

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Amamentação em Mulheres Seropositivas

Autor

Tatiana Filipa Silva Pereira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório

Amamentação em Mulheres Seropositivas

Breastfeeding in HIV Positive Women

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Sónia Brandão

Professor Adjunto, Doutor

Coorientador: Mónica Silva

Assistente Convidada, Mestre

Autor

Tatiana Filipa Silva Pereira

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório de estágio profissional, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, relata o processo de aprendizagem durante os estágios, entre 07 de Fevereiro de 2023 e 07 de Janeiro de 2024.

Este relatório tem como objetivo descrever e analisar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, de acordo com as orientações do Regulamento das Competências, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2019) e pela International Confederation of Midwives, no âmbito da Gravidez com complicações, Trabalho de parto e Parto e Puerpério.

Para além da descrição do processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos, encontram-se descritas as experiências vivenciadas ao longo do estágio, bem como uma reflexão crítica das práticas observadas em ambiente hospitalar.

Posteriormente, com o objetivo de desenvolver competências específicas no âmbito da investigação será apresentada uma revisão integrativa da literatura. Como estudante de mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, a escolha do tema para esta revisão integração da literatura, motivada por uma inquietação pessoal, com o objetivo de analisar práticas e orientações sobre amamentação em mulheres seropositivas.

Os resultados emergentes dos estudos analisados nesta revisão de literatura apontam para a necessidade de formação dos profissionais na promoção da amamentação em mulheres seropositivas, bem como para a falta de valorização da opinião e vontade da mulher, nestas circunstâncias, na escolha de como alimentar o seu bebé.

No final deste relatório de estágio, será apresentada uma reflexão crítica sobre as diferentes competências adquiridas, a integração entre a componente teórica e prática, os aspetos facilitadores e dificultadores da aprendizagem e a capacidade de resolução de problemas.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Cuidados de Enfermagem; Amamentação e VIH

ABSTRACT

The present professional internship report, conducted within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, details the learning process during the internships from the 7th of February of 2023, to the 7th of January of 2024.

This report aims to describe and analyze the process of acquiring and developing common and specific competencies of the specialist nurse in maternal and obstetric health, in accordance with the guidelines of the Regulamento das Competências, preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2019) and the International Confederation of Midwives, within the context of Complicated Pregnancy, Labor and Delivery, and Puerperium.

In addition to describing the process of acquiring common and specific competencies of the specialist nurse in maternal and obstetric health within the scope of specialized nursing care for pregnant women, parturients, postpartum women, and newborns, it details the experiences encountered throughout the internship, as well as a critical reflection on the practices observed in the hospital environment.

Subsequently, with the aim of developing specific competencies in research, an integrative literature review will be presented. As a master's student in maternal and obstetric health nursing, the choice of the topic for this integrative literature review is motivated by a personal concern, with the goal of analyzing practices and guidelines on breastfeeding in HIV-positive women.

The results emerging from the studies analyzed in this literature review highlight the need for training professionals in promoting breastfeeding among HIV-positive women, as well as the lack of appreciation for the woman's opinion and desire, in these circumstances, in choosing how to feed her baby.

At the end of this internship report, a critical reflection will be presented on the different competencies acquired, the integration between theoretical and practical components, the facilitating and hindering aspects of learning, and problem-solving capacity.

Keywords: Obstetric Nursing; Nursing Care; Breastfeeding and HIV

ABREVIATURAS

ACOG - Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas

ASA - Sociedade Americana de Anestesiologistas

CTG - Cardiotocografia fetal

DGS - Direção Geral de Saúde

EESIP - Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS (WHO) - Organização Mundial de Saúde

RN - Recém Nascido

TARV - Terapia Antirretroviral

TP - Trabalho de Parto

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

U=U - Undetectable = Untransmittable (I = I - Indetetável = Intransmissível)

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO CLÍNICO: PUERPÉRIO (PUÉRPERA)	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	23
3.3. Medicação	24
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	24
3.4. Domínios	24
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	25
3.5. Dados	27
3.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	28
3.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	29
3.6. Diagnósticos	30
3.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	31
3.7. Especificação das intervenções	32
4. CASO CLÍNICO: PUERPÉRIO (RECÉM NASCIDO)	35
4.1. Enquadramento teórico	35
4.2. Clientes	35
4.3. Domínios	35
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	35
4.4. Dados	37
4.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	37
4.4.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	37
4.5. Diagnósticos	38
4.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	38
5. CASO CLÍNICO: NÚCLEO DE PARTOS (1º)	39
5.1. Enquadramento teórico	39
5.2. Clientes	39
5.3. Medicação	40
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	40
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	42
5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	42
5.5. Domínios	44
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	44
5.6. Dados	47

5.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	49
5.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	49
5.7. Diagnósticos	50
5.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	51
5.8. Especificação das intervenções	53
6. CASO CLÍNICO: NÚCLEO DE PARTOS (2º)	57
6.1. Enquadramento teórico	57
6.2. Clientes	57
6.3. Medicação	58
6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	58
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	59
6.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	59
6.5. Domínios	60
6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	60
6.6. Dados	60
6.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	61
6.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	61
6.7. Diagnósticos	62
6.8. Especificação das intervenções	62
7. CASO CLÍNICO: NÚCLEO DE PARTOS (3º)	65
7.1. Enquadramento teórico	65
7.2. Clientes	65
7.3. Medicação	66
7.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	66
7.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	66
7.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	66
7.5. Domínios	67
7.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	67
7.6. Dados	67
7.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	69
7.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	69
7.7. Diagnósticos	69
7.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	71
7.8. Especificação das intervenções	72
8. CASO CLÍNICO: NÚCLEO DE PARTOS (4º)	75
8.1. Enquadramento teórico	75
8.2. Clientes	75
8.3. Medicação	75
8.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	76
8.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	76

8.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	77
8.5. Domínios	77
8.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	77
8.6. Dados	77
8.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	79
8.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	80
8.7. Diagnósticos	80
8.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	81
8.8. Especificação das intervenções	82
9. CASO CLÍNICO: INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS	87
9.1. Enquadramento teórico	87
9.2. Clientes	89
9.3. Medicação	89
9.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	90
9.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	91
9.5. Domínios	91
9.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	91
9.6. Dados	92
9.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	93
9.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	93
9.7. Diagnósticos	93
9.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	94
9.8. Especificação das intervenções	95
10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	97
11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	107
12. BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS	117

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Este relatório surge no âmbito do estágio de natureza profissional, integrado no atual plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

O Decreto-lei 74/2006 de 24 de março preconiza que, no ensino politécnico, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre deve assegurar a aquisição pelo estudante de uma especialização de natureza profissional. Trata-se de uma formação científica, de carácter profissionalizante, que visa o aprofundar de conhecimentos num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e, neste contexto, ao processo de maternidade e parentalidade, bem como aos problemas de saúde materna.

Conforme o Despacho n.º 9607/2021 de 1 outubro, o 2.º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica concretiza-se em duas unidades curriculares: Assistência pré-natal e Estágio de Natureza Profissional com Relatório. Estas unidades curriculares visam a aquisição das competências profissionais, preconizadas pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2019) para o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), assim como a justificação das intervenções realizadas à luz da evidência científica mais atual.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2019) e com a da International Confederation of Midwives (ICM, 2013), o enfermeiro especialista é um enfermeiro dotado das competências científicas, humanas e técnicas para a prestação de cuidados especializados, para além dos cuidados gerais de enfermagem.

O EESMO, no seu exercício profissional, assume intervenções autónomas, no que diz respeito ao curso fisiológico do ciclo reprodutivo, bem como intervenções interdependentes, nas situações de risco, nas quais estão envolvidos processos patológicos do ciclo reprodutivo da mulher (OE, 2019). Mais concretamente, a OE (2019) determina as seguintes competências para o EESMO:

1. Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional;
2. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto e parto;
3. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério;
4. Cuidar da mulher inserida na família e na comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

5. Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Por outro lado, o estágio de natureza profissional tem como principais objetivos: promoção da responsabilização pessoal na construção dos projetos de vida profissional; identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas centrados nas necessidades em cuidados à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; consolidação da capacidade para a resolução de problemas; mobilização da evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia; promoção da consciência profissional sobre o papel do EESMO; elaboração e discussão do relatório de estágio, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo.

Este relatório pretende também apresentar as competências desenvolvidas na área de investigação, uma vez que os cuidados prestados pelos EESMO devem ser sempre baseados na evidência científica mais atual e, por esse motivo, a vertente de investigação deve estar sempre presente. Esta é uma competência dos EESMO e, como tal, a descrição do processo de desenvolvimento de competências de investigação é um dos objetivos deste relatório.

No ensino clínico decorrido no puerpério, foi possível verificar que as mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana (VIH) eram desaconselhadas a amamentar e incentivadas a optar por leite artificial. Durante o estágio, foram prestados cuidados a uma mãe com carga viral indetectável há vários anos, que havia sido aconselhada a alimentar o seu recém-nascido com leite artificial. Quando questionada sobre o porquê de não estar a amamentar, a puérpera hesitou na resposta e acabou por referir que foi o que a equipa médica a aconselhou a fazer.

Esta realidade suscitou um enorme interesse da minha parte, uma vez que a evidência científica em torno do VIH, nos últimos anos, aponta para um aumento da qualidade e esperança média de vida das pessoas com VIH, semelhante à de indivíduos sem esse diagnóstico. Além disso, a evidência aponta para a intransmissibilidade do vírus quando a pessoa cumpre o esquema de antirretrovirais e apresenta carga vírica indetectável. Desta forma, a orientação de não amamentar em mulheres com VIH e carga vírica indetectável parece ser contraditória.

Como forma de abordar esta temática e refletir sobre as orientações existentes em diferentes contextos, foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com pesquisa de artigos publicados a partir de 2013 (ano em que foi divulgada a intransmissibilidade em pessoas seropositivas com carga viral indetectável) até à atualidade, disponíveis nas bases de dados Medline e CINAHL e em literatura cinzenta. Foram incluídos artigos publicados em português, inglês, francês e espanhol.

Este relatório será organizado em quatro partes distintas: a caracterização dos contextos clínicos onde as atividades de estágio foram desenvolvidas; a descrição do processo de conceção

de cuidados, através da apresentação de seis planos de cuidados (um caso no âmbito do puerpério, quatro casos no âmbito do núcleo de partos e um caso no âmbito do estágio de gravidez com complicações); descrição das experiências desenvolvidas durante o estágio e análise da sua relação com as competências comuns e específicas preconizadas para o exercício do EESMO; apresentação de uma revisão integrativa da literatura, realizada com o objetivo de desenvolver competências na área da investigação.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

O referencial teórico que orientou os cuidados, nos diversos contextos clínicos, foi a Teoria das Transições de Alaf Meleis.

Uma transição define-se como o ato de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para outro (Meleis, 2018). No que diz respeito ao tipo de transição, esta pode estar relacionada com mudanças nos estádios de desenvolvimento da vida, alterações do estado de saúde/doença, ou alterações no que diz respeito às circunstâncias sociais envolventes.

As transições podem ser de quatro tipos: saúde/ doença; desenvolvimental; situacional; e organizacional. A transição saúde/doença está relacionada com uma mudança súbita no desempenho de papel resultante da alteração da condição de saúde (Meleis, 2010). A transição desenvolvimental está associada a eventos de desenvolvimento, individual ou familiar, como a passagem da infância a adolescência ou ser mãe/pai (Meleis, 2010). A transição situacional está associada a eventos que exigem a definição ou redefinição do repertório de papéis da pessoa ou família, como a morte ou o assumir do papel de cuidador (Meleis, 2010). A transição organizacional é um tipo de transição associada a mudanças relacionadas com o ambiente, como as alterações na estrutura e dinâmica das organizações (Meleis, 2010).

O tipo de transição predominante no contexto dos ensinamentos clínicos foi a desenvolvimental, uma vez que este tipo de transição está associada a padrões previsíveis de mudança ao longo da vida (Meleis, 2010).

A pessoa pode experimentar uma ou mais transições no mesmo espaço temporal e, por esse motivo, podemos classificar o seu padrão, podendo ser únicas ou múltiplas, sequenciais ou simultâneas e relacionadas ou não (Meleis, 2010). As transições podem acontecer por vontade do próprio ou podem ser inesperadas, sendo sempre irreversíveis (Meleis, 2010).

As transições podem acontecer por vontade do próprio ou podem ser inesperadas, sendo sempre irreversíveis (Meleis, 2010), e são um momento de instabilidade entre dois momentos de estabilidade, envolvendo processos psicológicos decorrentes da adaptação à mudança ou rutura (Meleis, 2010). A experiência da transição exige, desta forma, a incorporação de novos conhecimentos, alteração de comportamentos, redefinição dos significados associados aos eventos e, conseqüentemente, a alteração da definição de si mesmo no contexto social (Meleis, 2010).

A transição saudável é caracterizada pela existência de mestria nos comportamentos e nos sentimentos associados ao novo papel e identidade, substituindo os sentimentos de stress

iniciais por uma sensação de bem-estar (Meleis, 2010).

Por outro lado, para além do modelo teórico adotado, o funcionamento dos contextos clínicos são influenciados pela metodologia de trabalho. A metodologia utilizada durante os ensinamentos clínicos foi o método individual de organização dos cuidados, no qual cada enfermeiro assume a responsabilidade de todos os cuidados prestados a um conjunto de clientes, sendo os cuidados prestados de forma individualizada, atentos às necessidades específicas e únicas de cada cliente, reconhecendo que cada pessoa é diferente e responde de maneira distinta ao tratamento e aos cuidados. Assim, é necessário considerar não apenas a condição clínica do cliente, mas também os seus valores, preferências e contexto social (Benner, 2001).

Os ensinamentos clínicos, descritos no presente relatório decorreram entre 19 de setembro de 2022 e 02 de fevereiro de 2024, incluindo três módulos distintos: Puerpério, num total de 300 horas; Trabalho de Parto e Parto, no Núcleo de partos, num total de 500 horas; e Gravidez com Complicações, no Internamento de Ginecologia e Medicina Materno- Fetal, num total de 200 horas. Os ensinamentos clínicos decorreram na ordem cronológica acima descrita, ordem essa que se irá manter durante todo o relatório para facilitar a descrição do percurso de aprendizagem.

PUÉRPERIO

O estágio realizado no serviço de Puerpério está, estruturalmente, organizado para que se cumpra um mínimo obrigatório de 100h de contacto presencial, condição satisfeita no período compreendido entre 07 de Fevereiro a 03 de Março de 2023, sob a orientação de uma EESMO.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EESMO assume a responsabilidade, entre outras, de cuidar “a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” com o intuito de “potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade” (OE, 2019). Deste modo, este estágio visava atingir alguns objetivos gerais, tais como, a identificação das necessidades específicas de cada puérpera/casal e recém-nascido; a deteção precoce de possíveis complicações no período pós-parto e, ainda, a implementação de intervenções promotoras das competências parentais, da adaptação à parentalidade e a amamentação exclusiva.

O serviço de puerpério acolhe puérperas e recém-nascidos, independentemente do tipo de parto. A admissão inicia-se através de um contacto telefónico, por parte de um elemento da equipa de enfermagem do Núcleo de Partos ou do Bloco Operatório, no qual eram transmitidos dados clínicos relevantes, como o tipo de parto, a hora de nascimento, a presença de episiotomia/laceração perineal, a amamentação na primeira hora de vida e o índice de APGAR

do recém-nascido.

O tempo de permanência nesta unidade depende do estado de saúde da mulher e do RN e do tipo de parto. Assim, o internamento após cesariana tem uma duração aproximada de três dias, devido aos riscos associados a uma cirurgia abdominal, como a infecção (Smaill, 2014), a hemorragia (Fahey, 2009), ou complicações anestésicas (Mercier, 2020), enquanto o internamento após parto eutócico ou distócico por ventosa / fórceps tem uma duração aproximada de dois dias (ACOG, 2018)

Neste ensino clínico, os cuidados centravam-se na vigilância do estado da puérpera e recém-nascido, realização do primeiro levante após o parto, acompanhamento no processo de amamentação, assistência nos cuidados ao recém nascido, como o primeiro banho, a acontecer após as primeiras 24 horas de vida, desinfeção do coto umbilical, rastreio de cardiopatias e rastreio diagnóstico precoce e acompanhamento na adaptação à parentalidade.

O serviço é composto por trinta e quatro vagas para puérperas e recém nascidos, com opção de acompanhante por 24 horas.

A equipa de enfermagem é composta por trinta e três enfermeiras, sendo vinte e três EESMO, duas enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediátrica (EESIP) e 8 enfermeiras de cuidados gerais. No que diz respeito ao número de enfermeiros por turno, seis enfermeiras no turno da manhã e cinco enfermeiras no turno da tarde e noite, sendo que, em todos os turnos, existem pelos menos duas EESMO. Segundo o Parecer nº43/2019, da Ordem dos Enfermeiros (2019), os rácios dos profissionais para uma dotação segura no serviço de puerpério são 1:3, em condições patológicas, e 1:6, em condições normais. No período do estágio, os rácios foram cumpridos, à exceção das situações em que algum elemento faltou, e não houve colegas disponíveis para o substituir

TRABALHO DE PARTO E PARTO

O módulo de estágio no serviço Núcleo de Partos está estruturalmente organizado para que se cumpra um mínimo obrigatório de 500h de contacto presencial, com assistência a pelo menos 40 partos, requisitos alcançados entre 06 de Março e 21 de Julho de 2023, sob a orientação de uma EESMO.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o EESMO assume a responsabilidade, entre outras, de promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto, otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, bem como diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O serviço onde o ensino clínico decorreu é composto por uma urgência de ginecologia e de obstetrícia, constituída por uma sala de triagem de enfermagem, um gabinete médico e uma sala para exame físico e CTG. Dispõe ainda de uma enfermaria com seis camas, das quais três se destinam a grávidas submetidas a indução de TP e, as outras três, a parturientes na fase latente de TP. O Núcleo de Partos tem sete salas de parto individuais, destinadas a parturientes na fase ativa de TP ou em trabalho de abortamento. O serviço incorpora, ainda, um bloco operatório e uma sala de recobro.

Segundo o Parecer nº43/2019 (OE, 2019), os rácios dos profissionais para uma dotação segura no núcleo de partos são 1:2, no primeiro estadió do trabalho de parto, e 1:1, no segundo estadió do trabalho de parto. No decorrer do ensino clínico, constatou-se que estes rácios eram cumpridos em todos os turnos.

GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O estágio desenvolvido no âmbito da gravidez com complicações está estruturalmente organizado para que se cumpra um mínimo obrigatório de 200h de contacto presencial, condição satisfeita no período compreendido entre 07 de Novembro de 2023 e 05 de Janeiro de 2024, sob a orientação de uma EESMO. A prática clínica desenvolveu-se no Internamento de Ginecologia e Medicina Materno- Fetal, constituído pelo internamento pré e pós-operatório de mulheres com patologia do foro ginecológico, pelo internamento de grávidas com patologia associada, cujos cuidados exigem monitorização e vigilância contínuas, e por mulheres que realizaram interrupção médica da gravidez (IMG).

Sendo um hospital diferenciado e de referência, durante a prática clínica foi possível prestar cuidados a grávidas com uma diversidade de patologias, tais como restrição de crescimento intrauterino (RCIU), pré-eclâmpsia (PE), colestase gravídica, ameaça de parto pré-termo (APPT), diabetes gestacional (DG), metrorragias, placenta prévia (PP), rotura prematura de membranas (RPM) e acretismo placentar.

A prática profissional do EESMO no âmbito da gravidez com complicações exige determinadas atividades de vigilância, como a realização do CTG, do estado geral da grávida e despiste de sinais de alarme de diagnóstico clínico, perante o risco de repercussões no bem-estar materno-fetal, apoio e preparação para a parentalidade e para o parto. Assim, no serviço onde decorreu este estágio, estava protocolada a monitorização de sinais vitais 1 vez por turno e a vigilância de sinais de alarme associados à patologia, como dor abdominal intensa e persistente, sangramento vaginal, diminuição dos movimentos fetais, rotura prematura de membranas, febre persistente, alterações da pressão arterial, cefaleias persistentes epigastralgia ou alterações visuais (WHO, 2018).

De igual modo, neste contexto de estágio, o EESMO é responsável pela avaliação do bem-estar materno- fetal através da Cardiotocografia (CTG), realizada 1 vez por turno na maioria das grávidas internadas. Tendo por base a análise do registo cardiotocográfico e da perceção dos movimentos fetais pela grávida, na presença de sinais de estado fetal não tranquilizador, como diminuição dos movimentos fetais, desacelerações repetitivas e/ou com uma reversão demorada, o mesmo seria comunicado à equipa médica.

No turno da manhã ou sempre que necessário, eram prestados os cuidados de higiene às grávidas com indicação para repouso absoluto no leito.

O serviço é composto por dez vagas para o internamento de grávidas e cerca de vinte e um EESMO, um enfermeiro especialista em reabilitação, um enfermeiro especialista em saúde comunitária e cinco enfermeiros generalistas. No que diz respeito ao número de enfermeiros por turno, estavam presentes seis enfermeiros no turno da manhã, cinco enfermeiros no turno da tarde e quatro enfermeiros no turno da noite. Em todos os turnos, estão presentes, pelo menos, dois EESMO.

Segundo o parecer nº43/ 2019 da Ordem dos Enfermeiros, os rácios dos profissionais para uma dotação segura no serviço no internamento materno- fetal são 1:6 na gravidez de médio risco e 1:3 na gravidez de alto risco. No período do estágio, os rácios foram cumpridos, à exceção das situações em que algum elemento faltou.

ASSISTÊNCIA PRÉNATAL

O estágio de Assistência Pré-Natal decorreu em contexto hospitalar, na Consulta Externa de Obstetrícia, e em contexto comunitário, numa Unidade de Cuidados na Comunidade.

O contexto clínico da consulta teve um total de 60 horas, e foi centrado no desenvolvimento de competências especializadas para o processo diagnóstico das necessidades em cuidados, avaliação da evolução da gravidez e promoção da adaptação à gravidez (com ou sem complicações).

Na vertente comunitária, as práticas visam o desenvolvimento de competências especializadas no processo diagnóstico das necessidades em cuidados, promoção da adaptação à parentalidade e preparação para o parto, apoio à amamentação, recuperação pós-parto e massagem infantil. Neste contexto, o rácio para uma dotação segura é 1:500 nascimentos.

Ao longo dos diferentes módulos do estágio foram adquiridas e desenvolvidas competências no âmbito da saúde materna e obstétrica, assim como consolidação de conhecimentos teóricos, adquiridos previamente, e treinadas as habilidades relativas à prestação de cuidados. Como forma de aplicar e demonstrar o processo de pensamento na execução de cuidados e as

práticas implementadas, baseadas em evidência científica atual, serão apresentados planos de cuidados relativos a cada um dos diferentes contextos hospitalares.

3. CASO CLÍNICO: PUERPÉRIO (PUÉRPERA)

3740_2_MESMO_1

3.1. Enquadramento teórico

A puérpera P. deu entrada no serviço de puerpério, após parto eutócico, ocorrido há duas horas. Apresenta ferida cirúrgica perineal, decorrente de episiotomia. Tem índice obstétrico 1G1P. De acordo com a P., a gravidez foi vigiada e decorreu sem intercorrências.

A recém-nascida, E., nasceu com índice de APGAR 9-10-10, com 3220g e 50 cm. Após o nascimento, realizou contacto pele a pele com mãe durante 30 minutos, e mamou na primeira hora de vida.

Ao longo da realização do presente trabalho, e no âmbito da elaboração do plano de cuidados, foram emergindo diferentes focos de atenção, variáveis ao longo do tempo e das necessidades da cliente. O EESMO, através da recolha de dados, deve determinar os focos da sua atenção, de modo a elaborar diagnóstico(s) e implementar intervenções, tendo sempre por base a individualização dos cuidados e o fundamento científico.

No seguimento da puérpera, durante o internamento, pode averiguar-se se a cliente possui conhecimento nas diferentes temáticas, assim como capacidades e/ou habilidades, intervindo com o objetivo de facilitar a transição para a parentalidade e a colaborar para que seja positiva para a mulher.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 38 anos | Feminino

3.3. Medicação

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Medicação Prescrita

- Paracetamol 1000mg oral
- Iboprufero 400mg oral

Paracetamol

O paracetamol é um derivado p-aminofenólico que tem efeito analgésico, antipirético e um reduzido efeito anti-inflamatório e que atua ao nível das enzimas COX2 bloqueando o seu funcionamento que é responsável por causar dor e febre (Infarmed, 2019). É um fármaco compatível com a amamentação (AAP, 2001).

Os efeitos secundários possíveis são sonolência ligeira, náuseas e vómitos (Infarmed, 2019).

Monitorização

Tendo em conta os efeitos secundários descritos é importante vigiar a presença de náuseas e vómitos.

Iboprufero

O ibuprofero, um derivado do ácido propiónico, é um anti-inflamatório não esteroide (AINE), que é usado no controlo da dor ligeira a moderada e da inflamação (Infarmed, 2021). É um fármaco compatível com a amamentação (AAP, 2001).

Os efeitos secundários possíveis são as náuseas, dispepsia, vómitos, hematémese, flatulência, dor abdominal, diarreia, obstipação, melenas, estomatite aftosa, hemorragia gastrointestinal e exacerbações de inflamações relacionadas com infeções cutâneas (Infarmed, 2021).

Monitorização

Tendo em conta os efeitos secundários descritos, é importante vigiar a presença de náuseas, dispepsia, vómitos, diarreia ou obstipação.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-02-2023 10:00	Puerpério	
13-02-2023 10:00	Lactação	
13-02-2023 10:00	Eliminação urinária	
13-02-2023 10:00	Comportamentos para amamentar	
13-02-2023 10:00	Pele	
13-02-2023 10:00	Adaptação à parentalidade	

3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Neste ensino clínicos os domínios que emergiram foram: Eliminação Urinária, Pele, Puerpério, Lactação, e Comportamentos para amamentar e Adaptação à Parentalidade.

Eliminação Urinária:

O tempo médio para a primeira micção acontecer após o parto eutócico é de aproximadamente 3-5 horas e após a cesariana de aproximadamente 5-6 horas (Lee & Ozcan, 2019).

Nos primeiros dois a três dias após o parto, o aumento da diurese é causado pela diminuição dos níveis de estrogénio que atuam sobre os tecidos renais, promovendo a reabsorção de água pelos rins e, conseqüentemente, influenciando a produção de urina (Teixeira & Lamônica, 2018).

A primeira micção é um dado importante, uma vez que permite avaliar a função renal, o equilíbrio hidroeletrólítico e a eliminação de resíduos metabólicos do recém-nascido (Boschin et.al, 2016).

Assim, a eliminação é um foco de atenção do EESMO após o parto, que vigia a diurese e as suas características (Grobman et al., 2014).

Pele

A identificação da pele, enquanto foco de atenção nos cuidados à P., advém da presença de ferida cirúrgica, resultante da correção cirúrgica (episiorrafia) da episiotomia, procedimento cirúrgico realizado durante o parto vaginal, no qual é feita uma incisão controlada no períneo (Rodrigues et al., 2020; Souza , 2020).

A realização de episiotomia por rotina não está recomendada por estar associada a um maior risco de hemorragia, aumento do risco de infecção, aumento do risco de deiscência e maior dor perineal no pós-parto (Graça, 2017).

Comportamento para Amamentar

O comportamento para amamentar refere-se às ações realizadas pela mãe e pelo bebê e interação entre ambos, durante a amamentação, incluindo: o posicionamento, a técnica de sucção, a frequência e duração das mamadas, bem como fatores psicossociais que influenciam a prática do processo (Silva et al., 2020).

A intervenção do EESMO no puerpério desempenha um papel fundamental na promoção da amamentação bem-sucedida, através da implementação de estratégias como a oferta de aconselhamento individualizado, suporte emocional, educação sobre técnicas de amamentação e resolução de problemas, bem como a criação de ambientes favoráveis para a amamentação (UNICEF & WHO, 2021).

Puerpério

O puerpério é o período de recuperação física e psicológica da mulher, que começa imediatamente após o nascimento e se prolonga por seis semanas pós-parto (42 dias) (Yee et al., 2019). Este pode ser dividido em três períodos: o puerpério imediato, referente às primeiras vinte e quatro horas após o nascimento do bebê (Lisonkova et al., 2019); o puerpério precoce, entre as vinte e quatro horas e o final da primeira semana (Davidson, 2020); e o puerpério tardio que vai do início da segunda semana até ao final da sexta semana pós-parto (Graça, 2017).

Durante o puerpério, o útero passa por um processo de involução, retornando gradualmente ao seu tamanho e posição pré-gravídicas. Esse processo é mediado pela libertação de ocitocina e outras hormonas, resultando da contração dos músculos uterinos e na redução do volume uterino ao longo do tempo (Goetz, 2019). Após o parto e com a involução uterina, verifica-se a presença de lóquios, caracterizados pelo sangramento vaginal resultante da descamação e eliminação de revestimento uterino, com quantidade e duração variáveis (Cunningham et al., 2020). Por outro lado, caso tenham existido alterações da integridade da pele, verifica-se a cicatrização das mesmas (Kliegman et al., 2020).

O envolvimento do companheiro durante o puerpério é fundamental para o bem-estar da mãe e bebê, contribuindo para a promoção do vínculo pai/bebê, maior sucesso na amamentação e diminuindo a probabilidade de depressão pós parto da mulher (Shorey et al., 2021).

Lactação

Lactação é entendido como o processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher adulta, sendo este constituído por hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais (ICN , 2019).

Durante o puerpério, a produção de leite é desencadeada pela diminuição dos níveis de estrogénio e progesterona e pelo aumento dos níveis de prolactina, hormona responsável pela

síntese e secreção de leite pelas glândulas mamárias (Hill et al., 2021), sendo a libertação de colostro após o parto um processo endógeno (Keim et al., 2020).

Durante o puerpério, a lactação é um processo dinâmico que se adapta às necessidades do bebê e da mãe. O apoio contínuo na amamentação é fundamental para promover uma lactação bem-sucedida (UNICEF & WHO, 2021).

Adaptação à Parentalidade

Este domínio refere-se aos comportamentos que incidem na adaptação do casal aos cuidados ao recém nascido, interiorizando as expectativas das famílias quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, 2018).

3.5. Dados

Eliminação urinária

13-02-2023 10:00

Sem globo vesical.

Sem micção

Eliminação Urinária

Pele

13-02-2023 10:00

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Períneo

Comprimento da lesão tegumentar: 5.00 cm.

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Tipo de sutura da lesão tegumentar: contínua.

Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

Puerpério

13-02-2023 10:00

Puerpério

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto

Lactação

13-02-2023 10:00

Mamas moles antes da lacto-extração.

Sinais de ingurgitamento mamário: ausentes.

Presença de colostro.

Mamilos pouco proeminentes.

Amamentou na primeira hora de vida.

Comportamentos para amamentar

13-02-2023 10:00

Oferece a mama quando reconhece sinais de fome (Não).

Adota posição confortável para facilitar o mamar (Não).

Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade (Não).

Utiliza estratégias para estimular o mamar (Não).

Pega adequada (Não).

Mamas de grandes dimensões.

Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

Potencial para melhorar capacidade para amamentar

Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar

Amamentação

Adaptação à parentalidade

13-02-2023 10:00

Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido

No decorrer do turno (manhã) a troca da fralda foi instruída e treinada.

3.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Enquanto assistência à puérpera e recém nascido no seu projeto de maternidade, consideramos que todos os domínios identificados são importantes e contribuem para ganhos em saúde. Por esta razão, identificámos alguns objetivos para cada um dos domínios:

Eliminação urinária

- Presenciar micção espontânea nas 12 horas pós parto

Pele

- Melhorar conhecimento da P. sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica, através da aplicação de frio.

Puerpério

- Melhorar conhecimento da P. sobre higiene perineal
- Melhorar conhecimento da P. de acerca de perda hemática

Comportamentos para amamentar

- Melhorar conhecimento da P. sobre amamentação
- Promover a capacidade da P. para amamentar
- Promover autoeficácia da P. para amamentar

3.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Eliminação urinária

- Que a P. tenha uma micção espontânea nas 12 horas pós parto

Pele

- Que a P. identifique sinais de complicações: dor intensa no local.

Puerpério

- Que a P. refira que a zona perineal deve de ser higienizada com água fria
- Que a P. refira importância de trocar os pensos higiénicos com frequência

Comportamentos para amamentar

- Que a P. refira sinais de fome da E.
- Que a P. detete sinais de fome da E.
- Que a P. mencione sinais de saciedade
- Que a P. identifique sinais de saciedade
- Que a P. refira características para uma pega adequada

- Que a P. identifique sinais de uma boa pega na mamada

3.6. Diagnósticos

Eliminação urinária

13-02-2023 10:00

Eliminação Urinária

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Vigiar eliminação urinária

13-02-2023 10:00 - Estimular eliminação vesical

Pele

13-02-2023 10:00

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

13-02-2023 10:00 - Aplicar frio

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

Puerpério

13-02-2023 10:00

Puerpério

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Ensinar sobre higiene perineal

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Ensinar sobre perda hemática

Comportamentos para amamentar

13-02-2023 10:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação

13-02-2023 10:00 - Ensinar sobre sinais de fome

13-02-2023 10:00 - Ensinar sobre sinais de saciedade

13-02-2023 10:00 - Ensinar sobre pega adequada

13-02-2023 10:00 - Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar

Potencial para melhorar capacidade para amamentar

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para amamentar

13-02-2023 10:00 - Assistir na amamentação

13-02-2023 10:00 - Treinar amamentar

Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Treinar amamentar

13-02-2023 10:00 - Assistir na amamentação

13-02-2023 10:00 - Elogiar o desempenho do cliente

Amamentação

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

13-02-2023 10:00 - Assistir na amamentação

13-02-2023 10:00 - Executar técnica de pele com pele

Adaptação à parentalidade

13-02-2023 10:00

Potencial para melhorar capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Instruir a trocar fralda

3.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Tendo em conta o diagnóstico: **Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação** e a intervenção: **Ensinar sobre sinais de fome**

A amamentação em livre demanda é crucial para estabelecer uma produção de leite adequada e atender às necessidades nutricionais do bebé. Permitir que o bebé controle quando e com que frequência é alimentado é fundamental para promover uma amamentação bem-sucedida e garantir o crescimento saudável do bebé (Hartmann, 2019).

A identificação dos sinais de fome é necessária para que a mãe alimente o seu bebé. O reflexo de busca é uma resposta automática do bebé em busca do mamilo quando ele está com fome. Esse comportamento reflexo, caracterizado por movimentos coordenados da cabeça em direção ao estímulo tátil próximo à boca, é uma indicação clara de que o bebé está preparado para se alimentar (Walters, 2017).

Os bebés frequentemente demonstram comportamentos de sucção não nutritivos, como fazer sucção nas mãos ou dedos, como uma forma de autorregulação ou autoconsolo. Embora esses comportamentos possam ocorrer independentemente da fome, quando combinados com outros sinais de fome, como busca reflexo de busca, podem indicar prontidão para a alimentação (Feldman, 2017).

O choro é uma das formas primárias de comunicação dos bebês e é frequentemente usado para expressar necessidades como fome, desconforto ou cansaço. O choro de fome tende a ser mais intenso e persistente, e pode ser um indicador importante para os pais responderem prontamente às suas necessidades (Feldman, 2017).

Tendo em conta o diagnóstico: **Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação** e a intervenção **Ensinar sobre pega adequada**

Uma pega correta durante a amamentação é crucial para garantir uma transferência eficaz de leite e prevenir problemas como dor nos mamilos e baixa produção de leite. Isso é caracterizado por uma boca bem aberta, com o lábio inferior virado para fora e a maior parte da aréola dentro da boca do bebê. O ensino e treino desta competência é essencial para promover uma amamentação bem-sucedida e reduzir complicações (Rollins, 2016)

Tendo em conta o diagnóstico: **Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação** e a intervenção **Ensinar sobre sinais de saciedade**

Os sinais de saciedade podem incluir uma série de comportamentos que indicam que o bebê está satisfeito e não deseja extrair mais leite. Esses sinais podem ser variados, mas geralmente incluem a desadaptação do bebê da mama, movimentos mais lentos ou relaxado, fechar a boca e, muitas vezes, parecer sonolento ou satisfeito (Riordan et. al 2019).

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

- Informar sobre aplicação de frio - A vasoconstrição é frequentemente associada à aplicação de gelo, o ajuda a reduzir o edema (Sivm et. al., 2021) e a dor, por diminuição da libertação de mediadores inflamatórios (Chichorro et. al., 2014).

Ensinar sobre higiene perineal

- Informar sobre temperatura da água - água fria - para promoção da vasoconstrição (Brennan et. al., 2013)
- Informar sobre necessidade de trocar pensos higiénicos com bastante frequente - para

diminuir o risco de infecção da ferida cirúrgica. O penso higiénico deve de ser trocado a cada 1-2 horas (OMS, 2018) ou sempre que for ao WC (ACOG, 2020).

Ensinar sobre sinais de fome

- Explicar reações do recém-nascido que evidenciam fome (abordado na descrição das intervenções de enfermagem)

Ensinar sobre sinais de saciedade

- Explicar sinais indiretos de saciedade (abordado na descrição das intervenções de enfermagem)

Ensinar sobre pega adequada

- Explicar elementos observados no recém-nascido que evidenciam boa pega (abordado na descrição das intervenções de enfermagem)

Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar

- Explicar as posições que a mãe pode adotar: Posição tradicional, deitada ou rubgy (Riordan, et al.,2019)
- Explicar e demonstrar as posições que o recém-nascido pode adotar
- Explicar estratégias que a mãe pode usar para harmonizar as posições mãe- filho: a almofada de amamentação. Este dispositivo ajuda a posicionar o bebé de maneira mais confortável e ergonômica, aliviando a tensão nos braços, ombros e pescoço da mãe (Riordan, et al.,2019)

Ensinar sobre perda hemática

- O valor esperado para a quantidade de perda hemática, nas primeiras 24H pós parto, num parto vaginal deverá ser inferior a 500 ml e 1000 ml numa cesariana (ACOG, 2017).

Estimular eliminação vesical

- Incentivar ingestão de líquidos. As puérperas devem de beber de 8 a 10 copos (cerca de 2 a 2,5 litros) de líquidos por dia (ACOG, 2021).

4. CASO CLÍNICO: PUERPÉRIO (RECÉM NASCIDO)

3740_2_MESMO_2

4.1. Enquadramento teórico

A E. é uma bebé com 3220g e 50 cm, nasceu com índice de APGAR 9-10-10, realizou contacto pele a pele com mãe logo após o nascimento e mamou na primeira hora de vida. Encontra-se acompanhada pela mãe e pelo pai.

4.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 0 dias | Feminino

4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-02-2023 10:00	Reflexo de sucção	
13-02-2023 10:00	Eliminação intestinal	
13-02-2023 10:00	Eliminação urinária	
13-02-2023 10:00	Recém-nascido	

4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Neste contato, emergiram os seguintes domínios: Recém-nascido, Reflexo de sucção,

Eliminação intestinal, Eliminação Urinária e Comportamentos para amamentar.

Recém Nascido

A designação de recém-nascido é atribuída ao bebê desde o momento do nascimento até os primeiros 28 dias de vida. Este período é frequentemente referido como o período neonatal e é caracterizado por uma rápida adaptação do bebê ao ambiente extrauterino (ACOG, 2018).

Reflexo de Sucção

O reflexo de sucção é um dos reflexos primitivos observados nos recém-nascidos. Este reflexo é desencadeado quando os lábios do bebê entram em contato com o mamilo da mãe ou outro objeto. O bebê inicia um padrão rítmico de sucção, alternando entre a abertura e o encerramento da boca. Este reflexo desempenha um papel crucial na amamentação, permitindo que o bebê extraia leite do seio materno de maneira eficaz. A coordenação do reflexo de sucção com o reflexo de deglutição é fundamental para uma alimentação adequada durante a amamentação (Lau, 2015).

Eliminação Urinária

A monitorização da eliminação urinária é uma parte essencial da avaliação do recém-nascido e pode fornecer informações importantes sobre a função renal e o estado de hidratação do bebê. A observação da frequência, volume e características da urina é uma prática padrão na avaliação clínica do recém-nascido, e quaisquer anormalidades devem ser investigadas para identificar possíveis problemas de saúde subjacentes (AAP, 2018; ACOG, 2020).

A frequência urinária nos primeiros dias de vida de um recém-nascido pode variar dependendo de vários fatores, incluindo o tipo de alimentação (amamentação materna ou alimentação com fórmula), a eficácia da sucção e ingestão de líquidos, bem como a produção de urina associada. Enquanto alguns recém-nascidos podem urinar apenas uma vez nas primeiras 24 horas, sendo esta a frequência mínima, neste intervalo temporal. Existem situações em que os bebês urinam várias vezes, refletindo a hidratação e o funcionamento dos sistemas renal e urinário (AAP, 2018; ACOG, 2020).

Eliminação Intestinal

A eliminação intestinal nos primeiros dias de vida de um recém-nascido pode variar em frequência e consistência, dependendo de fatores como tipo de alimentação (amamentação materna ou alimentação com fórmula), maturidade do sistema digestivo e ingestão de líquidos. Esta monitorização tem um enorme impacto para avaliar a excreção de bilirrubina pelas fezes. Torna-se importante promover a amamentação nas primeiras 24 horas, estimulando o funcionamento do sistema digestivo, por aumento do aporte de leite ingerido e, dessa forma, evitando uma reabsorção desta substância pelo intestino (Peker, et al., 2021). Enquanto alguns recém-nascidos podem ter várias dejeções ao longo do dia, outros podem ter uma frequência

menor, especialmente nos primeiros dias após o nascimento. O mecônio é uma substância espessa, escura e pegajosa composta por materiais ingeridos durante a gestação e é gradualmente substituído por fezes esverdeadas (fezes de transição) a amareladas (fezes de lactente) à medida que o bebê se alimenta e o sistema digestivo se desenvolve (AAP, 2018).

4.4. Dados

Reflexo de sucção

13-02-2023 10:00

Acanolamento da língua ineficaz (Não).

Peristaltismo da língua ineficaz (Não).

Força de sucção ineficaz (Não).

Eliminação intestinal

13-02-2023 10:00

Presença de dejeção meconial após nascimento

Eliminação urinária

13-02-2023 10:00

Cor da urina: Amarelo-palha.

Cheiro da urina: sui generis.

Transparência da urina: Límpida.

Observada micção de características normais na fralda, no momento de admissão no internamento.

Recém-nascido

13-02-2023 10:00

Recém-nascido

4.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Eliminação intestinal

- Presenciar pelo menos uma dejeção no internamento nas 24 horas após o nascimento

Eliminação urinária

- Presenciar micção nas próximas horas nas 24 horas após o nascimento

Reflexo de sucção

- Observar correta sucção da E.

4.4.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Eliminação intestinal

- Que a E. tenha uma dejeção durante o internamento

Eliminação urinária

- Que a E. tenha uma micção espontânea nas próximas horas

4.5. Diagnósticos

Recém-nascido

13-02-2023 10:00

Recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

13-02-2023 10:00 - Vigiar adaptação à vida extrauterina.

4.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Vigiar adaptação à vida extrauterina.

5. CASO CLÍNICO: NÚCLEO DE PARTOS (1º)

3740_2_MESMO_4

5.1. Enquadramento teórico

A R. é uma primigesta, grávida de 39 semanas + 1 dia, que recorreu ao Serviço de Urgência da instituição pelas 7H45 por rotura de bolsa amniótica às 6H30. Estava acompanhada pelo seu marido, o João.

Tinha resultado para Streptococcus do grupo B positivo e o grupo sanguíneo ORh+. A R. acrescentou que sabia que por ter resultado positivo, teria de realizar profilaxia antibiótica intraparto.

A R. pretendia um parto vaginal com recurso a analgesia epidural, apenas quando sentisse que já não conseguia tolerar a dor. Referiu que frequentou o Programa de Preparação para o Parto, com o seu marido, na UCC da sua zona de residência e que pretendia recorrer a algumas estratégias para lidar com a dor, como a hidroterapia e a massagem. Acrescentou que em casa realizava exercício na bola de pilates e que gostava bastante, porque conseguia relaxar e aliviar alguma tensão.

Trouxe consigo o seu plano de parto, onde manifestou que pretendia amamentar, realizar contato pele com pele e que o cordão umbilical fosse cortado pelo J. . Manifestou ainda que qualquer intervenção deve ser-lhe comunicada e apenas realizada com o seu consentimento, como a episiotomia. Quando o plano foi visto em conjunto, foi perceptível que a R. estava consciente que o mesmo podia sofrer alterações, caso o seu o bem-estar ou o bem-estar do recém-nascido não estiver assegurado.

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 42 anos | Feminino

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-17 08:00:00	Ropivacaína 0,2% C.E (12h)	
2023-03-17 08:00:00	Sufentanil 5mcg/ml C.E (12H)	
2023-03-17 08:00:00	Penicilina EV 5.000.000 UI (9H)	
2023-03-17 08:00:00	Penicilina EV 2,5.000.000 UI (13H)	
2023-03-17 08:00:00	Soro glicosado EV perfusão contínua 42ml/H	

5.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O fármaco Ropivacaína e Sufentanilo surgem também no cenário clínico: Núcleo de Partos (2º) e (4º)

Protocolo de administração de Penicilina por *streptococos* do grupo B positivo:

Dose inicial de 5 milhões de unidades endovenosas, após o acolhimento da puérpera, e doses de subsequentes de 2.5 milhões endovenosas a cada 4 horas até o parto.

A administração de penicilina durante o trabalho de parto em mulheres colonizadas com *Streptococcus* do grupo B positivo é uma prática comum para prevenir a transmissão vertical da infeção para o recém-nascido (Verani, 2010).

Os possíveis efeitos secundários são: reações alérgicas, como erupções cutâneas, prurido, edema da face, lábios, língua ou garganta, dificuldade respiratória e anafilaxia (Macy , 2009); desequilíbrio na flora vaginal, com aumento do risco de infeções por fungos, como candidíase vaginal (Cotch , 2018); reações gastrointestinais, como náuseas, vômitos, diarreia ou dor abdominal (Schoenfeld , 2013). Como o fármaco é administrado via endovenosa, pode ainda verificar-se desconforto, inchaço ou rubor no local da injeção (Jeong , 2018).

No feto, a administração deste fármaco pode afetar o desenvolvimento do flora intestinal (Dominguez, 2016; Gibson, 2015).

Monitorização

Torna-se importante vigiar o local de inserção do cateter periférico quando o fármaco é colocado em perfusão, assim como a presença dos efeitos secundários anteriormente descritos

Ropivacaína

A ropivacaína é um anestésico local de longa ação, com efeitos anestésicos e analgésicos. Consoante a dose administrada, pode produzir anestesia cirúrgica ou bloqueio sensorial com bloqueio motor limitado.

O mecanismo de ação está associado a uma redução reversível da permeabilidade da membrana da fibra nervosa aos iões sódio, o que diminui a velocidade de despolarização e aumenta o limiar excitável, resultando num bloqueio local dos impulsos nervosos.

No que diz respeito a efeitos adversos, os sintomas mais frequentemente reportados são parestesias, tonturas, cefaleia, bradicardia, taquicardia, hipotensão, hipertensão, náuseas e vômitos, elevação da temperatura, calafrios, dor de costas e retenção urinária (El-Boghdadly et al., 2018; Tumber et al., 2014).

Sufentanilo

O sufentanilo é um analgésico opióide forte, sintético, com ligação altamente seletiva aos recetores opióides μ , atuando como agonista total sobre estes recetores. Esta ativação, principalmente ao nível do sistema nervoso central, altera os processos responsáveis pela perceção e resposta à dor, conferindo um efeito analgésico. O sufentanilo não induz a libertação de histamina. A acumulação limitada do sufentanilo e a eliminação rápida dos tecidos permitem um recobro rápido.

A profundidade da analgesia está relacionada com a dose e pode ajustar-se ao nível da dor da intervenção cirúrgica. A administração de sufentanilo por via epidural provoca analgesia, com início rápido (5 a 10 minutos) e uma duração moderada (geralmente 4-6 horas).

Quanto aos efeitos adversos, foram comumente reportados os seguintes sintomas: náuseas e vômitos, aumento da temperatura corporal, tonturas, cefaleias, sedação, taquicardia, hipertensão, hipotensão, depressão respiratória, obstipação, dispepsia e retenção urinária.

Monitorização

Na administração destes dois fármacos e nos minutos subsequentes, é necessária a monitorização do bem-estar fetal, bem como a avaliação a nível cardiovascular da parturiente pelo risco de hipotensão e bradicardia e, conseqüentemente, diminuição da oxigenação fetal.

Com o objetivo de minimizar estes riscos, deve ser mantido em perfusão um polieletrólítico e a parturiente terá de permanecer no leito por cerca de 40/50 minutos, uma vez que poderá também perder sensibilidade dos membros inferiores. O potencial analgésico de ambos os fármacos é potenciado quando administrados em conjunto, permitindo uma maior duração e melhor qualidade da analgesia.

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

17-03-2023 08:00

Cardiotocografia fetal

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Vigiar cardiotocografia fetal

17-03-2023 08:00 - Comunicar à equipa médica se alterações na cardiotocografia fetal

Sondas, Drenos e Cateteres

17-03-2023 08:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Direita(o)

Características do dispositivo: CVP 18G no dorso da mão dta.

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

17-03-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

17-03-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico

Cateter epidural

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

17-03-2023 08:00 - Otimizar cateter epidural

17-03-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural

17-03-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

17-03-2023 08:00 - Assistir na colocação do cateter epidural.

5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e

terapêutica médica.

No presente cenário clínico foram utilizadas as seguintes atitudes terapêuticas: Cardiotocografia Fetal, Cateter Epidural e Cateter Venoso Periférico. Estas atitudes terapêuticas também surgem nos cenários clínicos seguintes: Núcleo de Partos (2º, 3º e 4º).

Cardiotocografia Fetal

A monitorização cardiotocográfica (CTG) é uma ferramenta fundamental na avaliação do bem-estar fetal durante o trabalho de parto, uma vez que auxilia na detecção de sinais de sofrimento fetal (Hanke et al. 2022). O traçado do CTG consiste em duas linhas: uma representa a frequência cardíaca fetal (FCF) e a outra representa as contrações uterinas (East, 2021). A interpretação do CTG envolve a análise da variabilidade da FCF, a presença de acelerações e desacelerações, bem como a relação entre a FCF e as contrações uterinas (Prior, 2020).

O CTG auxilia os profissionais de saúde na tomada de decisões clínicas para garantir o bem-estar materno-fetal, durante o processo de trabalho de parto e parto (Novais, 2018). Quando não existe nenhum diagnóstico que exija uma vigilância contínua, o CTG deve de ser realizado de forma intermitente, de forma a possibilitar a mobilização da parturiente (Alfirevic et al., 2017).

Desta forma, a sua utilização é definida pelo profissional responsável pela vigilância do trabalho de parto da parturiente, no sentido de monitorizar a mãe e o bebé, durante a fase de trabalho de parto, baseada em uma avaliação cuidadosa dos riscos e benefícios para a mãe e o bebé (ACOG, 2020).

Comunicar prontamente as mudanças significativas observadas no CTG à equipa de obstetras é crucial para garantir uma resposta rápida e apropriada a possíveis complicações durante o trabalho de parto. A comunicação eficaz das variações no CTG pode facilitar intervenções oportunas para proteger o bem-estar materno e fetal (ACOG, 2020). Assim, qualquer alteração sugestiva de compromisso fetal deve ser referenciada, nomeadamente: alterações significativas na linha de base da frequência cardíaca fetal; alterações na variabilidade da frequência cardíaca fetal; presença de desacelerações variáveis ou tardias e padrões de frequência cardíaca fetal que indicam hipóxia fetal (Garite et al., 2021),

Cateter epidural

O cateter epidural é um dispositivo médico utilizado para administrar medicamentos, como analgésicos ou anestésicos, no espaço epidural próximo à medula espinhal. Ele é frequentemente usado para alívio da dor durante o trabalho de parto e procedimentos obstétricos e permite a administração contínua de analgésicos locais e/ou opioides diretamente no espaço epidural, proporcionando um bloqueio eficaz dos sinais de dor e permitindo que a

mulher tenha um parto mais confortável e menos doloroso (Sultan, 2018).

É recomendável que as gestantes realizem uma consulta de anestesia durante a gravidez para discutir opções de alívio da dor durante o trabalho de parto, incluindo o uso de cateter epidural. Esta consulta permite que a equipa médica avalie a saúde geral da grávida, discuta os riscos e benefícios da analgesia epidural e forneça informações detalhadas sobre o procedimento, ajudando a mulher a tomar uma decisão informada (American Society of Anesthesiologists [ASA], 2021).

A decisão de usar analgesia epidural é geralmente baseada nas preferências individuais da mulher, na sua experiência anterior com a dor do trabalho de parto, nas suas necessidades de alívio da dor e na sua saúde geral (ACOG, 2021).

A remoção do cateter epidural geralmente ocorre algumas horas após o parto, quando já não há necessidade de analgesia. O tempo exato pode variar dependendo dos protocolos hospitalares, das práticas clínicas e da condição específica da mulher após o parto. No entanto, é importante que a decisão de remoção do cateter seja feita levando em consideração o bem-estar da mulher e as necessidades de cuidados pós-parto (ASA, 2021).

Cateter Venoso Periférico

O cateter venoso periférico é um dispositivo médico utilizado para administrar medicamentos, fluidos intravenosos e transfusões de sangue (Scoppettuolo, 2020). A sua colocação na admissão da parturiente é protocolada, com o objetivo de ter sempre assegurado um acesso na presença de alguma complicação ou necessidade cirúrgica imediata.

5.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-03-2023 08:00	Parto	
17-03-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
17-03-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
17-03-2023 08:00	Dor	
17-07-2023 13:00	Nascimento	
17-07-2023 13:00	Sistema cardiovascular	

5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Neste ensino clínico, existem domínios que estão presentes na maioria dos planos de cuidados,

nomeadamente os domínios de: Parto, Sistema Cardiovascular, Nascimento, Sondas, Drenos e Cateteres e Atitudes Terapêuticas. Estes domínios são comuns aos cenários clínicos: Núcleo de Partos (2º, 3º e 4º).

Parto

O parto é um evento fisiológico complexo que envolve uma série de mudanças hormonais, neurológicas e biomecânicas que culminam na expulsão do feto e da placenta do útero materno. Este processo é mediado por uma interação complexa entre o feto, o útero da mãe e diversos sistemas de regulação do corpo materno, resultando na dilatação progressiva do colo do útero, contrações uterinas rítmicas e coordenadas, e finalmente, na expulsão do bebé pelo canal de parto (Soares et al., 2021).

O trabalho de parto é composto por várias fases (Cunningham et al., 2018): o primeiro estadió de trabalho de parto é dividido em fase latente, na qual ocorrem contrações uterinas irregulares e dilatação lenta do colo do útero (ACOG, 2020), e fase ativa, onde as contrações uterinas se tornam regulares, mais intensas e mais frequentes, resultando numa dilatação cervical mais rápida (Neal, 2015); o segundo estadió, ou período expulsivo, é caracterizado pela dilatação cervical completa e pelo esforço materno ativo para empurrar o bebé através do canal de parto (ACOG, 2020); o terceiro estadió, ou dequitação, envolve a expulsão da placenta e das membranas ovulares após o nascimento do bebé (ACOG, 2020).

Uma abordagem centrada na mulher que promova a participação ativa da mulher durante o trabalho de parto, nomeadamente com a mobilidade da bacia, vai contribuir para a progressão do trabalho de parto, redução da necessidade de intervenções obstétricas e melhorar os resultados maternos e neonatais (Le Ray et al., 2020; Mayer et al., 2022).

Assim, a liberdade de movimento, a adoção de posições verticais e a utilização da bola de parto estão associadas a uma redução na duração do trabalho de parto e redução da taxa de instrumentação (Downe, 2020; Zhang et al., 2021). É importante que a parturiente tome decisões informadas para ter um maior controlo e autonomia na sua vivência da evolução do trabalho de parto e se sinta envolvida nesse processo (Sandall et al., 2016).

Ao longo do trabalho de parto, a parturiente pode adotar medidas não farmacológicas para lidar com a dor e desconforto, tais como a utilização da bola de parto e de técnicas de respiração (Silva, 2014). A utilização da bola de pilates, através de movimentos para a frente e para trás, vai favorecer a mobilidade da parturiente (Gouveia et al. 2018; Mielke, 2018), diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina e promovendo a rotação e a descida fetal (Silva, 2013). A bola de pilates também serve como um instrumento que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo (Ritter, 2012). A utilização de técnicas de respiração profunda, respiração controlada e relaxamento muscular progressivo é eficaz na redução da perceção da dor e melhora o bem-estar materno durante o trabalho de parto (Jones et al., 2020).

Estas técnicas podem ser complementadas com a massagem lombar e a acupressão em pontos específicos, como o ponto de acupressão Sanyinjiao (SP6) (Smith, 2020) e a hidroterapia, através da imersão em água quente ou duche, potenciando o alívio da dor e relaxamento, o que vai contribuir para um parto mais confortável e reduzir a necessidade de analgesia farmacológica (Cluett et al., 2018).

Algumas das medidas acima mencionadas podem ser realizadas pelo acompanhante (pessoa

significativa) durante o trabalho de parto e estão associadas a uma redução na percepção da dor pela mulher e a uma maior satisfação com a experiência de parto. O apoio emocional, físico e prático do parceiro durante o trabalho de parto pode contribuir significativamente para o bem-estar materno e o desfecho do parto (Ip et al., 2020).

Sistema Cardiovascular

A avaliação dos sinais vitais maternos, incluindo frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura, juntamente com a monitorização fetal, é essencial para detetar precocemente qualquer alteração no status de saúde da mãe e do feto durante o trabalho de parto (ACOG, 2020).

As mulheres em trabalho de parto devem ser monitorizadas em intervalos frequentes para garantir a sua segurança, pois permite a deteção precoce de complicações que podem afetar a mãe e o feto, possibilitando intervenções oportunas para evitar complicações graves (Mhyre et al., 2014), especialmente durante a fase ativa do trabalho de parto (Prefumo et al., 2019). Assim, recomenda-se uma monitorização dos sinais vitais a cada 15 a 30 minutos durante a fase ativa do trabalho de parto. Essa frequência pode ser ajustada conforme necessário, dependendo da condição da mãe e do bebé (Lowdermilk et al., 2014).

No pós parto imediato, os sinais vitais devem de ser avaliados a cada 15 minutos (Lowdermilk et al., 2014). Esse intervalo vai aumentando para cada 4 a 8 horas, quando a parturiente se encontra estável.

As diretrizes específicas para a frequência da monitorização dos sinais vitais podem variar com base nas políticas institucionais, nas recomendações clínicas e nas necessidades individuais da paciente. Na instituição onde este caso decorreu, os profissionais avaliam os sinais vitais uma vez por turno e no pós parto imediato, antes da transferência para o puerpério.

Nascimento

O nascimento é o evento que marca o início da vida extrauterina de um ser humano, envolvendo a expulsão do feto do útero materno após um período de gestação, por meio de uma série coordenada de contrações uterinas e processos fisiológicos complexos (ACOG, 2020). O ambiente que envolve o nascimento é de extrema importância para que a experiência vivenciada pela parturiente seja positiva. O ambiente no qual o parto ocorre, desempenha um papel crucial no bem-estar físico, emocional e hormonal da mãe e do bebé. Ao criar um ambiente tranquilo, íntimo e respeitoso, é possível facilitar um parto calmo e promotor do empoderamento da mulher, promovendo o vínculo entre mãe e bebé, desde os primeiros momentos de vida (Odent , 2002). A criação de um ambiente favorável promove uma experiência mais positiva e com melhores desfechos maternos e neonatais (Bohren , 2019).

É essencial realizar uma vigilância cuidadosa do recém-nascido após o nascimento, para garantir a deteção precoce de qualquer alteração e assegurar o bem-estar do bebé. Isso inclui avaliar a respiração, a frequência cardíaca, a temperatura corporal e realizar exames físicos completos para identificar quaisquer anomalias ou sinais de doença (Wyckoff et al., 2019).

No momento após o contato pele a pele e o exame físico, é realizada a administração de vitamina K, por via intramuscular, que está protocolada e tem como objetivo prevenir complicações hemorrágicas no recém nascido (AAP e Organização Mundial da Saúde [OMS]). A colocação de pomada ocular, após o nascimento, também é protocolada e tem como intuito

prevenir infecções oculares (AAP, 2013).

A prática do contato pele com pele, imediatamente após o nascimento, tem sido associada a uma série de benefícios para o recém-nascido, incluindo a estabilização da temperatura corporal, a regulação da glicemia, o estímulo à amamentação precoce e a promoção do vínculo mãe-bebê (Bergman et al. 2021). Além disso, a evidência científica sugere que o contato pele com pele também pode ter efeitos positivos na saúde materna, incluindo a redução do risco de hemorragia pós-parto e a promoção do bem-estar emocional (Boundy et al., 2020). É uma intervenção simples, mas poderosa, que pode ter impactos duradouros na saúde e no bem-estar da família (Bergman, 2004).

O contato pele com pele com a mãe é crucial para estabelecer a amamentação bem-sucedida. O aleitamento materno na primeira hora após o nascimento é fundamental para estabelecer a lactação e promover o vínculo entre mãe e filho. O colostro é rico em nutrientes e anticorpos, fornecendo proteção imunológica vital ao recém-nascido. Além disso, a sucção precoce durante a primeira hora de vida estimula a produção de ocitocina, hormona presente na contração uterina e na prevenção de hemorragia pós-parto (WHO, 2018).

Quando o contato pele com pele após o nascimento não pode ser realizado com a mãe, o mesmo pode ser feito com o pai para promover o estabelecimento do vínculo pai-filho, reduzir os níveis de stress paternos e neonatais e facilitar a transição para a paternidade. Além disso, o contato pele a pele com o pai pode aumentar a confiança paterna e promover a participação ativa do pai nos cuidados ao recém-nascido, desde os primeiros momentos de vida (Bigelow et al., 2018).

5.6. Dados

Dor

17-07-2023 10:00

Dor

Refere dor em moedeira na zona lombar.

17-07-2023 11:00

Refere que, mesmo após ter experimentado o banho, os exercícios na bola e a massagem, sente "muita dor, acho que não vou conseguir aguentar mais sem a epidural". A parturiente solicitou a colocação do cateter epidural.

17-07-2023 13:00

A Rita refere que após a colocação do cateter epidural e da administração de medicação não sente dor. Acrescenta que "agora já consigo mexer melhor as pernas". (13H). Isto porque após a administração de fármacos pelo cateter epidural, verificou-se alteração da sensibilidade dos membros inferiores.

Parto

17-03-2023 08:00

Posição do colo do útero: posterior.

Consistência do colo do útero: firme.
Extinção do colo do útero: início da extinção.
Dilatação do colo do útero: 2 cm.
Frequência da contração uterina: 2 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.
Posição fetal: direita.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: ODA.
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).
Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado.

Trabalho de parto

Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
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.

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

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

17-07-2023 10:00

Posição do colo do útero: posterior.
Consistência do colo do útero: intermédia.
Extinção do colo do útero: 50%.
Dilatação do colo do útero: 4 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.
Posição fetal: direita.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: ODA.
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).
Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Sem globo vesical. A parturiente tinha urinado há cerca de 15 minutos.

17-07-2023 11:00

Posição do colo do útero: intermédia.
Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 80%.
Dilatação do colo do útero: 5 cm.
Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos .
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Sem globo vesical. Refere já ter ido novamente ao WC.

17-07-2023 13:00

Posição do colo do útero: intermédia.
Consistência do colo do útero: mole.
Extinção do colo do útero: 100%.
Dilatação do colo do útero: 8 cm.
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Descida do feto: 2.º plano de Hodge.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Sem globo vesical.

5.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

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

- Melhorar a capacidade da parturiente para realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia de acordo com a fase do trabalho de parto

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

- Melhorar a capacidade da parturiente em adotar posições e movimentos que a ajudem a lidar com a dor
- Melhorar a capacidade da parturiente na utilização da hidroterapia como estratégia para lidar com a dor
- Melhorar a capacidade da parturiente na utilização da massagem como estratégia para lidar com a dor
- Melhorar a capacidade da parturiente para pedir colaboração do companheiro na realização da massagem.

5.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a parturiente seja capaz de adotar posições e movimentos verticais que facilitem o TP e que a ajudem a lidar com a dor
- Que a parturiente seja capaz, se assim entender, de recorrer há hidroterapia e à massagem como estratégias para lidar com a dor

5.7. Diagnósticos

Dor

17-07-2023 10:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

17-07-2023 11:00 - Solicitar colaboração da equipa de anestesia.

17-07-2023 11:00 - Assistir na colocação do cateter epidural

Parto

17-03-2023 08:00

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto

17-03-2023 08:00 - Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico

17-03-2023 08:00 - Referenciar compromisso do estado do feto ao médico

17-03-2023 08:00 - Assistir no posicionar

17-03-2023 08:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

17-03-2023 08:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

17-03-2023 08:00 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

17-03-2023 08:00 - Massajar região lombo-sagrada

17-03-2023 08:00 - Assistir no uso de hidroterapia

17-03-2023 08:00 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

17-03-2023 08:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

17-03-2023 08:00 - Gerir analgesia

17-03-2023 08:00 - Gerir ingestão de líquidos

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

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

17-03-2023 08:00 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

17-03-2023 08:00 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Intervenções de Enfermagem

17-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

17-03-2023 08:00 - Instruir estratégias de relaxamento

17-03-2023 08:00 - Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

5.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Relativamente à intervenção: **Gerir Ambiente físico**

Um ambiente acolhedor e tranquilo pode contribuir para reduzir o stress, promover o relaxamento e facilitar o progresso do trabalho de parto. Este ambiente pode ser alcançado através de vários elementos, como iluminação suave, música relaxante, aromaterapia, opções de posição flexíveis, privacidade e presença de apoio emocional de familiares ou profissionais de saúde. Um ambiente positivo pode ajudar a reduzir a necessidade de intervenções médicas, promover um vínculo entre a mãe e o bebé e contribuir para uma experiência de parto mais satisfatória e empoderadora (Hodnett et al., 2013).

Relativamente às intervenções referentes ao diagnóstico: **Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto**

Relativamente às intervenções referentes ao diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

A bacia é uma estrutura óssea composta pelos ossos ilíacos, ísquio, púbis e cóccix, que se unem para formar a pelve (Moore , 2019).

Mulheres com maior mobilidade pélvica tendem apresentar uma progressão mais rápida do trabalho de parto, menos necessidade de analgesia (Jennings et al., 2012) e uma menor incidência de complicações obstétricas, como parto prolongado ou necessidade de intervenções médicas (Deering et al., 2014). A mobilidade pélvica limitada está associada a uma maior incidência de parto prolongado e aumento da taxa de parto distócico, através da utilização de fórceps ou da realização de cesariana (Roth et al., 2020).

Posições verticais durante o trabalho de parto, como ficar em pé, caminhar, agachar e usar uma bola de parto, podem promover a mobilidade da bacia e facilitar a progressão do trabalho de parto (Gupta, 2017 ; Lawrence , 2013).

Quando a mulher não reúne condições para se movimentar e fica restrita ao leito, pode mobilizar a bacia através da alternância de posições (Gupta et al., 2004). A utilização almofadas

sobre os joelhos ou entre as pernas pode proporcionar suporte adicional, facilitando a adoção de posições mais confortáveis e favoráveis para o progresso do trabalho de parto (Miquelutti , 2009).

Bola de Parto/Pilates

As estratégias não farmacológicas têm sido usadas como métodos de preferência para o alívio da dor e do desconforto na parturiente, tais como a utilização da bola de parto/ pilates, a massagem e a hidroterapia (Silva , 2014).

A Bola de Pilates, foi pela primeira vez utilizada em obstetrícia na década de 1980, na Alemanha, pois as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica acreditavam que esta auxiliava na descida e rotação da apresentação fetal.

A utilização deste equipamento tem sido cada vez mais solicitada, pois, para além do baixo custo de aquisição, a mulher experimenta sensações de relaxamento e de bem-estar. Na sua utilização, a grávida/puérpera consegue adotar um correto alinhamento corporal, nos diferentes movimentos de bacia, facilitando a descida do feto ou aliviando zonas de tensão, promovendo sensações de conforto e alívio da dor (Bohren et al., 2017).

Durante as fases do trabalho de parto e quando a puérpera reúne as condições necessárias, a utilização desta estratégia está recomendada, uma vez que favorece a mobilidade da parturiente (Mielke, 2018), diminuindo a sensação dolorosa da contração uterina, estimulando movimentos espontâneos e não habituais, fazendo com que a mulher se movimente para frente e para trás, como se estivesse numa cadeira de balanço, ajudando na rotação e na descida fetal. (Silva, 2013) . A bola também serve como um instrumento que distrai a parturiente, tornando o trabalho de parto mais tranquilo (Ritter, 2012).

Massagem

As massagens corporais são um método de estimulação sensorial caracterizado pelo toque sistémico e pela manipulação dos tecidos. No trabalho de parto, para além de promover o alívio da dor, ao promover um contacto físico com a parturiente, a massagem também pode potenciar o efeito de relaxamento, diminuindo o stress emocional e melhorando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (Sescato , 2008). A massagem pode ser aplicada em qualquer região corporal, mas maioritariamente na região lombar durante as contrações uterinas (Ritter , 2012) ou no intervalo das mesmas, se for promotora de relaxamento e bem-estar.

A massagem é um método não farmacológico simples, de baixo custo, e que associado à respiração e deambulação, pode ser uma mais-valia no processo de nascimento (Gallo , 2011). Para além dos benefícios até agora descritos, a massagem comporta também uma dimensão emocional, uma vez que usualmente a massagem é realizada por alguém significativo e, por esse motivo, a sua duração pode contribuir significativamente para o fortalecimento da relação e envolvimento da pessoa em todo o processo.

Hidroterapia

A hidroterapia é uma medida não farmacológica, na qual a parturiente imerge em água morna (imersão) para relaxamento e alívio do desconforto (Ricci , 2008). A água aquecida induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo, promovendo relaxamento muscular

e diminuindo a intensidade da dor nas contrações. Geralmente, as contrações são menos dolorosas na água aquecida, uma vez que o calor e a flutuação na água provocam um efeito relaxante (Ricci, 2008). O banho permite o alívio da ansiedade durante o trabalho de parto, pois reduz os níveis de hormonas neuroendócrinas associadas ao stress (Barbieri et al., 2013). A hidroterapia no chuveiro (também usada com a mulher sentada na bola de parto/pilates), consiste em deixar a água à temperatura ambiente cair sobre os locais dolorosos durante as contrações (Reberte, 2005). A mulher deve ser encorajada a ficar na banheira ou no chuveiro enquanto for agradável para si e se sentir confortável. A temperatura da água não deve exceder a temperatura corporal e o tempo do banho limita-se a uma ou duas horas (Reberte, 2005).

5.8. Especificação das intervenções

Assistir no posicionar

- 9H30 - Ajudar a parturiente a sentar-se na bola de pilates
- 11H00 - Ajudar a parturiente a colocar a lentilha
- 12H00 - Assistir a parturiente a adotar a posição de sentada para colocação de cateter epidural

Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

- 10H00 - Realizar e demonstrar a técnica de massagem (ao companheiro) na região lombo-sagrada
- 10H00 - Dado: O companheiro da puérpera realizou massagem enquanto a mesma realizava exercícios na bola de pilates.

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

- Dado - A parturiente refere que gostava de fazer hidroterapia e massagem como estratégia para lidar com a dor
- 10H00 - Orientar no uso da bola de pilates
- 10H00 - Incentivar massagem pelo companheiro
- 10H30 - Incentivar a parturiente a tomar um banho

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Dado - A parturiente refere que nas sessões de preparação para o parto "falamos disto, mas agora não estou sei quais são os indicados para esta fase"
- 9H00 - Incentivar a realização de exercícios de mobilização de bacia com verticalidade
- 9H00 - Providenciar bola de pilates
- 9H00 - Reforçar que deve permanecer com os exercícios até se sentir confortável
- 11H00 - Providenciar lentilha
- 11H00 - Com a cabeceira um pouco elevada, colocar uma lentilha no fundo das costas e posicionar os membros inferiores com os pés aproximados e os joelhos afastados

Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

- Dado - A parturiente refere que gostava de usar a hidroterapia e a massagem como

estratégia para lidar com a dor

- 10H00 - Massajar região lombar
- 10H30 - Encorajar a parturiente a ir para o chuveiro

Instruir estratégias de relaxamento

- 9H15 - Orientar a parturiente a encontrar um padrão de respiração com efeito relaxante
- 9H15 - Demonstrar à parturiente a realização de uma respiração lenta, profunda e controlada, confortável e sem esforço
- 10H00 - Demonstrar a técnica de co-respiração com o companheiro

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 10H00 - Sugerir e demonstrar à parturiente que se sente com os pés próximos e joelhos afastados, facilitando assim a passagem da apresentação fetal na parte superior da bacia
- 10H00 - Dado: A puérpera utilizou a bola de pilates para ajudar na progressão do TP

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 10H00 - Demonstrar o uso da bola de parto, fazendo movimentos com a bacia para a frente e para trás, para a esquerda e direita e também desenhar com a bacia o símbolo do infinito
- 10H00 - Dado: A puérpera realizou exercícios na bola de pilates, com o intuito de mobilizar a bacia.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 08H30 - Promover ambiente calmo
- 08H30 - Reduzir a intensidade da luz
- 08H30 - Providenciar privacidade
- 09H30 - Incentivar a colocação de música ambiente se assim o desejarem
- 10H00 - Questionar como se sentem e se precisam de alguma alteração no ambiente da sala
- 12H00 - Questionar como se sentem e se precisam de alguma alteração no ambiente da sala

Gerir analgesia

- 10H00 -Averiguar com a parturiente a evolução da dor
- 11H00 -Averiguar com a parturiente a evolução da dor

Massajar região lombo-sagrada

- 10H00 - Massajar, por pressão da mão, com movimentos circulares, a região lombosagrada

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 9H15 - Questionar o companheiro se tem alguma questão
- 10H00 - Sugerir ao companheiro que acompanhe a Maria nos movimentos na bola de parto ou de pé
- 10H00 - Incentivar o companheiro a utilizar a massagem como estratégia não farmacológica do alívio da dor

- 11H00 - Questionar o companheiro se tem alguma questão
- 11H00 - Elogiar o companheiro pelo envolvimento demonstrado
- 12H00 - Explicar procedimento de colocação de cateter epidural

Gerir ingestão de líquidos

- 9H00- Oferecer água, chá ou gelatina
- 10H00 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 11H00 - Oferecer água, chá ou gelatina

6. CASO CLÍNICO: NÚCLEO DE PARTOS (2º)

3740_2_MESMO_5

6.1. Enquadramento teórico

A parturiente deste caso é a M., 2G1P, grávida de 38 semanas + 6 dias. Recorreu ao Serviço de Urgência, por contrações uterinas dolorosas, por volta das 14H15. Tem historial obstétrico de um parto eutócico anterior, há 2 anos, com analgesia epidural.

Apresentava resultado negativo para Streptococcus do grupo B negativo e o grupo sanguíneo ARh+.

A M. pretendia um parto vaginal com analgesia epidural e "se fosse possível sem ter algum corte (episiotomia)"(cit). Acrescentou que não frequentou (desta vez) o Programa de Preparação para o Parto, porque "como ainda tenho a minha filha pequena, tenho tudo bem fresco na memória" e que "ainda amamento a minha outra filha" (cit).

Preferiu não fazer plano de parto, apenas frisou que "não queria novamente uma ferida". Estava acompanhada pelo marido, T. .

NA INSTITUIÇÃO:

No início do turno da noite, a puérpera encontrava-se com perfusão contínua de sufentanilo e ropivacaína pelo cateter epidural e perfusão contínua de ocitocina pelo cateter venoso periférico. O CTG demonstrava bem-estar fetal (FCF entre 110 - 160 bat/min, ausência de desacelerações tardias, variabilidade entre 5 - 25 bat/min e contrações regulares). A Maria encontrava-se no leito, por alteração de sensibilidade nos membros inferiores, a mesma referia que "eu não sinto as minhas pernas".

O último toque vaginal tinha sido realizado pelas 19H por aumento de dor e verificou-se que estava com 6cm.

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-13 20:00:00	Ocitocina EV 5 U.I./ml - em perfusão	
2023-05-13 20:00:00	Ropivacaína 0,2% C.E	
2023-05-13 20:00:00	Sufentanil 5mcg/ml CE	
2023-05-13 20:00:00	Soro glicosado EV perfusão contínua	

6.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O fármaco Ocitocina também foi utilizado no cenário clínico: Núcleo de Partos (3º e 4º)

Ocitocina

A ocitocina é uma hormona neuropeptídica produzida principalmente no hipotálamo e libertada pela neuro-hipófise (Zack , 2012).

A ocitocina sintética, utilizada na indução do parto, atua seletivamente no músculo liso uterino para causar o início e manutenção de contratilidade uterina regular.

A ocitocina ajuda a induzir contrações uterinas coordenadas e a retração uterina após o parto, reduzindo assim o risco de hemorragia (Sheldon et al., 2018). A ocitocina, em doses mais elevadas, pode ser utilizada para prevenir e controlar a hemorragia pós-parto, por estimular a contração uterina. Assim, a sua administração é recomendada pela OMS (2020) em todos os partos vaginais, por via intravenosa ou intramuscular.

No que diz respeito a efeitos secundários, a ocitocina está associada a contrações uterinas intensas e frequentes, que podem causar desconforto materno e aumentar o risco de rotura uterina, especialmente em mulheres com cicatrizes uterinas prévias (Wong , 2013). A ocitocina pode também levar a hipertonia uterina, arritmias cardíacas e aumentar o risco de

hiperestimulação uterina, que ocorre quando as contrações uterinas são excessivamente intensas ou frequentes, com consequente diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentário e aumento do risco de sofrimento fetal (Simpson et al., 2008).

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

13-05-2023 20:00

Cardiotocografia fetal

Intervenções de Enfermagem

13-05-2023 20:00 - Vigiar cardiotocografia fetal

13-05-2023 20:00 - Comunicar à equipa médica se alterações na cardiotocografia fetal

Sondas, Drenos e Cateteres

13-05-2023 20:00

Cateter urinário

Intervenções de Enfermagem

13-05-2023 20:00 - Otimizar cateter urinário [SOS]

13-05-2023 20:00 - Remover cateter urinário [SOS]

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Direita(o)

Características do dispositivo: CVP 18G.

Intervenções de Enfermagem

13-05-2023 20:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

13-05-2023 20:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

13-05-2023 20:00 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]

13-05-2023 20:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

13-05-2023 20:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS]

Cateter epidural

Perfusão contínua

Intervenções de Enfermagem

13-05-2023 20:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

13-05-2023 20:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal

13-05-2023 20:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

6.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

As atitudes terapêuticas utilizadas neste caso clínico já foram abordadas e detalhadas no cenário clínico anterior: Núcleo de Partos (1º) desta forma, considera-se que a justificação destas atitudes terapêuticas já foi referida.

6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-05-2023 20:00	Eliminação urinária	
13-05-2023 20:00	Parto	
13-05-2023 20:00	Atitudes terapêuticas	
13-05-2023 20:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
13-05-2023 20:00	Sistema cardiovascular	

6.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os domínios utilizados neste caso clínico já foram abordados e detalhados no cenário clínico anterior: Núcleo de Partos (1º) desta forma, considera-se que a justificação destes domínios já foi referida.

6.6. Dados

Sistema cardiovascular

13-05-2023 20:00

Localização do Pulso

Antebraço Esquerda(o)

Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 117 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 74 mm Hg.

Temperatura corporal: 36.2°C

Eliminação urinária

13-05-2023 20:00

Quantidade de urina: 100 ml.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Transparência da urina: Límpida.

A puérpera apresentou alteração da sensibilidade dos membros inferior e, por ter globo vesical, foi colocada uma aparadeira com consentimento, para perceber se existia micção. Uma vez que a puérpera não urinou desta forma, foi inserido cateter vesical (também com consentimento). O saco de urina foi esvaziado no final do turno da tarde.

Parto

13-05-2023 20:00

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 80%.

Dilatação do colo do útero: 6 cm.

Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos .

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

Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

Posição fetal: esquerda.

Apresentação fetal: cefálica.

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

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

Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado.

22H00 - Dado: aquando emergência obstétrica, observou-se sempre bem estar fetal. linha basal: 110 - 160 bpm, variabilidade de 5-25 bpm, sem desacelerações repetitivas.

Trabalho de parto

Conhecimento sobre trabalho de parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.

Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto

6.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico: "Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto"

- Dotar a puérpera de conhecimento sobre a emergência obstétrica (prolapso do cordão)

6.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a parturiente seja capaz de perceber o que estava a passar (emergência obstétrica)
- Que a parturiente seja capaz de compreender a necessidade de cesariana emergente

6.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

13-05-2023 20:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Parto

13-05-2023 20:00

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

13-05-2023 20:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto

13-05-2023 20:00 - Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico

13-05-2023 20:00 - Referenciar compromisso do estado do feto ao médico

13-05-2023 20:00 - Gerir ingestão de líquidos

13-05-2023 20:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

13-05-2023 20:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

13-05-2023 20:00 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

13-05-2023 20:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

13-05-2023 20:00 - Realizar protocolo da instituição para cesariana emergente. (22H00)

13-05-2023 20:00 - Informar puérpera sobre prolapso de cordão (22H00)

13-05-2023 20:00 - Informar puérpera sobre necessidade de cesariana emergente (22H00)

13-05-2023 20:00 - Informar sobre amniotomia (21H50)

13-05-2023 20:00 - Posicionar puérpera no prolapso do cordão (22H00)

13-05-2023 20:00 - Informar sobre posição favorável para controlar prolapso do cordão (22H00)

13-05-2023 20:00 - Executar amniotomia (22H00)

Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

13-05-2023 20:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto

13-05-2023 20:00 - Ensinar sobre emergência obstétrica (22H00)

13-05-2023 20:00 - Ensinar sobre riscos de emergência obstétricas para o feto (22H00)

13-05-2023 20:00 - Ensinar sobre cesariana emergente (22H00)

6.8. Especificação das intervenções

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- A puérpera solicita a lentilha para mobilizar a bacia no leito (já tinha feito exercícios durante a tarde)
- 21H00 - O feto encontrava-se no 2º plano de Hodge
- 21H00- Disponibilizar lentilha
- 21H00 - Sugerir e respeitar que a puérpera faça o que o seu corpo lhe pede

Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico

- 22H00 - Dado: a equipa médica foi chamada de urgência ao serviço, ao quarto da puérpera, pois ao ser realizada a amniotomia, verificou-se prolapso de cordão.
- Dado: Até a equipa médica chegar há box, estava a ser exercida pressão no feto, empurrando a apresentação do feto e aliviando a tensão exercida no cordão umbilical.
- Dado: Por indicação médica, a pessoa que estava a realizar a contrapressão do feto foi substituída pela chefe de equipa e a mulher foi levada para uma cesariana emergente.

Referenciar compromisso do estado do feto ao médico

- 22H00 - Dado: Após confirmado prolapso do cordão, a equipa pediátrica foi notificada para assegurar o bem-estar e observação do feto após o nascimento.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 21H00 - Promover ambiente calmo
- 21H00 - Providenciar privacidade
- 21H00 - Incentivar a colocação de música ambiente se assim o desejarem

Gerir ingestão de líquidos

- 21H00 - Oferecer água, chá ou gelatina

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 21H00 - Questionar o companheiro se tem alguma questão
- 21H00 - Questionar o companheiro como se sente
- 22H00 - Informar sobre emergência obstétrica
- 22H00 - Informar sobre necessidade de cesariana emergente
- 22H00 - Questionar se tem alguma questão

Ensinar sobre emergência obstétrica (22H00)

- 22H00 - Referir que ocorreu prolapso do cordão na realização de amniotomia
- 22H00 -Referir que esta emergência obstétrica se caracteriza pela exteorização de uma parte do cordão umbilical pelo canal de parto
- "O prolapso do cordão é uma emergência obstétrica grave que ocorre quando o cordão umbilical desce à frente da apresentação fetal, resultando em compressão do cordão entre o feto e a parede vaginal ou entre o feto e a própria apresentação" (Gary, 2018)

Ensinar sobre riscos de emergência obstétricas para o feto (22H00)

- 22H00 -Referir que na presença de prolapso do cordão existe um compromisso no aporte de oxigénio ao feto, por compressão do cordão
- "...em casos graves, pode ocorrer asfixia fetal e até mesmo mortalidade fetal se o problema não for corrigido prontamente". (Gary, 2018)

Ensinar sobre cesariana emergente (22H00)

- 22H00 -Referir que este tipo de cesariana tem como principal objetivo o nascimento do feto, na maior rapidez possível, assegurando o seu bem estar
- "Uma cesariana emergente é uma intervenção cirúrgica urgente realizada durante o trabalho de parto devido a complicações graves que ameaçam a vida da mãe ou do bebê, como prolapso do cordão umbilical, sofrimento fetal agudo ou hemorragia grave. Esta abordagem é essencial para garantir a segurança e a saúde da mãe e do bebê em situações de emergência obstétrica" (Santos, 2020)

Informar sobre amniotomia (21H50)

- 21H50 - Referir que "A amniotomia é definida como o procedimento de romper a bolsa amniótica durante o trabalho de parto, realizado para acelerar ou facilitar o parto, especialmente em casos de progressão lenta do trabalho de parto ou para avaliação do líquido amniótico." (Silva, 2018)
- 21H50 - A parturiente consentiu a realização do procedimento.

Informar sobre posição favorável para controlar prolapso do cordão (22H00)

- 22H00 - Utilizar a força da gravidade para diminuir compressão no prolapso - posicionar a parturiente.
- 22H00 - Referir posição que favorece a menor compressão do cordão.
- "A gravidade alivia a pressão quando a mulher está na posição modificada dos Sims com os quadris elevados possível com travesseiros". (Lowdermilk, 2014)

Executar amniotomia (22H00)

- 22H00 - A puérpera apresenta-se exausta, com dilatação cervical estagnada desde as 18H30. Depois de informada sobre procedimento, a puérpera autorizou a realização do procedimento. A parturiente colocou-se em decúbito dorsal, com as pernas fletidas e em abdução .

7. CASO CLÍNICO: NÚCLEO DE PARTOS (3º)

3740_2_MESMO_6

7.1. Enquadramento teórico

A J. deu entrada no serviço de urgência, pelas 16H45 por "senti(r) que as contrações estavam a começar a ficar mais apertadas e que na vinda para a maternidade senti(u) a bolsa a romper". Estava grávida de 39 semanas, do F., e encontrava-se na segunda gravidez (parto eutócico há 5 anos, de um menino chamado João).

No serviço de urgência, a puérpera foi avaliada e verificou-se que a bolsa amniótica não estava íntegra. Apresentava colo do útero extinto e 6 cm de dilatação cervical. A J. não foi diagnosticada com nenhuma patologia no decorrer da gravidez, apresentava resultado negativo para o Streptococcus do grupo B negativo e tem como grupo sanguíneo o ARh+.

Nesta gravidez, não desejou frequentar o programa de preparação para o parto e refere que gostava que este parto fosse como o outro e que "preciso mesmo da epidural agora, as dores já estão a ficar insuportáveis".

Estava acompanhada pelo marido A. .

NA INSTITUIÇÃO:

Após avaliação no serviço de urgência, a puérpera foi recebida numa box de parto com o seu companheiro e, enquanto se dirigia para a mesma, a equipa médica que a avaliou, já tinha informado e solicitado a equipa de anestesia.

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 27 anos | Feminino

7.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-08 17:00:00	Ocitocina EV 5 U.I./ml - em perfusão (após nascimento)	

7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O fármaco deste cenário clínico já foi abordado e detalhado no cenário clínico anterior: Núcleo de Partos (2º). Desta forma, considera-se que a justificação do fármaco já foi referida.

7.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

08-04-2023 17:00

Cardiotocografia fetal

Intervenções de Enfermagem

08-04-2023 17:00 - Vigiar cardiotocografia fetal

08-04-2023 17:00 - Comunicar à equipa médica se alterações na cardiotocografia fetal

Sondas, Drenos e Cateteres

08-04-2023 17:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Direita(o)

Características do dispositivo: CVP 18G.

Intervenções de Enfermagem

08-04-2023 17:00 - Otimizar cateter venoso periférico

08-04-2023 17:00 - Trocar cateter venoso periférico

7.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

As atitudes terapêuticas utilizadas neste caso clínico já foram abordadas e detalhadas no cenário clínico anterior: Núcleo de Partos (1º). Desta forma, considera-se que a justificação destas atitudes terapêuticas já foi referida.

7.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
08-04-2023 17:00	Sistema cardiovascular	
08-04-2023 17:00	Eliminação urinária	
08-04-2023 17:00	Parto	
08-04-2023 17:00	Nascimento	
08-04-2023 17:00	Atitudes terapêuticas	
08-04-2023 17:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
08-04-2023 17:00	Dor	

7.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os domínios abordados neste caso clínico já foram especificados anteriormente.

7.6. Dados

Dor

08-04-2023 17:00

Dor

Refere dor na região lombar que aumenta de intensidade na contração.

Solicita colocação de cateter epidural

Sistema cardiovascular

08-04-2023 17:00

Localização do Pulso

Braço Esquerda(o)

Frequência do pulso: 101 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro inferior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 134 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 96 mm Hg.

08-04-2023 17:30 Localização do Pulso Braço Esquerda(o) Frequência do pulso: 113 pulsações por minuto. Local de avaliação da pressão sanguínea Membro inferior Esquerda(o) Pressão sanguínea sistólica: 127 mm Hg. Pressão sanguínea diastólica: 96 mm Hg.

08-04-2023 17:45 Localização do Pulso Braço Esquerda(o) Frequência do pulso: 93 pulsações por minuto. Local de avaliação da pressão sanguínea Membro inferior Esquerda(o) Pressão sanguínea sistólica: 113 mm Hg. Pressão sanguínea diastólica: 87 mm Hg.

08-04-2023 18:00 Localização do Pulso Braço Esquerda(o) Frequência do pulso: 100 pulsações por minuto. Local de avaliação da pressão sanguínea Membro inferior Esquerda(o) Pressão sanguínea sistólica: 129 mm Hg. Pressão sanguínea diastólica: 97 mm Hg.

Eliminação urinária

08-04-2023 17:00

Sem globo vesical.

A puérpera urinou no wc quando entrou na box da sala de partos

Parto

08-04-2023 17:00

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 100%.

Dilatação do colo do útero: 7 cm.

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

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

Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

Posição fetal: esquerda.

Apresentação fetal: cefálica.

Descida do feto: 2.º plano de Hodge.

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

Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado.

Trabalho de parto

Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.

Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

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

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Nascimento

Hora do nascimento: 18:10:00.

Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.
Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.
Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

Nascimento

Hora do nascimento: 18:10:00.
Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.
Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.
Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

Nascimento

08-04-2023 17:00

Nascimento

Hora do nascimento: 18:10:00.
Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.
Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.
Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

7.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto:

- Melhorar a capacidade da parturiente para escolher as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede;
- Melhorar a capacidade da parturiente para realizar esforços expulsivos;

Tendo em conta o diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

- Melhorar a capacidade da parturiente em adotar posições e movimentos que a ajudem a lidar com a dor;
- Melhorar capacidade de parturiente em adotar uma respiração, profunda, calma e duradoura

7.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a parturiente seja capaz de adotar posições e movimentos verticais que facilitem o TP e que a ajudem a lidar com a dor;
- Que a parturiente seja capaz de escutar o seu corpo e seguir a sua vontade;
- Que a parturiente seja capaz de pedir para o companheiro lhe fazer massagem para lidar com a dor;
- Que a parturiente seja capaz de ter uma respiração controlada;

7.7. Diagnósticos

Dor

08-04-2023 17:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

08-04-2023 17:00 - Avaliar evolução da dor

08-04-2023 17:00 - Gerir analgesia

08-04-2023 17:00 - Assistir na colocação de cateter epidural

08-04-2023 17:00 - Assistir puérpera a posicionar-se para colocação de cateter epidural

Sistema cardiovascular

08-04-2023 17:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Eliminação urinária

08-04-2023 17:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Parto

08-04-2023 17:00

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

08-04-2023 17:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto

08-04-2023 17:00 - Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico

08-04-2023 17:00 - Referenciar compromisso do estado do feto ao médico

08-04-2023 17:00 - Assistir no posicionar

08-04-2023 17:00 - Gerir ingestão de líquidos

08-04-2023 17:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

08-04-2023 17:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

08-04-2023 17:00 - Implementar medidas de proteção do períneo

08-04-2023 17:00 - Assistir no parto

08-04-2023 17:00 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

08-04-2023 17:00 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

08-04-2023 17:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

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

Intervenções de Enfermagem

08-04-2023 17:00 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

08-04-2023 17:00 - Instruir sobre expulsão uterina (18H00)

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Intervenções de Enfermagem

08-04-2023 17:00 - Instruir estratégias de relaxamento

08-04-2023 17:00 - Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

Nascimento

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

08-04-2023 17:00 - Executar clampeamento do cordão umbilical

08-04-2023 17:00 - Executar técnica de pele com pele

Nascimento

08-04-2023 17:00

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

08-04-2023 17:00 - Executar clampeamento do cordão umbilical

08-04-2023 17:00 - Executar técnica de pele com pele

7.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Relativamente à intervenção: **Executar contato pele a pele**

O contato pele a pele logo após o nascimento é uma prática essencial que beneficia tanto o bebé quanto a mãe: promove o desenvolvimento neurocomportamental do bebé; fortalece o vínculo afetivo entre ambos (OMS, 2021); promove a estabilização da temperatura corporal e regulação cardiorrespiratória do recém-nascido (Feldman et al., 2014); e influencia positivamente o aleitamento materno (Moore et al., 2016).

A prática do contato pele a pele após o nascimento é uma intervenção simples e eficaz que promove uma transição suave para a vida extrauterina (Conde-Agudelo , 2011) e a duração recomendada é de pelo menos uma hora (WHO, 2018).

O conceito de Golden Hour descreve o período crítico e especial logo após o nascimento, onde ocorrem uma série de atividades importantes para o bem-estar do bebé e o estabelecimento do vínculo com a mãe (WHO, UNICEF, 2018). Este evento é composto por nove estádios: o choro; o relaxamento, onde o recém nascido se adapta ao novo ambiente; o despertar, onde demonstra sinais de alerta; estadio ativo, com movimentos mais vigorosos e exploratórios, como mexer os braços e pernas; estadio em repouso, onde se observa um relaxamento e diminuição da atividade do recém nascido; a familiarização em que o bebé reconhece a voz e o toque da mãe; sucção, onde se observa sinais de busca e sucção; e o sono, onde o bebé pode emergir num estado de sono tranquilo e profundo (Bergman, 2018).

Relativamente à intervenção: **Executar clampeamento do cordão umbilical**

O clampeamento tardio traz inúmeros benefícios, nomeadamente: a transferência do ferro que pode influenciar o aumento de hemoglobina; melhora a circulação sanguínea do bebé; manutenção da temperatura corporal (Farrar, et al., 2017; McDonald, et al., 2013; Rabe, et al.,

2012).

Relativamente à intervenção: **Implementar medidas de proteção do períneo**

A proteção do períneo durante o período expulsivo pode ajudar a reduzir a incidência de lacerações perineais, que são comuns durante o parto vaginal (Sultan , 2013). Evitar lacerações perineais ou minimizar sua gravidade pode facilitar a recuperação pós-parto e reduzir o desconforto materno durante o período pós-parto (Andrews , 2006) e as lacerações perineais graves durante o parto, podem estar associadas a complicações a longo prazo, como incontinência fecal ou disfunção sexual (Räisänen et al., 2012).

A escolha da posição durante o parto pode afetar a pressão exercida sobre o períneo. Posições mais verticalizadas, como de cócoras ou em pé podem reduzir a necessidade de intervenções perineais (Gupta , 2012).

Durante a fase de expulsão no parto vaginal, o suporte perineal envolve a aplicação de pressão manual suave no períneo para ajudar a proteger os tecidos perineais e facilitar a passagem gradual do bebê pela vagina. Este suporte é frequentemente combinado com outras técnicas, como a aplicação de frio ou quente e massagem perineal (Aasheim et al., 2017).

7.8. Especificação das intervenções

Assistir no posicionar

- 17H30 - Assistir na mudança de posição que a puérpera desejar - quatro apoios, apoiada na cabeceira da cama
- 17H45 - Assistir na mudança de posição que a puérpera desejar - decúbito lateral esquerdo

Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

- 17H30 - Realizar e demonstrar a técnica de massagem na região lombo-sagrada (ao companheiro)

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

- Dado: A puérpera refere que a massagem na região lombar ajuda a lidar com a dor.
- 17H30 - Realizar massagem na região lombar

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- 17H30 - Assistir a puérpera a posicionar-se em 4 apoios, apoiando-se na cabeceira da cama
- 17H45 - Sugerir à puérpera que, na posição de lado, coloque a perna direita elevada e a

realizar adução do fêmur, para facilitar a abertura dos isquiões

Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

- 17H30 - Sugerir e respeitar que a puérpera faça o que o seu corpo lhe pede

Assistir no parto

- Dado (durante a tentativa de colocação de cateter epidural): A puérpera refere sentir esforços expulsivos e encontra-se com dilatação completa do colo
- Dado: (17H55) - "Não consigo mais, estou cansada e dói muito. Não aguento mais e ele não vem"
- 17H45 - Questionar se pretende mudar de posição ou se está confortável
- 17H47 - Encorajar a puérpera nos esforços expulsivos
- 17H48 - Estabelecer comunicação clara, calma e empática
- 17H49 - Preparar o material de parto na mesa de apoio
- 18H00 - Explicar à puérpera que a pressão e ardor que ela sente é a cabeça do bebé no canal vaginal e que ele vai nascer
- 18H05 - Questionar se quer sentir a cabeça do bebé
- 18H08 - Verificar presença de circular do cordão
- 18H09 - Incentivar a puérpera a vir buscar o bebé
- 18H10 - Secar e estimular o bebé no colo da mãe
- 18H17 - Vigiar perda sanguínea

Instruir estratégias de relaxamento

- 17H45 - Informar puérpera que nesta fase deve de manter uma respiração lenta, profunda e controlada
- 17H45 - Realizar respiração junto da puérpera
- 17H45 - Dado: A parturiente utilizou um padrão de respiração lento, profundo e controlado

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 17H45 - Demonstrar que, na posição lateral, pode também manter os pés juntos e joelhos afastados
- 17H45 - Explicar a importância do aumento do diâmetro inferior da bacia e explicar como posicionar a perna de forma a juntar os joelhos
- 17H45 - Dado: a puérpera colocou-se de lado, com os pés afastados e os joelhos juntos

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 17H30 - Promover ambiente calmo
- 17H30 - Reduzir a intensidade da luz
- 17H30 - Providenciar privacidade
- 17H45 - Incentivar a colocação de música ambiente se assim o desejarem
- 17H45 - Questionar como se sentem e se precisam de alguma alteração no ambiente da sala

Executar clameamento do cordão umbilical

- O cordão deve de ser clampado após pelo menos 1 minuto após a hora de nascimento (ACOG, 2017).

Gerir ingestão de líquidos

- 17H30 - Oferecer água.

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 17H30 - Questionar o companheiro se tem alguma questão
- 17H30 - Questionar como se sente
- 17H45 - Elogiar o companheiro pelo envolvimento demonstrado
- 17H45 - Sugerir ao companheiro que assista na elevação da perna durante os esforços expulsivos
- 18H00 - Sugerir ao companheiro que respire em simultâneo com a parturiente no intervalo das contrações
- 18H20 - Parabenizar o companheiro pelo nascimento do filho e pelo apoio à companheira

Implementar medidas de proteção do períneo

- 18H10- Incentivar a puérpera a respirar no momento em que tiver vontade de puxar
- 18H10 - Aplicar a palma da mão direita no períneo junto à fúrcula e com a mão esquerda a controlar a saída da apresentação

8. CASO CLÍNICO: NÚCLEO DE PARTOS (4º)

3740_2_MESMO_7

8.1. Enquadramento teórico

A T. deu entrada no serviço de urgência, pelas 13H30 por sentir algumas contrações (segundo a própria 1 a cada 10 minutos), desde a madrugada, como "a viagem até aqui ainda é demorada, optamos por vir". Estava grávida de 38 semanas, do S. e encontrava-se na segunda gravidez (parto eutócico há 9 anos, de uma menina chamada R.).

No serviço de urgência, a puérpera foi avaliada e verificou-se que apresentava bolsa amniótica íntegra, 50% de extinção e 4 cm de dilatação cervical. A T. apresentava resultado negativo para o Streptococcus do grupo B negativo e tem como grupo sanguíneo o BRh+.

Frequentou o Programa de Preparação para o Parto, porque "já lá vão alguns anos desde a R. e preferi refrescar a memória". Optou por não trazer plano de parto, mas referiu que pretendia colocação de cateter epidural, quando sentisse que as dores o justificavam.

Estava acompanhada pelo marido T. .

8.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

8.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-06-24 14:00:00	Ocitocina EV 5 U.I./ml - em perfusão	
2023-06-24 14:00:00	Sufentanil 5mcg/ml	
2023-06-24 14:00:00	Ropivacaína 0,2% C.E (12h)	

8.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os fármacos utilizados neste caso clínico já foram abordados e detalhados no cenário clínico anterior: Núcleo de Partos (1º e 2º). Desta forma, considera-se que a justificação destes fármacos já foi referida.

8.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

24-06-2023 14:00

Cardiotocografia fetal

Intervenções de Enfermagem

24-06-2023 14:00 - Vigiar cardiotocografia fetal

24-06-2023 14:00 - Comunicar à equipa médica se alterações na cardiotocografia fetal

Sondas, Drenos e Cateteres

24-06-2023 14:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Braço Direita(o)

Características do dispositivo: CVP 18G.

Intervenções de Enfermagem

24-06-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

24-06-2023 14:00 - Otimizar cateter venoso periférico

24-06-2023 14:00 - Trocar cateter venoso periférico

Cateter epidural

Características do dispositivo: Inserido pelas 15H40 com a parturiente em decúbito lateral esquerdo..

Intervenções de Enfermagem

24-06-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do

cateter epidural

24-06-2023 14:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural

24-06-2023 14:00 - Assistir na colocação do cateter epidural

8.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

As atitudes terapêuticas utilizadas neste caso clínico já foram abordadas e detalhadas no cenário clínico: Núcleo de Partos (1º). Desta forma, considera-se que a justificação destas atitudes terapêuticas já foi referida.

8.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-06-2023 14:00	Dor	
24-06-2023 14:00	Eliminação urinária	
24-06-2023 14:00	Parto	
24-06-2023 14:00	Atitudes terapêuticas	
24-06-2023 14:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
24-06-2023 14:00	Nascimento	
24-06-2023 14:00	Sistema cardiovascular	

8.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os domínios utilizados neste caso clínico já foram abordados e detalhados no cenário clínico anterior: Núcleo de Partos (1º). Desta forma, considera-se que a justificação destas atitudes terapêuticas já foi referida.

8.6. Dados

Dor

24-06-2023 14:00

Dor

(14H00) Avaliação da dor, utilizando a escala numérica antes da colocação do cateter epidural: 8

(15H00) Avaliação da dor, utilizando a escala numérica depois da colocação do cateter epidural: 2

Sistema cardiovascular

24-06-2023 14:00

Localização do Pulso

Braço Esquerda(o)

Frequência do pulso: 89 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 131 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 74 mm Hg.

24-06-2023 19:00 Localização do Pulso Braço Esquerda(o) Frequência do pulso: 113 pulsações por minuto. Local de avaliação da pressão sanguínea Membro inferior

Esquerda(o) Pressão sanguínea sistólica: 134 mm Hg. Pressão sanguínea diastólica: 94 mm Hg.

24-06-2023 19:15 Localização do Pulso Braço Esquerda(o) Frequência do pulso: 110 pulsações por minuto. Local de avaliação da pressão sanguínea Membro inferior

Esquerda(o) Pressão sanguínea sistólica: 126 mm Hg. Pressão sanguínea diastólica: 89 mm Hg

24-06-2023 19:30 Localização do Pulso Braço Esquerda(o) Frequência do pulso: 114 pulsações por minuto. Local de avaliação da pressão sanguínea Membro inferior

Esquerda(o) Pressão sanguínea sistólica: 132 mm Hg. Pressão sanguínea diastólica: 94 mm Hg

Eliminação urinária

24-06-2023 14:00

Sem globo vesical.

A puérpera apresentou micção no wc da box de parto, no momento da sua chegada (14H30)

A puérpera apresentou micção no wc na aparadeira (16H30)

A puérpera apresentou micção no wc na aparadeira (18H30)

Parto

24-06-2023 14:00

Posição do colo do útero: intermédia.

Consistência do colo do útero: intermédia.

Extinção do colo do útero: 50%.

Dilatação do colo do útero: 4 cm.

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

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

Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

Posição fetal: direita.

Apresentação fetal: cefálica.

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).

Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado.

Pelas 17H00, a puérpera referiu "sensação de molhado" na zona perineal. Foi avaliada e verificou-se rotura de membranas, extinção do colo completa e dilatação cervical de 7cm.

Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas). 1º Plano de Hodge

Pelas 19H00, a puérpera referiu um vontade de evacuar e um aumento de dor. Foi realizado o toque vaginal consentido e verificou-se que a puérpera já apresentava dilatação cervical de 10cm. Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas). 2º Plano de Hodge

Trabalho de parto

Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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.

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

A puérpera referiu que "quer(o) fazer exercícios na bola"... "treinei algumas posições com a enfermeira do centro de saúde".

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

A puérpera referiu que "lá nas sessões no centro de saúde, usamos algumas coisas para relaxar e o que eu mais gostei foi a massagem e o calor ... em casa, quando me sentia mais desconfortável, tomava um banho e ajudava".

Nascimento

Hora do nascimento: 19:31:00.

Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.

Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

Nascimento

24-06-2023 14:00

Hora do nascimento: 19:31:00.

Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.

Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

8.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico "Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras de TP":

- Melhorar a capacidade da parturiente na utilização da bola de parto e da lentilha;
- Melhorar a capacidade da parturiente para realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia de acordo com a fase do trabalho de parto;
- Melhorar a capacidade da parturiente para escolher as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede;
- Melhorar a capacidade da parturiente para realizar esforços expulsivos;

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para aliviar a dor de TP utilizando estratégias não- farmacológicas”:

- Melhorar a capacidade da parturiente no uso de dispositivos, como bola de parto e lentilha;
- Melhorar a capacidade da parturiente em adotar posições e movimentos que a ajudem a lidar com a dor;
- Melhorar a capacidade da parturiente para pedir ao companheiro uma massagem;

8.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a parturiente seja capaz de utilizar disposições como a bola de parto e a lentilha como estratégias facilitadoras do TP e como estratégias para lidar com a dor;
- Que a parturiente seja capaz de adotar posições e movimentos verticais que facilitem o TP e que a ajudem a lidar com a dor;
- Que a parturiente seja capaz de escutar o seu corpo e seguir a sua vontade;
- Que a parturiente seja capaz de utilizar estratégias como a hidroterapia e a massagem para lidar com a dor.

8.7. Diagnósticos

Dor

24-06-2023 14:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

24-06-2023 14:00 - Avaliar evolução da dor

24-06-2023 14:00 - Gerir analgesia

24-06-2023 14:00 - Assistir durante a colocação do cateter epidural (15H40).

Sistema cardiovascular

24-06-2023 14:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Eliminação urinária

24-06-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Parto

24-06-2023 14:00

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

- 24-06-2023 14:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto
- 24-06-2023 14:00 - Assistir no posicionar
- 24-06-2023 14:00 - Gerir ingestão de líquidos
- 24-06-2023 14:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto
- 24-06-2023 14:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto
- 24-06-2023 14:00 - Implementar medidas de proteção do períneo
- 24-06-2023 14:00 - Assistir no parto
- 24-06-2023 14:00 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto
- 24-06-2023 14:00 - Aplicar calor na região lombo-sagrada
- 24-06-2023 14:00 - Assistir no uso de hidroterapia
- 24-06-2023 14:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento
- 24-06-2023 14:00 - Gerir analgesia

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

Intervenções de Enfermagem

- 24-06-2023 14:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
- 24-06-2023 14:00 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto
- 24-06-2023 14:00 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto
- 24-06-2023 14:00 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Intervenções de Enfermagem

- 24-06-2023 14:00 - Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
- 24-06-2023 14:00 - Instruir estratégias de relaxamento
- 24-06-2023 14:00 - Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

Nascimento

8.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Relativamente à intervenção: Gerir Ambiente físico

Um ambiente acolhedor e tranquilo pode contribuir para reduzir o stress, promover o relaxamento e facilitar o progresso do trabalho de parto. Isso pode ser alcançado através de vários elementos, como iluminação suave, música relaxante, aromaterapia, opções de posição flexíveis, privacidade e presença de apoio emocional de familiares ou profissionais de saúde. Um ambiente positivo pode ajudar a reduzir a necessidade de intervenções médicas, promover um

vínculo positivo entre a mãe e o bebé e contribuir para uma experiência de parto mais satisfatória e empoderadora (Hodnett, 2013).

8.8. Especificação das intervenções

Assistir no posicionar

- 15H00 - Ajudar a puérpera a sentar-se na bola de parto e fazer movimentos circulares, laterais e do infinito
- 15H30 - Assistir a puérpera a deitar-se na cama em decúbito dorsal e explicar a razão
- 18H45 - Assistir a puérpera a deitar-se na cama em decúbito dorsal
- 19H15 - Assistir a puérpera a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo

Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

- 15H00 - Demonstrar o uso da bola de parto
- 15H00 - Realizar e demonstrar a técnica de massagem na região lombo-sagrada

Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

- A puérpera referiu que "quer(o) fazer exercícios na bola"... "treinei algumas posições com a enfermeira do centro de saúde".
- 15H00 - Encorajar o movimento da bacia em posições verticais
- 15H00 - Sugerir e respeitar que a puérpera faça o que o seu corpo lhe pede
- 15H00 - Disponibilizar dispositivos facilitares de trabalho de parto (bola de pilates)
- 16H30 - Disponibilizar dispositivos facilitares de trabalho de parto (lentilha)
- 16H30- Com a cabeceira um pouco elevada, colocar uma lentilha no fundo das costas e os joelhos afastados
- 16H30 - Sugerir e respeitar que a puérpera faça o que o seu corpo lhe pede
- 19H00 - Sugerir à puérpera que, na posição de lado, coloque a perna direita elevada e a realizar adução do fémur, para facilitar a abertura dos isquions

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- 15H00 - Permitir que a puérpera se sente na bola de pilates, com os joelhos afastados, para que a abdução facilite a descida da apresentação e sua entrada na bacia
- 15H00 - Questionar se está confortável na posição sugerida
- 16H30 - Orientar a puérpera para que, com a cabeceira um pouco elevada e a lentilha no fundo das costas, realize movimentos com a bacia em cima da bola e afastar os joelhos
- 19H00 - Assistir na elevação da perna direita de forma a juntar os joelhos, afastando assim os isquions, facilitando a descida da apresentação

Assistir no parto

- Dado (19H00): A puérpera refere "tenho vontade de fazer força" e encontra-se com dilatação completa do colo
- Dado (19H20): A puérpera diz: "Não consigo mais, estou cansada e dói muito. Não

aguento mais e ele não vem”

- 19H00- Encorajar a puérpera nos esforços expulsivos
- 19H00 - Estabelecer comunicação clara, calma e empática
- 19H00 - Preparar o material de parto na mesa de apoio
- 19H15 - Incentivar a Telma nos esforços expulsivos
- 19H15 - Questionar se pretende mudar de posição ou se está confortável
- 19H15 - Assistir na mudança de posição para semi-sentada a seu pedido
- 19H25 - Explicar á puérpera que a pressão e ardor que ela sente é a cabeça do bebé no canal vaginal e que ele vai nascer
- 19H27- Questionar se quer sentir a cabeça do bebé
- 19H30 - Verificar presença de circular do cordão
- 19H31 - Incentivar a puérpera a vir buscar o bebé
- 19H31 - Secar e estimular o bebé no colo da mãe
- 19H40 - Vigiar perda sanguínea

Instruir estratégias de relaxamento

- 15H00 - Orientar a puérpera a encontrar um padrão de respiração com efeito relaxante
- 15H00 - Demonstrar à puérpera a realização de uma respiração lenta, profunda e controlada, confortável e sem esforço
- 15H00 - Demonstrar a técnica de co-respiração com o companheiro
- 15H00 - Dado: a puérpera e o companheiro adotaram a técnica de respiração demonstrada

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 15H00 - Sugerir e demonstrar à puérpera que se sente com os pés próximos e joelhos afastados, facilitando assim a passagem da apresentação fetal na parte superior da bacia
- 15H00 - Dado: 15H00- A puérpera sentou-se na bola de pilates, com os joelhos afastados, para que a abdução facilite a descida da apresentação e sua entrada na bacia
- 15H00 - Questionar se está confortável na posição sugerida
- 16H30 - Com a cabeceira um pouco elevada, sugerir colocar uma lentilha no fundo das costas e posicionar os membros inferiores com os pés aproximamos e os joelhos afastados
- 16H30 - Orientar a Maria para que, com a cabeceira um pouco elevada e a lentilha no fundo das costas, realize movimentos circulares
- 19H00 - Explicar a importância do aumento do diâmetro inferior da bacia e explicar como posicionar a perna de forma a juntar os joelhos
- 19H00 - Assistir na elevação da perna direita de forma a juntar os joelhos, afastando assim os isquions , facilitando a descida da apresentação

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 15H00 - Demonstrar o uso da bola de parto, fazendo movimentos coma bacia para a frente e para trás, para a esquerda e direita e também desenhar com a bacia o símbolo do infinito
- 15H00 - Dado: A puérpera sentou-se na bola de parto com os joelhos afastados realize movimentos laterais, circulares e de infinito com a bacia
- 16H30 - Demonstrar os movimento que pode utilizar na cama, para facilitar o trabalho de

parto, utilizando a lentilha

- 16H30 - Dado: 16H30 - A puérpera deitou-se na cama usando a lentilha de modo a facilitar o trabalho de parto

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- 15H00 - Demonstrar exercícios sentada na bola de parto, com pés aproximados e joelhos afastados, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas ou a segurar-se na cama ou ainda encostada ao companheiro e, com a pelve, desenhar movimentos circulares, movimentos para esquerda e para a direita, para a frente e para trás e movimentos a desenhar o símbolo do infinito
- 15H00 - Dado: A puérpera realizou exercícios promotores da mobilidade da bacia sentada na bola
- 16H30- Explicar a alternância de posições que pode usar mesmo na cama, enquanto não é possível levantar-se. Sentada na cama utilizando a lentilha no fundo das costas.
- 16H30 - Dado: A puérpera puérpera alternou posições na cama. Sentada com a lentilha no fundo das costas

Assistir no uso de hidroterapia

- Dado: A puérpera referiu que, em casa, quando se sentia mais desconfortável tomava um banho e que depois se sentia melhor.
- 14H30 - Acompanhar a puérpera ao WC para tomar um banho.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 15H00 - Promover ambiente calmo
- 15H00 - Reduzir a intensidade da luz
- 15H00 - Providenciar privacidade
- 16H30 - Incentivar a colocação de música ambiente se assim o desejarem
- 16H30 - Questionar como se sentem e se precisam de alguma alteração no ambiente da sala
- 18H00 - Providenciar privacidade
- 18H00 - Promover um ambiente calmo e seguro
- 19H00 - Comunicar de forma calma, com empatia e compaixão
- 19H00 - 16H30 - Questionar como se sentem e se precisam de alguma alteração no ambiente da sala

Gerir analgesia

- Dado: A puérpera manifestou aumento de dor e incapacidade para a tolerar (15H30), solicitando equipa de anestesia para colocação de cateter epidural
- 15H30 - Referenciar ao médico anestesista a necessidade de colocação do cateter epidural e respetiva administração de medicação

Gerir ingestão de líquidos

- 14H30- Oferecer água, chá ou gelatina
- 16H30-Oferecer água, chá ou gelatina
- 18H30-Oferecer água, chá ou gelatina
- 19H00- Oferecer água.

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 15H00 - Questionar o companheiro se tem alguma questão
- 15H00 - Sugerir ao companheiro que acompanhe a puérpera nos movimentos na bola de parto ou de pé
- 15H00 - Incentivar o companheiro a utilizar a massagem como estratégia não farmacológica do alívio da dor
- 17H00 - Questionar como se sente e se tem alguma questão
- 17H00 - Enquanto está deitada, sugerir ao companheiro que se sente junto da companheira
- 18H00 - Encorajar o companheiro a acompanhar a puérpera na deambulação e ser o seu “suporte” nos momentos em que ela quiser parar e fazer movimentos com a bacia
- 18H30 - Incentivar o companheiro a utilizar a massagem como estratégia não farmacológica do alívio da dor
- 18H30 - Elogiar o companheiro pelo envolvimento demonstrado
- 19H15 - Sugerir ao companheiro que assista na elevação da perna durante os esforços expulsivos
- 19H15 - Sugerir ao companheiro que respire com ela no intervalo das contrações
- 19H34 - Parabenizar o companheiro pelo nascimento do filho e pelo apoio à companheira

Implementar medidas de proteção do períneo

- 19H30 - Incentivar a puérpera a respirar no momento em que tiver vontade de puxar
- 19H32 - Aplicar a palma da mão direita no períneo junto à fúrcula e com a mão esquerda a controlar a saída da apresentação

9. CASO CLÍNICO: INTERNAMENTO DE GRÁVIDAS

3740_2_MESMO_8

9.1. Enquadramento teórico

Caso Clínico

A N. foi internada no Internamento de Medicina Materno- Fetal após elevação do valor da tensão arterial e proteinúria, numa consulta programada na instituição.

A N. está grávida de 35 semanas e 4 dias, do seu segundo filho, o H. . Refere que optou por não frequentar o Programa de Preparação para o Parto e Parentalidade porque "eu ainda tenho tudo bem presente do meu outro filho, o J., até porque ele só tem 2 anos" e acrescenta que "eu já tenho tudo preparado para este bebé".

No acolhimento na unidade, a grávida apresentava-se tranquila em relação ao motivo de internamento "se é o melhor para mim e para o meu bebé fico até ser preciso", apenas mencionou "estar preocupada com o outro filho, mesmo sabendo que vai estar bem cuidado pelo pai e avós".

Pré-eclâmpsia

As doenças hipertensivas da gravidez podem ser classificadas em quatro tipos: hipertensão crónica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia (ACOG, 2020). A hipertensão crónica é definida por valores de tensão arterial superiores a 140/90 mmHg em duas avaliações (com pelo menos 4 horas de intervalo) com diagnóstico prévio à gravidez, até às 20 semanas de gestação ou que persista no período pós-parto (ACOG, 2013). A hipertensão gestacional é definida como uma hipertensão persistente, com início após as 20 semanas de gestação, sem proteinúria, com resolução após o parto. Cerca de 30% destas mulheres acabam por desenvolver pré-eclâmpsia (sobrepota) (Barton et al., 2001).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a pré-eclâmpsia é a segunda maior causa de morte materna, ficando apenas atrás de morte materna por hemorragia (Say et al., 2014). Estima-se que afete cerca de 2% a 8% das gestações em todo o mundo (Say et al., 2014). Pré-eclâmpsia é uma doença hipertensiva específica da gravidez, caracterizada por uma

hipertensão persistente, com início após as 20 semanas de gestação, comumente associada à proteinúria.

Pode ser classificada quanto à presença de critérios de gravidade, como trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, entre outros (ACOG, 2013). Geralmente, tem reversão espontânea nas 48h após o parto. Cerca de 4% a 12% das mulheres com pré-eclâmpsia com critérios de gravidade desenvolvem síndrome de HELLP, caracterizado por hemólise, elevação das enzimas hepáticas e trombocitopenia (Sibai, 2004).

A eclâmpsia é um quadro convulsivo, sem causa neurológica, em mulheres com pré-eclâmpsia (Sibai, 2004).

Dada a morbidade e mortalidade associada às doenças hipertensivas da gravidez, quando o risco da prematuridade é menor que o risco resultante de manter a gestação, a indução do parto ou cesariana deve ser realizada para salvaguardar a saúde materna (Casanova et al., 2019).

Fisiopatologia da pré-eclâmpsia

No que diz respeito à fisiopatologia da pré-eclâmpsia, uma disfunção vascular placentária e materna parece ser a causa mais provável. Assim, uma falha na remodelação das artérias espiraladas durante a placentação e uma redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário, com consequente hipoxia no tecido trofoblástico, pode estar na origem dos quadros de pré-eclâmpsia (Jung et al., 2022).

O vasoespasmo materno decorrente destas alterações manifesta-se ao nível de diversos sistemas orgânicos, com um aumento das perdas para o 3º espaço a causar edema pulmonar e aumento da tensão arterial. Observa-se também um maior risco de coagulopatia, com possível evolução para coagulação intravascular disseminada. Além da proteinúria, a nível renal observa-se uma diminuição da taxa de filtração glomerular, com consequente aumento do ácido úrico e creatinina (Casanova et al., 2019). A pré-eclâmpsia está ainda associada a um risco acrescido de descolamento de placenta e eventos vasculares maternos (Cibulka, 2017).

Quanto aos efeitos no feto, a hipoperfusão placentária encontra-se associada a restrição do crescimento fetal e oligoâmnios. A prematuridade é uma consequência da pré-eclâmpsia, sendo que a sua causa é geralmente iatrogénica, por necessidade de induzir o parto por agravamento da situação clínica materna (ou por restrição do crescimento fetal grave) (ACOG, 2020).

Existem alguns fatores de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Considera-se que a nuliparidade, a idade materna avançada, o diagnóstico de pré-eclâmpsia em gravidez prévia, a gravidez múltipla, a diabetes pré-gravídica e a obesidade estejam associados a um maior risco de desenvolver a doença. Também hábitos como o tabagismo contribuem para o aparecimento

de pré-eclâmpsia (Casanova et al., 2019).

Gestão clínica da pré-eclâmpsia

A abordagem clínica em casos de pré-eclâmpsia varia com a presença de critérios de gravidade e da maturidade fetal.

Em casos de pré-eclâmpsia grave, com envolvimento de vários sistemas orgânicos e dificuldade em estabilizar a tensão arterial materna, é necessária a indução do parto, ou cesariana, mediante o estado clínico da grávida. Pode ainda ser necessário internar a grávida para vigilância mais apertada do seu estado clínico e do bem-estar fetal.

Em casos de diagnóstico precoce (antes das 34 semanas) devem ser administrados corticosteroides para maturação pulmonar fetal (Barton & Sibai, 2020).

Em casos de pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade, e quando é possível estabilizar a grávida, pode tomar-se uma atitude expectante, procurando adiar a indução e promover a maturação e crescimento fetal até uma idade gestacional mais avançada (Barton and Sibai, 2020).

Assim, é de extrema importância a vigilância da gravidez de alto risco, como é o caso da grávida com pré-eclâmpsia, de modo a promover os melhores ganhos em saúde para a mulher e para o feto. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas, assume a responsabilidade de cuidar da mulher a vivenciar processos de saúde/doença no período pré-natal, implementando intervenções autónomas de vigilância e acompanhamento (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

9.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 36 anos | Feminino

9.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-03-10 18:59:00	Nifedipina 250mg oral	
2024-03-10 18:59:00	Acido Acetilsalicílico 100mg oral	

9.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Nifedipina

A nifedipina é um bloqueador do canal de cálcio que dilata as artérias coronárias e periféricas, promovendo a vasodilatação e a redução da resistência vascular periférica e, conseqüentemente, uma diminuição da pressão arterial. No contexto obstétrico, a nifedipina é usada para tratar a hipertensão arterial na gravidez, incluindo a pré-eclâmpsia e eclâmpsia (James, 2017).

Os efeitos secundários comuns da nifedipina incluem tonturas, dores de cabeça, rubor facial, edema, palpitações, náuseas e constipação (Barkin , 2020).

Monitorização

Torna-se importante vigiar a presença dos possíveis efeitos secundários após administração do fármaco.

Acido Acetilsalicílico

O ácido acetilsalicílico, frequentemente conhecido como aspirina, é um medicamento anti-inflamatório não esteroide (AINE) amplamente utilizado para o alívio da dor, febre e inflamação, além de ser prescrito para a prevenção de eventos cardiovasculares em alguns pacientes de alto risco (ACT , 2009).

Na pré-eclâmpsia, acredita-se que o ácido acetilsalicílico possa ajudar a melhorar a função vascular e reduzir a inflamação, contribuindo assim para reduzir a pressão arterial. A utilização de ácido acetilsalicílico durante a gravidez pode aumentar o risco de aborto espontâneo, malformações congénitas e, na fase final da gravidez, prolongar o tempo de hemorragia e atrasar o trabalho de parto (Infarmed, 2020).

Os efeitos secundários possíveis são náuseas, vômitos, diarreia, azia ou dor de estômago (Infarmed, 2020).

Monitorização

Após administração do fármaco, torna-se importante vigiar a presença dos efeitos secundários mencionados. No momento do parto, emerge a necessidade de avaliar a perda hemática e uma observação minuciosa ao recém nascido.

9.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

10-03-2024 18:59

Cardiotocografia fetal

Intervenções de Enfermagem

10-03-2024 18:59 - Vigiar cardiotocografia fetal

10-03-2024 18:59 - Comunicar à equipa médica se alterações na cardiotocografia fetal

9.5. Domínios

Início

10-03-2024 18:59

10-03-2024 18:59

10-03-2024 18:59

Domínios

Sistema cardiovascular

Gestação

Atitudes terapêuticas

Fim

9.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Neste ensino clínico, o domínio que emergiu pela primeira vez foi o da Gestação.

Gestação

A gestação é definida como a condição de desenvolver e nutrir um feto no corpo, com duração de aproximadamente 266 dias, desde a fecundação ao nascimento (CIPE , 2018). Durante a gestação, ocorre uma série de eventos fisiológicos complexos que visam garantir o crescimento e desenvolvimento saudáveis do feto. Esses eventos incluem a formação dos principais sistemas orgânicos, como o sistema nervoso, cardiovascular e respiratório, bem como o desenvolvimento de estruturas como placenta e cordão umbilical. A gestação é um processo dinâmico que envolve interações complexas entre o feto, a mãe e o ambiente uterino (Moore et al., 2018).

Durante a gravidez, o desenvolvimento embrionário e fetal é um processo complexo e cuidadosamente regulado. O embrião passa por uma série de processos de desenvolvimento

antes de se tornar um feto completamente formado (Gilbert, 2016). A assistência pré-natal adequada é essencial para identificar precocemente complicações potenciais da gravidez, garantindo o bem-estar materno e fetal (ACOG, 2015).

A gravidez é composta por três trimestres. No primeiro, ocorrem as principais modificações embrionárias e fetais, com destaque para a formação dos principais órgãos e sistemas do corpo humano (Moore et al., 2018). No segundo, o feto continua a desenvolver-se rapidamente, enquanto a mãe muitas vezes experimenta uma diminuição dos sintomas de náusea e fadiga, e pode começar a sentir os movimentos fetais (Cunningham et al., 2018). No terceiro trimestre, o foco muda para o crescimento e amadurecimento dos órgãos fetais, bem como para a preparação do corpo materno para o trabalho de parto e o parto em si (Gabbe et al., 2016).

A vigilância regular durante a gravidez é essencial para identificar precocemente complicações potenciais e garantir a saúde materna e fetal (ACOG, 2018).

9.6. Dados

Sistema cardiovascular

10-03-2024 18:59

Localização do Pulso

Braço Esquerda(o)

Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 141 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 98 mm Hg.

Hipertensão

Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

Hipertensão

Conhecimento sobre hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre complicações da hipertensão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

Gestação

10-03-2024 18:59

Data da última menstruação: 06-07-2023.

Gravidez

Idade gestacional: 35.40 Semanas.

Data provável de parto: 11-04-2024.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro inferior Esquerda(o)

Pressão sanguínea sistólica: 141 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 83 mm Hg.

Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

Exame químico de urina - glicosúria: negativo.

Exame químico de urina - proteinúria: +.

Exame químico de urina - leucocitúria: negativo.

Exame químico de urina - hematúria: vestígios.

Exame químico de urina - cetonúria: negativo.

Efeitos colaterais da gravidez: perturbação do sono.

Conhecimento sobre complicações durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

A grávida refere que "sim, já ouvi falar disso, uma prima minha teve na gravidez dela também (...) tinha de ter muita atenção aos valores da tensão". Quando questionada sobre os sinais de alerta, a grávida apenas menciona o aumento dos valores tensionais.

9.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

- Dotar a grávida de conhecimento sobre sinais de alerta

9.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a grávida seja capaz de identificar sinais de alerta
- Que a grávida solicite um profissional aquando presença de sinal de alerta

9.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

10-03-2024 18:59

Hipertensão

Intervenções de Enfermagem

10-03-2024 18:59 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

10-03-2024 18:59 - Referenciar hipertensão ao médico

Hipertensão

Intervenções de Enfermagem

10-03-2024 18:59 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Gestação

10-03-2024 18:59

Gravidez

Intervenções de Enfermagem

10-03-2024 18:59 - Avaliar evolução da gravidez

10-03-2024 18:59 - Referenciar compromisso da gravidez ao médico

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

Intervenções de Enfermagem

10-03-2024 18:59 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez

10-03-2024 18:59 - Ensinar sobre autogestão dos sintomas

10-03-2024 18:59 - Ensinar sobre sinais de alerta

9.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Relativamente à intervenção **Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez**

De forma a capacitar a grávida sobre a gestão da complicação, torna-se importante dotá-la de conhecimentos sobre os sintomas que podem traduzir uma agudização do seu estado.

Assim, é importante que a grávida reconheça os seguintes sintomas: hipertensão arterial; edema, especialmente nas mãos e no rosto; cefaleias persistentes e intensas; alterações na visão, como visão turva ou sensibilidade à luz; sintomas gastrointestinais, como epigastria, náuseas ou vômitos; dificuldade respiratória; e aumento repentino de peso, decorrente da retenção de líquidos e diminuição da produção de urina (Dekker, 2011; Magee, 2008).

Por outro lado, a pré-eclampsia aumenta o risco de restrição de crescimento fetal, associada à diminuição do fluxo sanguíneo uteroplacentário, o risco de a indução de trabalho de parto não ser bem sucedida e o risco de convulsões (Henderson et al., 2014; Kuklina , 2009).

Relativamente à intervenção **Ensinar sobre autogestão dos sintomas**

A ansiedade e o stress podem aumentar a pressão arterial, pois existe uma ativação do sistema nervoso simpático e libertação de adrenalina, com efeito na frequência cardíaca e pressão arterial materna (Kario, 2010; Licht, 2010).

9.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre autogestão dos sintomas

- Ensinar sobre fatores que concorrem para aumento da pressão sanguínea (stress e ansiedade). Realizando atividade com grávida que promova a consciencialização sobre situações em que se sente mais stressada e ansiosa. Promover reflexão sobre estratégias que utiliza ou pode utilizar nesses situações.
- Ensinar sobre sinais de alarme para procura de avaliação clínica (visão, cefaleias, edema e epigastralgia)

10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No decorrer do percurso realizado enquanto estudante do MESMO, considero que adquiri e desenvolvi as competências comuns e específicas preconizadas pela OE (2019) para o exercício profissional do EESMO, na assistência à mulher que vivencia processos de saúde/doença nas diferentes fases do ciclo reprodutivo, nomeadamente na prestação de cuidados durante a gravidez saudável e de risco, na preparação e acompanhamento do casal na vivência da gravidez e parentalidade, no acompanhamento do casal na preparação para o parto, na prestação de cuidados durante o TP e na assistência às puérpera/casal e recém-nascido nos primeiros dias, durante o internamento, prezando sempre por a manter uma tomada de decisão baseada em evidência científica atual, estabelecendo e desenvolvendo a comunicação e agindo de forma ética e deontológica.

Adquiri também competências no âmbito de investigação, visto ser esta uma vertente fundamental no EESMO, que deve de basear a sua prática na evidência científica mais atual.

A Lei n.º 26/2017 , de 30 de maio, que transpõe para direito interno a Diretiva 2013/55/EU, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e à diminuição dos constrangimentos à livre circulação de pessoas no espaço europeu, aponta para um conjunto de experiências clínicas mínimas para a obtenção do título profissional de EESMO, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. Assim, o estudante da área de saúde materna e obstétrica, deverá ter realizado, ao longo do seu percurso, pelo menos 100 exames pré-natais, incluindo a assistência a 40 grávidas em situação de risco; a assistência e cuidados a, pelo menos, 40 parturientes; a assistência a pelo menos 40 partos eutócicos; a participação ativa em, pelo menos, um parto de apresentação pélvica ou, quando impossível, uma simulação; práticas de episiotomia e episiorrafia e a assistência a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos.

Ao longo do estágio foi possível cumprir estes requisitos: foram acompanhadas 108 puérperas e seus recém-nascidos; existiu contato com 150 grávidas, em que 43 eram de risco e as restantes 107, sem patologia ou condição associada. Foram ainda assistidos 41 partos eutócicos, onde 17 tiveram necessidade de sutura no períneo, por episiotomia ou laceração. A prática da episiotomia correspondeu às recomendações da comunidade científica, tendo sido realizada de forma seletiva e apenas quando era necessário acelerar o parto por estado fetal não tranquilizador (ACOG, 2018). Apesar de a evidência científica recomendar a sutura contínua simples na mucosa vaginal para redução da dor perineal e dispareunia (Siahkal , 2023), a sutura mais utilizada foi a sutura contínua cruzada.

O processo de aprendizagem baseia-se numa prática tutelada por um EESMO, atribuído em cada

ensino clínico e em conformidade com a instituição e os protocolos vigentes, neste caso pela instituição.

Relativamente ao ensino clínico de gravidez com complicações, seria importante a presença de atividades em grupo, dirigidas para as temáticas de preparação para o parto e parentalidade.

Isto porque, por vezes, as grávidas estão internadas durante um longo período, o que as impossibilita de frequentarem os Programas de Preparação das instituições. Estas atividades seriam benéficas por proporcionar um ambiente de apoio social, onde as mulheres grávidas podem partilhar experiências, preocupações e conselhos. Isso pode reduzir o stress, promover o bem-estar emocional durante a gravidez (Ickovics, 2007), aumentar a adesão aos cuidados pré-natais regulares e promover o envolvimento da grávida na gravidez e preparação para a parentalidade (Klima et al., 2009; Picklesimer et al., 2012).

Relativamente às competências desenvolvidas no âmbito da assistência à mulher e família durante o trabalho de parto e parto, estas foram as mais desafiantes, mas também as mais gratificantes. A assistência a 41 partos eutócicos permitiu constatar que o envolvimento da mulher e seu acompanhante na tomada de decisões e a valorização das suas escolhas é essencial para o desenrolar harmonioso do trabalho de parto. Quando as mulheres são envolvidas ativamente na tomada de decisões durante o parto, observa-se maior autonomia e empoderamento, que se reflete numa maior satisfação com a experiência de parto (Sandall et al., 2016; WHO, 2018). O envolvimento ativo do parceiro no trabalho de parto, realizando massagens, apoio físico e encorajamento, pode reduzir a necessidade de intervenções médicas e promover um parto mais tranquilo e natural (Hodnett et al, 2013; Premberg et al., 2020).

Neste ensino clínico, verificou-se que nem todos os profissionais de saúde respeitam o tempo natural da evolução do trabalho de parto, acabando por intervir, com o intuito de acelerar o processo, quando o bem-estar da materno-fetal não se encontra comprometido. Não respeitar o tempo fisiológico do trabalho de parto pode resultar em uma experiência de parto mais stressante e traumática para a mulher (Hodnett et al., 2013; Stoll et al., 2017). As intervenções implementadas podem resultar no aumento do risco de complicações maternas, como lacerações perineais, hemorragia pós-parto e infeções (Laine et al., 2009; Roberts et al., 2019), e complicações para o recém nascido, como dificuldades na adaptação à vida extrauterina, problemas respiratórios e dificuldades de amamentação (Bahl, 2004).

Apesar dos inúmeros benefícios do contato pele a pele, já abordados anteriormente, verificou-se que raras são as situações em que, respeitam o tempo, desta intervenção/ interação mãe - bebé. Em todo o ensino clínico, nenhum bebé esteve em contato imediato com a mãe pelo menos uma hora (ACOG, 2018; OMS, 2018), mesmo não existindo nenhum motivo para tal.

No Núcleo de Partos, os EESMO vão sendo distribuídos pelas diferentes valências da unidade, podendo exercer funções no serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia e ter necessidade

de direcionar os seus cuidados para a saúde reprodutiva da mulher, nomeadamente na temática de infeções sexualmente transmissíveis (Angotti et al., 2019; Bailey et al., 2018). Desta forma, surgiu a oportunidade de realizar uma formação sobre a temática e profilaxias preventivas do VIH, como a Profilaxia Pós-Exposição (PPE), que é uma medida de emergência para prevenir a infeção por VIH, após uma possível exposição ao vírus (DGS, 2023) e a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), profilaxia preventiva da infeção em população com comportamentos de risco (DGS, 2023).

No contexto de ensino clínico, no serviço de puerpério destacou-se o papel do EESMO no apoio à mulher e ao casal, tanto ao nível do autocuidado, como também no exercício do papel parental. Assim, o EESMO fornece orientações práticas sobre o cuidado do recém-nascido, dotando o casal de conhecimento e capacidades sobre estes cuidados, a amamentação, os cuidados com a mãe e adaptação à nova dinâmica familiar, contribuindo para um melhor ajuste do casal ao papel parental (Shorey et al., 2018), e pode identificar possíveis dificuldades de adaptação à parentalidade ou necessidades específicas do casal, permitindo intervenções precoces e apoio adequado (Biaggi et al., 2016), de forma a contribuir para uma experiência positiva e adequada às expectativas do casal.

Nos casos das mulheres seropositivas, como já abordado anteriormente, a amamentação não está aconselhada. No serviço de puerpério, acompanhei uma mulher seropositiva que queria amamentar, mas foi desaconselhada a fazê-lo, sem saber o motivo ou sem terem questionado se essa seria a sua vontade. Esta situação despertou o meu interesse e, por esse motivo, foi a temática escolhida para a componente de investigação.

Nesta fase, a maior dificuldade sentida pelas mulheres, foi a amamentação. Tratando-se de um Hospital Amigo dos Bebés, uma vez que implementa as “Dez Passos para o Sucesso na Amamentação” propostos pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), promovendo práticas de cuidado materno e neonatal, baseadas em evidências, apoiando a amamentação como a norma cultural e biológica para a alimentação infantil e garantindo apoio contínuo e respeitoso às mães e suas famílias durante o período perinatal (OMS, 2020). No entanto, nem sempre se verificou a coerência entre a informação e o suporte prestado pela equipa do serviço (Bertakis, 2011). A disponibilidade do profissional de saúde, no acompanhamento do processo da amamentação, é uma prática baseada na evidência científica mais atual (Pérez-Escamilla et al., 2016 ; Victora et al., 2016), que proporciona uma maior segurança e empoderamento na mulher (Pagnucci et al., 2021; Rollins et al., 2016).

De forma a desenvolver competência na vertente da investigação, foi desenvolvido, neste relatório, uma revisão integrativa da literatura, sobre o tema da Amamentação em Mulheres com VIH indetetáveis.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O aleitamento materno contribui positivamente para o desenvolvimento das potencialidades humanas, especialmente durante os primeiros anos de vida. Para além das suas qualidades nutricionais, o aleitamento materno, potencia o sistema imunológico e a vinculação, a curto e longo prazo, para a mãe e o filho (Fernandes et al., 2018).

Recomenda-se que o aleitamento materno seja mantido até os dois anos ou mais, e complementado com outros alimentos apenas a partir dos seis meses de idade (AAP, 2012; OMS, 2009; OMS, 2017 ; Victora et al., 2016).

Segundo o Programa de Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), estima-se que, em 2022, havia aproximadamente 37,7 milhões de pessoas em todo o mundo com o vírus da imunodeficiência humana, sendo que 19,2 milhões eram mulheres.

Em 2016, foram apresentados os resultados do Estudo PARTNER , que consistia em acompanhar casais sero-discordantes (em que um parceiro tinha VIH e o outro não) ao longo de vários anos, nos quais o parceiro com VIH tinha carga viral indetetável devido ao tratamento antirretroviral. Os resultados do estudo mostraram que não houve transmissão sexual do VIH para o parceiro seronegativo quando a carga viral era indetetável. Em 2018, a OMS divulgou a campanha "Undetectable = Untransmittable" (U=U), com o intuito de diminuir de forma significativa o estigma em torno do VIH e promover de forma precoce o acesso ao tratamento.

Para além da transmissão sexual ser nula em casais sero-discordantes, com carga vírica indetetável, esta campanha também foi abrangente na forma de transmissão vertical (mãe-filho). Segundo a OMS (2021), verificou-se que o tratamento antirretroviral (TAR) durante a gravidez e o parto e a administração de terapia antirretroviral (TAR) para a criança são altamente eficazes na redução da transmissão vertical do VIH. Quando o TAR é iniciado precocemente durante a gravidez e a carga viral materna é suprimida a níveis indetetáveis, o risco de transmissão vertical do VIH é significativamente reduzido. Mulheres grávidas com VIH devem ser encorajadas a iniciar o TAR o mais rápido possível durante a gravidez e a continuar o tratamento após o parto (OMS, 2021).

Nos países de baixo rendimento, as mulheres em terapia antirretroviral são aconselhadas a amamentar os seus bebés até aos 12 ou 24 meses. Nestes países, o consumo de leite adaptado está frequentemente associado a infeções, como gastroenterites ou pneumonias, uma vez que o acesso a água potável é escasso. Por outro lado, tendo em conta os custos associados á compra de leite adaptado, muitas crianças encontravam-se subnutridas por ingestão insuficiente. Assim, o risco de morbidade e mortalidade infantil com leite artificial é superior ao risco de transmissão de VIH (Bansaccal et. al 2020).

Segundo um estudo realizado no Uganda, constatou-se que em 510 mulheres seropositivas, em tratamento antirretroviral e que optaram por amamentar desde o nascimento, 0.87% dos seus

bebés ficaram infetados com VIH aos 12 meses de amamentação (Kalembo et al., 2019).

Nos países de alto rendimento, a infeção por VIH continua a ser uma contra-indicação à amamentação, isto porque existe um maior acesso à alimentação por leite artificial (Shapiro et al., 2010).

As políticas de alimentação infantil para mulheres seropositivas devem avaliar os riscos de transmissão do VIH através da amamentação com os benefícios nutricionais e imunológicos do leite humano, considerando as circunstâncias individuais de cada mulher e a disponibilidade de recursos médicos e recursos na comunidade. É fundamental oferecer aconselhamento e apoio individualizado às mulheres seropositivas para que possam tomar decisões informadas sobre a alimentação dos seus bebés, tendo em consideração as opções disponíveis, como o tratamento antirretroviral, opções seguras de leite adaptado e práticas de amamentação exclusiva.

Num estudo verificou-se que as mulheres associam um sentimento de perda e de culpabilização ao optarem por não amamentar os seus bebés (Tariq et al., 2016), uma vez que sabem que seria o melhor alimento para o seu filho e estão desaconselhadas a fazê-lo. A culpa advém do facto, de terem contraído o vírus e por esse motivo, ficam condicionadas no sentido da amamentação.

Porque continua a amamentação a ser desaconselhada em mulheres seropositivas, independentemente da sua vontade?

Dessa forma, a presente revisão integrativa da literatura tem como objetivo analisar as práticas/diretrizes na amamentação em mulheres seropositivas com carga viral indetectável.

METODOLOGIA

O tipo de metodologia escolhida para abordar esta temática, foi realizar uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre uma temática de forma abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações amplas sobre um assunto/problema, constituindo, assim, um corpo de conhecimento. Permite a inclusão simultânea de literatura teórica e empírica, proporcionando uma compreensão mais completa do tema. Esta variedade de fontes proporciona como resultado um quadro abrangente de conceitos complexos, de teorias e/ou de problemáticas relevantes para a enfermagem (Ercole et al., 2014).

Para esta pesquisa as fontes de pesquisa a utilizar foram a MEDLINE, a CINAHL e literatura cinzenta, como normas/guidelines nacionais e internacionais, protocolos hospitalares, documentos governamentais oficiais e pareceres de associações/instituições sobre a amamentação em mulheres seropositivas.

Como critérios de inclusão foram definidos: data de publicação a partir de 2013 (para contextualizar e abranger as práticas antes e após o U=U) e 2018 (na literatura cinzenta, após

U=U e com práticas de saúde idênticas às praticadas em Portugal). Foram incluídos artigos escritos em língua portuguesa, língua espanhola, língua inglesa e língua francesa.

Numa primeira fase foi realizada a leitura dos títulos e resumos de todos os estudos que foram encontrados através da pesquisa, filtrando o número de artigos. Esta fase é, preferencialmente, realizada por pelo menos dois investigadores independentes para aumentar a viabilidade do estudo em questão e, por conseguinte, a confiabilidade.

Na segunda fase foi realizada uma análise, na íntegra, de todos os estudos que cumpriram todas as regras do processo de seleção. É realizada uma leitura de forma integral dos estudos e selecionados os que cumprem os critérios de inclusão e objetivos definidos previamente.

DIAGRAMA

Na identificação dos artigos, constatou-se a presença de 1685 artigos, 589 na Medline, 1081 na CINAHL e 15 na literatura cinzenta. Foram removidos 1607 artigos por leitura de título e/ou resumo e desses, foram selecionados 18 para leitura integral. Após essa análise, foram incluídos 9 artigos na revisão. Encontra-se disponível no anexo II o diagrama que explica o processo de seleção destes artigos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a leitura dos oito artigos selecionados, verificou-se que três deles foram elaborados em países de baixo rendimentos, na Tanzânia (Faustine et al., 2022), Zâmbia (Hazemba et al., 2016) e Nigéria (Aishat et al., 2015) e os restantes cinco em países de alto rendimento, na Europa (Keane et al., 2023), Alemanha (Weiss et al., 2022), Canada (Greene et al., 2015), Reino Unido (Nyatsanza et al., 2021) e América (Tuthill et al., 2019), no período compreendido entre 2015 e 2023. Foi elaborada uma tabela com a análise dos artigos anteriormente referidos e que se encontra em apêndice, no Anexo I, do presente relatório.

Nestes estudos, os participantes foram mulheres seropositivas grávidas ou a amamentar, recém-nascidos de mães seropositivas e profissionais de saúde. Os estudos tinham como objetivos: avaliar a escolha de mulheres seropositivas em relação à amamentação e as suas principais dificuldades; identificar as questões das mulheres seropositivas em relação ao processo de amamentação; explorar fatores que influenciam a opção da amamentação em mulheres seropositivas; compreender as práticas das mulheres seropositivas na escolha da forma como alimentar os seus bebés; avaliar a escolha de alimentação infantil em mulheres seropositivas e rever diretrizes e práticas de amamentação em mulheres que vivem com VIH. No que diz respeito à metodologia, os estudos analisados foram estudos transversais e qualitativos.

Verificou-se que muitas mulheres mencionaram sentimentos negativos, como a perda e a auto-culpabilização por não poderem amamentar os seus filhos (Greene, 2015), outras optaram por

não amamentar em prol das recomendações dos profissionais e não da sua vontade (Hazemba et al., 2016; Keane, 2023; Tuthillet al., 2019). Algumas das mulheres com carga vírica indetetável acrescentaram que se fossem seronegativas teriam optado por amamentar (Greene et al., 2015; Nyatsanza et al., 2021). Constatou-se que, nem toda a população, está devidamente informada quando decide se pretende ou não amamentar e que existe uma lacuna no acompanhamento profissional (Faustine et al., 2022; Keane, 2023).

Na perspetiva das orientações existentes, autores desaconselham a amamentação (Nyatsanza et al., 2021) e as restantes, oferecem a opção de amamentar, se determinados critérios estiverem presentes (Faustine et al., 2022; Tuthillet al., 2019). Constatou-se que o número de mulheres seropositivas com carga vírica indetetável com vontade em amamentar está a aumentar, pelo que existe uma crescente necessidade de criação de uma rede de apoio de amamentação em mulheres com VIH (Greene, 2015; Nyatsanza et al., 2021).

Existe apenas um artigo que aborda o risco de transmissão da infeção pela leite materno (Weisset al., 2022). Os resultados demonstram que 83.4% dos bebés não foi amamentado pelas suas mães e, dos 16,6% dos bebés que foram amamentados, 83,3% têm mães com carga vírica indetetável e 16,7% com carga detetável na gravidez ou pós-parto. Dos 30 recém-nascidos amamentados, 13 foram testados com teste de anticorpos VIH negativo com pelo menos 18 meses de idade. Nos outros 17 casos, todos foram testados, com pelo menos um resultado negativo PCR do VIH (Weisset al., 2022).

As mães seropositivas enfrentam múltiplos desafios na amamentação em exclusivo. Evidenciam necessidade de maior e mais abrangente aconselhamento sobre alimentação infantil, apontando para a necessidade de criação de programas de mudança comportamental em contextos VIH/SIDA nas comunidades (Aishat, et al. 2015; Greene, 2015; Hazemba et al., 2016; Keane et al., 2023)

Para algumas mulheres, a amamentação tem de estar presente na Maternidade, pelo que emerge a necessidade de apoio profissional e grupo de partilha entre pares. O estigma e preconceito também é apontado como fator dificultador nesta população (Aishat et al., 2015; Greene et al., 2015)

Através destes resultados verificamos que existem muitas mulheres seropositivas indetetáveis nos países de alto rendimento que gostariam de amamentar os seus filhos, mesmo tendo conhecimento que as diretrizes apelam ao contrário. Nos países de baixo rendimento, as mulheres são incentivadas a amamentar, pois o risco de morbilidade e mortalidade associado à subnutrição é superior ao risco de transmissão da infeção VIH (Victora et al., 2016).

Existem patologias no recém nascido em que a amamentação é a única opção para alimentar o bebé. A enterocolite necrosante (ECN) é uma doença inflamatória do intestino que afeta, principalmente, bebés prematuros. Caracteriza-se pela inflamação e necrose do intestino

delgado e grosso. Os sinais clínicos incluem distensão abdominal, sangramento retal, instabilidade térmica e instabilidade hemodinâmica. A gravidade pode variar de casos leves, com recuperação total, a casos graves, com complicações potencialmente fatais. O uso de leite materno nos recém-nascidos prematuros é o principal método de prevenção da enterocolite necrosante e a sua substituição por leite adaptado aumenta significativamente o seu risco (Neu & Walker, 2011). Cerca de 5 a 12% dos recém-nascidos prematuros alimentados com leite adaptado desenvolve ECN (Patel & Denning,, 2015). Nos países em que não exista banco de leite materno, uma instituição que recolhe, processa, armazena e distribui leite materno doado por mães saudáveis para bebês prematuros, de baixo peso ao nascer ou doentes, que não podem ser amamentados por suas próprias mães (Meneses , 2019), as mulheres têm de amamentar os seus bebês para prevenir essa ou outras complicações.

O risco de transmissão de VIH pelo leite humano é menor do que o risco de morbidade e mortalidade associados a esta complicação. Segundo um dos estudos analisados na revisão, em 30 bebês amamentados por mães VIH indetetável, nenhum ficou infetado (Weiss et al.,2022).

Em muitos países, foram implementadas políticas de saúde pública para fornecer leite adaptado gratuito ou subsidiado para mães com HIV (UNAIDS, 2018).

Para além da vertente de prevenção de complicações no recém-nascido, a amamentação é frequentemente associada a uma sensação de conexão profunda entre mãe e bebé, proporcionando um momento de intimidade e carinho, contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre os dois. Muitas mulheres descrevem a amamentação como uma experiência gratificante e empoderadora (Brown & Lee, 2016).

Mulheres que pretendiam amamentar, mas que foram desaconselhadas a fazê-lo por apresentar alguma condição clínica, experienciam uma mistura complexa de emoções, incluindo tristeza, frustração, culpa e até mesmo um sentimento de perda (Greene, 2015). Esses sentimentos podem ser agravados pela pressão social e expectativas culturais em torno da temática (Groleau et al., 2016). Nesta perspetiva, torna-se também importante ter em conta a saúde mental das mulheres que se enquadram nesta situação, assim como assegurar um acompanhamento profissional adequado (Greene et al., 2015).

A tomada de decisão informada é fundamental para garantir que os indivíduos compreendem as opções disponíveis, os benefícios e riscos associados a cada uma delas e possam tomar decisões baseadas nas suas preferências e valores pessoais (Légaré et al., 2018). Assim, e após a análise dos artigos selecionados, verifica-se que as diretrizes deveriam contemplar a vontade das mulheres com VIH indetetável, uma vez que os benefícios da amamentação superam em grande escala os riscos de transmissão através do leite humano, sendo esse risco inferior a 1% (OMS, 2018).

O desenvolvimento da competência de investigação assume um papel deveras importante na

prática profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, uma vez que deve de basear as suas práticas em evidência científica atual e fidedigna.

11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração deste relatório permitiu uma reflexão crítica sobre as experiências desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, decorrido entre 07 de fevereiro de 2023 a 07 de janeiro de 2024. Dadas as particularidades da população que é alvo dos cuidados do EESMO, compreende-se a necessidade desta formação alargada visando a aquisição e o desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados especializados de excelência. Ao longo do estágio, cumpriram-se os requisitos previstos no Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de março (OE, 2010) para a aquisição do título de EESMO, tanto ao nível do desenvolvimento de competências, como ao nível do número mínimo de experiências.

Com o intuito de alcançar os objetivos delineados inicialmente, neste relatório constam algumas das atividades de maior aprendizagem ou reflexão crítica, desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos.

Ao longo do estágio, o meu papel enquanto aluna do MESMO abrangeu diversas dimensões, nomeadamente a de profissional e a de ser humano. Acredito que estas duas não se podem desassociar, não só por o nosso público-alvo serem pessoas, mas também por termos o privilégio de estarmos presentes e sermos uma ferramenta útil e diferenciadora, numa das fases mais belas do ciclo reprodutor de uma Mulher.

Sem dúvida que, a minha facilidade em criar relações terapêuticas com os clientes, através da empatia, presença e envolvimento, foi uma mais-valia na prestação de cuidados e no desempenho que obtive. Procurei sempre basear as minhas decisões e o meu pensamento na evidência científica mais atual.

As EESMO orientadoras tiveram um papel fundamental neste meu percurso. Foram e serão uma inspiração para a minha definição enquanto especialista. O apoio constante, a disponibilidade e forma como me acolheram, foram sem dúvida fundamentais para a minha adaptação aos diferentes contextos de estágio.

A instituição onde realizei os ensinamentos clínicos proporcionou o contato com diferentes contextos, não só sociais, como também clínicos. Contudo, como é um hospital-escola, por vezes, as experiências têm de ser repartidas pelos alunos, não só da especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, como também de Medicina, no Internato da Especialidade de Obstetrícia, o que diminui muito a possibilidade de participar em muitas situações que acontecem, muitas delas únicas naquele momento de estágio. Para além disso, por vezes, nós (alunas MESMO) acompanhávamos o casal em todo o processo de progressão de trabalho de

parto e, no momento do nascimento, quem assistia o parto era uma médica do internato, ficando claro que o fazia por necessitar de um número exato para terminar o seu estágio e não por pensar na parturiente e seu acompanhante, que se sentiriam mais tranquilos por terem, nesse momento, as profissionais que os acompanharam até então.

A gestão entre a vida pessoal, profissional e acadêmica nem sempre foi fácil e acredito que se o tempo não fosse tão limitado, teria tido mais disponibilidade temporal e mental para ir elaborando o presente relatório, principalmente na elaboração dos planos de cuidados, que acredito que seria mais proveitoso terem sido realizados e discutidos durante o ensino clínico correspondente.

Acredito que não só o conhecimento sobre o mundo da Amamentação que foi adquirido no primeiro ano do mestrado, como os conhecimentos e capacidades que adquiri em pesquisa autônoma e formação externa e também enquanto mãe, foram uma mais-valia nas famílias com quem me cruzei. Consegui ajudar ou facilitar a vivência da pessoa/família naquele momento, sem nunca descuidar o reforço positivo e o empoderamento, que tanto prezo por implementar e respeitar e apenas lamento que nem sempre o tempo disponível tenha sido o adequado para intervir junto da pessoa ou família.

No final deste percurso, é possível fazer um balanço positivo de toda a experiência. Num olhar retrospectivo para este meu percurso, como aluna de mestrado, revejo um caminho de desafios, cuja conclusão se pauta por sentimentos de orgulho, alegria, gratidão e sensação de missão cumprida.

12. BIBLIOGRAFIA

- Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub4
- Academia Americana de Pediatria (AAP). (2018). Prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido: Diretriz Técnica. *Pediatrics*, 142(6), e20182993. DOI: 10.1542/peds.2018-2993
- Academia Americana de Pediatria (AAP). (2013). Prevention of Neonatal Ophthalmia. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds.), *Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases* (31st ed., pp. 761-762). Itasca, IL: American Academy of Pediatrics.
- Alfirevic, Z., Stampalija, T., & Gyte, G. M. L. (2017). Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. DOI: 10.1002/14651858.CD007529.pub4
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841. DOI: 10.1542/peds.2011-3552
- American Society of Anesthesiologists. (2021). Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology*, 134(4), 657-685.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Postpartum care basics. Retrieved from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/02/optimizing-postpartum-care>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), e140-e150. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002633
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). Committee Opinion No. 650: Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstetrics and Gynecology*, 126(6), e135-e142.
- American Academy of Pediatrics. (2001). Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 108(3), 776-789. DOI: 10.1542/peds.108.3.776
- American Academy of Pediatrics. (2001). Transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics*, 108(3), 776-789. DOI: 10.1542/peds.108.3.776
- American Academy of Pediatrics, & American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Guidelines for perinatal care* (9th ed.). American Academy of Pediatrics.
- Aishat, U., Fola, O., & Chinyere, O. (2015). Exclusive breastfeeding and HIV/AIDS: A cross-sectional survey of mothers attending prevention of mother-to-child transmission of HIV clinics in southwestern Nigeria. *BMC Infectious Diseases*, 15, 17.
- Assembleia da República. (2014). Lei nº 25/2014 - Procede à segunda alteração à Lei n.º 9/2009, de 4 de março, e transpõe parcialmente para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 2013/25/UE, do Conselho, de 13 de maio, que adapta determinadas diretivas no domínio do direito de estabelecimento e da livre prestação de serviços, devido à adesão da República da Croácia. *Diário da República*, 1.ª série, nº 84, de 2 de maio de 2014.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Barton, J. R., O'Brien, J. M., Bergauer, N. K., Jacques, D. L., & Sibai, B. M. (2001). Mild gestational hypertension remote from term: Progression and outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(5), 979-983.
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.014
- Bigelow, A., Power, M., MacLellan-Peters, J., Alex, M., & McDonald, C. (2018). The birth of a father: Father involvement during childbirth. *Journal of Perinatal Education*, 27(4), 208-217.
- Brown, A., & Lee, M. D. (2016). Maternal experiences of breastfeeding and their association with postnatal depression:

- A meta-analysis. *Maternal & Child Health Journal*, 20(3), 516-526. DOI: 10.1007/s10995-015-1851-9
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., & Kajeepeeta, S. (2020). Kangaroo mother care and neonatal outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*, 145(1), e20190384.
- Boschin, G., de Souza, E. O. S., & Favarin, D. C. (2016). Eliminação de resíduos metabólicos em recém-nascidos: Uma revisão sistemática. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(12), 4866-4873. DOI: 10.5205/reuol.9010-80585-1-RV.1012201614
- Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Breastfeeding: Maternal Benefits. Retrieved from <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/maternal-or-infant-illnesses/maternal-benefits.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). HIV transmission through breastfeeding: Overview. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission-ways/breastfeeding.html>
- Cluett, E. R., et al. (2018). Immersion in water for pain relief and the risk of intrapartum transfer among low risk nulliparous women: Secondary analysis of the Birthplace national prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 308.
- Cotch, M. F., Hillier, S. L., Gibbs, R. S., & Eschenbach, D. A. (2018). Recurrent vulvovaginal candidiasis: Vaginal epithelial cell anti-Candida albicans activity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(2), 184.e1-184.e9. DOI: 10.1016/j.ajog.2007.07.040
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Williams, D. E. (2020). *Williams obstetrics* (26th ed.). McGraw Hill.
- Cunningham, F. G., et al. (2020). *Williams Obstetrics*. 26th edition. McGraw-Hill Education
- Deering, S. H., Carlson, N., Stitely, M. L., Allaire, A. D., & Satin, A. J. (2014). Pelvic floor disorders in nulliparous women. *International Urogynecology Journal*, 25(7), 879-884. DOI: 10.1007/s00192-013-2290-7
- Dominguez, J. E., Le, T. G., & Kalidas, K. (2016). Early-life exposure to antibiotics, alterations in the intestinal microbiome, and risk of metabolic disease in children and adults. *Pediatric Annals*, 45(8), e300-e304. DOI: 10.3928/19382359-20160719-02
- Downe, S. (Ed.). (APA 7th edition). (Year). Title of the book. Publisher.
- El-Boghdady, K., Pawa, A., & Chin, K. J. (2018). Local anesthetic systemic toxicity: Current perspectives. *Local and Regional Anesthesia*, 11, 35-44. DOI: 10.2147/LRA.S151915
- Ercole, F.F., Melo, L. S., & Alcoforado, C.L.G.C. (2014). Revisão integrativa versus revisão sistemática. dx.doi.org
- Fahey, J. O. (2009). Hemorrhage. In P. J. Whorwell & R. B. Hawkey (Eds.), *Textbook of Gastroenterology* (pp. 405-416). Wiley-Blackwell.
- FAO, IFAD, UNICEF, WFP & WHO. (2020). The State of Food Security and Nutrition in the World 2020: Transforming food systems for affordable healthy diets. Rome, FAO. <http://www.fao.org/documents/card/en/c/ca9692en>
- Faustine, R., Mboya, I. B., & Nkandala, I. (2022). Exclusive breastfeeding practice among HIV infected mothers in the southern highlands of Tanzania; assessing the prevalence and factors associated with the practice, an analytical cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 22(1), 456.
- Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012>
- Feldman, R. (2017). The neurobiology of human attachments. *Trends in Cognitive Sciences*, 21(2), 80-99. DOI: 10.1016/j.tics.2016.11.007
- Gabbe, S. G., Niebyl, J. R., Simpson, J. L., et al. (2016). *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies* (7th ed.). Elsevier.
- Garite, T. J., Maurel, K., & Combs, C. A. (2021). Fetal heart rate monitoring: Pathophysiology and interpretation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(1), 2-13. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.03.004
- Gilbert, S. F. (2016). *Developmental Biology* (11th ed.). Sinauer Associates.
- Goetzl, L. (2019). Puerpério: uma revisão. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(6), 529-536.
- Greene, S., Ion, A., Elston, D., Kwaramba, G., Smith, S., Carvalhal, A., & Loutfy, M. (2015). "Why aren't you breastfeeding?": How mothers living with HIV talk about infant feeding in a "breast is best" world. *Health Care for Women International*, 36(8), 883-901.

- Grobman, W. A., Bailit, J. L., Rice, M. M., Wapner, R. J., Reddy, U. M., Varner, M. W., ... & Thorp Jr, J. M. (2014). Can differences in obstetric outcomes be explained by differences in the care provided? The MFMU Network APEX study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 211(2), 147-e1.
- Groleau, D., Soulière, M., & Kirmayer, L. J. (2006). Breastfeeding and the cultural configuration of social space among Vietnamese immigrant women. *Health & Place*, 12(4), 516-526. doi:10.1016/j.healthplace.2005.08.001
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Smyth, R. (2004). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD002006. doi:10.1002/14651858.CD002006.pub2
- Hanke, W., Müller, M., & Schmidt, R. (2022). Cardiotocographic monitoring in labor: A comprehensive review. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 129(2), 156-169. DOI: 10.1016/j.jog.2021.12.003
- Hartmann, P. (2019). *Breastfeeding Management for the Clinician: Using the Evidence*. Jones & Bartlett Learning.
- Hazemba, A. N., Ncama, B. P., & Sithole, S. L. (2016). Promotion of exclusive breastfeeding among HIV-positive mothers: An exploratory qualitative study. *Maternal and Child Health Journal*, 20(11), 2311-2319.
- Henderson, J. T., Whitlock, E. P., O'Conner, E., Senger, C. A., Thompson, J. H., & Rowland, M. G. (2014). Low-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: A systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Hill, P. D., Aldag, J. C., & Chatterton Jr, R. T. (2021). Lactation begins: A literature review of the onset of human milk secretion after birth. *Journal of Perinatal Education*, 30(2), 106-118.
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Hypertension in Pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. (2013). *Obstetrics & Gynecology*, 122(5), 1122-1131.
- Infarmed. (2021). Ibuprofeno: Resumo das características do medicamento
- Infarmed. (2019). Paracetamol: Resumo das características do medicamento
- James, P. A. (2017). *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach* (10th ed.). McGraw-Hill Education.
- Jeong, J. H., Shin, J. G., & Cho, J. Y. (2018). Pharmacokinetic considerations for orally administered drugs in critically ill patients. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 14(7), 735-748. DOI: 10.1080/17425255.2018.1489658
- Jones, L. V., et al. (2020). Non-pharmacological pain management strategies for labour: A systematic review. *Women and Birth*, 33(1), e63-e70.
- Lau, C. (2015). Development of suck and swallow mechanisms in infants. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 66(Suppl. 5), 7-14. doi:10.1159/000381369
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2021). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (9th ed.). Elsevier.
- Lee, S., & Ozcan, T. (2019). Postpartum voiding dysfunction: prevalence, risk factors, and impact. *International Urogynecology Journal*, 30(12), 2081-2085. DOI: 10.1007/s00192-019-04024-9
- Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, et al. Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;7(7):CD006732. Published 2018 Jul 12. doi:10.1002/14651858.CD006732.pub4
- Le Ray, C., et al. (2020). Positioning during the second stage of labour: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 248, 219-224
- Lisonkova, S., Muraca, G. M., Potts, J., Liauw, J., Chan, W. S., & Skoll, A. (2019). Association between prepregnancy body mass index and severe maternal morbidity. *JAMA*, 321(20), 1981-1981. DOI: 10.1001/jama.2019.5991
- Lissauer, T., & Clayden, G. (2019). *Illustrated textbook of paediatrics* (5th ed.). Elsevier.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (Ano). *Maternity and Women's Health Care* (12th ed.). Elsevier.
- Ip, W. Y., et al. (2020). The effectiveness of a childbirth psychoeducation program in enhancing childbirth self-efficacy and father involvement and reducing childbirth fear among Chinese first-time expectant parents: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 109, 103629.
- Jennings PA, Campbell OM, Ibrahim SM. "The impact of delay in decision making on childbirth outcomes and maternal

- satisfaction at health facilities in Ghana." *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012;12:34. doi:10.1186/1471-2393-12-34.
- Kainz, C., & Wunsch, E. (2016). Postpartum Diaphoresis and Breast Milk Production. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*, 2016, 1-2. DOI: 10.1155/2016/6797431
- Kalembo, F.W., Zgambo, M., Lossius, M.N., & Mwambi, H. (2019). Breastfeeding by HIV-infected women and subsequent infant feeding postpartum: An observational cohort study from Uganda. *PLoS ONE*, 14(7), e0218953
- Keane, A., Lyons, F., Aebi-Popp, K., Feiterna-Sperling, C., Lyall, H., Martínez Hoffart, A., Scherpbier, H., Thorne, C., Albayrak Ucak, H., & Haberl, A. (2024). Guidelines and practice of breastfeeding in women living with HIV—Results from the European INSURE survey. *HIV Medicine*, 25(3), 391-397.
- Keim, S. A., McNamara, K. A., Jayadeva, C. M., Braun, A. C., & Nommsen-Rivers, L. A. (2020). Breast Milk Expression and Breastfeeding Concerns Affect Perceived Breastfeeding Competence Among Women with Lactation Insufficiency. *Maternal and Child Health Journal*, 24(Suppl 1), 36-45
- Kliegman, R. M., et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st edition. Elsevier
- Klima CS, Norr KF, Vonderheid SC, Handler AS. Introduction of CenteringPregnancy in a public health clinic. *J Midwifery Womens Health*. 2009;54(1):27-34.
- Macy, E. (2009). Penicillin allergy: Optimizing diagnostic protocols, public health implications, and future research needs. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 9(4), 316-323. DOI: 10.1097/ACI.0b013e32832e77f3
- Mayer, K., et al. (2022). Effects of an interprofessional birth environment on birth experiences: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 125.
- Martens, A., Mertens, H., Buyschaert, B., Leroux-Roels, G., & De Meyere, M. (2015). HIV-Infected Mothers Who Decide to Breastfeed Their Infants Under Close Supervision in Belgium: About Two Cases. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 14(5), 446-450.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meneses, T. M., da Silva, E. T., de Sousa, Á. F., et al. (2019). Bancos de leite humano: um olhar sobre a promoção da saúde e o combate à mortalidade infantil. *Revista RENE*, 20, e42552.
- Mercier, F. J. (2020). Anesthetic complications. In R. D. Miller, L. F. Cucchiara, L. L. Miller, J. C. Roizen, J. F. Rathmell, & K. W. Ward (Eds.), *Miller's anesthesia* (9th ed., pp. 1894-1936). Elsevier.
- Ministério da Educação. (2021, 1 de outubro). Despacho n.º 9607/2021: Diário da República n.º 189/2021, Série II de 2021-10-01.
- Mhyre, J. M., D'oria, R., Hameed, A. B., Lappen, J. R., Holley, S. L., Hunter, S. K., ... & D'Alton, M. E. (2014). The maternal early warning criteria: a proposal from the national partnership for maternal safety. *Obstetrics & Gynecology*, 124(4), 782-786.
- Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. "Evaluation of the impact of a birth ball on labor pain management." *Revista de Saúde Pública*. 2009;43(6):1032-1039. doi:10.1590/S0034-89102009005000079
- Miquelutti, M. A. (2009). O papel da fisioterapia obstétrica na promoção do parto humanizado: Uma revisão da literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*, 16(3), 279-284. DOI: 10.1590/S1809-29502009000300015
- Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2019). *Anatomia orientada para a clínica* (8ª ed.). Guanabara Koogan.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N., & Dowswell, T. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. "Embriologia Clínica". 9ª edição. Elsevier, 2018.
- Neal, J. L. (2015). First stage of labor: Physiology and management. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 60(5), 485-490. DOI: 10.1111/jmwh.12378
- Neu J, Walker WA. Necrotizing enterocolitis. *N Engl J Med*. 2011;364(3):255-64. doi:10.1056/NEJMra1005408
- Novais, A. (2018). Cardiotocography: A tool for assessing maternal-fetal well-being during labor and delivery. *Journal of Obstetric and Gynecology*
- Nyatsanza, F., Gubbin, J., Gubbin, T., Seery, P., Farrugia, P., Croucher, A., Gilleece, Y., Lwin, N., Taylor, G. P., & Lyall, H. (2021). Over a third of childbearing women with HIV would like to breastfeed: A UK survey of women living with HIV.

- International Journal of STD & AIDS, 32(9), 856-860.
- Gynecologic Nursing, 48(3), 265-278. DOI: 10.1016/j.jogn.2018.02.001
- Observatório Nacional de Infecção VIH/SIDA (2021). Infecção VIH e SIDA em Portugal - 2021. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <http://hdl.handle.net/10400.18/8383>
- Odent, M. (2002). *The art of birthing: The Dawning of the New Millennium*. Free Association Books.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Parecer n.º 4/2019: Cálculo de Dotações Seguras em Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - Versão Revista. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_cálculo_dotações_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2012). "Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn". Geneva: World Health Organization Retrieved from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/
- Patel, R. M., & Denning, P. W. (2015). Intestinal microbiota and its relationship with necrotizing enterocolitis. *Pediatric Research*, 78(3), 232-238. <https://doi.org/10.1038/pr.2015.98>
- Peña-Rosas, J. P., De-Regil, L. M., Garcia-Casal, M. N., & Dowswell, T. (2015). Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD004736. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004736.pub5>
- Pereira, M. S., Cesário, J. S., & Nakano, A. M. (2020). Intenção de amamentar entre gestantes: associação com trabalho, fumo e experiência prévia de amamentação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 1061-1072. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2020.v25n3/1061-1072/pt>
- Pérez-Escamilla, R. (2003). "Breastfeeding and the nutritional transition in the Latin American and Caribbean Region: A success story?". *Cadernos de Saúde Pública*, 19(Suppl 1), S119-S127. DOI: 10.1590/S0102-311X2003000700014.
- Perry, S. E., Lowdermilk, D. L., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E., & Hockenberry, M. J. (2017). *Maternal Child Nursing Care* (6th ed.). Elsevier.
- Peker, E., Bayar, A., Yavuz, Y., & Korkmaz, H. A. (2021). The effect of colostrum intake on meconium excretion and bilirubin excretion. *Journal of Pediatric Nursing*, 59, e55-e58. DOI: 10.1016/j.pedn.2021.05.013
- Picklesimer AH, Billings D, Hale N, Blackhurst D, Covington-Kolb S. The effect of CenteringPregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(5):415.e1-7.
- Prior, T., & Mullins, E. (2020). Cardiotocography (CTG): a review. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 30(6), 177-183
- Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gissler M, Heinonen S. (2012). Perineal lacerations during childbirth and the risk of urinary and fecal incontinence later in life. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*
- Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*. 2016;316(2):171-181. doi:10.1001/jama.2016.5148
- Rudolph, C. D., Rudolph, A. M., Lister, G., & First, L. R. (2018). *Rudolph's pediatrics* (23rd ed.). McGraw Hill.
- Rodrigues, A. B., Silva, C. D., Oliveira, E. F., & Pereira, G. H. (2020). Incisão controlada no períneo durante o parto vaginal: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 4), e20190534. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0534
- Rodrigues, M. M., Sousa, M. S., Santos, M. C., Amorim, M. M. R., & Maranhão, T. M. (2020). Comparison of continuous versus interrupted suture technique for perineal repair after vaginal delivery: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 150(1), 5-13. DOI: 10.1002/ijgo.13103
- Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet*. 2016;387(10017):491-504. doi:10.1016/S0140-6736(15)01044-2
- Roth C, Eisenberg L, Erfani H, Fenner DE. "Pelvic floor disorders in women with gynecologic malignancies: a systematic review." *International Urogynecology Journal*. 2020;31(10):1911-1923. doi:10.1007/s00192-020-04313-1.

- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A.-B., Daniels, J., ... & Temmerman, M. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333.
- Santos, A. (2016). Vigilância da eliminação intestinal no internamento: Importância e estratégias. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 10(7), 2786-2787. DOI: 10.5205/reuol.9010-80585-1-RV.1012201614
- Scoppettuolo, G. (2020). Peripheral venous catheterization: Indications, techniques, and complications. *American Journal of Nursing*, 120(5), 26-33. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000666031.95767.77
- Schoenfeld, P. S., & Piquette-Miller, M. (2013). The influence of inflammation on drug metabolism: A focus on hematopoietic cells. *Drug Metabolism and Disposition*, 41(8), 1369-1374. DOI: 10.1124/dmd.112.050724
- Shapiro R.L; Hughes M.D; Ogwu A. (2010). Antiretroviral regimens in pregnancy and breast-feeding in Botswana. *N Engl J Med.*;362(24):2282-2294. <http://doi:10.1056/NEJMoa0907736>
- Sheldon, W. R., Blum, J., Vogel, J. P., Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Winikoff, B., ... & Oladapo, O. T. (2018). Oxytocin for Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(12), 1591-1602.
- Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. *Obstetrics and Gynecology*. 2004 Jan 1;103(5 Pt 1):981-91.
- Silva, J. (2018). Avanços em Obstetrícia: Procedimentos Intraparto. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 25(3), 123-135.
- Silva, M. A., Santos, P. B., Oliveira, R. C., & Pereira, J. M. (2020). Prática do processo de amamentação: Posicionamento, técnica de sucção, frequência e duração das mamadas, e fatores psicossociais. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 14(Suppl 2), 2504-2511. DOI: 10.5205/1981-8963-v14supl2a31456862020
- Simpson, K. R., & James, D. C. (2008). Effects of oxytocin-induced uterine hyperstimulation during labor on fetal oxygen status and fetal heart rate patterns. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(1), 34-e1.
- Shorey, S., Ng, E. D., Siew, A. L., Yoong, J., Mörelus, E., & Montenegro, M. M. (2021). The role of partners during the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 9-24. DOI: 10.1111/jocn.15589
- Smaill, F. M. (2014). Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section. Em F. M. Smaill & J. Hofmeyr (Eds.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 10). Artigo No. CD007482. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007482.pub3>
- Smith, C. A., et al. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD009232.
- Soares, F. P., Santos, L. M., Silva, R. M., Oliveira, A. B., & Pereira, J. M. (2021). Parturition: An Integrative Review of Hormonal, Neurological, and Biomechanical Mechanisms. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 43(7), 859-867.
- Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, et al. "Physiological changes in pregnancy". *Cardiovascular Journal of Africa*, 2016, 27(2), 89-94.
- Souza, M. T.; Silva, M. D.; Carvalho R. (2010). "Revisão integrativa: o que é e como fazer - Integrative review: what is it? How to do it?". <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Carroli, G., Fawole, B., ... & Qureshi, Z. (2021). Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*, 19(1), 38. DOI: 10.1186/s12916-021-01951-8
- Sultan AH, Kamm MA, Hudson CN, Thomas JM, Bartram CI. (1993). Anal-sphincter disruption during vaginal delivery. *New England Journal of Medicine*.
- Tariq S, Elford J, Tookey P, et al. "It pains me because as a woman you have to breastfeed your baby": decision-making about infant feeding among African women living with HIV in the UK. *Sex Transm Infect* 2016; 92(5): 331-336.
- Teixeira, N. A. A., & Lamônica, L. M. (2018). Urinary incontinence and quality of life in women with pre and postpartum pelvic floor dysfunction. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 40(12), 747-752. DOI: 10.1055/s-0038-1675605
- Tumber PS, Dube L, Al-Rawi O, Gauthier A. Ropivacaine 0.2% and 0.125% for epidural labor analgesia: A double-blinded, randomized, controlled trial of efficacy and safety. *Can J Anaesth*. 2014;61(11):979-987. doi:10.1007/s12630-014-0211-4.
- Tuthill, E. L., Tomori, C., Van Natta, M., & Coleman, J. S. (2019). "In the United States, we say, 'No breastfeeding,' but that is no longer realistic": Provider perspectives towards infant feeding among women living with HIV in the United

- States. *Journal of the International AIDS Society*, 22(1), e25224.
- UNICEF. (2021). Breastfeeding: A mother's gift, for every child. Editado a 30 de março de 2023, de <https://www.unicef.org/breastfeeding/breastfeeding-mothers-gift-every-child>
- UNICEF & Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). Dez passos para o sucesso na amamentação: um guia para hospitais amigos dos bebês
- UNICEF & WHO. (2021). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative.
- Verani, J. R., McGee, L., & Schrag, S. J. (2010). Prevention of perinatal group B streptococcal disease--revised guidelines from CDC, 2010. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 59(RR-10), 1-36.
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N., & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7
- Walters, D. K. (2017). *Neonatal Reflexes and Their Clinical Significance*. Springer.
- Weiss, F., von Both, U., Rack-Hoch, A., Sollinger, F., Eberle, J., Mahner, S., Kaestner, R., & Alejandre, I. A. (2022). HIV-positive and breastfeeding in high-income settings: 5-year experience from a perinatal center in Germany. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 91(4), 364-367.
- Williams, J., Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., Spong, C. Y. (2021). *Williams Obstetrics* (24th ed.). McGraw-Hill Education.
- World Health Organization (2010). Guidelines on HIV and infant feeding 2010: principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44345>
- World Health Organization. (2013). *Breastfeeding: A Guide to the Medical Profession*. 7th rev. ed. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/79198>
- World Health Organization(2016). Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246260/9789241549707-eng.pdf>
- World Health Organization. (2016). The use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Geneva: OMS <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549684>
- World Health Organization. (2018). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: World Health Organization. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565300>
- World Health Organization (WHO). *Infant and Young Child Feeding: Model Chapter for Textbooks for Medical Students and Allied Health Professionals*. Geneva: WHO; 2009
- World Health Organization. (2021). Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy. Geneva:
- World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.)
- World Health Organization. (2017). Guideline: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.
- World Health Organization. (2018). Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). Updated recommendations on HIV and infant feeding: The duration of breastfeeding and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. Geneva: World Health Organization. Retrieved from https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hiv-infant-feeding-2016/en/
- Wyckoff, M. H., Wyllie, J., Aziz, K., de Almeida, M. F., Fabres, J. W., Fawke, J., ... & Perlman, J. M. (2019). Part 13: Neonatal resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Circulation*, 140(24), e744-e757
- Yee, L. M., Liu, L. Y., & Grobman, W. A. (2019). The relationship between prenatal care utilization and postpartum contraception among Medicaid recipients. *Contraception*, 100(5), 379-385. DOI: 10.1016/j.contraception.2019.07.070
- Zak, P. J. (2012). *The Moral Molecule: How Trust Works*. Dutton.

Zhang, Y., et al. (2021). Effect of maternal position during the second stage of labor on maternal and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(2), 158-166.

13. ANEXOS

Anexo I

ANÁLISE DOS ARTIGOS

Estudo	Autores, Ano e País	Participantes	Objetivos	Metodologia	Resultados	Conclusões
E1 - <i>Exclusive breastfeeding and HIV/AIDS: a cross-sectional survey of mothers attending prevention of mother-to-child transmission of HIV clinics in southwestern Nigeria</i>	Aishat et. al 2015 Nigéria	600 mulheres seropositivas em terapia antirretroviral há pelo menos 6 meses com bebês entre as 6 semanas e 12 meses de vida.	Avaliar a escolha de mulheres seropositivas em relação à amamentação e as suas principais dificuldades.	Estudo transversal realizado entre 2012 e 2013	50% das mulheres teve >4 consultas na gravidez e dessas, 85% abordou a alimentação do RN. As escolhas para a AME foi a influência do parceiro (84%), da família (81%) e receio da estigmatização (53%).	As mães seropositivas enfrentam múltiplos desafios enquanto se esforçam para amamentar em exclusivo. Evidenciam necessidade de maior e mais abrangente aconselhamento sobre alimentação infantil, enfatizando programas de mudança comportamental em contextos VIH/SIDA nas comunidades.
E2 - <i>"Why Aren't You Breastfeeding?": How Mothers Living With HIV Talk About Infant Feeding in a "Breast Is Best" World.</i>	Greene et. al 2015 Canadá	33 mulheres grávidas e seropositivas no 3º trimestre da gravidez e a 32 no 3º mês pós-parto.	Identificar questões das mulheres seropositivas em relação ao processo de amamentação, uma vez que enaltecem muito as vantagens da amamentação e não recomendam a sua prática nesta população.	Estudo qualitativo (entrevistas)	Foram mencionados sentimentos negativos, como a perda e a autculpa por não puderem amamentar os seus filhos.	Para algumas mulheres, a amamentação tem de estar presente na Maternidade. O que emerge na necessidade de apoio profissional e grupo de partilha de experiências e sentimento na questão da alimentação de bebês com mães seropositivas. Diminuição do estigma e preconceito.

<p>E3- <i>Promotion of exclusive breastfeeding among HIV-positive mothers: an exploratory qualitative study</i></p>	<p>Hazemb a et. al 2016 Zambia</p>	<p>30 mães seropositivas.</p>	<p>Explorar fatores que influenciam a opção da amamentação em mulheres seropositivas na Zambia</p>	<p>Estudo qualitativo para avaliar risco de transmissão vertical (Entrevista)</p>	<p>Verificou-se que as mulheres optaram por não amamentar em prol das recomendações dos profissionais e não da sua vontade. A falta de informação aumenta a insegurança em relação ao seu leite com a tomada dos retrovirais.</p>	<p>O significado que as mulheres atribuem à AME influencia a produção de leite, o desmame precoce e abrupto e a AMM. Necessidade de maior acompanhamento nas mulheres que pretendem amamentar em exclusivo.</p>
<p>E4- <i>In the United States, we say, 'No breastfeeding,' but that is no longer realistic": provider perspectives towards infant feeding among women living with HIV in the United States</i></p>	<p>Tuthill et. al 2019 América</p>	<p>93 profissionais de saúde</p>	<p>Compreender práticas das mulheres seropositivas na escolha da forma como alimentar os seus bebés.</p>	<p>Estudo qualitativo (entrevista)</p>	<p>66.7% dos profissionais respondeu que abordou a temática da alimentação infantil com as mulheres, 37,6% discutiu métodos alternativos à amamentação. Mais de 75% dos profissionais que referiu que as mulheres questionariam se poderiam amamentar os seus filhos e que 58% tinham receio do estigma que podiam sentir por não amamentarem os seus bebés.</p>	<p>Os profissionais relatam uma incongruência entre as diretrizes da OMS e as diretrizes americanas e, que isso dificultou as práticas, no acompanhamento das mulheres nesta situação.</p>

<p>E5- <i>Over a third of childbearing women with HIV would like to breastfeed: A UK survey of women living with HIV.</i></p>	<p>Nyatsanza et. al 2021 Reino Unido</p>	<p>94 mulheres grávidas seropositivas e em tratamento para o VIH, no segundo e terceiro trimestre da gravidez ou 3 meses após o parto, de 2017 a 2018.</p>	<p>Avaliar escolha de alimentação infantil em mulheres seropositivas.</p>	<p>Estudo transversal (Questionário)</p>	<p>92% das mulheres apresentavam carga vírica indetectável 38% referem vontade em amamentar 89% iriam amamentar se fossem seronegativas Mais de um terço das mulheres referiram que gostavam de amamentar.</p>	<p>No Reino Unido, a orientação para alimentar o bebé é o leite fórmula. Contudo, muitas das mulheres referem vontade em amamentar.</p>
<p>E6 - <i>Exclusive breastfeeding practice among HIV infected mothers in the southern highlands of Tanzania; assessing the prevalence and factors associated with the practice, an analytical cross-sectional survey.</i></p>	<p>Faustine et. al. 2022 Tanzânia</p>	<p>372 mulheres seropositivas e a amamentar bebés entre 6 semanas e 12 meses de vida. Aplicado questionário</p>	<p>Avaliar a prevalência e os fatores associados à prática do AME entre mulheres infetadas pelo HIV.</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>58.1% das mulheres estavam em AME. 53.5% estavam devidamente informadas sobre o processo e 46.5% apresentava lacunas de informação.</p>	<p>Mulheres seropositivas que estão grávidas optam por amamentar quando estão devidamente informadas. A percepção positiva em relação ao seu papel, cuidados pré-natais adequados, consultas de seguimento e sem historial de patologia mamária, são fatores que interferem na escolha da AME. Observa-se necessidade de melhoria de estratégias e informação acerca da AME em mulheres seropositivas.</p>
<p>E7- <i>HIV-Positive and Breastfeeding in High-Income Settings: 5-Year</i></p>	<p>Weiss et. al 2022</p>	<p>Nados vivos, nascido entre janeiro de 2016 e</p>	<p>Rever escolhas das mulheres</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>83.4% dos bebés não foi amamentado pelas suas</p>	<p>Embora seja uma amostra reduzida, para a avaliar o</p>

<p><i>Experience From a Perinatal Center in Germany</i></p>	<p>Alemanha</p>	<p>dezembro de 2020.</p>	<p>seropositivas na temática da amamentação. (aconselhadas a não amamentar)</p>		<p>mães. 16,6% foram amamentados, dos quais 83,3% com mães com carga vírica indetectável e 16,6% com carga detectável na gravidez ou pós-parto. Dos 30 recém-nascidos amamentados, 13 foram testados com teste de anticorpos HIV negativo com pelo menos 18 meses de idade. Nos outros 17 casos, todos foram testados, com pelo menos um resultado negativo PCR do VIH.</p>	<p>risco de transmissão, através da amamentação, esta pode ser uma alternativa, mesmo em países de alto rendimento.</p>
<p><i>E8 - Guidelines and practice of breastfeeding in women living with HIV—Results from the European INSURE survey</i></p>	<p>Keane et.al 2023 Europa</p>	<p>25 Profissionais de saúde com participação em organizações não governamentais na Europa</p>	<p>Rever diretrizes e práticas de amamentação em mulheres que vivem com VIH em toda a Europa</p>	<p>Estudo transversal Questionário com 38 questões (opção de resposta múltipla e resposta aberta), entre 30 de março 2022 e 9 de maio de 2022.</p>	<p>92% das respostas elegíveis (23/25). 52% desaconselham a amamentação, 48% oferece uma opção se determinados critérios estiverem presentes, 48% refere que o número de mulheres seropositivas a amamentar</p>	<p>Verifica-se um aumento na escolha pela amamentação. Torna-se importante criar redes de apoio nesta vertente, para colmatar a falta de informação e disponibilizar ajuda profissional e acompanhamento no processo.</p>

					está a crescer e 96% dos entrevistados manifestou interesse em pertencer a uma rede de apoio à amamentação em mulheres com VIH.	
--	--	--	--	--	---	--

Anexo II

Diagrama

De forma a representar como foi realizado o processo de seleção de artigos encontrados nas bases de dados, foi elaborado o seguinte diagrama:

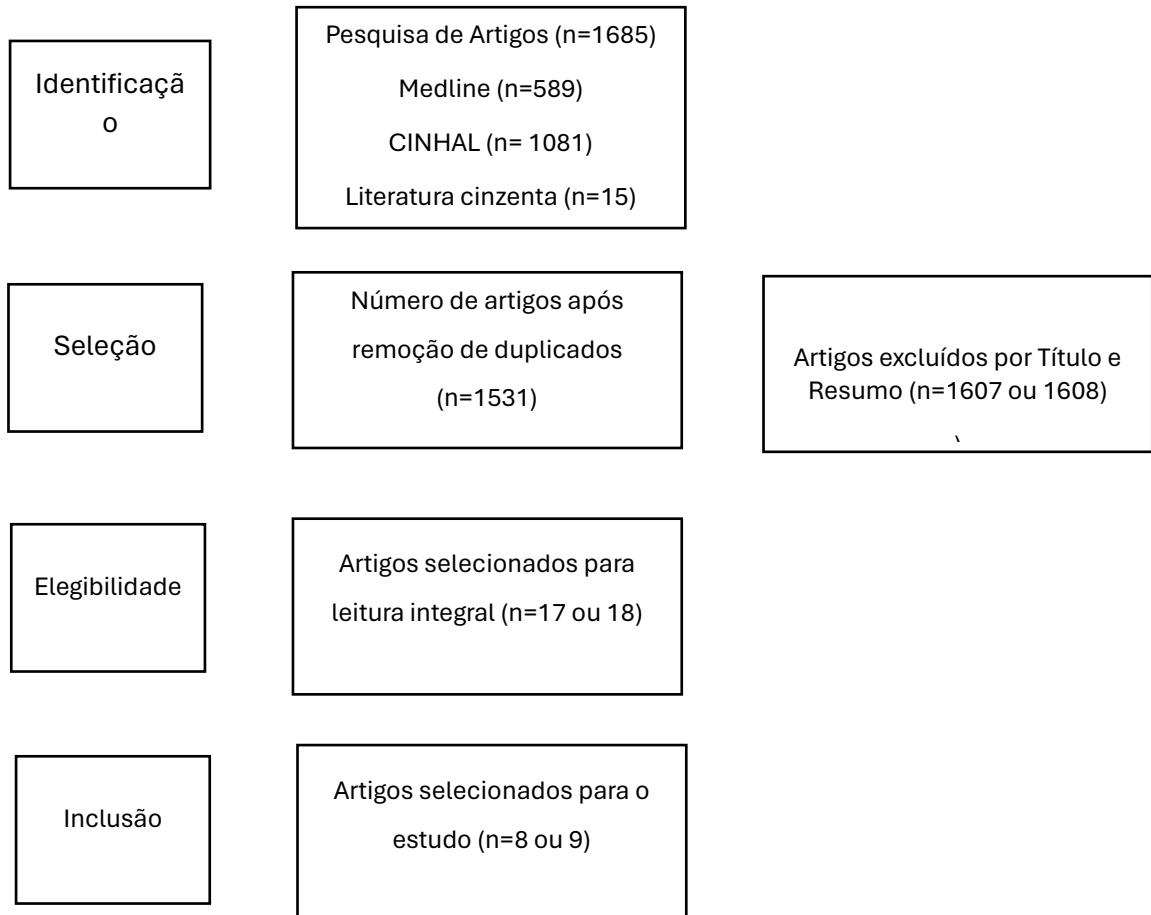


Diagrama 1 – Processo de seleção de artigos

