneira a assegurar a proteção da privacidade e confidencialidade das informações fornecidas, todos os nomes, datas e horários mencionados são fictícios.

3.2.4.1. Cenário

Catarina, de 27 anos, está grávida de 38 semanas do seu primeiro filho, Henrique. A sua gravidez foi vigiada e decorreu sem intercorrências até ao momento. O seu grupo de sangue é B+ e o seu resultado do rastreio pesquisa de colonização por *Streptococcus* do grupo B foi negativo. Catarina participou ativamente nas sessões de preparação para o parto, o que contribuiu significativamente para aumentar a sua confiança e preparação para o parto.

O parto decorreu em conformidade com as suas expectativas. Catarina sofreu uma laceração de primeiro grau que, após avaliação, não necessitou de sutura.

Catarina expressou satisfação com o seu trabalho de parto, uma vez que foi ao encontro das suas preferências previamente expressas relativamente a participação ativa do pai, ao início precoce da amamentação e ao contacto pele com pele imediatamente após o nascimento, o que proporcionou um estímulo positivo para a ligação mãe/pai-filho e para o vínculo filho-mãe/pai.

3.2.4.2. Justificação da escolha do caso

A escolha de um estudo de caso centrado no papel do EEESMO nas lacerações durante o parto justifica-se pela relevância e impacto destas lesões na saúde física e emocional da mulher no período pós-parto. Foi importante para o meu processo de aprendizagem intervir com estratégias que promovam a proteção perineal conforme recomendado pela WHO (2018).

Foi importante também melhorar a capacidade de reconhecer precocemente sinais de risco para lacerações graves e intervir de forma a minimizar riscos e complicações. Esta capacitação do EEESMO, baseada em evidências científicas, não só melhora os resultados clínicos, mas também promove a satisfação da mulher com a sua experiência de parto.

3.2.4.3. Plano de Cuidados

Quadro 11 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Parto

Domínio: Parto
Diagnóstico: Trabalho de parto
Caracterização do contexto: Catarina encontra-se em trabalho de parto ativo. Catarina pretende ficar na cama neste período do trabalho de parto. Refere estar cansada e que pretende manter-se deitada.
Objetivo: Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal; facilitar trabalho de parto/nascimento;
Intervenções: 29-01-2024 18:00- Avaliar evolução do trabalho de parto • Posição do colo do útero: anterior.

- Consistência do colo do útero: mole.
- Extinção do colo do útero: 100%.
- Dilatação do colo do útero: 10 cm.
- Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos.
- Duração da contração uterina: 60 Segundos.
- Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo.
- Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea (líquido claro, cheiro sui generis em moderada quantidade).
- Posição fetal: esquerda.
- Apresentação fetal: cefálica.
- Variedade fetal: OEP.
- Descida do feto: acima do 3.º plano de Hodge.
- Perda sanguínea vaginal - quantidade: perda sanguínea vaginal escassa

29-01-2024 18:00 – Assistir no posicionar

Atividades que concretizam a intervenção:

- Assistir na mudança de posição para a posição lateral que foi a Catarina escolheu (DGS, 2023; WHO, 2018).
 - Esta posição aumenta o conforto materno, pois reduz a compressão da veia cava, a pressão lombar e perineal e, consequentemente, o risco de trauma perineal (Huang et al.,

2023; Satone et al., 2023).

Objetivo: Prevenir laceração do períneo

29-01-2024 19:00 - Implementar medidas de proteção do períneo

Atividades que concretizam a intervenção

- Aplicar compressas de água quente no períneo: colocar compressas embebidas em soro tépido no períneo. Sun et al., (2024) refere que poderá aliviar a dor devido a redução da tensão muscular local e ao facto de aumentar a circulação sanguínea, melhorando o conforto materno. Poderá também ter algum impacto na prevenção de trauma perineal. (WHO, 2018; Sun et al.,2024)

29-01-2024 19:15 - Implementar medidas de proteção do períneo

Atividades que concretizam a intervenção:

- Executar Manobra modificada de Ritgen (de acordo com a vontade da mulher, as técnicas de proteção de períneo “hands on” estão recomendadas (DGS, 2023; WHO,2018)

Objetivo: Promover parto eutócico

29-01-2024 19:15 - Assistir no parto

Objetivo: Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento

29-01-2024 19:50 - Assistir na expulsão da placenta

Atividades que concretizam a intervenção:

- Realizar tração controlada do cordão umbilical
- Realizar Manobra de Dublin
- Administrar 10UI de Ocitocina endovenosa

- Está recomendada a gestão ativa do terceiro estágio de trabalho de parto para prevenção da hemorragia pós-parto, com administração de uterotónicos (Ocitocina) e tração controlada do cordão umbilical após sinais de descolamento da placenta (DGS, 2023; WHO, 2018).
- Observar características da placenta, membranas e do cordão, observar perda vaginal e formação do globo de segurança de Pinard:

Tipo de dequitação: espontânea

Mecanismo de descolamento: Duncan.

Hora da dequitação: 19:50:00.

Características da placenta: sem alterações observáveis. Integra e completa.

Características das membranas: completas

Características do cordão: cordão de inserção normal, com uma veia e duas artérias, geleia de Wharton com aparência normal

Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Globo de segurança de Pinard formado

29-01-2024 19:55 -Avaliar canal de parto

- Estado do períneo: Laceração 1º grau.
- Sem necessidade de perineorrafia
 - Se estivermos na presença de lacerações de primeiro grau não sangrantes poderá optar-se por não suturar pois evidências comprovam que ocorre menos dor perineal no pós-parto e menor risco de dispareunia, quando comparada com

lacerações corrigidas através de sutura (Angarita & Berghella, 2022; Arnold et al., 2021; DGS, 2023; Lallemant et al., 2022). Assim o juízo crítico e conhecimento do EEESMO são fundamentais para uma correta implementação de intervenções.

3.3. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar da mulher durante o período pós-natal

Após o nascimento do bebé inicia-se o puerpério que se estende até às seis semanas após o parto. Neste período ocorrem adaptações físicas e emocionais na mulher para que o seu corpo regresse ao estado pré-gravídico (Chauhan & Tadi, 2024, Ferreira, 2016).

Este período é crucial para a recuperação da mãe, para a ligação com o recém-nascido e a início da amamentação. O EEESMO desempenha um papel crucial na prestação de cuidados durante o puerpério, proporcionando apoio à mãe e à nova família, com foco na saúde do bebé e da mãe.

Durante esta fase a mulher passa por diversas alterações como a involução uterina e a readaptação dos sistemas fisiológicos devido à queda de estrogénio e progesterona (Ferreira, 2016; Jeong et al., 2021; Perry et al., 2022).

O útero começa a involuir imediatamente após o parto devendo manter-se contraído para prevenir hemorragias, sendo esta contração estimulada pela ocitocina cuja estimulação é feita pelo bem-estar materno e amamentação. Os lóquios fazem parte também desta recuperação bem como a elevação da frequência cardíaca por aumento do débito cardíaco e maior expansão torácica (ACOG, 2018; Ferreira, 2016; Perry et al., 2022). Em termos emocionais a puérpera enfrenta também alterações decorrentes das alterações à sua rotina,

exaustão e das alterações hormonais (ACOG, 2018; Ferreira, 2016; Perry et al., 2022).

É fundamental que o EEESMO adote uma abordagem holística e centradas nas necessidades de cada mulher e recém-nascido detetando precocemente complicações e garantindo um ambiente seguro e de confiança essencial para o bem-estar materno e do recém-nascido.

Segundo a CIPE (2019), a amamentação consiste em alimentar um lactente fornecendo leite das mamas.

É amplamente reconhecida como a melhor forma de alimentação proporcionando todos os nutrientes necessários para um desenvolvimento saudável. A amamentação para a mãe reduz o risco de hemorragia pós-parto promovendo a involução uterina e diminui o risco de desenvolver cancro da mama e ovário.

A amamentação ocorre sob ação de duas hormonas principais: prolactina, necessária para iniciar lactação e fundamental para a sua manutenção, e ocitocina que estimula a ejeção do leite (Stuhldreher, 2023). A produção de ocitocina é complexa e fatores emocionais negativos como stress, ansiedade, medo e agitação podem condicionar a sua produção, condicionando também a quantidade de leite que o recém-nascido pode obter (da Silva & Janzen, 2023; Sequeira et al., 2020; Stuhldreher, 2023).

O aleitamento materno exclusivo consiste na ingestão de leite materno direto ou não da mama sem ingerir nenhum outro líquido ou sólido (WHO, 2008).

O leite materno também oferece proteção imunológica ao recém-nascido e varia na sua composição e aspeto designando-se de colostro, leite de transição e leite maduro (Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020; Stuhldreher, 2023).

Nos primeiros dias após o parto, a mama produz colostro que possui uma elevada concentração de proteínas, glicose e anticorpos, que oferece proteção imunológica ao recém-nascido e um aporte nutricional adequado, considerando o reduzido volume gástrico do bebé (Perry et al., 2022; Stuhldreher, 2023).

Possui também propriedades laxantes, que ajudam o recém-nascido a eliminar o mecónio (Perry et al., 2022).

Entre o 3.º e o 5.º dia após o parto, o colostro é substituído pelo leite de transição, que contém menos proteínas e mais gordura (Perry et al., 2022; Stuhldreher, 2023). Nesta fase, as mulheres sentem que as mamas estão mais tensas e cheias e devem amamentar em livre demanda garantindo uma pega adequada de forma, a evitar o ingurgitamento mamário (reação inflamatória que é causada pelo aumento do volume do leite e do fluxo sanguíneo na mama) (Perry et al., 2022).

Por volta do 20.º dia após o parto a composição do leite estabiliza adaptando às necessidades energéticas do bebé durante os primeiros meses de vida (Perry et al., 2022; Stuhldreher, 2023).

O sucesso da amamentação depende de vários fatores como por exemplo, a informação, apoio e acompanhamento prestados à puérpera. O EEESMO deve apoiar eficazmente a puérpera na amamentação implicando por isso que possua conhecimentos teóricos aprofundados sobre a fisiologia da lactação para que possa ajudar a mulher a estabelecer e manter a amamentação. As intervenções são personalizadas individualmente e de acordo com cada situação uma vez que cada puérpera possuir necessidades e circunstâncias únicas.

A puérpera desempenha também um papel fundamental para o sucesso da amamentação através dos comportamentos adotados durante o puerpério. É importante que a puérpera esteja confiante e que persista a amamentação em livre-demanda.

3.3.1. Suplementar com sabedoria: o papel do EEESMO na Amamentação, Gestão de Expectativas e Superação de Desafios

O plano de cuidado, que será explanado a seguir, foi implementado no decurso de um turno da manhã, entre as 8h e as 14h30, no contexto de internamento hospitalar no serviço de Puerpério. De maneira a assegurar a proteção da privacidade e confidencialidade das informações fornecidas, todos os nomes, datas e horários mencionados são fictícios.

3.3.1.1. Cenário

Catarina, 29 anos, encontra-se no segundo dia de internamento após um parto vaginal sem complicações, o qual decorreu conforme o seu plano de parto. Refere sentir-se empoderada pela experiência positiva vivida. Durante a gravidez, Catarina sempre manifestou a amamentação exclusiva como uma prioridade desde o início. Contudo, no segundo dia pós-parto, foi informada pelo pediatra de que o Henrique apresentou uma perda ponderal superior a 7% do peso de nascimento, o que, segundo o especialista, requer a introdução temporária de suplementação com leite adaptado para prevenir eventuais complicações.

Perante esta situação, Catarina expressou preocupação relativamente ao impacto da suplementação na amamentação, apesar de querer seguir as recomendações do pediatra. Manifestou o desejo de evitar o uso de biberão na administração do leite adaptado, de modo a não comprometer a amamentação. Dessa forma, foi necessário explorar alternativas de administração que respeitassem as suas preferências.

3.3.1.2. Justificação da escolha do caso

A amamentação é uma experiência que pode estar associada a desafios emocionais e psicológicos. O EEESMO deve ser capaz de oferecer apoio emocional, abordando medos e ansiedades, de forma a reforçar a autoconfiança da mãe no processo de amamentação. Para este caso foi necessário aumentar as minhas capacidades de gestão de dificuldades na amamentação sendo necessário melhorar a relação de confiança estabelecida, oferecendo suporte emocional principalmente nestas situações de frustração ou dificuldade. Neste caso foi possível promover uma experiência de amamentação positiva, respeitando sempre as escolhas da Catarina e garantindo a segurança do Henrique.

3.3.1.2. Plano de Cuidados

Quadro 12 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Sistema Cardiovascular

Domínio	Sistema Cardiovascular
Foco de atenção	Pressão Sanguínea
Caracterização do contexto: Grávida internada no serviço de puerpério após parto eutócico. Sem intercorrências. Os sinais vitais eram monitorizados no turno da manhã por protocolo do serviço.	
Objetivo: Determinar evolução da pressão sanguínea	
Intervenções	
13-03-2024 08:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea	
Local de avaliação da pressão sanguínea: Membro superior Esquerda(o)	

- Pressão sanguínea sistólica: 103 mmHg.
- Pressão sanguínea diastólica: 69mmHg.

Quadro 13 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Pós-parto

Domínio:	Puerpério
Foco de atenção	Dor no Períneo
Caracterização do contexto: Catarina referiu às 6h dor no períneo que classificava com valor de 5 na escala numérica da dor em repouso que agravava com o movimento. Foi administrado Paracetamol 1g às 6h. Refere que anteriormente já tinha recorrido a aplicação de gelo local e que providenciou bastante alívio.	
Objetivo: Determinar evolução da dor	
Intervenções 13-03-2024 08:30 - Avaliar evolução da dor: Classifica a dor com um 3 na escala numérica de avaliação da dor. 13-03-2024 08:30 – Assistir a identificar estratégias de alívio da dor Atividades que concretizam a intervenção: • Sugerir aplicação de gelo local durante 20 minutos; • Providenciar gelo para colocação; • Avaliar feedback a estratégia adotada. 13-03-2024 09:00 - Avaliar evolução da dor: Sem dor	

A dor perineal, mesmo que não haja trauma perineal, após o parto vaginal é o sintoma mais frequentemente referido pelas mulheres (Santos et al., 2020). No

serviço, e como recomendado pela WHO (2022) era administrado paracetamol 1g ou ibuprofeno 600 mg para alívio da dor.

A aplicação de frio/compressas frias ou congeladas durante 10 a 20 minutos várias vezes ao dia nas primeiras 48 horas pós-parto pode ajudar na redução da dor em algumas mulheres (WHO, 2022; Santos et al., 2020). É uma estratégia recomendada pela WHO (2022) mas que deve ser instituída tendo em conta a vontade da mulher.

Quadro 14 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Pós-parto

Domínio:	Pós-parto
Foco de atenção	Puerpério
Caracterização do contexto: Segundo dia pós-parto.	
Diagnóstico: Puerpério	
Objetivo: Determinar evolução da recuperação pós-parto; promover autogestão da recuperação pós-parto	
Intervenção:	
13-03-2024 10:00 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto	
• Contração do útero pós-parto: útero contraído. • Quantidade e características de lóquios: conforme a esperada	

A avaliação do posicionamento e da contração do útero pós-parto é importante pois permite determinar se a involução uterina está a decorrer dentro dos padrões de normalidade (Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020). É fundamental a avaliação das características e quantidade de lóquios de forma a

detetar precocemente sinais de complicações que impelem a atuação imediata (Perry et al., 2022; Sequeira et al., 2020).

Quadro 15 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Pós-parto

Domínio:	Pós-parto
Foco de atenção:	Puerpério
Caracterização do contexto: Catarina refere com fácies de surpresa que ainda continua a perder sangue. Achava que ia perder no primeiro dia, mas que depois iria logo ficar sem perda.	
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto	
Objetivo: Promover autogestão da recuperação pós-parto	
Intervenções: 13-03-2024 08:00 - Ensinar sobre evolução dos lóquios Atividade que concretiza a intervenção: Explicar que os lóquios consistem em secreções uterinas que começam logo após o parto e que contribuem para a regeneração uterina (Graça, 2017; Perry et al., 2022; Santos et al., 2020). Explicar que os lóquios podem ser classificados em três tipos: hemáticos (nos primeiros três após o parto, são abundantes de cor vermelha), sero-hemáticos (entre o quinto e décimo dia após o parto e são de cor vermelha rosada) e serosos (do décimo dia até às três semanas, podendo ser prolongado, e são de cor amarela/castanha) (Perry et al., 2022; Santos et al., 2020); Explicar que o fluxo de lóquios pode aumentar com a deambulação, posição vertical ou amamentação (devido à ocitocina que promove a contração	

uterina) (Perry et al., 2022; Santos et al., 2020);

Explicar sinais de alarme: lóquios com cheiro fétido, dor abdominal (Perry et al., 2022; Santos et al., 2020).;

Explicar medidas de higiene: explicar que deverá trocar o penso higiénico (4 a 6 horas de acordo com o volume de lóquios) pois os lóquios são um ótimo meio de crescimento bacteriano (Santos et al., 2020).

**Quadro 16 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio
Comportamentos para amamentar**

Domínio:	Comportamentos para amamentar
Foco de atenção:	Amamentação
Caracterização do contexto: Catarina oferece a mama quando reconhece sinais de fome e adota posição confortável para facilitar o mamar. Utiliza estratégias para estimular o mamar. Com manifestação de pega adequada. Pediatra observou o Henrique e perante a perda de peso (7% ao 2º dia de vida) demonstrada informa Catarina que terá de suplementar com leite adaptado após cada mamada. Catarina refere não quer dar biberão e questiona se podemos utilizar outra estratégia para suplementar. Tem consigo copos coletores, mas o volume que consegue recolher não chega para suplementar no momento. Catarina oferece a mama quando reconhece sinais de fome, adota posição confortável para facilitar o mamar, termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade, utiliza estratégias para estimular o mamar e com manifestações de pega adequada. Henrique com bom reflexo de sucção que culmina numa mamada eficaz.	
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação	
Objetivo: Determinar evolução da amamentação; promover o amamentar/mamar; promover autogestão: amamentação;	
Intervenções:	

13-03-2024 08:00 - Ensinar sobre amamentação
• Explicar que ao amamentar aumenta a produção e por isso que deverá, se quiser, manter o padrão de amamentação e colocar primeiro o bebé à mama antes de suplementar • Explicar que aquando da alta pode continuar a recolher o leite coletado dos copos coletores e conservar
Diagnóstico: Capacidade para amamentar
Diagnóstico: Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar
Objetivo: Determinar evolução da amamentação; promover o amamentar/mamar; promover autogestão: amamentação;
Intervenções:
13-03-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente
13-03-2024 08:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

Quadro 17 - Quadro do plano de cuidados referente ao domínio Adaptação à parentalidade

Domínio:	Adaptação à parentalidade
Foco de atenção:	Adaptação à parentalidade
Caracterização do contexto: Pediatra observou o Henrique e perante a perda de peso (7% ao 2º dia de vida) demonstrada informa Catarina que terá de suplementar com leite adaptado após cada mamada. Pediatra explicou-lhe as razões da suplementação que Catarina entendeu, contudo refere não quer dar biberão e questiona se podemos utilizar outra estratégia para suplementar. Tem consigo copos coletores, mas o volume que consegue recolher não chega para suplementar no momento, mas que vai conservar	

em casa para também fazer suplementação caso seja necessário. Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. Capacidade para alimentar o recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir. Autoeficácia para alimentar o recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido
Objetivo: Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional
INTERVENÇÕES 13-03-2024 08:00 - Ensinar sobre ingestão nutricional • Atividades que concretizam a intervenção: Ensinar sobre alimentar com copo: a suplementação deve ser realizada através de dispositivos com menor impacto na amamentação, como por exemplo o copo promovendo resultados positivos na manutenção da amamentação (McKinney et al., 2016; Perry et al., 2022);
Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para alimentar o recém-nascido
Objetivo: Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional
Intervenções: 13-03-2024 08:00 - Instruir a alimentar através de copo • Atividades que concretizam a intervenção: Posicionar o Henrique sentado numa posição vertical com o pescoço e

cabeça bem apoiados (ABA, 2022) Assistir a alimentar o Henrique através do copo: o copo deve ser levado à boca do recém-nascido e inclinado apenas de maneira que o leite toque no lábio do recém-nascido para que este consiga utilizar a língua para realizar a sucção necessária para beber o leite (ABA, 2022) 13-03-2024 08:00 - Treinar a alimentar através de copo • Atividades que concretizam a intervenção: Permitir que a Catarina e o Bruno alimentem o Henrique.
Diagnóstico: Potencial para melhorar autoeficácia para alimentar o recém-nascido
Objetivo: Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional
Intervenções: 13-03-2024 08:00 - Treinar a alimentar através de copo. 13-03-2024 08:00 - Elogiar o desempenho do cliente: Tanto Catarina como Bruno consegue alimentar eficazmente através de copo.

A percentagem de perda de peso fisiológica à nascença permanece pouco clara na literatura, no entanto, frequentemente menciona-se que uma perda de 10% em relação ao peso ao nascimento é um limite comum que justifica a intervenção (Kelly et al., 2020; Miyoshi et al., 2020; NICE, 2017; Rich et al., 2023; Vesga Gualdrón et al., 2022; WHO, 2016).

Estima-se que o nadir de peso ocorre geralmente entre o segundo e quarto dia após o nascimento e que o recém-nascido recupere o peso de nascença até aos 15 dias de vida (NICE, 2017; Rich et al., 2023).

Esta perda de peso fisiológica está fundamentalmente associada a alterações nos fluidos corporais (Miyoshi et al., 2020; NICE, 2017; Rich et al., 2023; Vesga Gualdrón et al., 2022).

Há vários fatores que podem aumentar a probabilidade de perda de peso. A evidência descreve que filhos de mães que receberam fluidoterapia durante o trabalho de parto tem um risco aumentado de uma perda de peso superior (NICE, 2017; Rich et al., 2023). Segundo NICE (2017), recém-nascidos alimentados com formula desde o nascimento apresentam uma menor perda de peso. Isto deve-se ao facto do contraste de volume leite adaptado administrado em comparação com o volume do colostro ingerido (NICE, 2017).

Assim, avaliação do estado geral do recém-nascido deve ser priorizada em detrimento do foco exclusivo no seu peso. Indicadores como a duração e frequência das mamadas, o padrão de sucção eficaz, os sinais de saciedade e a eliminação intestinal e urinária forneceram informações mais abrangentes sobre o bem-estar do recém-nascido e permitem identificar precocemente eventuais complicações (Jurgelén et al. 2024; NICE, 2017).

No contexto clínico referido a pesagem diária dos recém-nascidos pode aumentar a ansiedade dos pais, causando preocupações desnecessárias (NICE, 2017; NICE, 2021). Segundo NICE (2021), a pesagem do recém-nascido deve ser realizada na primeira semana de vida e, novamente, à oitava semana de vida, isto é, caso não haja nenhum sinal de alerta que promova intervalos mais curtos.

É de entender, que neste estudo de caso, a preocupação com a perda de peso levou à introdução de suplementação com fórmula. Sabe-se que apesar de promover um ganho de peso temporário, a fórmula, poderá contribuir para a interrupção precoce da amamentação (Kelly et al., 2020; NICE, 2017). A fórmula, poderá também alterar a flora intestinal do recém-nascido aumentando o risco de infeções gastrointestinais (Jurgelén et al. 2024).

Face à evidência apresentada, não parece haver justificação suficiente para a introdução de fórmula neste estudo de caso, uma vez que, apenas se documenta uma perda de peso de 7% ao segundo dia de vida. Entendo que seria mais apropriado priorizar o bem-estar do recém-nascido, apesar da sua perda de peso, e incentivar a amamentação em livre demanda e apoio a puérpera no processo, aumentando a sua autoeficácia.

Face à introdução do suplemento neste caso, como EEESMO, é crucial apoiar a puérpera para que esta continue a amamentar assegurando que o leite materno seja a fonte primária de nutrição antes da fórmula. (NICE, 2017).

4. CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

A realização de um estágio compreende várias possibilidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional. A prática sob orientação de EEESMO apesar de nos colocar numa posição de vulnerabilidade devido à observação e avaliação continua fornece-nos uma oportunidade de aprimorar as nossas práticas tendo em conta as observações dos especialistas. Todas experiências vivenciadas em estágio foram registadas em documento próprio validado pelas enfermeiras orientadoras.

A reflexão que, a seguir, se apresenta evidencia as atividades desenvolvidas e o seu contributo para o meu desenvolvimento enquanto EEESMO. Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos que dizem respeito a três competências específicas do EEESMO.

4.1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

Uma das competências específicas do EEESMO consiste no cuidar da “mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13562) tendo sido colocada em prática no estágio no serviço das grávidas de risco sendo que este serviço exige competências avançadas para a gestão de situações complexas que envolvem riscos aumentados tanto para a mãe quanto para o feto. Neste estágio foram assistidas 47 grávidas em situação de risco.

A avaliação contínua e precisa foi fundamental, neste contexto, de forma a diagnosticar precocemente e a prevenir complicações. Assim, foram desenvolvidas competências na realização de avaliações clínicas do bem-estar

materno através da monitorização de sinais vitais e de sinais e sintomas, bem como avaliações detalhadas de bem-estar fetal utilizando a cardiotocografia (CTG). Esta monitorização cardiotocográfica permite a avaliação da frequência cardíaca fetal (FCF), a intensidade e ritmo das contrações uterinas e em alguns cardiotocógrafos a presença de movimentos fetais (Santana & Figueiredo, 2016; Tsiligkeridou et al., 2023). No serviço, a monitorização por CTG era realizada uma vez por turno conforme prescrição médica, durante pelo menos 30 minutos, sendo que podia também ser realizada de forma autónoma pelo EEESMO sempre que houvesse suspeita de alterações no bem-estar fetal, para detetar precocemente complicações.

É importante na utilização da CTG uma correta colocação de transdutores bem como um correto posicionamento das grávidas (Santana & Figueiredo, 2016). Assim, para uma correta colocação dos transdutores deverá ser assegurado que o transdutor Doppler está colocado no foco fetal para captar a FCF e que o transdutor de pressão está colocado sobre o fundo uterino captando as contrações uterinas (Santana & Figueiredo, 2016) (Sequeira et al., 2020). Relativamente a posição mais recomendada destaca-se a posição de semi-fowler pois está associada a bons níveis de tolerância materno e adequada oxigenação da grávida e do feto (Santana & Figueiredo, 2016).

Para análise da CTG é fundamental considerar diversos parâmetros como a linha basal da FCF, variabilidade da linha de base, presença de acelerações e desacelerações e contratilidade uterina (Santana & Figueiredo, 2016) (Sequeira et al., 2020). Todos estes dados eram analisados de forma conjunta com a informação clínica da gravidez, medicação administrada e alterações do estado de sono do feto para proceder a classificação da CTG. Esta classificação divide-se em três categorias: categoria I que corresponde aos traçados normais que são preditivos de um equilíbrio ácido-base normal; categoria II que corresponde aos traçados suspeitos que se caracteriza pela ausência de uma característica de normalidade mas sem nenhuma patológica que requerem vigilância continua, correção de causas reversíveis (reposicionamento materno em decúbito lateral esquerdo, suspensão de uterotónicos, administração de

salbutamol) e por vezes outros métodos para avaliar o bem-estar fetal; e categoria III que estão associados a traçados patológicos que estão associados a uma elevada probabilidade de hipoxia/acidose e que requerem ação imediata (Santana & Figueiredo, 2016) (Sequeira et al., 2020).

A capacidade de interpretar corretamente os CTG e de identificar sinais de alarme surgiu como uma dificuldade face a variedade de traçados visualizados, contudo foram competências críticas aprimoradas durante este estágio pelo treino e estudo, permitindo intervenções precoces e a prevenção de complicações graves.

O planeamento de cuidados neste serviço exige uma abordagem altamente personalizada, adaptada às necessidades específicas de cada mulher e às particularidades da sua condição clínica. A comunicação eficaz e o suporte emocional são competências fundamentais no cuidado a grávidas de risco pois estas enfrentam elevados níveis de ansiedade e incerteza, o que exige uma abordagem empática e informada. Estas mulheres continuam a experienciar a transição para a maternidade mesmo estando internadas preparando-se para a chegada do filho. Muitas delas não têm acesso a sessões de preparação para o parto, e por esse motivo, houve a necessidade de realizar algumas sessões durante o estágio de forma a preparar estas mulheres para o parto e chegada do recém-nascido conforme as suas características clínicas, dando resposta a outra intervenção específica do EEESMO. De maneira a promover a autoeficácia para enfrentar os desafios da gravidez foi fundamental o cuidado centrado na mulher. Desempenhei um papel ativo na preparação para o parto e para a parentalidade, assegurando que, em contextos de internamento, as grávidas se sentiam apoiadas, informadas e envolvidas nas todas decisões sobre os cuidados prestados. Consegui fomentar um ambiente ainda mais positivo quando fomentei o envolvimento da pessoa significativa e família, promovendo uma transição mais tranquila.

Muitas mulheres internadas têm de gerir as suas expectativas quanto ao parto e ao filho imaginado devido aos seus motivos de internamento. É fundamental

comunicar com clareza e a honestidade promovendo um ambiente de confiança entre a EEESMO e a grávida sendo foi possível melhorar a minha capacidade de gestão de expectativas da mulher/casal e comunicação com os mesmos.

A construção de uma relação terapêutica com estas grávidas foi um aspeto em que trabalhei intensamente. A vulnerabilidade associada às situações de risco requer uma abordagem empática e de escuta ativa, para que a mulher se sinta compreendida e segura. Várias mulheres deparam-se com o risco de prematuridade do seu filho, e, portanto, foi necessário discutir detalhadamente a questão da prematuridade e os desafios que esta acarreta, esclarecendo dúvidas, promovendo uma melhor gestão de expectativas. Neste contexto, recorreu-se a imagens que retratassem a prematuridade e à visita virtual ao serviço de neonatologia.

Em conclusão, durante o estágio foi possível identificar precocemente sinais de alerta e implementar intervenções adequadas, garantindo o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações. Concomitantemente, fui capaz de oferecer apoio contínuo e individualizado, promovendo o bem-estar físico e emocional da grávida, promovendo uma transição saudável e segura para a maternidade.

4.2. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O estágio no bloco de partos é uma etapa fundamental na formação do EEESMO pois o ambiente dinâmico e tecnicamente exigente do serviço requer uma prática precisa centrada na mulher e no recém-nascido baseada em evidência científica. Este estágio foi sem dúvida o mais desafiador pela quantidade de práticas que me causava inquietação devido à sua exigência. Durante este estágio, a minha prática centrou-se numa abordagem não

intervencionista, respeitando as preferências, desejos e autonomia da parturiente da mulher. As intervenções realizadas incluíram a assistência e vigilância contínua durante o trabalho de parto, a utilização de estratégias facilitadoras de trabalho de parto e de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor.

Conforme descrito pela WHO (2018), todas as mulheres pretendem uma experiência de parto positiva onde esperam ver os seus desejos e expectativas respeitados. Assim, foi importante analisar com cada parturiente o seu plano de parto sempre que o tivessem realizado, de maneira, a ir de encontro as suas expectativas privilegiando sempre o bem-estar fetal e materno. Em todas parturientes que, por algum motivo, não dispunham de plano de parto, procurei saber quais as suas expectativas e desejos para o seu parto. Tentei transmitir a cada mulher que todas estavam capacitadas para aquele momento tão transformador das suas vidas, focando-me na criação de uma experiência positiva para ela e para a sua pessoa significativa salvaguardando o bem-estar materno e fetal.

No decorrer do estágio foi possível acompanhar várias parturientes em diferentes fases do seu trabalho de parto o que enriqueceu o conhecimento e melhorou a destreza de várias práticas. Durante todo o acompanhamento optei por uma prática não intervencionista, ou seja, eram evitadas todas as intervenções desnecessárias desaconselhadas pela WHO. O meu foco baseou-se em respeitar o ritmo natural de cada parto e as escolhas da parturiente, colocando-a no centro das decisões a tomar. Desta forma consegui maior satisfação da parturiente em todo o processo, atribuindo o protagonismo do momento apenas à mulher. Esta premissa constitui um pilar fundamental para a minha prática.

A monitorização cardiotocográfica tornou-se neste estágio também uma intervenção fulcral para avaliar o bem-estar fetal durante o trabalho de parto. Ao início foi desafiante relacionar os diferentes traçados visualizados com a fase de trabalho de parto e sintomas apresentados, contudo, sinto que fui

aprimorando as minhas capacidades. Foi fundamental aprimorar as capacidades para uma interpretação adequada dos traçados pois permitem detetar precocemente possíveis situações de sofrimento fetal e, atuar em conformidade com base nos protocolos clínicos do serviço.

Outra intervenção relevante neste estágio foi a realização de exames vaginal de maneira a avaliar a progressão do trabalho de parto. No início, acabei por apresentar muitas dificuldades na avaliação da posição, dilatação, extinção e consistência do colo do útero. Contudo, através da prática consegui aprimorar as minhas dificuldades conseguindo realizar uma correta avaliação apesar de subjetiva. Para mim, foi fundamental demonstrar ainda mais sensibilidade e respeito para com a mulher durante a realização de exame vaginal, uma vez que, percebia que era um momento desconfortável e doloroso para muitas parturientes. Foi essencial comunicar eficazmente com as mesmas para que elas compreendessem todo o procedimento e o motivo de ser realizado promovendo o envolvimento da parturiente no processo.

A utilização de estratégias não farmacológicas para lidar da dor foi também uma das áreas a que mais me dediquei, realizando e incentivando massagem lombar, aplicação de quente na região lombo-sagrada e promoção de hidroterapia, de maneira, a proporcionar conforto à parturiente independentemente da utilização de analgesia epidural. Paralelamente incentivei a mobilidade e verticalidade de forma a favorecer alívio da dor e progressão do trabalho de parto. Com esta abordagem senti que a parturiente se sentiu incluída no processo com sensação de maior controlo e autonomia, pontos fulcrais para uma experiência de parto positiva.

A possibilidade de assistir no parto foi uma experiência transformadora para a minha vida reforçando a minha convicção de que este é o caminho certo para mim. A possibilidade de prestar cuidados durante o trabalho de parto confirmou o meu compromisso com a profissão e despertou ainda maior paixão pela enfermagem de saúde materna e obstétrica. Em todos os partos que assisti optei por uma atuação pouco intervencionista tendo apoiado as parturientes a

seguir os seus instintos em todos os momentos, desde que o bem-estar fetal e materno estivesse assegurado. Durante a prestação de cuidados no período expulsivo segui a recomendação da WHO (2018) que aponta para a prática da técnica *hands-on* para proteção do períneo. É também importante perceber que vários estudos agora afirmam que a proteção perineal com a técnica *hands-poised* (EEESMO protege o períneo e impede a saída abrupta da cabeça) parece contribuir para a preservação da integridade perineal, sem elevar o risco de intervenções desnecessárias durante o 2º estágio do trabalho de parto (Huang et al., 2020; Lee et al., 2018). Contudo, ainda não reúne consenso na comunidade científica para a emissão de uma nova recomendação, e por esse mesmo motivo, optei por seguir a recomendação mais amplamente aceite da WHO. Surgiu também a oportunidade de assistir a mulher a adotar a posição desejada (posições verticais, decúbito lateral, quatro apoios e semi-sentada), valorizando as recomendações da WHO (2018), durante o segundo estágio do TP, proporcionando-me a capacidade de desenvolver as competências específicas do EEESMO.

A correção de lesões no canal de parto deixou-me desde o início inquieta pela dificuldade em diferenciar os tecidos e pela má visibilidade para suturar devido à presença constante de sangue no local a suturar. Rapidamente, entendi que é uma prática que requer treino para uma melhoria contínua. Através do treino e da prática supervisionada consegui aperfeiçoar a técnica garantido uma correção adequada das lesões decorrentes do parto.

A promoção da amamentação é uma competência central do EEESMO, que se aplica também a este contexto de estágio. No sentido de promover a amamentação surge a importância de promover o contato pele com pele na primeira hora de vida pois traz imensos benefícios para o bebé (controlo de glicemia, temperatura e equilíbrio acido-base) e para a mãe (fortalece vínculo, redução da confiança e aumento da primeira hora de vida, muitas vezes era interrompido para a prestação de cuidados de rotina ao recém-nascido. Assim, é me obrigatório refletir que estas práticas deverão ser alteradas ou repensadas, uma vez que estes cuidados de rotina, como monitorização do

peso corporal ou administração de vitamina k, poderão ser feitas após estas horas cruciais para a fomentação da vinculação e amamentação.

Foi também crucial durante este estágio reconhecer a importância de providenciar cuidados especializados a mulheres com complicações associadas ao trabalho de parto. Neste contexto, foi fundamental cooperar com a equipa multidisciplinar para que fossem tomadas decisões rápidas e informadas. Foram identificados estados fetais não tranquilizadores durante o estágio o que aprimorou a capacidade de detetar precocemente complicações e coordenar transferências para o bloco operatório para realização de cesariana emergente.

O quadro seguinte retrata o número de experiências alcançadas no decorrer do estágio de bloco de partos:

Quadro 18 - Experiências alcançadas no decorrer do estágio

Experiências	Número	Total
Partos eutócicos assistidos com episiotomia	5	40
Partos eutócicos assistidos com laceração	18	
Partos eutócicos assistidos sem laceração/episiotomia	17	
Parto pélvico em contexto clínico	0	1
Parto pélvico em contexto de simulação	1	

Partos distócicos por ventosa assistidos	17	17
---	----	----

Este estágio permitiu-me assegurar intervenções seguras e baseadas na melhor evidência, mas também compreender a importância de uma prática centrada nas preferências e vontades da mulher.

4.3. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Também foi possível cuidar da “mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (Diário da República/OE, regulamento n.º 391/2019, 2019, p. 13563) no decorrer do estágio do puerpério através da avaliação e monitorização pós-parto, da promoção da amamentação, do apoio emocional e da educação para a saúde. Neste estágio foram assistidos 150 puérperas e recém-nascidos normais sendo que foram também assistidos 44 puérperas e recém-nascidos que necessitaram de cuidados especiais.

O puerpério, caracterizado por profundas mudanças físicas, emocionais e sociais implica a criação de um ambiente de confiança e empatia para encorajar as mães a expressarem os seus sentimentos e preocupações, competência que foi aprimorada neste contexto de estágio. Assim, a minha intervenção focou-se no acompanhamento da mulher e do recém-nascido tendo desenvolvido uma das, competências-chave, a avaliação contínua do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido para identificar precocemente complicações e prestar todos os cuidados especializados necessários.

No puerpério, a minha prática centrou-se na avaliação do estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, sendo crucial assegurar o bem-estar de ambos. A avaliação da puérpera após o parto é fundamental para garantir o bem-estar físico e emocional da mulher. Durante o estágio, desenvolvi competências para

realizar uma avaliação continua da evolução da recuperação pós-parto, que incluía a avaliação da contração do útero pós-parto, quantidade e características de lóquios e cicatrização de episiorrafias/perineorrafias ou de feridas cirúrgicas em casos de cesariana. Para além destes fatores foi fulcral avaliar a evolução da dor, pois muitas puérperas referiam dor perineal mesmo com períneo íntegro. Dessa forma, foi importante aliviar a dor e recorreu-se a métodos farmacológicos e não-farmacológicos, como aplicação de gelo no períneo por períodos durante o internamento. Muitas mulheres referiram que a aplicação de gelo reduziu o desconforto e a dor que sentiam, preferindo este método aos métodos farmacológicos. Paralelamente foi importante avaliar o estado emocional das puérperas, conseguindo perceber que a maioria estava a vivenciar um período de enorme labilidade emocional, pelo que muitas se encontram chorosas. Foquei-me na escuta ativa e na comunicação empática, de maneira a apoiar as puérperas fazendo com que estas se sentissem escutadas e valorizadas. Foi fundamental explicar os sinais de alerta (como febre, lóquios com cheiro fétido) as puérperas, de maneira, aquando da alta se fossem detetados elas soubessem que teriam de ser novamente observadas por um profissional de saúde.

O recém-nascido foi também avaliado de maneira a avaliar a sua adaptação à vida extrauterina através da avaliação de todos os sistemas corporais de forma a identificar precocemente sinais de complicações. Foi essencial explicar aos pais o funcionamento do sistema urinário e gastrointestinal do recém-nascido, de forma a aumentar a sua autoeficácia nas competências parentais. Muitos pais ficavam assustados pela coloração avermelhada/ alaranjada da urina dos recém-nascidos, por isso, como EEESMO é crucial tranquilizar os pais face a estas situações de normalidade explicando-lhes que esta cor estava associada a excreção dos cristais de urato. Para além disto, apoiei várias puérperas e pessoas significativas aquando do diagnóstico de icterícia neonatal, assumindo um papel importante na transmissão de conhecimento sobre a patologia e sobre os cuidados a ter aquando da fototerapia, promovendo sempre a amamentação em livre demanda.

A capacitação das mães para a gestão da amamentação e o incentivo à amamentação exclusiva promovem a continuidade e o sucesso do aleitamento materno. Assim foi essencial promover a confiança das puérperas nas suas capacidades neste período de adaptação à sua nova realidade. Nesta fase, surgem muitas dúvidas a puérpera que necessita de apoio contínuo na amamentação. Durante o estágio, foi-me possível corrigir pegadas inadequadas, assistindo a puérpera no correto posicionamento e pega do recém-nascido e explicando-lhe sinais de fome de saciedade. Percebi que um ambiente de apoio onde a puérpera é constantemente valorizada e incentivada promove a sua confiança nas suas capacidades de amamentar. Como EEESMO é fundamental criar esse ambiente e fomentar nas pessoas significativas a importância de continuar a proporcionar este ambiente às puérperas. A educação para a saúde no puerpério é uma responsabilidade fundamental do EEESMO tendo sido colocada em prática neste contexto clínico promovendo a capacitação da puérpera e pessoa significativa para o regresso a casa neste novo papel. Assim, o desenvolvimento de capacidades parentais foi uma das áreas de dedicação de cuidados, integrando a família no centro dos cuidados ao recém-nascido facilitando a transição para a parentalidade. Foi importante garantir a autoeficácia da nova família quanto aos cuidados de higiene, alimentação e segurança do recém-nascido, elaborando uma correta preparação para a alta desde o primeiro contacto. No momento da alta eram reforçados os cuidados a ter com a prevenção da morte súbita do lactente, segurança do recém-nascido bem como a importância de fazer uma correta vigilância em saúde do recém-nascido, alertando para a relevância de se deslocarem a todas as consultas programadas.

A conclusão deste capítulo reflete a complexidade e a relevância de todas as competências e conhecimento desenvolvidos durante o estágio nos diferentes contextos fundamentais para a prática enquanto EEESMO. Assim este estágio foi determinante para o desenvolvimento de competências específicas que me permitem prestar cuidados de excelência baseados na melhor e mais atual evidência científica às mulheres, recém-nascidos e comunidade.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2015), os EEESMO devem assegurar a atualização consistente dos seus conhecimentos priorizando a formação contínua e aprofundada. Procura-se através desta estratégia que a prestação dos cuidados pelo EEESMO seja baseada na mais atual evidência científica, respondendo de forma mais eficaz aos desafios, com o objetivo de alcançar a excelência no exercício profissional.

A Prática Baseada na Evidência (PBE) surge como um método essencial para fundamentar a prática clínica na melhor e mais recente evidência científica (Amendoeira et al., 2022; Gallagher-Ford et al., 2020; Pereira Pinto & Neves da Mota, 2023). A promoção da PBE intensificou a necessidade de produzir diversos tipos de revisões da literatura, que apoiam os EEESMO na sua prática diária (Pereira Pinto & Neves da Mota, 2023).

Durante o meu estágio, fui confrontada com um caso clínico de uma mulher com antecedentes de depressão pós-parto (DPP) que me levou a questionar sobre as práticas clínicas utilizadas e a abordagem adotada nestas situações. Através desse caso específico e do contacto direto com as puérperas, percebi que, em havia lacunas sobre a depressão pós-parto e os métodos rastreio mais utilizados, o que me motivou a aprofundar o tema. Esta lacuna evidenciada na prática clínica impulsionou a escolha deste tema para o desenvolvimento de competências no âmbito de investigação com intuito de aumentar os meus conhecimentos e melhorar a minha prática clínica.

As doenças mentais perinatais abrangem diversas condições que afetam mais de 20% das grávidas e mães recentes (O'Hara & Wisner, 2014; Ayers & Shakespeare, 2015; Howard & Khalifeh, 2020; Waqas et al., 2022). Entre estas condições incluem-se a depressão, a ansiedade e o stress pós-traumático,

sendo a depressão e a ansiedade perinatais as mais comuns (Fawcett et al., 2019).

Os primeiros sintomas de depressão podem surgir durante a gravidez e o pós-parto, e a deteção precoce, aliada a um tratamento eficaz, é essencial para o bem-estar da mulher e dos seus filhos (Goodman, 2019; Fawcett et al., 2019).

O EEESMO, enquanto profissional responsável pelo acompanhamento da mulher no contexto familiar e comunitário durante o período pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério (OE, 2019a), deve ser capaz de identificar precocemente desvios à normalidade, incluindo problemas de saúde mental no período perinatal, e referenciar os casos que ultrapassem a sua área de atuação.

A deteção destas alterações fundamental, contudo, durante o meu estágio, constatei que apesar do esforço diário do EEESMO ainda existe uma lacuna sobre os métodos de rastreio disponíveis e como estes deverão ser utilizados. O EEESMO, de acordo com o Regulamento nº 391/2019, de 3 de maio, deverá promover a saúde da mulher e do recém-nascido, de forma a prevenir complicações para a saúde mental durante o período pós-natal. Torna-se fundamental que dê resposta às necessidades desse período, sendo, por isso, necessário que esteja familiarizado com os métodos de rastreio da DPP.

Assim, surgiu a necessidade de investigar de forma mais detalhada a DPP, e desenvolvi uma pesquisa bibliográfica com o tema saúde mental perinatal: revisão integrativa dos instrumentos de rastreio da depressão pós-parto.

5.1. Saúde mental perinatal: revisão integrativa dos instrumentos de rastreio da depressão pós-parto

A gravidez pode ser vista como um processo de desenvolvimento que promove o crescimento e a mudança, preparando a mulher para uma nova fase da sua

vida. Por isso, é considerada uma transição desenvolvimental (Cardoso et al., 2023; Meleis et al., 2000). Embora, a gravidez não deva ser encarada como uma doença (Cardoso et al., 2023), esta acarreta riscos acrescidos para a saúde mental da mulher (Patabendige et al., 2020). Assim, as mulheres podem ser afetadas por doenças mentais tanto durante a gravidez como no puerpério (Howard & Khalifeh, 2020; Waqas et al., 2022), sendo a depressão pós-parto (DPP) uma das mais comuns (Fawcett et al., 2019).

A DPP é descrita como um distúrbio depressivo major, com sintomas que podem surgir a partir da quarta semana pós-parto e prolongar-se até ao primeiro ano de vida do bebé (Boyd et al., 2005; Panolan & Thomas, 2024).

A etiologia exata da depressão pós-parto mantém-se desconhecida, mas alguns estudos suportam que há fatores de risco potenciais da depressão pós-parto como a variação hormonal, a predisposição genética e características pessoais e demográficos (Bogdan & Turliuc 2023; Silva-Fernandez et al., 2023; Panolan & Thomas, 2024). Segundo Shelke & Chakole (2022) defendem que a anemia e deficiência de selénio, zinco e vitamina D podem constituir fatores de risco modificáveis para a DPP.

Os sintomas, descritos na literatura, associados a DPP são tristeza persistente, choro, insónia, preocupação excessiva (Bogdan & Turliuc 2023; Skjerdingsstad et al., 2024; Walker, 2024).

A deteção precoce da depressão pós-parto é crucial para garantir melhores resultados na saúde maternos. Segundo Al-Abri & Armitage (2023), o rastreio realizado por profissionais de saúde treinados, tem um impacto significativo, permitindo identificar sintomas depressivos durante este período.

A intervenção precoce é essencial e deve incluir a avaliação continua e apoio durante o período perinatal (Al-Abri & Armitage ,2023; Jimenez-Barragan et al., 2023).

Jimenez-Barragan et al. (2023) reforçam a importância da intervenção precoce, que deve incluir não só a deteção de sintomas, mas também a avaliação

contínua e o apoio ao longo da maternidade. A relação de confiança e apoio entre a mulher e o profissional de saúde, particularmente o enfermeiro especialista, é essencial para a satisfação e bem-estar da mãe, capacitando-a e envolvendo-a nas decisões sobre o seu cuidado.

Boyd et al. (2005) e Patabendige et al. (2020) destacam a importância de implementar rastreios de depressão pós-parto nos diferentes contextos de saúde, incluindo os cuidados de saúde primários, sendo esta intervenção essencial para evitar consequências graves para as mulheres, filhos e para as suas famílias.

Assim, o rastreio para a depressão e ansiedade perinatais mostra ser uma intervenção eficaz. Segundo a ACOG (2023) Instrumentos como a EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), o PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) e o GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) são amplamente utilizados no âmbito da saúde perinatal. Segundo a WHO (2022), deverão ser implementados rastreios sistemáticos às puérperas utilizando a EPDS e o PHQ-9.

Constata-se que o papel do EEESMO é central neste processo assumindo uma posição importante no rastreio da depressão pós-parto através de instrumentos de rastreio específicos e na construção e manutenção de uma relação terapêutica com a mulher.

5.1.1. Metodologia

Dada a vasta quantidade de informação disponível é importante sistematizar o conhecimento. Neste sentido, optei por elaborar uma revisão integrativa, sendo esta considerada a abordagem metodológica mais abrangente entre as revisões para dar resposta ao tópico em investigação (Souza et al., 2010). Esta revisão permite sintetizar o conhecimento e aplicar estes resultados na prática

clínica, o que contribui para a prática baseada na evidência (Sousa et al., 2017).

De acordo com Sousa et al (2017), uma revisão integrativa apresenta 6 etapas: a primeira consiste na definição do tema e na formulação da questão de pesquisa; a segunda implica a definição de critérios para a inclusão e exclusão de estudos, bem como a seleção da pesquisa bibliográfica; a terceira etapa envolve a recolha de dados pertinentes ao estudo; a quarta consiste na análise dos artigos selecionados; a quinta refere-se à interpretação e discussão dos resultados obtidos; e a sexta corresponde à apresentação da síntese do conhecimento.

Seguindo as seis etapas acima referidas procurei, neste capítulo, explorar os vários métodos de rastreio da DPP disponíveis, analisando a sua validade, aplicabilidade e impacto na prática clínica. O meu objetivo consiste em aumentar o meu conhecimento sobre métodos de rastreio e sua aplicabilidade contribuindo para a promoção de cuidados de saúde mais integrados e centrados nas necessidades das mulheres no período pós-natal.

Assim, surgiu a necessidade de explorar quais os instrumentos de rastreio para a depressão pós-parto referidos na literatura e a sua aplicabilidade no contexto de saúde em Portugal. Assim, de forma, a orientar a pesquisa elaborou-se a seguinte questão norteadora “Quais são os instrumentos de rastreio de depressão pós-parto disponíveis na literatura?”.

Depois de formulada a questão norteadora, foram identificados os descritores MeSH (Medical Subject Headings) que melhor se adequavam a pesquisa e para, combinar, os termos foram utilizados operadores booleanos dando origem à seguinte frase booleana “(postpartum depression or postnatal depression) AND "screening" AND ("Surveys and Questionnaires") AND "mass screening"”.

Subsequentemente, realizou-se a pesquisa de literatura nas bases de dados SCOPUS, CINAHL Complete e MEDLINE Complete, sendo que estas duas

últimas encontram-se disponíveis através do motor de busca EBSCOHost, ao qual se acedeu pela biblioteca virtual da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Foram incluídos artigos que abordassem métodos de rastreio de depressão pós-parto, escritos em inglês, português ou espanhol e que apresentassem texto integral. Decidiu-se limitar o intervalo de pesquisa entre 2021 e 2024, com o objetivo de obter a evidência mais atualizada possível quanto a aplicação dos métodos de rastreio.

Através da estratégia de pesquisa descrita, foram identificados nas diferentes bases de dados um total de 26 artigos, sendo que 21 artigos estavam disponíveis no motor de busca EBSCOHost e 5 artigos na *SCOPUS*. Decorrente da aplicação do processo de seleção (explicito na Figura 1) resultaram 4 artigos incluídos cuja análise se encontra explícita no anexo 1. Foram também incluídos outros artigos pertinentes para a explicação de vários conceitos abordados ao longo da discussão dos quatro artigos.

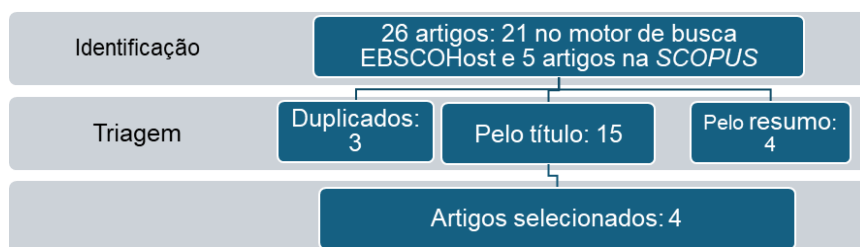


Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos nas bases de dados

5.1.2. Resultados

A deteção precoce da DPP é essencial para assegurar um acompanhamento adequado e para mitigar os impactos negativos da depressão na mãe, no bebé e na família. O rastreio da DPP baseia-se, predominantemente, na utilização de

questionários de autopreenchimento, que permitem identificar mulheres com sintomas depressivos ao atingir uma pontuação superior a um valor previamente estabelecido. Estes questionários são utilizados como uma triagem inicial, permitindo aos profissionais de saúde detetar precocemente sinais de DPP. Se o valor identificado nesse rastreio for superior ao estabelecido, as mulheres são encaminhadas para um outro profissional que as submete a uma avaliação mais detalhada para confirmar o diagnóstico (Qiu et al, 2023).

Nos artigos analisados foram descritos vários métodos de rastreio da DDP: a EPDS, o CES-D-10 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2), Patient Health Questionnaire-3 (PHQ-3), GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) e a HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Assim é necessário elaborar uma breve definição sobre cada método para o entendimento do estudo.

A EPDS foi descrita pela primeira vez em 1987, tendo sido reconhecida como uma ferramenta adequada para o rastreio da depressão pós-parto (Mennella, 2024). Este instrumento, que está traduzido para 23 línguas, é composto por 10 itens que requerem aproximadamente 5 minutos para o seu preenchimento (Mennella, 2024). Esta ferramenta deverá ser preenchida pela mulher com base nos sintomas experienciados nos últimos sete dias e, evitando, discutir as suas respostas com terceiros (Mennella, 2024).

A resposta às questões é pontuada pelo profissional de saúde sendo que uma pontuação superior a 9 indica a necessidade de uma avaliação por um profissional de saúde mental, e uma pontuação acima de 1 na questão 10 requer intervenção imediata (Mennella, 2024).

A escala CES-D-10 (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) é uma escala abreviada da original que dispunha de 20 itens usada para rastreio de sintomas depressivos (James et al., 2020). Esta escala avalia sintomas depressivos globais, sendo por isso, fator de levantamento de questões quanto

a sua aplicabilidade, não sendo frequentemente utilizada nos contextos de saúde perinatal (James et al., 2020).

O Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) é amplamente utilizado para rastreio de depressão perinatal baseando-se nos critérios de diagnóstico de episódio depressivo maior. Este questionário foca-se nos sintomas somáticos apresentados, e desta forma, é criticado por poder confundir-se os sintomas apresentados com alterações fisiológicas comuns na gravidez e pós-parto (Srisurapanont et al., 2023). É um questionário de autopreenchimento por parte da mulher e avalia frequência de nove sintomas depressivos experienciados (ausência de prazer, humor deprimido, alterações no sono, fadiga, distúrbios do apetite, sentimentos de culpa, dificuldade de concentração, agitação psicomotora e pensamentos suicidas) nas duas semanas anteriores (Stefana et al., 2023).

O PHQ-2 (Patient Health Questionnaire-2) é uma versão abreviada do PHQ-9 e serve como uma ferramenta mais rápida de rastreio para a depressão (Gigantesco et al., 2022). Apresenta dois itens: o primeiro avalia a falta de interesse ou prazer nas atividades diárias habituais e o segundo analisa a presença de humor deprimido (Gigantesco et al., 2022). Neste questionário um resultado de avaliação igual a três indica possível depressão instalada (Gigantesco et al., 2022).

O Patient Health Questionnaire-3 (PHQ-3) é uma versão adaptada do PHQ-2 utilizada, em que são apresentadas as duas questões disponíveis no PHQ-2 e adiciona uma questão relativamente ao reconhecimento da necessidade de ajuda especializada face às respostas das outras duas questões (Faulknera & Moir, 2023).

O GAD-7 (General Anxiety Disorder-7) é um instrumento de autopreenchimento composto por 7 itens, que avalia os sintomas de perturbação de ansiedade generalizada (Fairbrother et al., 2024). O GAD-7 tem demonstrado fiabilidade sólida no rastreio da ansiedade perinatal (Fairbrother et al., 2024).

A HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) é também um instrumento de autoavaliação que avalia a ansiedade e depressão, excluindo questões sobre sintomas somáticos (Karlsson et al, 2024). É também considerada como um instrumento válido para rastrear ansiedade e depressão que pode ser utilizado durante o período perinatal.

5.1.3. Discussão de Resultados e Conclusão

Para Larsen et al (2024), apesar de todas os instrumentos (CESD-10, EPDS, PHQ-9 e PHQ-2) terem altas taxas de fiabilidade, defende que no contexto de saúde perinatal deverá utilizar-se o PHQ-2. O facto desta escala apresentar apenas dois itens e, por isso, ser mais rápida de preencher poderá traduzir-se numa vantagem em contextos perinatais devido à falta de tempo das mulheres (Larsen et al., 2024). Também poderá levar a menos pressão e sobrecarga dos serviços de saúde pois contribuiu para as baixas taxas de encaminhamento para profissionais especializados (Larsen et al., 2024). Larsen et al (2024), recomenda que deverá ser aplicado o PHQ-2 inicialmente e, em caso de rastreio positivo, deverão ser utilizados outros métodos mais pormenorizados.

Segundo Faulkner & Moir (2023), a utilização do PHQ-3 poderá trazer vantagens face a aplicação do PHQ-2 devido à terceira questão inserida, sendo que 70% dos enfermeiros pós-graduados em enfermagem de saúde materna e obstétrica inseridos no seu estudo acreditam que é uma ferramenta eficaz no rastreio da DPP (Faulkner & Moir, 2023). Defendem que este instrumento poderá ser utilizado para rastreio desde que haja formação contínua para os profissionais que a aplicam (Faulkner & Moir, 2023). Afirmam também que poderá não ser um método tão eficaz em culturas não europeias ou que não dominem o inglês, pois, as traduções ou percepções da mulher poderão ser diferentes o que poderá levar a falsos positivos (Faulkner & Moir, 2023).

Segundo, Stefana et al (2024) a EPDS e o PHQ-9 identificam proporções semelhantes de mulheres consideradas deprimidas. Contudo, a EPDS

identificou uma proporção maior de mulheres não deprimidas em comparação com o PHQ-9 (Stefana et al., 2024). Esta divergência parece estar relacionada com a valorização de queixas somáticas que são fisiológicas durante a gravidez, rastreando casos de possível depressão de errada (Stefana et al., 2024). Assim, a EPDS procura reduzir este número de falsos positivos pois exclui os sintomas somáticos na sua avaliação. Apesar disso, há informações descartadas que poderão ser informações clínicas importantes como os distúrbios de sono e a fadiga (Stefana et al., 2024).

Contudo, o facto de a EPDS excluir sintomas somáticos e fontes de stress extremas, poderá não valorizar corretamente fontes extremas de stress, como o racismo, xenofobia ou pobreza. Ou seja, em contextos sociais em que o racismo, a pobreza e desigualdades sociais estejam presentes deverão ser utilizados outros instrumentos para além da EPDS, pois esta ferramenta isolada parece ser insuficiente nesses contextos (Sroka et al., 2023).

Conclui-se que vários instrumentos de rastreio foram desenvolvidos para identificar precocemente os sinais de depressão pós-parto que permitem um rastreio eficaz no contexto perinatal.

A implementação de ferramentas de rastreio permite que os profissionais de saúde identifiquem precocemente sintomas de DPP, o que promove o encaminhamento adequado o que pode prevenir graves consequências maternas e infantis (como problemas na ligação mãe-bebé e no desenvolvimento infantil) (El Hadathy et al., 2024; Walker, 2024). Entende-se que é recomendável que todas as puérperas sejam rastreadas no pós-parto. A WHO (2022) defende que as estratégias mais recomendadas a adotar são a EPDS e o PHQ-9 e que, a sua implementação em todas as consultas poderá levar à redução da prevalência de depressão e ansiedade perinatal.

Em Portugal, é recomendado que os métodos de rastreio sejam implementados em todas as consultas de vigilância da gravidez e do puerpério, permitindo uma deteção mais precoce e uma intervenção adequada, como defendem os artigos analisados.

Para alcançar este objetivo, é essencial garantir oportunidades de formação contínua para os EEESMO, bem como atribuir a vigilância da gravidez e do puerpério exclusivamente a EEESMO e obstetras, de acordo com o risco identificado. A vigilância de muitas gravidezes em contextos de saúde primária, sem a presença de EEESMO, pode resultar em atrasos na deteção precoce e no encaminhamento adequado.

O rastreio sistemático tem o potencial de aumentar a consciencialização tanto das mulheres como dos profissionais de saúde, contribuindo para a redução do estigma associado aos problemas de saúde mental perinatal, e promovendo intervenções mais precoces e eficazes.

6. CONCLUSÃO

O estágio realizado durante o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi essencial para o meu percurso formativo e para desenvolver competências especializadas necessárias para o exercício profissional. Através do modelo SWOT foi possível analisar e refletir criticamente sobre o desenvolvimento das competências adquiridas e os desafios enfrentados de forma a alcançar a excelência nos cuidados prestados.

Como pontos fortes, sinto que a minha capacidade de integrar o conhecimento teórico que possuo na prática clínica com competência tornou-se minha aliada neste processo de evolução e aquisição de conhecimentos. A minha proatividade, capacidade de adaptar-me a diferentes contextos clínicos e de estabelecer uma comunicação assertiva com as mulheres e suas famílias foram fatores determinantes para o sucesso desta etapa, permitindo-me prestar cuidados de qualidade contribuindo para a minha formação e evolução enquanto EEESMO. Para minha surpresa, sinto que me destaquei no apoio à amamentação porque foi possível incluir a componente teórica aliada ao elogio constante do desempenho das puérperas proporcionando-lhes ferramentas para que elas conseguissem superar os desafios iniciais e aumentar a sua autoeficácia.

Relativamente aos pontos fracos, tive necessidade de aperfeiçoar a gestão de tempos e prioridades nas diversas situações de complexidade bem como na adaptação aos protocolos do serviço. Apesar de considerar que, na grande maioria das situações, consigo transpor o meu conhecimento teórico para a prática, senti que em determinados momentos fui desafiada a aplicar o conhecimento sob pressão, e, constatei que nem sempre esta aplicação foi imediata o que me levou a uma reflexão crítica sobre as minhas competências. Estas dificuldades proporcionaram-me desafios que promoveram maior investimento e compromisso da minha parte para a melhoria contínua dos

cuidados prestados. Sinto que a prática continuada com o apoio das orientadoras no decorrer dos estágios levou à superação destes obstáculos.

O estágio proporcionou-se inúmeras oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional. A possibilidade de prestar cuidados sob a orientação de uma equipa multidisciplinar experiente permitiram expandir o meu conhecimento com base na melhor evidência científica. Foi-me possível participar em formações em serviço o que contribuiu para um enriquecimento constante dos meus conhecimentos. O meu desenvolvimento foi potencializado pela orientação de profissionais muito experientes e empáticos que me preparou para os desafios da prática especializada garantindo a aplicação das melhores práticas na enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Considero que existem ameaças relevantes neste percurso. Constatei que a natureza imprevisível e complexa dos casos clínicos e a pressão associada a tomada de decisões rápidas em situações de emergência traduzem desafios acrescidos para a consolidação de conhecimento. Para além disso, o fato de ser uma área em que é necessária uma adaptação constante a novos protocolos/recomendações pode comprometer o meu desempenho por diminuir a minha confiança. A sobrecarga emocional e física que se vive neste percurso pode ameaçar o bem-estar profissional sendo necessário desenvolver estratégias de *coping* para diminuir o impacto destas ameaças. Estes desafios foram enfrentados sempre com determinação procurando sempre garantir o compromisso com a prestação de cuidados de excelência baseados na mais atual evidência científica incentivando-me a novas posturas face a todas estas exigências.

Em conclusão, o estágio proporcionou-me um percurso de aprendizagem e crescimento, tendo alcançado todos os meus objetivos, contudo também me deparei com desafios que me motivam a continuar a melhorar. A superação dos desafios reflete a minha capacidade de adaptação bem como o meu compromisso com a enfermagem de saúde materna e obstétrica. Apesar de

concluir o meu processo educativo pretendo continuar a investigar e aprimorar a minha prática baseando-a na evidência científica mais atualizada para tomar decisões e implementar intervenções eficazes e inovadoras. Esta prática permitirá um contínuo desenvolvimento pessoal e profissional contribuindo para a melhoria dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akköz Çevik, S., & Incedal, İ. (2021). The effect of reflexology on labor pain, anxiety, labor duration, and birth satisfaction in primiparous pregnant women: a randomized controlled trial. *Health Care for Women International*, 42(4–6), 710–725. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1800014>
- Al-abri, K., Edge, D., & Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 58(11), 1581–1590. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
- Alhafez, L., & Berghella, V. (2020). Evidence-based Labor Management: First Stage of labor (part 3). *American Journal of Obstetrics & Gynecology* MFM, 2(4), 100185. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.10018>
- Amendoeira, J., Silva, M. R. da, Ferreira, M. R., & Dias, H. (2021). Tutorial revisão sistemática de literatura: a scoping review.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice Bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3). <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002841>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2). <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003074>
-

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Practice bulletin No. 212: Management of pregnancy complications. *Obstetrics & Gynecology*, 134(5), e122-e138. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003501>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2023). Screening for perinatal depression and anxiety: ACOG Committee Opinion Summary, Number 861. *Obstetrics & Gynecology*, 142(4), 405–408. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005200>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and second stage labor management. *Obstetrics & Gynecology*, 143(1), 144–162. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005447>
- Angarita, A. M., & Berghella, V. (2022). Evidence-based labor management: third stage of labor (part 5). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100661>
- Arnold, M. J., Sadler, K., & Leli, K. (2021). Obstetric Lacerations: Prevention and Repair. *American family physician*, 103(12), 745–752
- Aslantaş, B. N., & Çankaya, S. (2023). The effect of birth ball exercise on labor pain, delivery duration, birth comfort, and birth satisfaction: A randomized controlled study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07115-4>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, & Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2009). *Iniciativa parto normal – Documento de consenso*. Loures: Lusoditacta
- Australian Breastfeeding Association (2022). Cup-feeding. Australian Breastfeeding Association. <https://www.breastfeeding.asn.au/resources/cup-feeding>
- Bal, K., Rath, K., & Baxla, P. (2020). Assessing the effect of patterned breathing techniques for reducing pain during active stage of labour among

pregnant women in Tertiary Care Hospital, Bhubaneswar. *Nursing Journal of India*, 111(4), 176–179.
<https://doi.org/10.48029/nji.2020.cxi406>

Batkin Ertürk, D., Kahraman, A., & Çataloluk, A. (2024). The effect of simulation teaching method on midwifery students' knowledge and skills of vaginal examination in labor: A randomized controlled study. *Clinical Simulation in Nursing*, 94(101574), 101574.
<https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101574>

Biana, C. B., Cecagno, D., Porto, A. R., Cecagno, S., Marques, V. de, & Soares, M. C. (2021). Non-pharmacological therapies applied in pregnancy and Labor: An integrative review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2019019703681>

Bogdan, I., & Turliuc, M. N. (2023). Intimacy and Postpartum Depression: A Moderated Mediation Model. *Journal of Child & Family Studies*, 32(11), 3338–3349. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02461-4>

Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *J Obstet Gynaecol Can*. 2018 Feb;40(2):227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003. PMID: 29447711

Borovac-Pinheiro, A., Inversetti, A., Di Simone, N., & Barnea, E. R. (2023). Figo good practice recommendations for induced or spontaneous labor at term: Prep-for-labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 163(S2), 51–56. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15114>

Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 141–153. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0096-6>

- Brehaut, E., Neupane, D., Levis, B., Wu, Y., Sun, Y., Ioannidis, J. P. A., Markham, S., Cuijpers, P., Patten, S. B., Benedetti, A., & Thombs, B. D. (2023). "Optimal" cutoff selection in studies of depression screening tool accuracy using the PHQ-9, EPDS, or HADS-D: A meta-research study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 32(3), e1956. <https://doi.org/10.1002/mpr.1956>
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. (2020). The nine stages of skin-to-skin: Practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>
- Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Di Meglio, L., di Meglio, L., Toscano, P., Travaglino, A., Zapparella, R., Duval, M., Zullo, F., & Locci, M. (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(3), 693–698. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>
- Califano, G., Saccone, G., Diana, B., Collà Ruvolo, C., Ioffredo, D., Nappi, C., Annella, A., Gragnano, E., Guida, M., Zullo, F., & Locci, M. (2022). Hands-on vs hands-off technique for the prevention of perineal injury: a randomized clinical trial. *American journal of obstetrics & gynecology MFM*, 4(5), 100675. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100675>
- Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C. & Grilo A.R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Ordem dos Enfermeiros
- Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E. & Figueiredo A. (2023). Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Ordem dos Enfermeiros.

- Carlson, N., Ellis, J., Page, K., Dunn Amore, A., & Phillippi, J. (2021). Review of evidence-based methods for successful labor induction. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(4), 459–469. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13238>
- Choudhari, R. G., Tayade, S. A., Venurkar, S. V., & Deshpande, V. P. (2022). A review of episiotomy and modalities for relief of episiotomy pain. *Cureus*, 14(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.31620>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2022). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.
- da Silva, B. C., & Janzen, D. C. (2023). Fatores de risco associados ao atraso da lactogênese II: revisão da literatura. *Enfermagem Brasil*, 22(5), 707–720. <https://doi.org/10.33233/eb.v22i5.5266>
- Delgado, A., Amorim, M. M., Oliveira, A. do, Souza Amorim, K. C., Selva, M. W., Silva, Y. E., Lemos, A., & Katz, L. (2024). Active pelvic movements on a Swiss ball reduced labour duration, pain, fatigue, and anxiety in parturient women: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 70(1), 25–32. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.11.001>
- Dimitriadis, E., Rolnik, D. L., Zhou, W., Estrada-Gutierrez, G., Koga, K., Francisco, R. P. V., Whitehead, C., Hyett, J., da Silva Costa, F., Nicolaides, K., & Menkhorst, E. (2023). Pre-eclampsia. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 1–22. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00417-6>
- Direção-Geral de Saúde. (2015). *Indução do trabalho de parto*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Direção-Geral de Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

- El Hadathy, D., Malaeb, D., Hallit, S., Fekih-Romdhane, F., & Barakat, H. (2024). The relationship between maternal-infant bonding and postpartum depression/anxiety: moderating effect of childhood psychological abuse and validation of the Mother-to-Infant Bonding scale (MIBS-8) in Arabic. *BMC Psychiatry*, 24(1), 293. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05745-9>
- Fairbrother, N., Stagg, B., Scoten, O., Keeney, C., & Cargnelli, C. (2024). Perinatal anxiety disorders screening study: a study protocol. *BMC Psychiatry*, 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05575-9>
- Faulkner, J., & Moir, C. (2023). Whānau Āwhina Plunket nurses' views on the use of the PHQ-3 postnatal depression screening tool: a survey. *Journal of Primary Health Care*, 15(1), 24–29. <https://doi.org/10.1071/HC22120>
- Ferreira, A. (2016). Fisiologia do Puerpério. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 438-442). Lidel.
- Fonseca, S., (2016). Métodos de Indução do Trabalho de Parto. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 356-367). Lidel.
- Franco, J. (2016). Fisiologia da Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 56-57). Lidel.
- Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (nº 10), 171–178. <https://doi.org/10.12707/rrii12125>
- Gallagher-Ford, L., Koshy Thomas, B., Connor, L., Sinnott, L. T., & Melnyk, B. M. (2020). The Effects of an Intensive Evidence-Based Practice Educational and Skills Building Program on EBP Competency and Attributes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 71–81. <https://doi.org/10.1111/wvn.12397>
-

- Gigantesco, A., Palumbo, G., Cena, L., Camoni, L., Trainini, A., Stefana, A., & Mirabella, F. (2022). A Brief Depression Screening Tool for Perinatal Clinical Practice: The Performance of the PHQ-2 Compared with the PHQ-9. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 67(5), 586–592. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13389>
- Gimovsky, A. C., & Berghella, V. (2022). Evidence-based Labor Management: Second stage of labor (part 4). *American Journal of Obstetrics & Gynecology* MFM, 4(2), 100548. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100548>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal (5ª Edição Atualizada)*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, LDA.
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco LCP, A., Delgado García, B. E., & Berghella, V. (2021). Birthing ball for reducing labor pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 5184–5193. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>
- Grenvik, J. M., Coleman, L. A., & Berghella, V. (2023). Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: What is the evidence? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.014>
- Heim, M. A., & Makuch, M. Y. (2023). Breathing techniques during labor: A multinational narrative review of efficacy. *The Journal of Perinatal Education*, 32(1), 23–34. <https://doi.org/10.1891/jpe-2021-0029>
- Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and metanalysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.10271>

- Hyde, M. J., Mostyn, A., Modi, N., & Kemp, P. R. (2011). The health implications of birth by Caesarean section. *Biological Reviews/Biological Reviews of the Cambridge Philosophical Society*, 87(1), 229–243. <https://doi.org/10.1111/j.1469-185x.2011.00195.x>
- Issac, A., Nayak, S. G., T., P., Balakrishnan, D., Halemani, K., Mishra, P., P., I., V. R., V., Jacob, J., & Stephen, S. (2023). Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 13, 1–12. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04023>
- James, C., Powell, M., Seixas, A., Bateman, A., Pengpid, S., & Peltzer, K. (2020). Exploring the psychometric properties of the CES-D-10 and its practicality in detecting depressive symptomatology in 27 low- and middle-income countries. *International Journal of Psychology*, 55(3), 435–445. <https://doi.org/10.1002/ijop.12613>
- Jha, S., Vyas, H., Nebhinani, M., Singh, P., & T, D. (2023). The effect of birthing ball exercises on labor pain and labor outcome among Primigraviade parturient mothers at a tertiary care hospital. *Cureus*, 15(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.36088>
- Jimenez-Barragan, M., del Pino Gutierrez, A., Garcia, J. C., Monistrol-Ruano, O., Coll-Navarro, E., Porta-Roda, O., & Falguera-Puig, G. (2023). Study protocol for improving mental health during pregnancy: a randomized controlled low-intensity m-health intervention by midwives at primary care centers. *BMC Nursing*, 22(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01440-4>
- Karlsson, J., Hammarström, E., Fogelkvist, M., & Lundqvist, L.-O. (2024). Psychometric characteristics of the Hospital Anxiety and Depression Scale in stroke survivors of working age before and after inpatient rehabilitation. *PLoS ONE*, 19(8), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0306754>

- Lallemant, M., D'Antona, A., Vidal, C., Bourtembourg, A., Toubin, C., Chehab, M., Vilchez, M., Boiteux, G., Ramanah, R., Pazart, L., Riethmuller, D., & Mottet, N. (2022). Conservative management versus systematic suture of isolated vaginal or first-degree perineal tears after delivery: A preliminary randomized efficacy trial. *Birth*, 50(3), 513–524. <https://doi.org/10.1111/birt.12671>
- Larsen, A., Pintye, J., Odhiambo, B., Mwongeli, N., Marwa, M. M., Watoyi, S., Kinuthia, J., Abuna, F., Gomez, L., Dettinger, J., Bhat, A., & John-Stewart, G. (2023). Comparing depression screening tools (CESD-10, EPDS, PHQ-9, and PHQ-2) for diagnostic performance and epidemiologic associations among postpartum Kenyan women: Implications for research and practice. *Journal of affective disorders*, 324, 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.12.101>
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Lee, N., Firmin, M., Gao, Y., & Kildea, S. (2018). Perineal injury associated with hands on/hands poised and directed/undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of nonoperative vaginal births, 2011-2016. *International journal of nursing studies*, 83, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.002>
- Lee, N., Firmin, M., Gao, Y., & Kildea, S. (2018). Perineal injury associated with hands on/hands poised and directed/undirected pushing: A retrospective cross-sectional study of nonoperative vaginal births, 2011-2016. *International journal of nursing studies*, 83, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.002>
- Lima Silva, J., & Machado, A. P (2014). Pré-eclâmpsia: vigilância e tratamento. In Montenegro, N., Rodrigues, T., Ramalho, C., & Ayres de Campos, D., *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lidel

- Lord, L. G., Harding, J. E., Crowther, C. A., & Lin, L. (2023). Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 23(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06057-8>
- Lorencetto, S. B., Lemes, S. C., Bertella, C. B., Tuci, B. M., & Maia, J. S. (2021). Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 277-286.
- Machado, A. P., Castro, T., Tavares, S., Afonso, M., Ferreira, I., & Santo, S. (2022). *Normas de orientação clínica - Maturação Cervical*. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Maturação-Cervical.pdf
- Makvandi, S., Mirzaiinajmabadi, K., Tehranian, N., Mirteimouri, M., Sadeghi, R. (2019). The Impact of Birth Ball Exercises on Mode of Delivery and Length of Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 7(3), 1718-1727. doi: 10.22038/jmrh.2019.33781.1367
- Marques, T.P., (2016). Aceitação e Vivência da Gravidez no casal. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 70-72). Lidel.
- Mascarenhas, C., (2020). Correção da ferida perineal (cirúrgica – episiotomia /traumática – laceração de 1.º e 2.º graus. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Freitas Amaral, *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.142-148). Lidel.
- McKinney, C. M., Glass, R. P., Coffey, P., Rue, T., Vaughn, M. G., & Cunningham, M. (2016). Feeding Neonates by Cup: A Systematic Review of the Literature. *Maternal and child health journal*, 20(8), 1620–1633. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-1961-9>

- Mennella, H. (2024). Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *CINAHL Nursing Guide*.
- Monteiro, F., & Fontes Leite, C. (2016). Estados Hipertensivos da Gravidez. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 182-190). Lidel.
- Mylod, D. C. M., Hundley, V., Way, S., & Clark, C. (2024). Using a birth ball to reduce pain perception in the latent phase of labour: A randomised controlled trial. *Women and Birth*, 37(2), 379–386. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.11.008>
- Nassar, A. H., Visser, G. H. A., Ayres-de-Campos, D., Rane, A., & Gupta, S. (2019). FIGO statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 146(1), 17–19. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12843>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Inducing Labour*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/resources/inducing-labour-pdf-66143719773637>
- Ondeck, M. (2019). Healthy Birth Practice #2: Walk, move around, and change positions throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 81–87. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.81>
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf#:~:text=O%20enfermeiro,%20no%20respeito%20do%20direito%20da%20pessoa%20%C3%A0%20vida>
- Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO). Colégio da 199 Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 november 2007 in Washington D.C., USA. Part 1: Infant nutrition*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Panolan, S., & Thomas M., B. (2024). Prevalence and associated risk factors of postpartum depression in India: A comprehensive review. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 1, 1–7. https://doi.org/10.25259/JNRP_584_2023
- Pasin, S. S., & Schnath, F. (2007). Cuidados de enfermagem na analgesia por cateter peridural. [Lume.ufrgs.br. https://lume.ufrgs.br/handle/10183/122611](https://lume.ufrgs.br/handle/10183/122611)
- Patabendige, M., Athulathmudali, S. R., & Chandrasinghe, S. K. (2020). Mental Health Problems during Pregnancy and the Postpartum Period: A Multicenter Knowledge Assessment Survey among Healthcare Providers. *Journal of Pregnancy*, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2020/4926702>

- Pawale, M. P., & Salunkhe, J. A. (2020). Effectiveness of back massage on pain relief during first stage of labor in primi mothers admitted at a Tertiary care center. *Journal of family medicine and primary care*, 9(12), 5933–5938. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1189_20
- Pereira Pinto, A. C., & Neves da Mota, L. A. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: protocolo de scoping review. *RevSALUS - Revista Científica Internacional Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(1), 61–67. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Keenan-Lindsay, L., & Sams, C. (2022). *Maternal Child Nursing Care in Canada* (3rd ed.). Langara College.
- Popan, E. M. (2023). Kangaroo care (skin-to-skin care). *Salem Press Encyclopedia of Health*.
- Qiu, X., Wu, Y., Sun, Y., Levis, B., Tian, J., Boruff, J. T., Cuijpers, P., Ioannidis, J. P. A., Markham, S., Ziegelstein, R. C., Vigod, S. N., Benedetti, A., Thombs, B. D., the DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) EPDS Group, He, C., Krishnan, A., Bhandari, P. M., Neupane, D., Negeri, Z., & Imran, M. (2023). Individual participant data meta-analysis to compare EPDS accuracy to detect major depression with and without the self-harm item. *Scientific Reports*, 13(1), 1–12. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-29114-w>
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2015). *The Management of Third-and Fourth-Degree Perineal Tears Green-top Guideline No. 29*. <https://www.rcog.org.uk/media/5jeb5hzu/gtg-29.pdf>
- Rua, M., Maciel Carvalho, M., Santos, M.J.M & Freitas Amaral, C. (2020). Cuidados imediatos ao recém-nascido. In A. Sequeira, O. Pousa, & C.

- Freitas Amaral, Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (pp.295-306). Lidel.
- Ruiz, M. T., Azevedo, N. F., Raponi, M. B., Fonseca, L. M., Wernet, M., Silva, M. P., & Contim, D. (2023). Skin-to-skin contact in the third stage of labor and postpartum hemorrhage prevention: A scoping review. *Maternal and Child Health Journal*, 27(4), 582–596. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03582-4>
- Santana, A., & Figueiredo, M. (2016). Vigilância do bem-estar materno fetal. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 392-399). Lidel.
- Santos Freitas, M. J., & Duarte Baptista, M. C., (2016). Avaliação e Estabilização do Recém-nascido. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 487-491). Lidel
- Satone, P. D., & Tayade, S. A. (2023). Alternative birthing positions compared to the conventional position in the second stage of Labor: A Review. *Cureus*, 15(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.37943>
- Sequeira, A., Sardo, D., Pousa, O., Henriques, C., Correia, T., Mascarenhas, C., & Amaral, C. (2020). Aleitamento Materno. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Freitas Amaral, *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.295-306). Lidel.
- Sequeira, A., Seabra, A., Sousa, C., Brandão, S., & Pousa, O. (2020). Monitorização da cardiotocografia externa. In A. Sequeira, O. Pousa, & C. Freitas Amaral, *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica* (pp.44-52). Lidel.
- Shelke, A., & Chakole, S. (2022). A Review on Risk Factors of Postpartum Depression in India and Its Management. *Cureus*, 14(9), e29150. <https://doi.org/10.7759/cureus.29150>

- Short, A.E., et al. (2010). Using music to reduce noise stress for patients in the emergency department: A pilot study. *Music and Medicine*, 2010. 2(4): p. 201-207
- Shorten, A., Donsante, J., & Shorten, B. (2002). Birth Position, Accoucheur, and Perineal Outcomes: Informing Women About Choices for Vaginal Birth. *Birth*, 29(1), 18–27. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2002.00151.x>
- Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023). Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 13(4), 1553–1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Skjerdingsstad, N., Speyer, L. G., Isvoranu, A.-M., Moe, V., & Fredriksen, E. (2024). Dynamics of postnatal depressive symptoms in early parenthood. *BMC Psychiatry*, 24(1), 523. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05934-6>
- Smith, C., Pitter, C., & Udoudo, D. A. (2024). Fathers' Experiences during Delivery of Their Newborns: A Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 12(1), 23–31. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2023.100009.2337>
- Sousa, L. M. M., Marques-Vieira, C., Severino, S., & Antunes, V. (2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 17–26. https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
- Souza, M. T., da Silva, M. D., & de Carvalho, R. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein* (16794508), 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Srisurapanont, M., Oon-arom, A., Suradom, C., Luewan, S., & Kawilapat, S. (2023). Convergent Validity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale

and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in Pregnant and Postpartum Women: Their Construct Correlations with Functional Disability. *Healthcare* (2227-9032), 11(5), 699.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11050699>

Sroka, A. W., Mbayiwa, K., Ilyumzhinova, R., Meyer, W., Fowle, J., Gipson, C. J., Norcott, C., Hipwell, A. E., & Keenan, K. (2023). Depression screening may not capture significant sources of prenatal stress for Black women. *Archives of Women's Mental Health*, 26(2), 211–217. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01297-1>

Stefana, A., Cena, L., Trainini, A., Palumbo, G., Gigantesco, A., & Mirabella, F. (2024). Screening for antenatal maternal depression: comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanita*, 60(1), 55–63. https://doi.org/10.4415/ANN_24_01_08

Stefana, A., Langfus, J. A., Palumbo, G., Cena, L., Trainini, A., Gigantesco, A., & Mirabella, F. (2023). Comparing the factor structures and reliabilities of the EPDS and the PHQ-9 for screening antepartum and postpartum depression: a multigroup confirmatory factor analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 26(5), 659–668. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01337-w>

Stuhldreher, W. L., PhD. (2023). Breastfeeding. *Salem Press Encyclopedia of Science*.

Sun, R., Huang, J., Zhu, X., Hou, R., Zang, Y., Li, Y., Pan, J., & Lu, H. (2024). Effects of Perineal Warm Compresses during the Second Stage of Labor on Reducing Perineal Trauma and Relieving Postpartum Perineal Pain in Primiparous Women: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Healthcare* (2227-9032), 12(7), 702. <https://doi.org/10.3390/healthcare12070702>

- The Golden Hour: Breastfeeding and its lifelong benefits. (2024). *FIGO Newsletter*, 1.
- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2020). Induction of labor: An overview of guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75(1), 61–72. <https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000000752>
- Tsiligkeridou, S., Bolou, A., Xanthos, T., & Gourounti, K. (2023). Perinatal and Neonatal Outcomes Using Cardiotocography Versus STAN and Cardiotocography: a Systematic Review. *Maedica - a Journal of Clinical Medicine*, 18(4), 684–691. <https://doi.org/10.26574/maedica.2023.18.4.684>
- Türkmen, H., & Oran, N. T. (2021). Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. *EXPLORE*, 17(5), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.00>
- Walker, L. O. (2024). Maternal postpartum health and its impact on health and development of young children. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 30(2), 96–100. <https://doi.org/10.4069/whn.2024.03.30>
- Wheeler, V., Hoffman, A. & Bybel, M. (2022). Cervical Ripening and Induction of Labor. *American Family Physician*, 105(2).
- World Health Organization (2022). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. World Health Organization
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization
- Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garimi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: An expert review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

ANEXOS

ANEXO I – QUADRO COM ANÁLISE DOS ARTIGOS INSERIDOS NO CAPÍTULO DE DESENVOLVIMENTO NO ÂMBITO DA INVESTIGAÇÃO

Título/Autor(es)/Ano/ País	Objetivo(s)	Metodologia/Amos tra	Resultados/Conclus ões
Whānau Āwhina Plunket nurses' views on the use of the PHQ-3 postnatal depression screening tool: a survey Faulkner & Moir 2023 Nova Zelândia	Estuda a confiança dos enfermeiros pós- graduados em enfermage m de saúde materna e obstétrica no uso do PHQ-3 para rastrear depressão pós-parto entre várias culturas.	Estudo elaborado através dos resultados obtidos a um questionário online aos enfermeiros pós- graduados em enfermagem de saúde materna e obstétrica N: 187 enfermeiros	70% dos enfermeiros concordam que o PHQ-3 é adequado para o rastreio de DPP. Mas a maioria (54,5%) acha que o PHQ-3 não é uma ferramenta para ser utilizada em todas as culturas. O facto dos métodos de rastreio estarem adequados a uma língua que não é a língua principal de vários participantes pode induzir em erros na resposta às questões devido a diferentes percepções do texto escrito.

Comparing depression screening tools (CESD-10, EPDS, PHQ-9, and PHQ-2) for diagnostic performance and epidemiologic associations among postpartum Kenyan women: Implications for research and practice Larsen et al 2023 Quénia	Identificar quais os métodos de rastreio de depressão pós-parto de forma a melhorar a saúde materna e infantil.	Estudo randomizado N: 3605 mulheres que foram assistidas em clínicas de saúde no Quénia avaliadas seis semanas as quais tiveram os seus sintomas rastreados através da utilização dos seguintes métodos de rastreio CESD-10, EPDS, PHQ-9 e PHQ-2.	A deteção de sintomas de depressão pós-parto varia conforme o método utilizado. Todos os métodos apresentaram bons resultados, contudo, afirmam que o PHQ-2 será o método que proporciona os melhores resultados em termos de adequação do encaminhamento para os serviços de saúde. Afirmam também que pela sua brevidade é um ótimo método para usar na saúde materna.
Depression screening may not capture signifcant sources of prenatal stress for Black women. Sroka et al	Descobrir se a EPDS é um método fiável para a deteção de depressão pré-natal	Estudo randomizado N:168 mulheres negras grávidas	O rastreio realizado através do EPDS tem alta fiabilidade, contudo, em mulheres negras que estão expostas a outros fatores de stress (racismo, por exemplo), poderá

2023 EUA	em mulheres expostas a fatores de risco acrescidos		não ser tão adequada.
Screening for antenatal maternal depression: comparative performance of the Edinburgh Postnatal Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 Stefana et al 2024 Itália	Comparar as propriedad es e aplicabilida de da EPDS e PHQ-9 em mulheres grávidas	Estudo transversal N:1159 mulheres grávidas italianas no último trimestre	O EPDS e o PHQ-9 podem ser utilizados para a deteção de depressão pré-natal. Os sintomas associados as alterações fisiológicas da gravidez podem alterar os resultados, levando a falsos positivos.