



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

AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL: ALGORITMO
DE DECISÃO CLÍNICA PARA ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Raquel do Amparo Teixeira Lourenço Vieira

Porto, 2024

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

**AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR FETAL: ALGORITMO
DE DECISÃO CLÍNICA PARA OS ENFERMEIROS
ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA**

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

Porto, 2024

“Posso todas as coisas Naquele que me fortalece”

Filipenses 4:13

DEDICATÓRIA

A Deus, no qual eu tudo posso e agradeço

AGRADECIMENTO

Durante todo este percurso, foi impossível não ter a quem agradecer. Deixo aqui expresso por escrito o meu agradecimento a quem tanto me apoiou e tanto fez por mim.

A Deus, pelas pessoas que colocou na minha vida, pela guia e força que me deu. Ao meu marido, companheiro de vida, amigo e melhor entusiasta que poderia ter, o Joel. Por todo o apoio, por fazer tudo por mim quando eu não podia e muitas vezes fazer também p papel de mãe. Por sempre acreditar em mim e me apoiar em todas as minhas decisões. Por ser colo e porto de abrigo.

À minha filha Maria que, apesar de ainda não entender, é a minha fonte de inspiração e sempre me motivou a continuar na luta pelo meu sonho.

À minha família, meu porto seguro e minha rede de apoio que nunca me falhou e sempre acreditaram em mim, nunca me deixando desistir.

À minha orientadora, Professora Doutora Alexandrina Cardoso, por todas as guias, pelo apoio e, principalmente, por não me deixar desistir, sempre acreditar no meu potencial e lutar sempre por mim.

À enfermeira Nádia que sempre esteve presente para me ajudar e apoiar.

Às minhas tutoras e colegas de trabalho que acompanharam o meu crescimento durante este percurso, tornando o meu sucesso possível, lutando por mim e fazendo de tudo para que eu pudesse evoluir enquanto profissional. Para além de tutoras, foram colo e apoio nos momentos mais difíceis. Um especial agradecimento, também, à minha chefe de serviço, enfermeira Eugénia, por toda a ajuda, consideração e compreensão que sempre demonstrou.

Às pessoas que se tornaram amigas, Catarina Figueiredo, Mariana Pereira, Mariana Ribeiro, Rafaela Gonçalves, Tatiana Governo e Tatiana Pereira. Por todos os momentos, por todas as lágrimas e lutas partilhadas, mas também pelos sorrisos e pelo incentivo que está sempre presente. Um grande e especial agradecimento à Bárbara Velho por todo o apoio, ajuda, incentivo, por cada chamada, mensagem e por sempre acreditar em mim.

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto, está preconizado a elaboração de relatório no âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional, com 800 horas de estágio, que decorreram no internamento de grávidas de risco, internamento de puérperas e bloco de partos.

Assim, o presente relatório de estágio tem como finalidade colocar em evidência as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) com base no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 391/2019, respetivamente, da Ordem dos Enfermeiros, que foram desenvolvidas durante todo o processo.

O presente relatório visou dar resposta a dois objetivos. Um objetivo é evidenciar a conceção de cuidados centrados em áreas de atenção relacionadas com o processo de diagnósticos, a identificação do(s) diagnóstico(s) e as intervenções sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em ESMO através da descrição de casos clínicos que ilustrem o processo de desenvolvimento de competências.

O outro objetivo, remete para a elaboração de uma síntese da evidência sobre os conceitos, os dados, e valores dos dados, que permitem caracterizar o estado fetal e criar um algoritmo de decisão orientador do percurso da ação. Para isso, foi realizada uma revisão narrativa da literatura tendo por referência as guidelines atualizadas sobre avaliação do bem-estar fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados. Foi realizada a definição de um algoritmo que especifica quais os parâmetros a avaliar, quais os possíveis valores que esses parâmetros podem assumir, como se conjugam entre si para decidir o percurso de ação do EEESMO.

Como reflexão final e integradora de todo o processo, no último capítulo apresenta-se uma síntese reflexiva.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação do Bem-estar Fetal; Período Pré-Natal; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica;

ABSTRACT

As part of the master's degree in Maternal Health and Obstetric Nursing (MESMO), from the Escola Superior de Enfermagem do Porto, it is required to prepare a report for the curricular unit Internship of a professional nature, with 800 hours of internship, which took place during the hospitalization of high-risk pregnant women, hospitalization of postpartum women and delivery room.

This internship report highlights of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Maternal Health and Obstetric Nursing (EEESMO) based on Regulation No. 140/2019 and Regulation No. 391/2019, respectively, from the Order of Nurses, which were decreed throughout the process.

This report aims to respond to two objectives. One objective is to highlight the conception of care centered on areas of care related to the diagnostic process, the identification of the diagnosis(es) and interventions sensitive to specialized nursing care in maternal health and obstetric health through the description of clinical cases that illustrate the process of skills development.

The other objective refers to the elaboration of a synthesis of the evidence on the concepts, data, and data values, which allow characterizing the fetal state and creating a decision algorithm guiding the course of action. To this end, a narrative review of the literature was carried out using as a reference the updated guidelines on the assessment of fetal well-being through appropriate clinical and technical means. An algorithm was defined that specifies which parameters to evaluate, what possible values these parameters assume, and how they combine with each other to decide the nursing care in maternal health and obstetric health path of action.

As a final and integrative reflection on the entire process, the last chapter presents a reflective overview.

KEYWORDS: Assessment of Fetal Well-being; Pre-Natal Period; Maternal and Obstetric Health Nursing;

CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

CHVNG/E - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

CTG - Cardiotocografia

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

END - Escala Numérica da Dor

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

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

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

ÍNDICE

<i>DEDICATÓRIA</i>	<i>2</i>
<i>AGRADECIMENTO</i>	<i>3</i>
<i>RESUMO</i>	<i>4</i>
<i>ABSTRACT</i>	<i>5</i>
<i>CHAVE DE SIGLAS e/ou ABREVIATURAS</i>	<i>6</i>
<i>ÍNDICE de TABELAS</i>	<i>8</i>
<i>INTRODUÇÃO</i>	<i>9</i>
<i>1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS</i>	<i>13</i>
<i>2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GRAVIDEZ DE RISCO: PLACENTA PRÉVIA</i>	<i>15</i>
<i>3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PUERPÉRIO: A AUTOEFICÁCIA</i>	<i>36</i>
<i>4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA SALA DE PARTOS</i>	<i>45</i>
<i>5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</i>	<i>76</i>
<i>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</i>	<i>93</i>
<i>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i>	<i>96</i>

ÍNDICE de TABELAS

Tabela 1 - Avaliação do bem-estar fetal segundo FIGO, ACOG e NICE/RCOG	34
Tabela 2 - Índice de Bishop Modificado (Ayres de Campos, et. al. 2022).....	63

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional emerge no âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Desta forma, o desenvolvimento do relatório assenta nas competências gerais e específicas do EEESMO, legisladas em Diário da República pelo Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, e Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, respetivamente.

Nas competências comuns (Regulamento n.º 140/2019), recomenda-se que o EEESMO demonstre competências em quatro domínios distintos, a Responsabilidade profissional, ética e legal, a Melhoria contínua da qualidade, a Gestão dos cuidados e o Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Nas competências específicas (Regulamento n.º 391/2019), está descrito que o EEESMO deve demonstrar competências nos seguintes âmbitos (entre outros):

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

A evolução das práticas de enfermagem, juntamente com os avanços tecnológicos na área da saúde, tem possibilitado aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) adotarem abordagens mais precisas e eficazes na avaliação do bem-estar fetal. A vigilância do bem-estar fetal pode detetar problemas e intervir precocemente (Alfirevic et al., 2017; Walker et al., 2018; Lawn et al., 2016). Numa meta-análise desenvolvida

por Alfievic et al. (2017), a vigilância anteparto reduziu significativamente a mortalidade fetal em 32% e a mortalidade neonatal em 38%. Durante o parto, a vigilância do bem-estar fetal ajuda a detetar precocemente a hipóxia fetal (Lawn et al., 2016).

A avaliação do bem-estar é um domínio de ação integrante das competências do EEESMO descritas no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. É, então, competência do EEESMO:

- 1) diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher;
- 2) avaliar o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados, quer durante o período pré-natal, quer durante o trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.

Refletindo sobre as práticas atuais na avaliação do bem-estar fetal, salienta-se a aplicação e eficácia das diretrizes e recomendações feitas por organizações internacionais líderes na área de obstetrícia e ginecologia, incluindo o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) do Reino, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) também do Reino Unido, o American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e a The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO).

As diretrizes dessas organizações apresentam as melhores práticas em obstetrícia e são entendidas internacionalmente para guiar a prática clínica, orientando os profissionais de saúde na leitura e resposta aos critérios de avaliação de bem-estar fetal.

Embora existam orientações específicas nas recomendações de cada organização, os princípios gerais são consensuais, nomeadamente: avaliação de movimentos fetais; o uso da cardiotocografia (CTG); a dopplerfluxometria; a avaliação do volume de líquido amniótico; e, a ecografia para avaliação do crescimento fetal. Todas as organizações sublinham a relevância da avaliação e vigilância com base nos riscos individuais de cada grávida e do feto.

A avaliação da condição fetal é assim um conjunto de procedimentos utilizados durante a gravidez para avaliar a saúde e a resposta do feto (FIGO, 2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023).

Essa avaliação pode então incluir uma variedade de parâmetros, tais como, análise e interpretação do traçado de cardiotocografia (CTG), auscultação intermitente, monitorização contínua com CTG nos quadros com alto risco de complicações, para detetar e responder atempadamente a sinais de comprometimento fetal. Existem ainda outros indicadores apontados por estas organizações internacionais, tais como, a determinação do pH do escalpe fetal e a estimulação do escalpe fetal, a análise do segmento ST do eletrocardiograma fetal, e até a análise computadorizada de traçados cardiotocográficos, referenciada como uma ferramenta auxiliar para melhorar a interpretação e a tomada de decisão na atuação clínica (FIGO, 2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023).

A complexidade e diversidade de informações disponíveis para a avaliação do bem-estar fetal levam à reflexão sobre a necessidade de um algoritmo de decisão bem definido e baseado em evidências, que possa orientar os EEESMO nas suas intervenções. De facto, é essencial a padronização da resposta clínica às diferentes situações que possam surgir, minimizando a oscilação na interpretação dos dados e nas intervenções subsequentes. Neste contexto, a capacidade de tomar decisões rápidas e precisas tem um impacto fulcral na obtenção de resultados positivos materno-fetais.

Assim a definição de um algoritmo de decisão que especifique quais os parâmetros a avaliar, quais os possíveis valores que esses parâmetros podem assumir, como se conjugam entre si para a avaliação do bem-estar fetal, visando uma maior segurança e eficácia nas intervenções dos EEESMO, facilita uma melhor cooperação entre a equipa multidisciplinar e assegura decisões clínicas baseadas nas diretrizes internacionais.

O relatório está organizado em 3 partes essenciais. Na primeira parte, após a introdução, é efetuada uma rápida caracterização dos contextos clínicos,

seguindo-se a descrição do processo de conceção de cuidados nas áreas de atuação do EEESMO, nos diferentes contextos clínicos. Posteriormente, é descrito o contributo das respetivas experiências vivenciadas para o desenvolvimento de competências. Por fim apresenta-se as considerações finais de toda a trajetória.

1. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

As 800h estágio, decorreram em três contextos de cuidados: 1) internamento de grávidas de risco - 200h; 2) internamento de puérperas e recém-nascidos - 100h; e, 3) bloco de partos - 500h.

O serviço de internamento de gravidez com complicações dispõe de quatro camas, distribuídas por dois quartos com casas de banho privativa , sendo o restante serviço partilhado com o serviço de Cirurgia. Cada unidade, era composta por uma cama, um cadeirão, uma mesa de apoio e um cardiotocógrafo.

Neste serviço, está presente um EEESMO por turno que presta cuidados individualizados às grávidas em dotações entre 1:1 até 1:4 (dependendo do número de grávidas internadas).

Os protocolos de atuação envolvem a monitorização de CTG ou auscultação da frequência cardíaca fetal doppler (até às 26 semanas de gestação) e monitorização de sinais vitais, uma vez por turno. As patologias mais frequentes, que trabalhei mais, foram a pré-eclâmpsia, placentas prévias, ameaça de parto pré-termo e pielonefrites.

O estágio referente ao internamento de obstetrícia, foi realizado no serviço de puerpério da mesma unidade hospitalar. O serviço é composto por 20 quartos individuais com casas de banho em cada um deles, com a possibilidade de permanência de acompanhante durante 24 horas. Cada quarto tem uma cama, mesa de apoio, um cadeirão, um sofá-cama, banca para prestação de cuidados ao recém-nascido e um berço. Dispõe ainda de uma sala de tratamentos e observação da puérpera, um plano aquecido para o recém-nascido, uma sala de procedimentos para o recém-nascido e uma sala de trabalho de enfermagem.

Durante todos os turnos, existem três enfermeiros por turno, sendo obrigatório estar presente, pelo menos, um EEESMO em cada turno. A divisão é feita de acordo com o número de quartos (1 a 6, 7 a 13 e 14 a 20) e são atribuídos ao enfermeiro responsável do turno, as primeiras unidades.

No turno da manhã eram realizados os cuidados de higiene à puérpera (que necessitasse de apoio) e ao recém-nascido (sempre com respeito às horas de vida do recém-nascido), monitorização de sinais vitais da puérpera, monitorização do peso do recém-nascido, administração de medicação prescrita, vacinação do recém-nascido e colheitas de sangue para pesquisa de bilirrubina. Além destes cuidados, ainda é prestada assistência na amamentação/ alimentação do recém-nascido. Durante o turno da tarde, é monitorizada a temperatura das puérperas e é realizado o rastreio de cardiopatias congénitas.

Por último, foi realizado o estágio referente à sala de partos, no mesmo hospital.

As instalações da sala de partos, contam com nove boxes individuais, com casa de banho privativa, equipada com cama de parto ajustável, uma mesa de apoio, um cadeirão, um monitor de CTG, bombas de infusão, plano aquecido para o recém-nascido. Também tem ao dispor, bola de partos, disco, amendoim e computador para colocação de música. A última sala, quando possível, ficava reservada para processos de abortamento ou mortes fetais.

Existem três EEESMO durante cada turno e são prestados todos os cuidados durante a indução, trabalho de parto e parto.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA GRAVIDEZ DE RISCO: PLACENTA PRÉVIA

A Raquel, primigesta de 32 anos, grávida de 34 semanas e 5 dias, encontrava-se internada no serviço do internamento de grávidas de risco, há 7 dias, com diagnóstico de metrorragia do 3.º trimestre, associado a placenta prévia.

A Raquel tem grupo sanguíneo ORh+. Nega antecedentes relevantes e alergias.

A Raquel já sabia que, devido ao local de inserção da placenta, tem cesariana marcada.

Durante o internamento, a grávida geria autonomamente o regime terapêutico (complexo vitamínico e magnésio B). A grávida concluiu ciclo de corticoterapia com dexametasona, para maturação pulmonar, há cinco dias.

A grávida não apresentava perda hemática vaginal, e encontra-se a cumprir repouso relativo.

Durante o dia (entre as 11h e as 22h), a Raquel encontrava-se acompanhada pela pessoa significativa, o marido.

Este caso foi o primeiro contacto que tive com uma grávida em contexto de internamento, durante o ensino clínico.

A assistência a esta grávida permitiu a aquisição de competências ao nível da monitorização cardiotocográfica, bem como ilustrou a importância de adequar o discurso à situação vivenciada com a grávida para promover o seu bem-estar e reduzir o impacto negativo do internamento.

Por outro lado, durante os cuidados prestados à Raquel, foi necessário o contato contínuo com a equipa multidisciplinar, o que foi promotor da aquisição de competências no âmbito de trabalho em equipa.

De modo a dar resposta às necessidades expressas pela grávida, foi importante mobilizar conhecimentos no âmbito da lactação e amamentação, mas também

relativamente à vigilância de complicações na gravidez e o seu impacto emocional.

Tempo acompanhamento: Turno Manhã (08:00 – 14:30)

FOCO DE ATENÇÃO:	Gestação
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
08:30 - Grávida internada para vigilância de perda sanguínea devido a uma placenta prévia.	
DIAGNÓSTICO:	Gravidez
INTERVENÇÕES:	
Avaliar perda sanguínea	
Sem perda sanguínea	

A placenta prévia é uma condição em que a placenta se encontra inserida total ou parcialmente no segmento inferior do útero, com obstrução total ou parcial do orifício cervical interno (Ayres de Campos et al., 2022; Nené et al., 2016). No caso da Raquel, o orifício cervical interno encontra-se totalmente obstruído pela placenta.

Na presença de placenta prévia, constituem sinais de alarme a perda hemática vaginal ligeira ou abundante. A perda hemática ocorre de forma súbita, geralmente em repouso, e é indolor. A presença de dor hipogástrica ou de contratilidade uterina é rara (Ayres de Campos et al., 2022; Nené et al., 2016).

Quando a perda hemática vaginal é ligeira a moderada, deve considerar-se protelar o parto, de modo a assegurar a administração de ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Quando o orifício cervical interno se encontra totalmente obstruído, deve ser realizada cesariana eletiva (Ayres de Campos et al., 2022; Nené et al., 2016).

A presença de placenta prévia constitui um fator de risco para a perda hemática abundante intraparto. Deste modo, recomenda-se que a grávida mantenha

repouso absoluto, deve evitar-se o exame vaginal e administrar tocolíticos para evitar o início de trabalho de parto espontâneo (Ayres de Campos et al., 2022; Nené et al., 2016).

Assim, os critérios para adoção de uma atitude expectante são: estabilidade hemodinâmica materna, perda hemática vaginal escassa ou ausente, o estado fetal tranquilizador e idade gestacional inferior a 37 semanas. A monitorização de sinais vitais maternos, da perda hemática vaginal e do bem-estar fetal deve ser realizada uma vez por turno, quando a grávida se encontra hemodinamicamente estável há pelo menos 12 horas (Ayres de Campos et al., 2022).

FOCO DE ATENÇÃO:	Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
08:30 - A utente refere que sempre que vai ao wc confirma se existe perda de sangue. Refere ainda a importância de comunicar ao profissional de saúde qualquer perda sanguínea.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A utente já se encontra internada desde o dia 05/02 por metrorragia do 3º trimestre devido a uma placenta prévia. Utente já tem conhecimentos sobre autovigilância de complicações.	
DIAGNÓSTICO:	Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez facilitador

FOCO DE ATENÇÃO:	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
09:00 - Devido ao diagnóstico de placenta prévia, preconiza-se a realização de cesariana eletiva para redução do risco de hemorragia intraparto.	
Quando questionada em relação aos sentimentos associados à necessidade de cesariana, a grávida refere que o tipo de parto não influencia a sua satisfação com o parto, só quer que a sua bebé nasça bem.	
DIAGNÓSTICO:	Significado atribuído ao parto facilitador

FOCO DE ATENÇÃO	Gestação
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 10:00 - Gravidez de 34s+5d em regime de internamento por metrorragia do 3º trimestre associada a placenta prévia.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO De acordo com o caso clínico e o protocolo instituído no serviço (segundo a patologia), é realizada a monitorização cardiotocográfica 1 vez por turno.	
DIAGNÓSTICO	Gravidez
INTERVENÇÕES Avaliar bem-estar fetal • Monitorização cardiotocográfica - FCF: 130 bpm - Variabilidade: entre 5 e 25 bpm - Com acelerações e sem desacelerações - Sem registo de contrações - Registo de movimentos fetais pelo cardiotocógrafo	

FOCO DE ATENÇÃO	Conhecimento para amamentar
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO A grávida fez questões relativamente à amamentação nomeadamente, sinais de fome e saciedade do recém-nascido, sinais de uma pega adequada e posições para amamentar. Manifestou preocupação com a produção de leite após o nascimento e se seria adequada para satisfazer as necessidades do recém-nascido. Refere que reconhece os benefícios da amamentação /leite materno.	
DIAGNÓSTICO	Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentar
OBJETIVO Melhorar o conhecimento grávida sobre amamentar	
INTERVENÇÕES 1ª -Ensinar sobre lactação	

2ª - Ensinar sobre sinais de fome e saciedade 3ª - Ensinar sobre pega adequada 4ª - Ensinar sobre posição para amamentar após cesariana (através de vídeos/imagens) 5ª - Ensinar sobre ingestão nutricional
Atividades que concretizam a 1ª intervenção - Ensinar sobre o processo de lactação - Ensinar a executar a estimulação da lactação através de dispositivo - Explicar estratégias de estimulação da produção de leite materno - Explicar estratégias de estimulação da libertação de leite materno - Explicar sinais de subida do leite - Explicar as características do leite materno em função do tempo Atividades que concretizam a 2ª intervenção - Explicar reações que evidenciam fome ou saciedade - Explicar sinais tardios de fome - Explicar os critérios para decidir sobre dar 1 ou 2 mamas Atividades que concretizam a 3ª intervenção Explicar que: - Durante a pega, o bebé tem de abocanhar o mamilo uma parte da aréola para produzir um vácuo que o vai auxiliar na sucção. - A boca deve estar com os lábios inferiores e superiores bem abertos. - Lábio inferior sempre virado para baixo - Queixo toca na mama e o nariz fica próximo, mas sem obstruir as narinas. - As bochechas ficam arredondadas - A língua fica posicionada por baixo do mamilo e da aréola. Atividades que concretizam a 4ª intervenção - Ensinar e demonstrar a posição de lado (deitada), reclinada (Laid-back position) e bola de “rugby” com suporte de almofada para conforto.

Atividades que concretizam a 5ª intervenção

- Explicar estratégias para colocar o recém-nascido a eructar.

A amamentação é recomendada, em exclusivo, desde o nascimento até aos seis meses de vida do bebé pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (Nené et al., 2016).

É importante começar a educação e o apoio à amamentação o mais cedo possível, mesmo durante a gravidez, envolvendo também a pessoa significativa, sendo que a probabilidade de amamentar aumenta quando a decisão é tomada ainda na gravidez (Perry et. al., 2022).

Para ser possível tomar decisões bem informadas, deve ser proporcionada às utentes a oportunidade de discutir os seus objetivos e questões sobre a alimentação do seu bebé e receber informações necessárias. Quando as questões das utentes são abordadas, elas conseguem tomar decisões mais autónomas e informadas. Cada interação com a grávida torna-se numa oportunidade para esclarecer mitos, abordar questões pessoais e corrigir desinformações (Perry et. al., 2022). Para que a promoção da amamentação seja bem-sucedida, é necessário ensinar e instruir sobre práticas básicas como o contacto pele-com-pele, posicionamento correto, sinais de fome e saciedade, alimentação frequente e medidas de autocuidado. É importante que se mencione também os recursos na comunidade para o pós-alta. São barreiras comuns à amamentação o desconforto, dor, desconforto de amamentar em público, incompatibilidade com o estilo de vida e a falta de apoio (Perry et. al., 2022).

A amamentação acaba por ser uma extensão natural da gravidez e do parto pois pode proporcionar uma ligação única entre a mãe e o bebé, além de ser um meio de alimentação. Apesar disto, ter o apoio da pessoa significativa e da família, torna-se crucial para o sucesso da amamentação (Perry et. al., 2022).

Ainda durante a gravidez (entre as 16 e 18 semanas de gestação), através da prolactina, as mamas são preparadas para a produção de leite e, durante a lactação, esta hormona promove a produção e secreção do leite. Os seus níveis

são mais altos nos primeiros 10 dias pós-parto, permanecem elevados durante todo o processo de lactação, mas sofrem uma diminuição gradual. A produção de leite existe em resposta à estimulação realizada pela sucção do bebé e do esvaziamento das mamas (que nunca ficam totalmente vazias), funcionando, assim, num sistema de oferta e procura em que a remoção do leite aumenta a sua produção, enquanto a remoção incompleta pode diminuí-la (Perry et. al., 2022).

A ocitocina é outra hormona que tem parte importante na amamentação, sendo responsável pelo reflexo de ejeção do leite em resposta ao estímulo do mamilo por parte do bebé. Este pode ser desencadeado várias vezes durante a amamentação em reação a estímulos para a mãe como o choro do bebé, por exemplo. A ocitocina também promove as contrações uterinas no pós-parto, posto isto, estas podem tornar-se dolorosas nos primeiros dias especialmente em múltiparas (Perry et. al., 2022).

Sendo uma substância que se adapta às necessidades imunológicas e nutricionais de cada bebé, o leite materno é considerado o alimento ideal. Por exemplo, a composição do leite produzido por mães de bebés prematuros, difere do leite produzido por mães com bebés de termo. A composição e volume também variam conforme a fase de lactação. Numa primeira fase o leite é chamado de colostro, um fluído amarelado, rico em proteínas e anticorpos. Após três a cinco dias de pós-parto, a produção de leite sofre um aumento significativo (também denominado como “descida do leite”) estabilizando por volta do décimo dia como leite maduro. Está descrito que o leite altera de acordo com as necessidades de cada bebé e de acordo com a etapa de crescimento, contém componentes anti-infecciosos, fatores de crescimento, enzimas e ácidos gordos que ajudam a promover o desenvolvimento cerebral futuro, demonstra um efeito protetor contra a obesidade e excesso de peso infantil e reforça a imunidade durante o primeiro e segundo ano de vida (Perry et. al., 2022; Nené et al., 2016).

A amamentação deve ser iniciada na primeira hora de vida e o contacto pele-com-pele tem sido associado a um aumento no seu e maior duração do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) (Perry et. al., 2022).

Com a mãe e o pai a adaptarem-se ao recém-nascido e à amamentação, as primeiras duas semanas tornam-se, frequentemente, nas mais desafiantes. Durante esta primeira fase, a mãe pode sentir algum desconforto nos mamilos e é crucial o apoio na amamentação. Os principais motivos descritos para a interrupção da amamentação são a dor nos mamilos e dificuldades na alimentação do bebé. O foco deverá ser no ensino, instrução e treino da amamentação para que esta se torne bem-sucedida. É fundamental que a mãe/pai saiba reconhecer sinais para que possam iniciar a amamentação o mais precoce possível, baseada na “livre demanda”, não oferecendo a mama apenas quando o bebé chora, mas quando comece a demonstrar os primeiros sinais de fome como: movimentos de sucção; movimentos com a mão para a boca; movimentos com a boca; reflexo de procura (bebé move-se em direção a coisas que toquem na área ao redor da boca); braços e pernas fletidos; punhos fechados; inquietação; realização de sons suaves (Perry et. al., 2022; Nené et al., 2016).

É de extrema importância que a mãe/pai saiba que a amamentação está a correr bem. Para que isso aconteça, devem saber reconhecer sinais que podem ajudar a reconhecer este sucesso ou a necessidade de procurar ajuda. Manter um registo de amamentação, registar o tempo que decorreu, a produção de urina e o número e cor das fezes, são algumas estratégias que podem ser instruídas. A mãe/pai deve saber quais as mudanças esperadas nos padrões de eliminação sendo que, a urina, deve tornar-se mais diluída e amarelo-claro e as fezes, em bebés amamentados, podem existir apenas a cada dois ou três dias, ou mais do que uma vez por dia. É expectável que os recém-nascidos registem uma perda de peso de até 10% do seu peso, devido à perda do edema e à ingestão de pequenos volumes de colostro, mas, entre o 10º e o 14º dia de vida, devem atingir novamente o peso de nascimento. Qualquer desvio destes

padrões deve ser avaliado e a mãe/pai devem procurar ajuda profissional (Perry et. al., 2022; Nené et al., 2016).

Para além destes sinais, é importante reconhecer quando um bebé já terminou de mamar. O bebé parecer satisfeito, adormecer, soltar o mamilo, o padrão de sucção e deglutição diminuir, dedos relaxados, braços e pernas esticados, são sinais que indicam saciedade (Perry et. al., 2022).

O posicionamento, juntamente com a pega, são fatores importantíssimos para o sucesso da amamentação. Existem várias posições para amamentar como: posição tradicional, transversal, cavaleiro (ou vertical), deitada de lado ou invertida (Rugby). As mães devem ser incentivadas a experimentar diferentes posições para amamentar durante o dia pois vai ajudar a estimular e, posteriormente, a esvaziar os diferentes quadrantes da mama de uma forma mais eficaz. Qualquer posição adotada, deve ter sempre em conta o conforto da mãe e do bebé, sendo que, no caso de cesarianas, normalmente a posição mais confortável será a deitada de lado e a invertida (Perry et. al., 2022; Sequeira et. al. 2020).

Uma pega adequada acontece quando o bebé se agarra ao mamilo, à aréola e ao tecido mamário de forma eficaz. Assim, consegue criar uma força de vácuo para uma sucção adequada e facilita a extração de leite. Os passos para conseguir uma boa pega passam por: colocar o bebé virado de barriga para a mãe (barriga com barriga); estimular de forma suave o lábio superior do bebé para estimular o reflexo de procura; apontar o mamilo em direção ao nariz do bebé; quando a boca estiver bem aberta, aproximar mais o bebé da mama (é sempre o bebé que vai à mama e não a mama ao bebé) para que o queixo fique encostado. Normalmente, a boca do bebé deve cobrir o mamilo e a aréola, sendo que esta fica mais visível em cima do lábio superior. Os sinais de boa pega devem ser ensinados e instruídos à mãe/pai para que se sinta, seguros quando estão a amamentar o bebé. Estes sinais são: sensação de puxão no peito, mas sem dor tipo picada; bochechas do bebé arredondadas e não formam covas; mandíbula do bebé suga suavemente; conseguimos ouvir a deglutição do bebé e este não consegue ser facilmente removido do peito; quando o mamilo

é solto, não está deformado. Caso a mãe sinta algum desconforto, deve interromper a mamada (colocando o dedo mínimo de forma suave no canto da boca do bebé - para evitar macerações) e corrigir a pega. Esta dor indica que a pega não está a ser correta (Perry et. al., 2022; Sequeira et. al. 2020).

Os bebés que são amamentados, alimentam-se com uma maior frequência devido à digestão rápida do leite humano (Perry et. al., 2022; Nené et al., 2016). Enquanto a produção de leite aumenta, o trato digestivo fica limpo de mecónio e a ingestão nutricional aumenta. Os bebés devem ser amamentados sem restrições numa média de, pelo menos, oito vezes por dia. Sendo assim, alguns bebés vão mamar a cada duas a três horas, enquanto outros podem mamar de hora em hora durante quatro a cinco vezes e fazem uma pausa de três a quatro horas após. A mãe deve ser incentivada a estar atenta aos sinais de fome e a acordar o bebé para alimentar pois alguns bebés acabam por não despertar para mamar. Alguns recém-nascidos podem entrar num sono profundo quando as suas necessidades não são atendidas. A frequência das mamadas é sempre determinada pelo início da última alimentação (Perry et. al., 2022; Sequeira et. al. 2020).

O leite materno também é o mais adequado para os recém-nascidos prematuros pois contém benefícios maiores. Promove a maturação da retina, aumenta os resultados cognitivos e diminui o risco de enterocolite necrosante (insuficiência da circulação sanguínea do intestino). O leite contém elementos proporcionam a maturação intestinal e favorecem a colonização da microbiota adequada no intestino. Inicialmente, o leite possui concentrações mais elevadas de energia, sódio, cloro, potássio, proteínas, ferro e magnésio, tornando-se equivalente ao leite que é formado por volta das quatro a seis semanas do pós-parto de termo (Perry et. al., 2022).

Neste caso, existe alguma possibilidade de o recém-nascido ter de ficar uma unidade de neonatologia ou apresentar reflexos débeis (devido à prematuridade). Sendo assim, torna-se importante que a mãe saiba extrair leite manualmente. A extração é importante para que se dê início (ou continuidade) à amamentação e as mães devem ter conhecimento de estratégias para

estimular a ocitocina (que pode não funcionar tão bem quando o bebé não está a mamar diretamente na mama). Ter o bebé perto, uma fotografia ou uma peça de roupa, são estratégias que podem facilitar a libertação de ocitocina. Este ensino deve ser efetuado ainda durante a gravidez e deve ser reforçado durante o puerpério. A extração deve ser efetuada durante 20 a 30 minutos, seja ela mecânica ou manual (Perry et. al., 2022; Sequeira et. al. 2020).

FOCO DE ATENÇÃO	Ansiedade
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO Durante os cuidados, a grávida demonstrou alguma preocupação quanto ao circuito hospitalar que iria realizar no dia da cesariana, bem como o circuito a realizar pelo marido. Por outro lado, a possibilidade de a recém-nascida necessitar de internamento na unidade de neonatologia e a deslocação para o serviço para visitar, concorriam para a sua ansiedade. Face ao desconhecido, a cliente referia que o processo lhe causava desconforto emocional, uma vez que não era capaz de reconhecer os percursos a realizar durante o parto e puerpério.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO Existe uma visita virtual do serviço de obstetrícia (inclui todo o piso). Com esta ferramenta, foi possível demonstrar todos os trajetos que seriam percorridos pela grávida e acompanhante.	
DIAGNÓSTICO	Ansiedade
OBJETIVO Melhorar a ansiedade face ao desconhecido associada aos circuitos do serviço de saúde	
INTERVENÇÕES Ensinar sobre serviços de saúde: circuito da grávida e acompanhante	
Atividades que concretizam a intervenção: - Explicar funcionamento do bloco operatório, da unidade de puerpério e da unidade de neonatologia, incluindo horários de visita - Explicar, através de visita virtual, o caminho que vai fazer até ao bloco operatório - Explicar, através de visita virtual, o caminho que o acompanhante vai fazer entre o bloco e no pós-parto imediato - Explicar, através de visita virtual, o caminho que vão fazer até ao puerpério	

- Explicar, através de visita virtual, o circuito para visita à neonatologia
--

A gravidez é um evento único na vida de uma mulher que pode provocar alterações psicológicas (entre outras). Estas modificações são complexas, variam de mulher para mulher e podem levar a dúvidas ou a medos. O medo do desconhecido e do que está por acontecer é uma sensação muito frequente nas grávidas (Leite et. al., 2014).

O EEESMO pode oferecer apoio por meio da valorização dos sentimentos ou emoções referidas pela utente, baseando-se na escuta ativa. O profissional de saúde deve estar preparado para enfrentar quaisquer fatores que possam afetar a gravidez que, neste caso, têm um cunho emocional (Leite et. al., 2014).

Através da visita virtual, pretende-se desconstruir o medo do desconhecido da utente. Deste modo, é possível promover a diminuição da dificuldade que é sentida por quem sai de casa e entra num ambiente novo, que lhe é estranho, levando a fragilidades no seu ser e no seu bem-estar (Néné, et. al. 2018)

Avaliação do bem-estar fetal - algoritmo de decisão clínica para os EEESMO: Revisão narrativa de literatura

A vigilância do bem-estar fetal pode identificar problemas e proporcionar uma intervenção precoce (Alfirevic et al. 2017; Walker et al., 2018; FIGO, 2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023). Como referido anteriormente, numa meta-análise desenvolvida por Alfirevic et al. (2017), a vigilância anteparto reduziu significativamente a mortalidade fetal em 32% e a mortalidade neonatal em 38%. No decorrer do trabalho de parto, a avaliação do bem-estar fetal auxilia a detetar a hipóxia fetal (FIGO, 2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023).

A avaliação do bem-estar é componente associada às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), descritas no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. Desta forma, é competência do EEESMO, diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher, avaliar o bem-estar fetal recorrendo a ferramentas técnicas específicas e pertinentes no período pré-natal e no decorrer do trabalho de parto, reportando à equipa médica os quadros clínicos que estão para além da sua área de atuação.

A avaliação do bem-estar fetal é essencial na prática clínica com o intuito de monitorizar e garantir a saúde do feto, detetar hipóxia e orientar para a implementação de intervenções oportunas minimizando riscos. Esta vigilância fornece dados essenciais para a tomada de decisão clínica, reduz a incidência de condições neonatais adversas, reduz a morbilidade e mortalidade neonatal, sendo que, a monitorização associada ao uso de técnicas complementares, para obter uma avaliação mais precisa e evitar falsos diagnósticos, proporciona um parto mais seguro e eficiente ((FIGO, 2015; ACOG,2021; RCOG/NICE, 2023)).

Ao garantir o bem-estar fetal, a vigilância pode evitar intervenções desnecessárias, que acarretam desconforto e/ou riscos adicionais para a mãe e para o feto (FIGO, 2015; ACOG,2021; RCOG/NICE, 2023).

Monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF), através do uso de cardiotocografia (CTG) e auscultação Intermitente, a avaliação e interpretação de sinais fisiológicos como variabilidade da FCF e a identificação de acelerações e desacelerações, a aplicação de métodos complementares como a determinação do pH do escalpe fetal e estimulação do escalpe fetal, a análise do segmento ST do eletrocardiograma fetal e a análise computacional de traçados cardiotocográficos, faz assim parte das competências do EEESMO, em relação à avaliação do bem-estar fetal (FIGO, 2015; ACOG,2021; RCOG/NICE, 2023).

A cardiotocografia (CTG), é uma tecnologia que permite um registo contínuo da FCF e da contratilidade uterina. Este método, introduzido nos anos 60, revolucionou a prática em obstetrícia, permitindo uma monitorização mais

precisa do bem-estar fetal. Os principais parâmetros avaliados pela CTG incluem a linha de base da FCF, variabilidade, acelerações e desacelerações e a atividade uterina. Para uma correta interpretação, a sua avaliação deve ser sistemática, considerando os dados clínicos da gestação (idade gestacional, patologias maternas, alterações no crescimento fetal, entre outras). A interpretação isolada destes parâmetros, pode originar intervenções desnecessárias. Estudos demonstraram que a CTG não tem impacto significativo na acidemia do cordão umbilical, paralisia cerebral ou morte perinatal. A formação contínua dos profissionais é crucial para melhorar a concordância entre observadores e a qualidade dos cuidados. Têm sido desenvolvidos sistemas computadorizados para a análise de CTG, mas continuam dependentes do julgamento humano para confirmar a interpretação e decidir a conduta clínica (Santo, 2018; Santo, 2016; Visser, Ayres de Campos, 2015).

A linha de base da FCF é uma média dos segmentos mais horizontais e com menor oscilação da FCF. É avaliada por períodos de 10 min e são excluídos períodos com acelerações, desacelerações e períodos de grande variabilidade. Quando está presente alguma instabilidade na linha basal, é necessário recorrer a registos anteriores, manter o traçado por mais tempo ou verificar os estados de vigília do feto. Nos fetos pós-termo, a linha basal pode apresentar ocorrências de bradicardia (100-110bpm), no entanto, nos fetos pré-termo, a FCF média tende a ser mais elevada (por volta dos 160bpm) (Perry et. al., 2022; Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

A taquicardia ocorre quando a linha basal da FCF atinge valores superiores a 160bpm por minuto por, pelo menos, 10 minutos. A sua causa mais comum é devido a febre ou infeção materna, mas, a analgesia epidural também pode ser uma causa, pois pode causar uma elevação da temperatura materna. Já a bradicardia pode ser causada por prolapsos do cordão umbilical, descolamento da placenta, hipotensão materna ou rotura uterina. Para acontecer, a FCF apresenta valores médios inferiores a 110 bpm, durante 10 minutos ou mais (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

O conceito de variabilidade refere-se às variações constantes e rápidas da FCF por segmentos de um minuto. Estima-se que uma variabilidade normal resulte de valores entre cinco a 25bpm e que uma variabilidade aumentada (padrão saltatório) advenha de variações superiores a 25 bpm, num período superior a 30 minutos. Estas, podem ocorrer em simultâneo com desacelerações recorrentes e estão associadas a hipóxia fetal. A variabilidade reduzida acontece quando os valores não passam dos 3 bpm, quando acompanhadas por desacelerações, e 5 bpm quando ocorrem durante um tempo superior a 50 minutos. É expectável que durante o sono profundo, a variabilidade se encontre nos seus limites inferiores ou que dure mais do que 50 minutos. Os fetos prematuros apresentam, geralmente, uma variabilidade inferior do que os fetos de termo (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

As acelerações estão muitas vezes associadas a movimentos fetais. Trata-se de subidas repentinas da FCF, acima da sua linha basal. A existência de acelerações em traçados com variabilidade, são indicadores de ausência de hipóxia e de uma oxigenação fetal eficaz. Apesar disto, a sua ausência não tem um valor preditivo de hipóxia, principalmente em traçados com as outras características normais (durante o sono profundo, geralmente, não estão presentes acelerações), mas, também se pode traduzir em lesões do SNC (ligado ao movimento) e malformações fetais. A estimulação fetal, através do toque vaginal, pode desencadear acelerações (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

Uma descida da FCF com duração superior a 15 segundos, é caracterizada como uma desaceleração. Estas podem ser classificadas como precoces, variáveis, tardias e prolongadas (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

As desacelerações precoces são de curta duração, com variabilidade normal na aceleração, mas coincidem com as contrações. Pensa-se que a sua ocorrência é devido à compressão cefálica causada pelas contrações, normalmente, no período expulsivo, e não são preditoras de hipóxia fetal (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

No que diz respeito às desacelerações variáveis (forma de “v”), ocorrem devido a uma descida rápida da FCF, com variabilidade na desaceleração e um retorno

rápido à sua linha de base, tendo relação variável com as contrações uterinas. São as mais frequentes e pensa-se que podem estar relacionadas com uma compressão do cordão umbilical. Estão associadas a um baixo risco de hipóxia fetal (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

Desacelerações em forma de “u” com início e retorno lento e com uma variabilidade diminuída e com ausência de acelerações, são denominadas tardias. Iniciam-se após a contração e retornam ao valor basal após o término da contração. Podem ocorrer durante o segundo estadio de trabalho de parto, mesmo em fetos que apresentavam uma boa oxigenação fetal prévia (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

As desacelerações prolongadas são caracterizadas por uma descida da FCF durante, pelo menos, três minutos. As suas causas incluem compressões contínuas e constantes do cordão umbilical. Podem traduzir hipóxia fetal aguda, principalmente as que são superiores a cinco minutos, com uma FCF inferior a 80 bpm, requerendo uma intervenção emergente (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

O padrão sinusoidal apresenta um padrão de forma suave e em forma de onda, com uma variabilidade baixa e deverá ser prestada uma maior atenção se a sua duração for superior a 30 minutos e ausência de acelerações. Está normalmente associada a episódios de anemia fetal, infeções, fetos com malformações congénitas, hipóxia fetal aguda, isoimunização Rh, hemorragias e rotura de vasa prévia. Importa também diferenciar um padrão semelhante, mas que em vez de forma de onda, apresenta uma forma tipo “dentes de serra” apelidado de padrão pseudo-sinusoidal. Está associado a períodos de sucção e outros movimentos bocais do feto e à administração de fármacos analgésicos. O período antes e depois deste padrão é normal e a sua duração pode ser superior a 30 minutos (Santo, 2018; Ayres de Campos, 2022).

Contrações uterinas são aumentos progressivos da atividade uterina, seguido por uma diminuição, geralmente equivalente, com uma duração entre 45 e 120 segundos. A frequência excessiva destas contrações é denominada de taquissístolia e ocorre quando existem 5 ou mais contrações, num período de

10 minutos (em dois períodos seguidos), ou mais de 15 contrações em 30 minutos (Ayres de Campos, 2022).

Existem várias técnicas adjuvantes para avaliação do bem-estar fetal. Vale salientar que nenhuma delas, de forma isolada, é considerada a melhor para a avaliação intraparto, mas, a análise de vários métodos é capaz de promover uma melhor compreensão da resposta do feto (Néné, 2016).

A auscultação intermitente (AI) da FCF, torna-se importante em situações em que a monitorização contínua por CTG não é viável ou em gravidezes de baixo risco. Este é um método que permite a avaliação da FCF por curtos períodos, sem registo contínuo promovendo a mobilidade da parturiente e uma maior interação entre utente e profissional de saúde. Possui limitações que são significativas como a incapacidade de monitorizar o estado fetal entre avaliações, o que pode originar a não deteção de desacelerações prolongadas ou bradicardia. Não é possível, também, a avaliação da variabilidade da FCF. As diretrizes especificam que a FCF deverá ser avaliada, pelo menos, durante um minuto ou durante três contrações para os casos em que a linha de base não seja estável. Avalia-se durante a contração até 30 segundos após o seu término. Durante a fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto, a AI deve ser realizada de 15 em 15 minutos e de cinco em cinco minutos no período expulsivo. Deve-se efetuar registos de acelerações ou desacelerações, a frequência das contrações uterinas, a presença de movimentos fetais e a frequência cardíaca materna. Em alguns casos como achados anormais, torna-se necessário o recurso à CTG para complementar a avaliação (Santo, 2018; Lewis & Downe, 2015).

Santo (2018) descreve a estimulação do escalpe fetal como uma técnica vital na análise dos traçados durante o trabalho de parto. Pode ser realizada através de um exame vaginal (estimulação digital ou com pinça), ou por métodos vibroacústicos aplicados na parede abdominal da mãe. Todas estas formas possuem um valor preditivo semelhante. A estimulação digital é a mais frequente devido à sua simplicidade, por ser pouco invasiva e por ter a capacidade de avaliar simultaneamente a evolução do trabalho de parto sem

necessidade de rotura de membranas. A técnica envolve a estimulação de forma suave do couro cabeludo fetal durante 15 segundos. Torna-se útil para a avaliação de traçados com uma linha de base normal, mas com uma variabilidade reduzida, permitindo a distinção entre padrões de sono fetal, de padrões que indicam hipóxia. Quando a estimulação provoca acelerações, os fetos apresentam valores de pH superiores a 7,19, o que indica ausência de hipóxia.

A introdução da colheita de sangue capilar por Erich Saling nos anos 60, permitiu a análise de pH, gases e lactatos no sangue obtidos, via vaginal, da apresentação fetal. Por ser tecnicamente complexa, demorada e sendo necessárias várias tentativas de colheita, o seu uso é bastante limitado na prática obstétrica atual. A precisão dos valores obtidos, em relação aos colhidos ao recém-nascido, dependem do tempo decorrido entre a amostragem e o parto. Existe uma hipótese de que o sangue periférico fetal poderá ser afetado pela distribuição da circulação durante a hipóxia e não representa a circulação central. Estudos apontam esta característica como uma vantagem pois, a monitorização fetal intraparto, tem como objetivo a identificação da hipóxia em estádios iniciais e não tardios. As principais indicações para esta técnica são traçados suspeitos ou patológicos, no entanto, em casos graves ou agudos de CTG patológicos, é necessária uma intervenção imediata. A colheita de sangue poderia causar atrasos adicionais. As contraindicações incluem herpes genital ativo, infeção por hepatite (B, C, D E) ou HIV, dúvidas na apresentação fetal, rotura de membranas ou suspeita de distúrbios sanguíneos fetais (Santo, 2018; Lewis & Downe, 2015).

A avaliação do segmento ST do eletrocardiograma fetal, foi introduzida pela primeira vez nos anos 2000, permitindo uma avaliação continua de CTG juntamente com a análise do segmento ST. Torna-se, assim, numa técnica promissora para detetar a hipóxia do miocárdio. É utilizado um equipamento específico que pode ser utilizado a partir das 36 semanas de gestação, com rotura de membranas e em parturientes que não tenham contraindicações para a realização de monitorização interna. Tal como a determinação do pH do

escalpe fetal, esta avaliação está indicada em traçados suspeitos e patológicos, exceto em eventos graves/agudos (que requerem intervenção imediata). A utilização desta técnica, tem permitido diminuições de risco de acidose no recém-nascido, diminuições da necessidade de colheita de sangue do pH fetal e de partos instrumentados (Santo, 2018; Lewis & Downe, 2015).

Por fim, a análise computadorizada da CTG é uma técnica mais recente, que foi desenvolvida para colmatar as diferenças de avaliação dos vários observadores. Tem o intuito de proporcionar uma visão mais precisa da CTG, tornando a análise da variabilidade mais objetiva. A maior parte destes sistemas, fornece alertas visuais e sonoros através de códigos de cores idênticos para cada sistema, mas não fornecem recomendações. Os alertas servem para chamar a atenção de descobertas específicas e solicitar a reavaliação e ações que sejam necessárias. Sendo assim, estes sistemas mantêm-se sujeitos à análise humana para confirmar o significado do CTG e a sua respetiva atuação. Foram realizados estudos que mostraram uma influência positiva da avaliação computadorizada, resultando numa interpretação mais precisa e sistemática dos traçados, levando assim a uma melhor previsão da oxigenação fetal. Esta tecnologia é recente, mas exibe um grande potencial, pelo que deve continuar. No entanto, deve ser utilizada cautelosamente pois é necessária uma maior pesquisa para determinar a sua capacidade de deteção de hipóxia/acidose fetal e na prevenção de resultados desfavoráveis (Santo, 2018; Lewis & Downe, 2015).

No decorrer da minha pesquisa, achei pertinente a realização de uma tabela que contemplasse três entidades renomadas como a FIGO, ACOG e RCOG/NICE. A tabela apresentada contém uma comparação detalhada das diretrizes das entidades referidas, sobre diversos parâmetros da monitorização fetal intraparto.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Avaliação do Bem-Estar Fetal: Algoritmo de Decisão Clínica Para os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

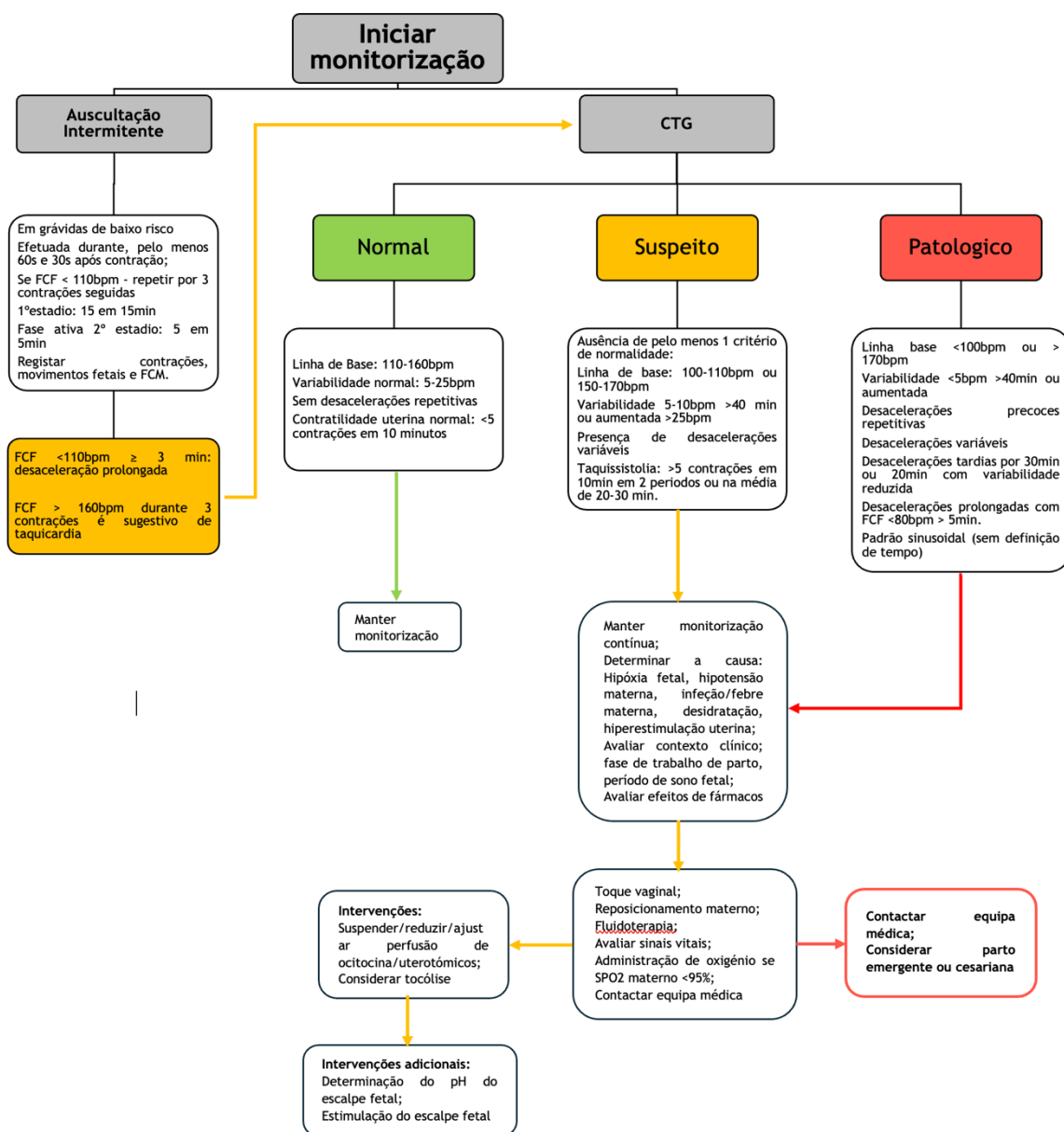
Tabela 1 - Avaliação do bem-estar fetal segundo FIGO, ACOG e NICE/RCOG

Entidade/ Autor	Linha de Base FCF	Variabilidade	Acelerações	Desacelerações	Taquissístola	Classificação do Traçado	Auscultação intermitente	Determinação pH escape fetal	Estimulação escape fetal	Análise do segmento ST de eletrocardiograma fetal (CTG+ST)	Análise computadorizada de traçados cardiocardiográficos		
FIGO (1, 2, 3)	Caracterizada como o nível médio do segmento menos oscilatório e mais horizontal da FCF. Avaliada em períodos de 10min Normal: entre os 110 e os 160bpm Bradicardia: < a 100bpm >10min Valores entre os 100 e 110bpm podem ocorrer em fetos de termo. Taquicardia: superior a 160bpm >10min	Trata-se das oscilações da FCF Normal: entre 5 e 25 bpm Reduzida: inferior a 5bpm >50min Aumentada (padrão saltatório): superior a 25bpm >30min	Aumento abrupto da FCF acima da linha de base. São superiores a 15bpm com uma duração > a 15s mas < 10min	Diminuições da linha de base superiores a 15bpm por mais de 15s. Precoce: Diminuições da FCF de baixa amplitude, duração curta, variabilidade normal e coincidem com a contração uterina (compressão uterina da cabeça fetal). Não associadas a hipóxia/acidose. Variáveis: Forma de "V". Diminuição abrupta da FCF, boa variabilidade, rápida recuperação à linha de base. São as mais frequentes. Traduzem compressão do cordão umbilical. Tardias: Forma de "U". Início e recuperação à linha de base de uma forma gradual, diminuição da variabilidade. Início 20s após o início da contração, o ponto mais baixo ocorre após o pico da contração com recuperação após o fim da contração. Associadas a hipoxemia e acidemia fetal. Prolongadas: Duração superior a 3 min. Associadas a hipoxemia fetal principalmente as com duração superior a 5min, com FCF < 80bpm e variabilidade reduzida – intervenção emergente Padrão sinusoidal: padrão regular com ondulação do sinal e uma amplitude de 5 a 15bpm. Frequência de 3 a 5 ciclos com duração mínima de 30min, sem acelerações (anemia?). Padrão pseudo-sinusoidal: Padrão com aparência de "dentes de serra", raramente passa dos 30 min.	Ocorre quando existem 5 ou mais contrações em 10min em 2 períodos consecutivos de 20-30 min. Sem desacelerações repetitivas. Não associados a hipoxemia fetal e não necessitam de intervenção. (avaliar a cada 30min)	Normal: Linha base entre os 110 e 160bpm; Variabilidade entre os 5 e 25bpm Sem desacelerações repetitivas. Variabilidade aumentada >25bpm Presença de desacelerações variáveis (sem definição) Não apresentam características patológicas. Baixo risco de hipóxia. Recomendada a reversão de uma eventual causa que esteja subjacente e monitorização do estado de oxigenação fetal continua.	Suspeito: Ausência de pelo menos um critério de normalidade. Linha de base: 150-170bpm ou 100 – 110bpm Variabilidade 5-10bpm >40 min Desacelerações precoces repetitivas (50% contrações), variáveis graves, tardias por 30min ou 20min com variabilidade reduzida, ou prolongadas > 5min. Padrão sinusoidal (sem tempo)	Patológico: Linha base <100bpm ou > 170bpm Variabilidade <5bpm >40min ou aumentada Desacelerações precoces repetitivas (50% contrações), variáveis graves, tardias por 30min ou 20min com variabilidade reduzida, ou prolongadas > 5min. Padrão sinusoidal (sem tempo)	Auscultação deve ser feita durante pelo menos 60s incluindo 30s após a contração. Se a FCF for inferior a 110 – repetir em 3 contrações seguidas. Devem ser mantidos intervalos de auscultação de 15 em 15min na fase ativa do 1º estágio de trabalho de parto e de 5 em 5min no 2º estágio do trabalho de parto. É necessário registar a presença de contrações uterinas, movimentos fetais e a frequência cardíaca materna. FCF < 110bpm ≥ 3 é sugestivo de desaceleração prolongada- indicação imediata para CTG contínuo. FCF > 160bpm durante 3 contrações é sugestivo de taquicardia – indicação de CTG contínuo.	Valores normais: pH> 7,25 e lactato < 4,2 mmol/L Valores intermédios: pH entre 7,20 e 7,25 e lactato entre 4,2 e 4,8 mmol/L. Valores anormais: pH< 7,20 e lactato > 4,8mmol/L. Valores intermédios requerem intervenções para melhorar oxigenação fetal. Se CTG persistir suspeito ou piorar o padrão, deve ser feita nova colheita nos próximos 20 a 30min. Se existirem valores normais de pH e lactato e CTG permanecer suspeito, deve realizar-se nova colheita nos próximos 60min. Contraindicações: Infecção ativa por herpes genital, hepatite B, C, D e ou HIV, suspeita de distúrbios sanguíneos fetais, incerteza sobre a apresentação ou rutura artificial de membranas.	Quando esta estimulação leva ao aparecimento de uma aceleração e normalização da FCF, é considerada uma característica tranquilizadora e elevado valor preditivo de exclusão de hipóxia. Se não provoca acelerações ou estas aparecem, mas ocorre uma variabilidade reduzida, é necessária uma monitorização continua.	Se já existir variabilidade reduzida e ausência de acelerações na CTG, as informações ST não podem ser confiáveis para indicação de hipóxia/acidose. Se CTG normal, eventos ST devem ser ignorados pois não indicam hipóxia/acidose fetal.	Trata-se de uma tecnologia recente, mas promissora pois a otimização dos algoritmos de análise vai continuar. São ainda necessárias mais pesquisas para avaliar a sua capacidade de detetar hipóxia/acidose fetal e prevenir resultados adversos e para comparar os diferentes sistemas computacionais existentes.
ACOG (4, 5, 6, 7, 8)	A FCF deve ser sempre avaliada em segmentos de 10 minutos, onde não exista variabilidade superior a 25bpm e que se mantenha estável durante, pelo menos 2 min. Normal: 110-160 batimentos/min (bpm) Bradicardia: inferior a 110 bpm Taquicardia: superior a 160 bpm	Oscilações dos valores da FCF, sendo avaliada através da amplitude do pico e do valor basal. Normal: superior ou igual a 6 até 25 bpm (variabilidade moderada) Reduzida: inferior ou igual a 5 bpm (variabilidade mínima) Aumentada: superior a 25bpm (variabilidade marcada)	Incremento abrupto na FCF, superior ou igual a 15 bpm, com duração superior ou igual a 15 segundos e inferior a 2 minutos. Prolongadas: duração superior ou igual a 2min, mas inferior a 10min. Se superior a 10min - alteração da linha de base.	Precoce: geralmente com diminuição visual simétrica e gradual, a partir do início até ao nadir FCF de superior ou igual a 30s. O início, nadir e recuperação ocorrem paralelamente com o início, pico e término da contração. Tardia: diminuição gradual e simétrica, a partir do início até ao nadir FCF de superior ou igual a 30s, com retorno associado a contração uterina. O início, nadir e recuperação ocorrem após início, pico e término da contração. Variável: diminuições abruptas da FCF, a partir do início da desaceleração até ao início do nadir da FCF com duração inferior a 30s. Relação variável com as contrações. Diminuição da FCF é de 15bpm ou mais, duração 15s ou mais e duração inferior a 2 min. Prolongada: diminuição da FCF da linha de base superior ou igual a 15bpm ou mais, com duração a superior ou igual a 2min, mas inferior a 10min. Se for superior ou igual a 10min, é classificada como alteração da linha de base. Padrão sinusoidal: com padrão ondulante na linha de base FCF, com frequência de 3-5 ciclos por min, que persiste por 20min ou mais.	Definida como a presença de 5 ou mais contrações em 10 min, na média de 30 min. As acelerações podem estar ausentes ou presentes. Podem existir desacelerações precoces. Desacelerações tardias ou variáveis ausentes.	Categoria I Linha de base: 110-160bpm Variabilidade da linha de base 6-25bpm As acelerações podem estar ausentes ou presentes. Podem existir desacelerações precoces. Desacelerações tardias ou variáveis ausentes.	Categoria II Todos os critérios que não estão incluídos nas categorias I e III: Bradicardia sem variabilidade ausente. Taquicardia Variabilidade <= a 5. Variabilidade ausente sem desacelerações recorrentes Variabilidade > 25bpm. Ausência de acelerações induzidas através da estimulação fetal Desacelerações Variáveis recorrentes com variabilidade <= 5 (ou normal) ou com aumento lento da FCF à linha de base após a desaceleração. Desaceleração prolongada >2 min e <10 min. Desaceleração tardia recorrente com variabilidade normal	Categoria III Variabilidade ausente com: -Desacelerações tardias recorrentes -Desacelerações variáveis recorrentes -Bradicardia e padrão sinusoidal. O padrão sinusoidal com uma frequência de ciclo de 3-5/min, com duração ≥ a 20min. Se variabilidade moderada e desacelerações tardias ou variáveis, pH é superior a 7 O seu uso diminuiu e pode já não estar disponível em vários hospitais.	Avaliada em intervalos regulares de 30 e 15min, no primeiro estado do trabalho de parto, e de 15 e 5 min no segundo estado, nas gestações de baixo e alto risco, respetivamente. Utilizada para avaliar a oxigenação fetal. Está recomendada quando um traçado é de categoria III. Durante o trabalho de parto – pH entre 7,3 a 7,32 mas pode ir até 7,2 e 7,15 no primeiro e segundo estado do trabalho de parto, respetivamente. Variabilidade moderada está associada a pH 7,15. Se variabilidade moderada e desacelerações tardias ou variáveis, pH é superior a 7 O seu uso diminuiu e pode já não estar disponível em vários hospitais.	Técnica que tem vindo a substituir a avaliação do pH. Menos invasiva. A presença de acelerações após a estimulação, indica uma acidemia improvável.	Quando existe esta junção, observa-se uma diminuição das cesarianas que ocorrem por sofrimento fetal e da frequência da acidose metabólica, em comparação à utilização de CTG isolado.	Não foi encontrada uma diretriz específica para este tópico.	
RCOG/ NICE (4, 5, 9, 10, 11)	Deverá ser aferida num período de 10 min. Exclui acelerações e desacelerações. Normal: 110-160bpm (branco) Taquicardia: >180 (vermelho) Taquicardia moderada: 161-180bpm (vermelho) Bradicardia: <100bpm (vermelho) Bradicardia moderada: 100-109bpm (âmbar). Incapacidade de definição da linha de base ou aumento da FCF de 20bpm ou mais. (âmbar). Importante comparar a FCF com frequências anteriores. O aumento requer uma avaliação mais cuidadosa.	Amplitude das oscilações da FCF, mas deverá ser medida num segmento de 1 min do traço, excluindo desacelerações e acelerações. Normal: variabilidade superior ou igual a 5bpm, CTG é considerado branco : 5-25 bpm Reduzida: variabilidade inferior a 5bpm por 30-50min, CTG considerado âmbar . É também âmbar com mais de 25 bpm por até 10 minutos. CTG é considerado vermelho se menos de 5bpm por mais de 50 minutos ou mais de 25 bpm por mais de 10 minutos ou sinusoidal.	Aumento igual ou superior 15bpm e com duração superior ou igual a 15seg. A ausência de acelerações não indica acidose fetal.	Diminuição da FCF de 15bpm, com duração superior ou igual a 15 seg. Em traçados com variabilidade reduzida, podem ocorrer desacelerações consideradas superficiais. Precoce: desaceleração uniforme com início na contração e retorno no final da contração. Tardia: diminuição com início do meio ao final da contração e nadir > 20 seg. após o pico da contração, terminado após a contração. Em situações que não ocorra variabilidade <5bpm, a definição inclui desacelerações de <15bpm. Variável: redução periódica e variável, com início e recuperação rápidos. As relações temporais com as contrações são variadas e podem ocorrer isoladamente, durante, normalmente, mais de 60 segundos Prolongada: redução rápida na FCF para níveis a baixo da base, com duração de pelos menos 60-90seg. Se forem cruzadas com 2 contrações >3min), as desacelerações tornam-se patológicas. Desacelerações repetitivas: ocorrem com mais de 50% das contrações Quanto mais longas e tardias forem as desacelerações maior será o risco de comprometimento fetal.	Considerar âmbar : 5 ou mais contrações em 10 min. Sem desacelerações Acelerações presentes. Sem características âmbar ou vermelhas.	Normal: Linha de base entre as 110-160bpm; Variabilidade ≥ 5bpm Sem desacelerações Acelerações presentes. Sem características âmbar ou vermelhas.	Suspeito: Linha de base 100-109bpm ou 161-180bpm; Variabilidade <5bpm por 40-90min; Desacelerações variáveis típicas em >50% das contrações, ocorrendo por >90min; Desaceleração prolongada por até 3 min; Ausência de acelerações, sem outras alterações, é considerado incerto. Caraterísticas âmbar .	Patológico: 2 ou mais características do traçado suspeito ou 1 ou mais das referidas a seguir: Linha de base <100bpm ou >180bpm Variabilidade da linha de base <5bpm por >90min Desacelerações variáveis atípicas em mais de 50% das contrações por >30min Desacelerações tardias em mais de 50% das contrações por >30min Desaceleração prolongada >3min Padrão sinusoidal ≥10min Caraterísticas todas vermelhas ou 2 ou mais âmbar .	Deve ser realizada imediatamente após uma contração pelo menos durante 1 minuto e repetida, pelo menos, uma vez a cada 15 minutos. Deverão ser registadas todas as acelerações e desacelerações, se existentes. Deverá ser avaliada a FC materna a cada hora, ou com mais frequência caso seja necessário. Na segunda fase do trabalho de parto, deverá ser realizada após uma contração de pelo menos um minuto e repetida pelo menos uma vez a cada 5 minutos. Valores de referência: 110-160bpm Sinal de alerta: inferior ou igual a 110bpm ou superior ou igual a 180bpm. Se ocorrer aumento da FCF de 20 batimentos/minuto ou mais, ou desaceleração, deverá ser realizada uma auscultação mais frequente e uma avaliação de todo o historial clínico. No segundo estado, avaliar a FC materna em simultâneo.	Todas as estimativas do pH deverão ser avaliadas tendo em conta o valor anterior, o trabalho de parto e os dados clínicos da mãe e do bebé. Ph 7.25 considerado normal, 7.21-7.24 limite e 7.20 anormal. As últimas recomendações desta entidade (2022), indicam que, devido a evidências limitadas, não é recomendada a colheita da amostra do sangue fetal. Se melhorar, deve-se continuar a monitorização. Se não existir aceleração pode indicar comprometimento fetal.	Não foi encontrada uma diretriz específica para este tópico.	Não foi encontrada uma diretriz específica para este tópico.	

O algoritmo de monitorização fetal criado para este relatório, é uma ferramenta para a prática clínica do EEESMO no acompanhamento de grávidas de baixo risco durante toda a gravidez e trabalho de parto. Permite uma identificação rápida das alterações na condição fetal e a tomada de decisão baseada em critérios objetivos.

A implementação eficaz deste algoritmo pode melhorar os desfechos perinatais, garante um acompanhamento adequado e intervenções oportunas.

Figura 1 - Algoritmo de decisão



3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PUERPÉRIO: A AUTOEFICÁCIA

A Filipa é uma puérpera de 36 anos, 4G4P (3 partos vaginais anteriores) O+, nega antecedentes relevantes e alergias. Encontra-se no 1º dia pós-parto eutócico com apresentação cefálica. A gravidez decorreu sem intercorrências. Apresenta uma ferida cirúrgica perineal decorrente de laceração de 2º grau, no local de episiorrafia do parto anterior.

Durante o dia, a Filipa encontrava-se acompanhada pela pessoa significativa, o marido. No entanto, à noite, o marido retornava a casa para prestar cuidados aos outros filhos, que estavam muito felizes e ansiosos para conhecer a nova irmã.

A Filipa manifesta vontade para amamentar. Deste modo, amamenta em livre demanda autonomamente, demonstrando capacidade para reconhecer os sinais de fome e saciedade da recém-nascida. A última mamada teve início às 7:30.

Neste turno, a Filipa quis dar banho ao recém-nascido, tendo realizado estes cuidados de forma autónoma.

À avaliação física, a puérpera apresentava mamas moles, mamilos proeminentes sem sinais inflamatórios, critérios sugestivos de que a amamentação estaria a ser eficaz. O útero estava bem contraído e os lóquios estavam em quantidade moderada, sem perda de coágulos, fatores indicativos de uma normal recuperação pós-parto. Todas estas condições físicas favoráveis também são positivas para o bem-estar emocional da puérpera, ajudando na redução do stress e permite um maior foco na ligação com a sua recém-nascida. Este estado é muito importante para uma transição suave, promovendo um bom início de ligação mãe/pai-filho.

A escolha deste caso foi de extrema relevância para mim, não só pelo acompanhamento da puérpera como também pelas implicações na minha prática e compreensão enquanto profissional de saúde. O caso teve o seu destaque pela oportunidade de trabalhar a autoeficácia da utente.

A utente já demonstrava conhecimentos e capacidades necessárias para cuidar de si e da recém-nascida, permitindo que o foco fosse no reforço da sua confiança, no reforço da confiança e na promoção da autonomia.

Este caso foi um desafio à minha abordagem habitual e trouxe reflexões sobre a prática paternalista que, por vezes, predomina na área da saúde. Pelo nosso desejo de querer prestar cuidados e garantir o bem-estar das utentes, caímos na armadilha de “fazer tudo” pelo outro. Apesar de bem-intencionada, esta atitude pode impedir que as utentes desenvolvam as suas próprias competências e se tornem agentes ativos no seu processo de recuperação e cuidado. Sendo assim, este caso, tornou-se um lembrete importante de que a minha função como cuidadora inclui a forma de intervir eficazmente, mas também capacitar a utente incentivando a sua independência sempre que possível.

Sendo assim, reconheço a importância do equilíbrio no nosso papel de suporte com o empoderamento da utente o que implica ajustar as nossas intervenções para que sejam para habilitar a utente.

Torna-se, também, crucial incentivar a participação ativa das utentes nos cuidados prestados, permitindo-lhes aplicar os seus conhecimentos e habilidades. Desta forma, não só se promove uma maior autoeficácia como também se contribui para a humanização dos cuidados.

Esta experiência demonstrou em mim a necessidade de uma prática reflexiva constante, onde avalio de forma contínua as minhas ações e procuro aperfeiçoar a arte do cuidar. Ao refletir sobre a abordagem paternalista e as suas consequências, posso melhorar a minha capacidade para responder às necessidades individuais das utentes para que os habilite e envolva no seu processo de saúde.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: Turno da manhã (08:00 - 14:00)

FOCO DE ATENÇÃO:	Puerpério
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
08:30 - Puérpera no 1º dia de um pós-parto eutócico	
DIAGNÓSTICO:	Puerpério
INTERVENÇÕES	
Avaliar a evolução da recuperação após o parto • Útero contraído, infra umbilical • Lóquios hemáticos em moderada quantidade, sem perda de coágulos e sem odor.	

O período pós-parto, também conhecido como puerpério ou o quarto trimestre de gravidez, é o intervalo entre o nascimento do bebé e o retorno dos órgãos reprodutivos ao estado pré-gravídico e é também um conjunto de modificações físicas e psíquicas, durando entre seis e doze semanas. Durante esta fase, ocorrem mudanças fisiológicas distintas, mas normais que revertem o processo de gravidez. O puerpério pode ser classificado em três fases: puerpério imediato (que ocorre desde o nascimento até às primeiras 24 horas); puerpério precoce (até ao final da primeira semana) e puerpério tardio (termina no final da sexta semana após o parto) (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

A involução uterina é o processo pelo qual o útero retorna ao seu estado não gravídico. Este processo inicia logo após a saída da placenta através da contração do músculo liso do útero, contrações estas que, principalmente nas múltiparas, podem ser preceptivas como dor. Nas primeiras 12 horas, o fundo do útero encontra-se ao nível do umbigo e em 24h é reduzido para o tamanho de 20 semanas de gestação. Nos dias seguintes, desce um a dois centímetros por dia, situando-se entre o umbigo e a sínfise púbica ao sexto dia (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

Os lóquios são o conteúdo que é expulso pelo útero e que são caracterizados em três tipos: lóquios hemáticos (têm uma coloração vermelha viva e

eritrócitos, restos de trofoblastos e fragmentos de decídua são os seu principais compostos), lóquios sero-hemáticos (compostos por soro, leucócitos, sangue envelhecido e restos tecidulares e surgem a partir do quarto ou quinto dia pós-parto) e lóquios serosos (surgem após o 10º dia e adquirem uma coloração amarelada com aspeto de muco sendo que a sua composição é composta por decídua, leucócitos, muco, soro, células epiteliais e bactérias). É esperado que, no total, os lóquios durem entre quatro e seis semanas. Faz parte da vigilância, a monitorização da hemorragia vaginal pois, uma hemorragia excessiva para além do período do pós-parto imediato, pode indicar complicações como restos placentares, laceração do canal de parto não suturada, atonia uterina ou infeções. Os lóquios devem apresentar um cheio tipo fluxo menstrual, sendo que um odor desagradável pode indicar, também, infeção (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

Durante as 24 horas de pós-parto, as mamas encontram-se moles e com uma secreção amarelada denominada colostro. Entre as 72 e 96 horas, as mamas vão tornando-se mais pesadas e cheias e o colostro passa a leite (sendo a sua designação comum a “descida do leite”). Durante este período pode acontecer que as mamas fiquem duras, com hipersensibilidade, quentes e, se não existir um esvaziamento adequado, pode levar a ingurgitamento mamário. Com a amamentação frequente, esta situação pode durar entre 24 e 48 horas. São considerados sinais de alerta, a presença de calor, rubor, massas palpáveis e mamilos macerados, gretados ou invertidos (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

FOCO DE ATENÇÃO:	Dor
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
08:30 - A Filipa faz medicação oral como analgesia (paracetamol e ibuprofeno intercalado - conforme prescrição médica) e utiliza também a crioterapia para alívio do desconforto na região perineal. Raquel refere que a analgesia é suficiente para controlar os níveis de dor.	
DIAGNÓSTICO	Dor

INTERVENÇÕES

Avaliar a dor

- 1 (END)

FOCO DE ATENÇÃO:

Pele

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

09:00 - A Filipa apresenta ferida cirúrgica associada a correção de laceração perineal.

DIAGNÓSTICO:

Ferida cirúrgica

INTERVENÇÕES

Avaliar a evolução da cicatrização da laceração de 2º grau

- Ferida com ligeiro edema, sem equimoses, não sangrante e com ligeira dor ao toque durante a higiene (1- END)

FOCO DE ATENÇÃO:

Comportamentos para amamentar

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

10:00 - A Filipa autonomamente reconhece os sinais de fome e saciedade da recém-nascida, identifica posições para amamentar e reconhece os sinais de boa pega.

DIAGNÓSTICO:

Conhecimento sobre amamentação facilitador

FOCO DE ATENÇÃO:

Comportamentos para amamentar

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

10:00 - A Filipa autonomamente inicia a amamentação perante sinais de fome da recém-nascida, adota uma posição confortável, corrige a pega inicial que a sua recém-nascida faz e estimula o mamar quando necessário. Quando denota sinais de saciedade, termina a amamentação e coloca a eructar na posição sentada.

DIAGNÓSTICO:

Capacidade para amamentar facilitadora

FOCO DE ATENÇÃO:	Comportamentos para amamentar
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
10:00 - A Filipa questiona se está a amamentar corretamente principalmente na pega.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar a autoeficácia para amamentar
OBJETIVO:	
Melhorar a autoeficácia para amamentar	
INTERVENÇÕES	
Elogiar o desempenho da Filipa	
Atividades que concretizam a intervenção	
- Analisar com a Filipa os sinais de boa pega que a recém-nascida demonstra - Elogiar a Filipa pela vontade e empenho que ela demonstra	

A autoeficácia está descrita como a crença que uma pessoa tem na sua capacidade para realizar determinadas tarefas. Relativamente à parentalidade, a autoeficácia está relacionada com a confiança que a mãe/pai possui neles próprios para cuidar dos filhos (Cardoso, 2014).

Foram realizados estudos que demonstram que as mães com maior perceção de autoeficácia, demonstram também, práticas mais adequadas e que fatores externos como experiências anteriores, conhecimentos, capacidades, apoio social e encorajamento da pessoa significativa, que influenciam diretamente a autoeficácia. Multíparas, mães com maior idade e com experiências mais específicas, também demonstraram ter maiores autoeficácia (Perry et. al., 2022; Cardoso, 2014).

A autoeficácia torna-se num fator crucial para a parentalidade e influencia diretamente o comportamento e a confiança da mãe/pai para cuidar dos filhos. O seu desenvolvimento passa por dotar os intervenientes de conhecimentos e capacidades (Cardoso, 2014).

Para as utentes, um dos componentes chave para o sucesso da amamentação é a autoeficácia e o suporte dos profissionais (Perry et. al., 2022). Sendo assim,

o profissional de saúde deverá saber quando deve, ou não, intervir e se existe essa necessidade. Muitas vezes apenas é necessário um elogio como forma de incentivo para trabalhar o sentido de autoeficácia nas utentes.

FOCO DE ATENÇÃO:	Adaptação à parentalidade
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 11:00 - A puérpera quis dar banho à recém-nascida, tendo pedido apenas supervisão. A puérpera realizou os cuidados de higiene (banho) ao recém-nascido de forma autónoma. Durante a limpeza ao coto do cordão umbilical a Raquel mencionou ter algum receio de magoar o recém-nascido e pediu ajuda.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar a capacidade sobre higiene do recém-nascido
OBJETIVO: Melhorar a capacidade da puérpera para realizar os cuidados ao coto umbilical do recém-nascido	
INTERVENÇÕES • Instruir a tratar do coto umbilical • Treinar a tratar do coto do cordão umbilical	
Atividades que concretizam a intervenção • Instruir a tratar do coto umbilical ○ Demonstrar o processo de tratamento ao coto umbilical ○ Demonstrar manuseamento correto do coto do cordão umbilical • Treinar a tratar do coto do cordão umbilical ○ Permitir que a Raquel experiencie a realização do tratamento ao coto do cordão umbilical	

Avaliação do Recém-nascido

A avaliação do recém-nascido comporta a avaliação da aparência e estado geral e na avaliação de resposta a estímulos. Tem como objetivos a identificação de anomalias congénitas e traumatismos do parto e avaliar a adaptação extrauterina. Para a realização destes procedimentos, o EEESMO deverá ter o

conhecimento do que é expectável, reconhecendo qualquer anomalia e intervir de forma adequada (Nené et. al., 2016; Sequeira et. al. 2020).

Gerir o ambiente de um recém-nascido, é crucial para assegurar o seu conforto e bem-estar. Manter um ambiente aquecido, com temperaturas entre os 23 e 26 graus celsius, é essencial para garantir que ele esteja aquecido e confortável, além de proteger contra as correntes de ar, que podem causar o desconforto e aumentar o risco de doenças respiratórias. Promover um ambiente calmo e tranquilo, com iluminação adequada, ajuda a reduzir o stress e a desenvolver um sono mais saudável para o bebé. A iluminação deve ser suave, evitando as luzes fortes que possam irritar os olhos sensíveis do recém-nascido. É importante manusear o bebé de forma suave e segura apoiando bem a cabeça e o pescoço para evitar movimentos bruscos e que possam causar desconforto ou lesões (Nené et. al., 2016; Sequeira et. al. 2020).

Em termos de aparência geral, o recém-nascido deve apresentar uma coloração rosada, embora a acrocianose possa estar presente inicialmente. Deve ainda estar alerta e ativo (Perry et. al., 2022).

Relativamente ao sistema neurológico, o bebé deve ser capaz de mover as quatro extremidades, demonstrando flexão e tónus muscular adequado. Deve existir simetria dos movimentos e características faciais. Os reflexos de Moro, sucção, busca e preensão também devem estar presentes. A fontanela anterior apresenta-se macia e plana (Perry et. al., 2022).

A auscultação do coração deverá revelar um ritmo e frequência regular, sem sopros e os pulsos devem ser fortes e bilateralmente iguais (Perry et. al., 2022).

Na avaliação do sistema respiratório, a auscultação pulmonar deve indicar clareza bilateral, com uma frequência respiratória entre 40 e 60 ciclos respiratórios por minuto, sem esforço respiratório. A expansão do tórax apresenta-se simétrica, sem sinais de flacidez nasal, grunhidos ou retrações (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

A pele do recém-nascido deve ser examinada para se documentar quaisquer lesões ou abrasões, marcas de nascimento ou outros achados relevantes. É

expectável que os olhos estejam claros, os palatos intactos, as narinas permeáveis e as orelhas no lugar correto e com um adequado alinhamento (Perry et. al., 2022).

Para os recém-nascidos masculinos, a abertura da uretra encontra-se na ponta do pénis e os testículos descidos bilateralmente. No sexo feminino, os lábios menores e maiores devem estar intactos, podendo ser visível a marca do hímen (Perry et. al., 2022).

Quanto ao sistema gastrointestinal, o abdómen deve ser mole e sem distensão. O cordão umbilical encontra-se preso e clampado e deve ser observada a perfuração do ânus (Perry et. al., 2022).

FOCO DE ATENÇÃO:	Reflexo de sucção
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 10h - Recém-nascido encontrava-se a ser alimentado na mama	
DIAGNÓSTICO:	Reflexo de sucção adequado

4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA SALA DE PARTOS

O termo “trabalho de parto” é descrito como o processo corporal que envolve várias dimensões da mulher, tornando-se assim num evento crítico para a transição para mãe e para pai, e em que o feto, a placenta e as membranas amnióticas são expulsos do útero através do canal vaginal. Nas semanas (e dias) que antecedem o início do trabalho, ocorrem diversas alterações fisiológicas e adaptações que preparam a grávida para o parto e o feto para o nascimento. Sendo assim, o trabalho de parto é um continuum que segue diretamente a gravidez. É a reta final para que o bebé chegue à mãe e pai. (Perry et. al., 2022; Cardoso, 2014, GOBP, 2023).

Alguns dos sinais de que o trabalho de parto está em iminência são, descida da apresentação fetal na pelve, aumento da atividade uterina e da intensidade das contrações de Braxton-Hicks. Também estão descritos que a perda do rolhão mucoso, a rotura espontânea da bolsa de águas e a dilatação e extinção do colo uterino são sinais e sintomas que a grávida pode experienciar antes do início do trabalho de parto (Sequeira et. al. 2020).

O verdadeiro início do trabalho de parto ocorre quando as contrações uterinas são dolorosas, com frequência e intensidades regulares e são acompanhadas por dilatação e apagamento do dolo uterino (Sequeira et. al. 2020).

As transformações que decorrem no corpo da grávida, promovendo a expulsão do feto, placenta e membranas, causam dor que é caracterizada como dor de trabalho de parto. Esta é descrita na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019) como uma sensação que vai aumentando em intensidade e na frequência, que é relacionada com as contrações do útero e com a dilatação cervical durante todo o processo de trabalho de parto.

Considera-se um trabalho de parto normal, aquele que inicia entre as 37 e as 42 semanas de gestação (Sequeira et. al., 2020).

Uma grávida sem complicações e com o feto em posição cefálica, o processo de trabalho de parto normal consiste em três aspetos principais: aumento contínuo

das contrações uterinas progressiva dilatação cervical e movimento descendente da apresentação fetal (Perry et. al., 2022).

Este processo do trabalho de parto envolve 4 fases que são descritas como primeiro estadio (apagamento ou extinção e dilatação do colo uterino), segundo estadio (período expulsivo), terceiro estadio (dequitação) e quarto estadio (puerpério imediato - até duas horas após o parto) do trabalho de parto (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

O primeiro estadio do trabalho de parto ocorre desde o início das contrações uterinas regulares até à dilatação completa do colo do útero. Esta tende a ser a fase mais longa que as seguintes, embora haja uma considerável variabilidade, influenciada por fatores como a paridade da utente. Em algumas múltiparas, a dilatação completa pode ocorrer em menos de uma hora, enquanto em primíparas, pode levar 18 horas ou mais. Normalmente, nas múltiparas, a dilatação e o apagamento ocorrem em simultâneo enquanto nas nulíparas, o apagamento inicia-se primeiro e só depois, a dilatação. O primeiro estadio é dividido em fase latente (considerada até aos 6cm de dilatação do colo do útero) e fase ativa (desde os 6cm de dilatação até à dilatação completa). Durante a fase latente, existe um avanço significativo no apagamento do colo do útero e a apresentação desce num ritmo muito menor, enquanto na fase ativa, ocorre uma dilatação mais rápida do colo do útero e um aumento da descida da apresentação fetal (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

A segunda fase do trabalho de parto, também chamada de período expulsivo, inicia-se quando o colo do útero atinge a dilatação completa, preparando-se para o nascimento do feto, terminando com a sua expulsão. A combinação de forças da musculatura da parede abdominal e do diafragma, em associação às contrações, exercem compressão no útero com movimento da frente para trás e de cima para baixo. É de extrema importância que a parturiente, junto com o profissional de saúde, encontre a posição que melhor se adequa ao que ela deseja e que se concentre para a realização de esforços expulsivos eficazes. Esta fase pode levar entre minutos até três horas e torna-se importante

reconhecer o padrão da frequência cardíaca fetal para que as intervenções sejam adequadas às necessidades reais de cada situação. Uma bradicardia persistente e as desacelerações tardias são considerados sinais de alerta (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

A placenta, que é expulsa após o nascimento do bebé, marca o fim da terceira fase do trabalho de parto e inicia a quarta fase. Nesta fase é crucial reduzir o medo e ansiedade através da promoção do contacto pele-com-pele e do estabelecimento de um ambiente o mais acolhedor possível, aumentado assim a produção de ocitocina que é a hormona que facilita a separação da placenta. Tem uma duração de três a cinco minutos, mas se for até uma hora, ainda é considerado dentro dos limites normais. O mecanismo de expulsão da placenta pode ser de duas formas diferentes: tipo Schultze ou Duncan. Mecanismo Schultze é o mais frequente correspondendo a 75% dos casos. Este ocorre quando a placenta é exteriorizada pela superfície fetal lisa e brilhante. O mecanismo de Duncan corresponde a 25% dos casos e dá-se quando a placenta é exteriorizada pela superfície rugosa (materna). É acompanhado por um sangramento ligeiro, mas contínuo (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

Após a dequitação é crucial verificar a formação do globo de segurança de Pinard, a perda sanguínea e verificar a placenta e membranas para avaliar a presença de membranas fragmentadas e divisão de um cotilédone. Nesta fase deve-se estar atento a complicações tais como: dequitação incompleta, retenção da placenta, atonia ou inversão uterina e traumatismo do canal de parto (Nené et. al., 2016).

Logo após a expulsão da placenta, inicia a quarta fase do trabalho de parto, que se estende, pelo menos, nas duas primeiras horas após o nascimento. Esta fase é crucial para o estabelecimento do vínculo entre mãe/pai e filho e é o início da amamentação. Aqui, devemos estar atentos a sangramento anormal, a contração uterina, períneo, sinais vitais e queixas maternas (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

Compreender os mecanismos e fases do trabalho de parto é extremamente importante para os profissionais de saúde, pois permite o acompanhamento

adequado de cada grávida garantindo a sua segurança e bem-estar e do feto também. Esta compreensão é facilitadora para a preparação das mulheres para o processo de trabalho de parto e parto, promovendo uma experiência mais positiva e tranquila.

É fundamental que a parturiente seja incentivada a urinar pelo menos a cada duas horas podendo ir até de quatro em quatro horas. A retenção urinária pode prejudicar a descida da apresentação fetal, atrasar as contrações uterinas e levar a uma atonia uterina no pós-parto. Nos casos da sala de partos referidos nos capítulos seguintes, a parturiente já se encontrava, com analgesia epidural. Esta analgesia aumenta o risco de retenção urinária, daí a necessidade de esvaziamento vesical com frequência (Perry et. al., 2022; Ayres de Campos et. al., 2022).

Não existindo contraindicação, a parturiente deve ser incentivada a urinar no wc, exceto situações em que esteja indicado o repouso no leito: bloqueio motor após analgesia, como por exemplo. Nestas situações, pode-se recorrer a uma aparadeira ou cadeira sanita. A monitorização pode ser interrompida durante 30 minutos se o CTG for tranquilizador (Perry et. al., 2022).

No caso de a parturiente não conseguir uma eliminação vesical espontânea e a bexiga se encontrar distendida, pode ser necessária a realização de um cateterismo vesical. Aqui, foi sempre seguido o protocolo hospitalar realizando algaliações intermitentes ou de demora, de acordo com a sensibilidade da utente (Perry et. al., 2022; Ayres de Campos et. al., 2022).

O analgésico ou anestésico ideal para o trabalho de parto, alivia a dor sem aumentar os riscos para a mãe/feto sem afetar o progresso do parto. A analgesia alivia a dor sem perda de consciência, enquanto a anestesia inclui a analgesia, amnésia e relaxamento, podendo provocar também perda de sensibilidade. A escolha do analgésico depende das preferências da parturiente (plano de parto), da fase do parto e recursos disponíveis (Perry et. al., 2022).

A anestesia epidural, uma das formas mais eficazes de alívio da dor, envolve a injeção de um anestésico local e/ou um opióide no espaço epidural entre a

quarta e a quinta vértebra lombar. A sua combinação permite uma dose menor de anestésico, preservando a função motora (Perry et. al., 2022).

Esta analgesia é normalmente administrada na fase ativa do trabalho de parto e durante a inserção do cateter epidural, a parturiente deve permanecer imóvel para evitar complicações. Dependendo do grau de bloqueio, pode permanecer em posição vertical e caminhar. A pressão arterial deve ser monitorizada com regularidade, e o oxigénio deve estar disponível em caso de hipotensão (Perry et. al., 2022; Nené et. al., 2016).

A infusão epidural contínua é o método mais comum de bloqueio epidural, podendo ser controlada pela parturiente (“Patient-Controlled Epidural Analgesia” - PCEA) permitindo um maior controlo e satisfação. As vantagens do bloqueio epidural incluem a manutenção da parturiente alerta, confortável e participativa, bom relaxamento, reflexo das vias aéreas intactas e paralisia motora leve. Complicações fetais são raras, mas podem ocorrer devido à rápida absorção do medicamento ou hipotensão materna marcada. Esta hipotensão pode comprometer a perfusão uteroplacentária e a oxigenação fetal. A retenção urinária e prurido são efeitos adversos comuns. Apesar de não existir evidência de aumento significativo de partos distócicos por cesariana, a analgesia epidural pode prolongar o segundo estadio do parto e aumentar a necessidade do recurso à ocitocina e de partos distócicos (Perry et. al., 2022).

A avaliação da equipa de enfermagem é fundamental. Deve-se considerar a descrição da dor pela parturiente, registar todas as características da dor e a eficácia das medidas de alívio. A enfermeira deve monitorizar o estado da parturiente, substituir seringas ou bolsas de infusão, interromper a infusão (caso necessário), remover o cateter (segundo indicação médica), iniciar medidas de emergência e comunicar alterações no estado da utente à equipa multidisciplinar (Perry et. al., 2022).

A ACUPRESSÃO COMO ESTRATÉGIA PARA LIDAR COM A DOR

A Maria, 2G1P, SGB negativo, com 39 semanas e 5 dias, com grupo sanguíneo A+. Teve um parto vaginal anterior há 2 anos que descreve como traumático para ela. Este trauma decorreu da disparidade entre a expectativa de parto e a experiência de parto vivenciada.

Deu entrada no serviço de bloco de partos por volta das 2h30 na fase ativa do 1º estadio de trabalho de parto. Ao exame vaginal realizado pela equipa médica na admissão, o colo do útero estava em posição intermédia, com 5cm de dilatação, 50% de extinção com membranas amnióticas íntegras.

Estava acompanhada pela pessoa significativa que é o marido.

A parturiente referiu que fez preparação para o parto no seu centro de saúde e que, apesar de não ter plano de parto escrito, pretende parto vaginal sem epidural, contacto pele com pele e laqueação do cordão umbilical realizado pelo marido.

A escolha deste caso deteve-se com a importância da intervenção do EEESMO na promoção de uma experiência de parto positiva e em como a nossa intervenção, junto da parturiente, permitiu que isso fosse possível, sendo uma experiência de parto que foi de encontro às suas expectativas.

Tempo acompanhamento: Turno Noite (20:00 - 08:00)

FOCO DE ATENÇÃO:	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
3h - Parturiente admitida no bloco de partos e refere dor lombar intensa. Utiliza pente para acupressão como estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO:	Dor de trabalho de parto

Intervenções

- Avaliar dor de trabalho de parto
 - 7 (END)

Neste caso, a parturiente foi admitida no bloco de partos e refere dor lombar intensa. Utiliza pente para acupressão como estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto. A acupressão pode ser utilizada durante o trabalho de parto para lidar com a dor e outros desconfortos (Perry et. al., 2022).

Pode ser aplicado calor, frio ou pressão nos pontos de acupuntura que são denominados “tsubos”. Estes, são pontos que carregam uma maior densidade de neuro recetores e maior condutividade elétrica. Podem ser encontrados no pescoço, ombros, pulsos, parte inferior das costas, zona abaixo das rótulas, tornozelos, unhas dos pés e solas (Perry et. al., 2022).

A acupressão promove a circulação sanguínea, a harmonia do yin e do yang e a secreção de neurotransmissores, mantendo as funções normais do corpo e promovendo o bem-estar. Deve ser aplicada sobre a pele seca, sem cremes ou lubrificantes e a pressão é, geralmente, aplicada com a base da mão, punho ou pontas dos polegares e dedos, sendo que também podem ser utilizados outros dispositivos (Perry et. al., 2022).

A pressão é aplicada com as contrações e continuamente à medida que o trabalho de parto avança para a fase final da fase ativa. A evidência indica que parturiente podem experienciar alívio da dor com a utilização da acupressão (Perry et. al., 2022).

FOCO DE ATENÇÃO:	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
3h - Parturiente admitida no bloco de partos e refere dor lombar intensa.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor no trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

OBJETIVO: Melhorar a capacidade da Raquel para lidar com a dor no trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
Intervenções Instruir estratégia de relaxamento
Atividades que concretizam a intervenção Encorajar a utilização da hidroterapia (duche sentada na bola de pilates) como estratégia para lidar com a dor

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 3h30 - Parturiente refere rotura espontânea de membranas amnióticas.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES - Assistir a posicionar-se (decúbito dorsal) - Monitorizar bem-estar fetal - FCF - 136bpm - Variabilidade - 5 - 25 bpm - Apresenta acelerações - Sem desacelerações - Avaliar contratilidade uterina 3 contrações em 10 min - Duração média de 40s - Avaliar evolução trabalho de parto - Dilatação - 6cm - Extinção - 80% - Características cervicais - colo mole, posição anterior - Apresentação cefálica acima do 1º plano - Avaliar líquido amniótico - Líquido claro, com cheiro suis génieris em quantidade moderada - Assistir a posicionar-se na posição em pé, debruçada na cama (por vontade da parturiente).	

FOCO DE ATENÇÃO:	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
3h30 - Refere aumento da intensidade da dor lombar após saída do duche	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor no trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVO:	
Melhorar a capacidade da Maria para lidar com a dor no trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas	
Intervenções	
• Instruir estratégia de relaxamento (massagem e acupressão da região lombar) • Treinar estratégia de relaxamento (massagem e acupressão da região lombar) • Envolver pessoa significativa • Gerir ambiente	
Atividades que concretizam a intervenção	
• Instruir estratégia de relaxamento (massagem e acupressão da região lombar) ○ Demonstrar a massagem e acupressão lombar. • Envolver pessoa significativa ○ Encorajar o marido a realizar a massagem e acupressão • Gerir ambiente ○ Providenciar privacidade ○ Ajustar a luz ambiente conforme pedido da parturiente	

FOCO DE ATENÇÃO:	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
04h30 - Parturiente encontra-se a realizar exercícios de mobilidade da bacia, de pé, autonomamente (Circulares, esquerda/direita, frente/trás).	
DIAGNÓSTICO:	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto facilitadora

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
05h15 - Parturiente refere aumento da pressão perineal.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
- Assistir a posicionar-se (decúbito dorsal) - Monitorizar bem-estar fetal - FCF - 130bpm - Variabilidade - 5 - 25 bpm - Apresenta acelerações - Sem desacelerações - Avaliar contratilidade uterina 4 contrações em 10 min - Duração média de 50s - Avaliar evolução trabalho de parto - Dilatação - 9cm - Extinção - 100% - Características cervicais - colo mole, posição anterior - Apresentação cefálica acima do 1º plano - Assistir a posicionar-se na posição de quatro apoios na cama (a pedido da parturiente).	

FOCO DE ATENÇÃO:	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
05h15 - Parturiente refere que mantém dor e pressão perineal. Mantém utilização de estratégias não farmacológicas (Acupressão, massagem)	
DIAGNÓSTICO:	Dor de trabalho de parto
Intervenções	
- Avaliar dor de trabalho de parto 7 (END)	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
05h40- Parturiente refere “vontade de puxar” e que “precisa de fazer força”	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
- Assistir a posicionar-se (posição semi-sentada - por vontade da parturiente) - Monitorizar bem-estar fetal - FCF - 134bpm - Variabilidade - 5 - 25 bpm - Apresenta acelerações - Sem desacelerações - Avaliar contratilidade uterina 4 contrações em 10 min - Duração média de 60s - Avaliar evolução trabalho de parto - Dilatação - 10cm - Extinção - 100% - Características cervicais - colo mole, posição anterior - Apresentação cefálica no 1º plano - Assistir ao parto - Gerir ingestão de líquidos	
Atividades que concretizam a intervenção	
- Assistir ao parto - Encorajar a ouvir o corpo - Preparar material de parto - Incentivar a realizar esforços expulsivos quando sentir - Gerir ingestão de líquidos - Oferecer água em pequenos goles durante o período expulsivo	

Durante a fase ativa de trabalho de parto, as parturientes eram restritas de líquidos claros ou pedaços de gelo ou qualquer outra coisa por via oral. Prática que visava minimizar os riscos associados à analgesia geral em caso de emergência. No entanto, esta questão foi colocada em causa devido ao uso mais

frequente da anestesia regional sendo que com este tipo de anestesia, as utentes permanecem conscientes. Pesquisas mais recente concluíram que não existe necessidade de restringir a ingestão de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto em parturientes de baixo risco. Embora o trabalho de parto retarde o esvaziamento gástrico, o jejum não garante a eliminação do conteúdo gástrico e pode aumentar a sua acidez. O jejum também pode ser percebido como um fator de stress e frustrante para as parturientes (Perry et. al., 2022).

A adequada ingestão de líquidos e calorias torna-se essencial para atender às demandas energéticas do parto. A falta de energia pode atrasar o progresso do trabalho de parto e aumentar o risco de intervenções como partos distócicos (ventosa ou fórceps). Oferecer líquidos claros (como água, chá com ou sem açúcar, sumos sem polpa), gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, conforme desejo da parturiente, proporciona-lhes uma sensação de controlo e conforto, mas também são uma fonte de energia e nutrição, especialmente em trabalho de parto prolongados (Perry et. al., 2022; Ayres de Campos et. al., 2022).

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
06h00- Parturiente refere “vontade de puxar” e que “precisa de fazer força”	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
• Monitorizar bem-estar fetal • FCF - 135bpm • Variabilidade - 5 - 25 bpm • Apresenta acelerações • Sem desacelerações • Avaliar contratilidade uterina • 4 contrações em 10 min • Duração média de 60s • Avaliar evolução trabalho de parto	

• Dilatação - 10cm • Extinção - 100% • Características cervicais - colo mole, posição anterior • Apresentação cefálica no 4º plano • Assistir ao parto • Implementar medidas de proteção do períneo
Atividades que concretizam a intervenção • Assistir ao parto • Encorajar a ouvir o corpo • Encorajar a realização de esforços expulsivos quando sentir • Elogiar esforços expulsivos • Explicar que a pressão é a cabeça do bebé a sair • Verificar presença de circulares do cordão umbilical • Implementar medidas de proteção do períneo • Incentivar a Filipa a respirar quando tiver de puxar • Aplicar a palma da mão direita no períneo, junto à fúrcula. • Controlar saída da apresentação com a mão esquerda

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 06h04- Nascimento No plano de parto da Maria, ela referiu o desejo de realizar pele com pele com o bebé e que o corte do cordão umbilical fosse realizado pelo marido.	
DIAGNÓSTICO	Nascimento
INTERVENÇÕES • Executar clampeamento do cordão umbilical com timing superior a 1 min • Avaliar índice de APGAR ao 1º minuto a. Índice de APGAR - 9 • Secar recém-nascido • Executar contacto pele com pele	
Atividades que concretizam a intervenção • Executar clampeamento do cordão umbilical	

○ Clampar cordão umbilical com a distância de 2 dedos de modo a permanecer um coto
● Executar técnica de contacto pele com pele ○ Assistir a Raquel a posicionar o recém-nascido no seu peito ○ Cobrir o Recém-nascido com lençol quente ○ Avaliar o bem-estar fetal do recém-nascido de 30 em 30 min.

FOCO DE ATENÇÃO	Comportamentos ligação mãe/pai-filho
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 06h06- Nascimento No plano de parto da Maria, ela referiu o desejo de realizar pele com pele com o bebé e que o corte do cordão umbilical fosse realizado pelo marido.	
DIAGNÓSTICO	Ligação mãe/pai-filho
INTERVENÇÕES ● Incentivar o corte do cordão umbilical pelo marido da Maria	
Atividades que concretizam a intervenção ● Orientar o marido da Maria para o local onde cortar e explicar que não magoa o recém-nascido, mas vai sentir alguma resistência quando realizar o corte.	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 06h09- Nascimento às 06h04	
DIAGNÓSTICO	Nascimento
INTERVENÇÕES ● Avaliar índice de APGAR ao 5º minuto ● Índice de APGAR - 10	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
-----------------	-------

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
06h14- Nascimento às 06h04	
DIAGNÓSTICO	Nascimento
INTERVENÇÕES	
- Avaliar índice de APGAR ao 10º minuto - Índice de APGAR - 10	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
06h20 - A Maria encontra-se no 3º período de trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
- Assistir no 3º estadio do trabalho de parto - Avaliar perda hemática - Perda hemática moderada, sem coágulos - Avaliar estado da placenta - Dequitação tipo Schultze - Placenta íntegra e completa - Membranas amnióticas completas - Cordão de inserção marginal, com uma veia e duas artérias - Avaliar contração uterina - Útero contraído - Avaliar canal de parto - Períneo íntegro - Prestar cuidados de higiene e conforto	
Atividades que concretizam a intervenção	
- Assistir no 3º estadio do trabalho de parto - Realizar tração controlada do cordão - Realizar manobra de Dublin - Iniciar perfusão de ocitocina (10U de ocitocina em 1000 CC de Soro com glicose a 5%).	

A INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A Rita é um primigesta de 28 anos, grávida de 41 semanas, grupo sanguíneo A+, resultado negativo para o Streptococcus grupo B, sem antecedentes relevantes. Estava acompanhada pelo companheiro que é a pessoa significativa.

Refere que foi uma gravidez planeada e que decorreu sem intercorrências.

A grávida fez preparação para o parto, contudo, não lhe foi possível assistir às intervenções de grupo relacionadas com a prática de estratégias facilitadoras do trabalho de parto. Apesar de não apresentar um plano de parto escrito, sempre quis um parto fisiológico. Assim sendo, foi aplicando estratégias que a mãe disse “que ia provocar o parto” (a mãe disse para “subir e descer escadas, comer tâmaras ou comida picante, andar com um pé no passeio e outro na estrada”).

No entanto, foi discutido com a equipa de saúde a necessidade de indução de trabalho de parto caso não acontecesse de forma espontânea. A Rita verbaliza compreender a situação.

Sendo assim, foi admitida no serviço de bloco de partos para iniciar indução de trabalho de parto por idade gestacional superior a 41 semanas. Foi realizado exame vaginal pela equipa médica e encontrava-se com um índice de Bishop 1 (Colo posterior, consistência cervical intermédia, inteiro, sem dilatação e apresentação acima do 1º plano). A administração do misoprostol por via vaginal, sendo protocolo do serviço, é normalmente realizada pela equipa médica. Contudo, a prescrição é de 25 mcg com início às 9h30.

A escolha deste caso justifica-se pela oportunidade, que se torna única, de acompanhar um processo de indução desde o início. Além disso, oferece uma experiência prática para estabelecer uma relação terapêutica efetiva com a utente, condição crucial para o sucesso do acompanhamento e otimização dos

cuidados de saúde. Esta relação terapêutica torna-se fundamental pois facilita a comunicação eficiente, aumenta a confiança da paciente nos profissionais de saúde e melhora a adesão aos planos de tratamento propostos.

Este caso permite adquirir competências sobre como criar e manter vínculos terapêuticos e contribuir para práticas mais seguras e centradas na utente.

Tempo acompanhamento: Turno Manhã (08:00 - 14:30)

FOCO DE ATENÇÃO	Gestação
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
08h30 - A Filipa encontra-se na sala de partos para início de indução de trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO	Gravidez
INTERVENÇÕES	
Gerir ambiente físico	
Atividades que concretizam a intervenção: - Fechar ligeiramente a persiana conforme pedido da grávida (luz ambiente) - Sugerir colocação de playlist - Providenciar privacidade - Estabelecer relação terapêutica	

De acordo com Ayres de Campos et. al. (2022) está preconizada a cateterização de uma veia com uma agulha de 18 ou 20 G tendo o membro superior direito como eleição. Apesar da colocação de cateter venoso periférico, não está recomendado a administração de soros por rotina em gravidezes de baixo risco com início de trabalho de parto espontâneo. Esta prática pode limitar a mobilidade da parturiente e aumentar a sobrecarga de fluidos.

A fluidoterapia é recomendada em situações específicas em que a parturiente não consegue a ingestão nutricional suficiente por via oral ou está a receber analgesia por via epidural (Perry et. al., 2022).

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
9h - Grávida é admitida para indução de trabalho de parto com índice de Bishop 1.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
• Avaliar bem-estar fetal ○ Monitorização cardiotocográfica ▪ FCF: 135 bpm ▪ Variabilidade: entre 5 e 25 bpm ▪ Com acelerações e sem desacelerações ▪ Sem registo de contrações ▪ Registo de movimentos fetais pelo cardiotocógrafo	

A indução do trabalho de parto envolve o início artificial das contrações uterinas, que provocam dilatação e apagamento do colo uterino, antes que estas tenham o seu início espontâneo (Perry et. al., 2022; Ayres de Campos, et. al., 2022).

A maturação cervical é um processo que provoca modificações no colo uterino e é um processo lento. Para determinar a sua necessidade, deve-se proceder à avaliação do índice de Bishop modificado (tabela 2), sendo que, valores do índice inferiores a 6, indicam a necessidade de maturação cervical com a administração de prostaglandinas ou métodos mecânicos e, valores superiores a 6, indicam que a maturação não é necessária (Ayres de Campos, et. al., 2022). No entanto, em nulíparas, o amadurecimento cervical pode ser necessário se o índice de Bishop for inferior a 8 (Carlson et al., 2021).

Tabela 2 - Índice de Bishop Modificado (Ayres de Campos, et. al. 2022)

Índice de Bishop Modificado				
	0	1	2	3
Posição do colo	Posterior	Intermédio	Anterior	--
Consistência Cervical	Duro	Intermédio	Mole	--
Apagamento Cervical	0 - 30%	40-50%	60-70%	≥ 80%
Dilatação Cervical (cm)	0	1-2	3-4	≥5
Estadio da apresentação	-3	-2	-1/0	≥+1

Complicações de saúde maternas/fetais, complicações médicas/obstétricas, rotura prematura de membranas a partir das 36 semanas de gravidez, idade gestacional superior ou igual a 41 semanas, oligoâmnios, grávida com diabetes tipo 1, 2 ou gestacional, existência de doenças hipertensivas ou pré-eclâmpsia e colestase gravídica, são indicações para indução de trabalho de parto. De forma a diminuir o risco de complicações, a indução de trabalho de parto não deverá ocorrer antes das 39 semanas de gravidez. São contraindicações da indução de trabalho de parto, apresentações pélvicas ou transversas, prolapsos do cordão umbilical, placenta prévia ou vasa prévia, infeção ativa por herpes genital, histórico de rotura uterina, diagnóstico de cancro do colo do útero, cesariana anterior com sutura segmentar, três (ou mais) cesarianas anteriores, realização prévia de alguma cirurgia uterina e todas as outras situações em que o parto vaginal não está indicado (Ayres de Campos, et. al., 2022; Borovac-Pinheiro, 2023).

Neste caso, a grávida apresentava um índice de Bishop com um score de 1, pelo que foi realizada maturação cervical com recurso a Misoprostol. A utilização deste fármaco está associada a uma elevada taxa de sucesso na modificação do índice de Bishop e a menor necessidade de aceleração do trabalho de parto com recurso a ocitocina. Para a realização deste procedimento é necessário:

internamento; CTG pelo menos durante 20 minutos antes do fármaco; Inserção de cateter venoso periférico; administração do fármaco via vaginal (com intervalos entre três a seis horas); no caso de Taquissistolia, deve-se adiar a próxima aplicação (Ayres de Campos, et. al., 2022; Néné et. al., 2016).

FOCO DE ATENÇÃO	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 10h - A Rita demonstra conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto e seus benefícios (uso da bola, deambulação, movimentos da bacia), mas demonstra dificuldade em utilizá-las.	
DIAGNÓSTICO	Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJECTIVO	Melhorar a capacidade da Rita para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
INTERVENÇÕES • Instruir o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto • Treinar o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto • Instruir exercícios de mobilidade da bacia • Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia	
Atividades que concretizam a intervenção: • Instruir o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto ○ Demonstrar como utilizar a bola de pilates (apoiar na cama ou sem apoio, movimentos da bacia - circulares, para a frente e para trás e desenhar o infinito) • Treinar o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto ○ Permitir que a Rita experiencie sentar-se na bola e realize os movimentos que desejar • Instruir exercícios de mobilidade da bacia em pé ○ Demonstrar exercícios de mobilidade da bacia em pé (apoiar na cama, no companheiro ou na parede - circulares, para a frente e para trás e desenhar o infinito) • Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia em pé ○ Permitir que a Rita experiencie exercícios de mobilidade da bacia em pé	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
12h - Grávida referiu cansaço em relação aos exercícios na bola e encontrava-se sentada na cama.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de parto
OBJECTIVO	Melhorar a capacidade da Rita para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
INTERVENÇÕES	
Assistir no uso de estratégias facilitadoras de trabalho de parto	
Atividades que concretizam a intervenção:	
Sugerir à Rita que deambule pelo quarto conforme o seu conforto e vontade	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
13h - Grávida em indução de trabalho de parto com misoprostol vaginal. Próxima administração às 13h30 pela equipa médica.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
- Avaliar bem-estar fetal - Monitorização cardiotocográfica - FCF: 137 bpm - Variabilidade: entre 5 e 25 bpm - Com acelerações e sem desacelerações - Sem registo de contrações - Registo de movimentos fetais pelo cardiotocógrafo	

O PARTO EMERGENTE

A Rute é um primigesta de 32 anos, grávida de 40 semanas e 3 dias, grupo sanguíneo B+, resultado negativo para o Streptococcus grupo B, sem antecedentes relevantes. Está acompanhada pelo marido que é a pessoa significativa.

Refere que foi uma gravidez planeada e que decorreu sem intercorrências. A grávida participou no programa de preparação para o parto e apresenta plano de parto escrito.

Foi internada há dois dias para indução do trabalho de parto por oligoâmnios. Apresenta cateter epidural.

Na passagem de turno foi dito que a Rute se encontra com um índice de Bishop 12 (Colo anterior, consistência cervical mole, 80% extinto, 8 cm de dilatação e apresentação acima do 1º plano), último toque vaginal realizado pelas 7h30.

No decorrer da manhã, utilizou a bola de partos e esteve a deambular com o marido.

No entanto, pelas 11h30 apresentou um CTG não tranquilizador com desaceleração prolongada que foi comunicado à equipa médica, que decidiu parto distócico por cesariana.

A escolha deste caso permite uma análise profunda das complicações associadas à indução e do processo de tomada de decisão para garantir a saúde materna e fetal. Tal análise pode oferecer insights valiosos para otimizar as práticas obstétricas e aprimorar os cuidados com a mulher e o feto.

O oligoâmnios, caracterizado pela redução anómala do volume de líquido amniótico, é uma condição que pode complicar a gestação e comprometer o bem-estar fetal. A indução do trabalho de parto nestes casos é frequentemente recomendada para mitigar riscos potenciais, como o sofrimento fetal,

compressão do cordão umbilical, e complicações durante o parto (Krispin et al., 2019).

A presença de oligoâmnios é associada a um aumento das complicações perinatais, incluindo restrição de crescimento intrauterino, hipoxia fetal e aumento da mortalidade perinatal. A redução do líquido amniótico pode resultar num aumento do risco de compressão do cordão umbilical e comprometimento do fluxo sanguíneo (Krispin et al., 2019).

Tempo acompanhamento: Turno Manhã (08:00 - 14:30)

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
08h30 - A Rute encontra-se na sala de partos no segundo dia de uma indução do trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de parto
INTERVENÇÕES	
Gerir ambiente físico	
Atividades que concretizam a intervenção: - Fechar ligeiramente a persiana conforme pedido da grávida (luz ambiente) - Sugerir colocação de playlist - Providenciar privacidade - Estabelecer relação terapêutica	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
08h30 - A Rute encontra-se no leito, em decúbito lateral esquerdo com a bola amendoim no meio das pernas. Está a realizar monitorização cardiotocográfica.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
Avaliar bem-estar fetal	

- Monitorização cardiotocográfica
 - FCF: 136 bpm
 - Variabilidade: entre 5 e 25 bpm
 - Com acelerações e sem desacelerações
 - Com registo de contrações: 4 contrações uterinas/10 minutos
 - Registo de movimentos fetais pelo cardiotocógrafo

FOCO DE ATENÇÃO	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 10h - A Rute demonstra capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e encontra-se a usar a bola de parto e a realizar movimentos da bacia, com o apoio do marido.	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 11h30 - A Rute encontra-se a realizar monitorização cardiotocográfica enquanto está na bola de partos. O CTG apresentou uma desaceleração precoce e foi-lhe indicado que deveria regressar ao leito para uma melhor monitorização cardiotocográfica. A Rute foi assistida a regressar ao leito.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES ● Avaliar bem-estar fetal ○ Monitorização cardiotocográfica ▪ FCF: 105 bpm ▪ Variabilidade: entre 5 e 25 bpm ▪ Com acelerações e com desacelerações precoces ▪ Com registo de contrações: 4 contrações uterinas/10 minutos ▪ Registo de movimentos fetais pelo cardiotocógrafo ● Comunicado CTG à equipa médica.	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
-----------------	-------

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
11h35 - A Rute encontra-se a realizar monitorização cardiotocográfica. O CTG apresentou uma desaceleração prolongada. A equipa médica encontrava-se na sala de parto tendo decidido uma cesariana.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
• Avaliar bem-estar fetal ○ Monitorização cardiotocográfica ▪ FCF: 98 bpm ▪ Variabilidade: entre 5 e 25 bpm ▪ Com desaceleração prolongada ▪ Com registo de contrações: 4 contrações uterinas/10 minutos ▪ Registo de movimentos fetais pelo cardiotocógrafo	

O PARTO SEM ANALGESIA

A Renata é um 2G1P de 36 anos, grávida de 38 semanas e 2 dias, grupo sanguíneo O+, resultado negativo para o Streptococcus grupo B, sem antecedentes relevantes. Está acompanhada pelo marido que é a pessoa significativa.

Refere que foi uma gravidez planeada e que decorreu sem intercorrências. Apresenta plano de parto escrito onde refere que deseja analgesia epidural.

Deu entrada no serviço de urgência pelas 15h30 com um índice de Bishop 12 (Colo anterior, consistência cervical mole, 100% extinto, 9 cm de dilatação e apresentação acima do 1º plano). Apresentou rotura de membranas amnióticas pelas 14h.

Apesar de no plano de parto referir que pretende analgesia epidural, houve necessidade de gerir expectativas e foi informada de que, nesta fase de trabalho de parto poderia não ser possível a colocação de cateter epidural.

Tempo acompanhamento: Turno Tarde (14:00 - 20:30)

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
15h45 - Realizada monitorização cardiotocográfica.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
- Assistir a posicionar-se (decúbito dorsal) - Monitorizar bem-estar fetal - FCF - 136bpm - Variabilidade - 5 - 25 bpm - Apresenta acelerações - Sem desacelerações - Avaliar contratilidade uterina 5 contrações em 10 min - Duração média de 50	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
16h15 - Parturiente refere aumento da pressão perineal e refere que tem “vontade de puxar”.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
- Monitorizar bem-estar fetal - FCF - 134bpm - Variabilidade - 5 - 25 bpm - Apresenta acelerações	

• Sem desacelerações • Avaliar contratilidade uterina • 5 contrações em 10 min • Duração média de 50s • Avaliar evolução trabalho de parto Dilatação - 10cm Extinção - 100% Apresentação cefálica acima do 1º plano • Assistir a posicionar-se na posição de quatro apoios na cama (a pedido da parturiente).
--

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
16h15- Parturiente encontra-se na posição de quatro apoios.	
DIAGNÓSTICO	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
INTERVENÇÕES	
• Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto • Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto	
Atividades que concretizam a intervenção	
• Explicar à Renata que na posição de quatro apoios pode afastar os joelhos de e juntar os pés de forma a aumentar o diâmetro da entrada da pelve. • Permitir que a Renata experiencie a posição de quatro apoios com os joelhos afastados e os pés aproximados.	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
16h20- Parturiente em esforços expulsivos.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
• Monitorizar bem-estar fetal • FCF - 138bpm	

• Variabilidade - 5 - 25 bpm • Apresenta acelerações • Sem desacelerações • Avaliar contratilidade uterina • 5 contrações em 10 min • Duração média de 55s • Avaliar evolução trabalho de parto Dilatação - 10cm Extinção - 100% Apresentação cefálica no 2º plano • Assistir ao parto • Gerir ingestão de líquidos
Atividades que concretizam a intervenção • Assistir ao parto a. Encorajar a ouvir o corpo b. Realizar esforços expulsivos quando sentir • Gerir ingestão de líquidos a. Oferecer água em pequenos goles durante o período expulsivo

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
16h30- Parturiente em esforços expulsivos.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
• Assistir a posicionar-se (posição semi-sentada - por vontade da parturiente) • Monitorizar bem-estar fetal • FCF - 139bpm • Variabilidade - 5 - 25 bpm • Apresenta acelerações • Sem desacelerações • Avaliar contratilidade uterina • 5 contrações em 10 min • Duração média de 60s • Avaliar evolução trabalho de parto	

Dilatação - 10cm Extinção - 100% Apresentação cefálica no 4º plano Assistir ao parto
Atividades que concretizam a intervenção - Assistir ao parto - Encorajar a ouvir o corpo - Realizar esforços expulsivos quando sentir - Elogiar esforços expulsivos - Explicar que a pressão é a cabeça do bebé a sair - Realizar proteção do períneo - Controlar a apresentação - Verificar presença de circulares do cordão umbilical

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
16h30- Parturiente encontra-se na posição semi-sentada.	
DIAGNÓSTICO	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
INTERVENÇÕES	
- Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto - Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto	
Atividades que concretizam a intervenção	
- Explicar à Renata que na posição semi-sentada pode juntar os joelhos de e afastar os pés de forma a aumentar o diâmetro da entrada da pelve. - Permitir que a Renata experiencie a posição semi-sentada com os joelhos afastados e os pés aproximados.	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
16h38- No plano de parto da Renata, ela referiu o desejo de realizar pele com pele com o bebé e que o corte do cordão umbilical fosse realizado pelo marido.	

DIAGNÓSTICO	Nascimento
INTERVENÇÕES - Assistir na execução do clameamento do cordão umbilical - Avaliar índice de APGAR ao 1º minuto - Índice de APGAR - 9 - Secar recém-nascido - Executar contacto pele com pele	
Atividades que concretizam a intervenção - Executar clameamento do cordão umbilical - Incentivar o marido da Renata a cortar o cordão umbilical - Orientar o marido da Renata no corte do cordão umbilical (indicar local e providenciar material) - Executar técnica de contacto pele com pele - Assistir a Renata a posicionar o recém-nascido no seu peito - Cobrir o recém-nascido com lençol quente - Avaliar o bem-estar fetal do recém-nascido de 30 em 30 min.	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 16h43 - Nascimento às 16h38.	
DIAGNÓSTICO	Nascimento
INTERVENÇÕES - Avaliar índice de APGAR ao 5º minuto - Índice de APGAR - 10	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO 16h48- Nascimento às 16h38.	
DIAGNÓSTICO	Nascimento
INTERVENÇÕES - Avaliar índice de APGAR ao 10º minuto - Índice de APGAR - 10	

FOCO DE ATENÇÃO	Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO	
16h50 - A Raquel encontra-se no 3º período de trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO	Trabalho de Parto
INTERVENÇÕES	
• Assistir no 3º estadio do trabalho de parto • Avaliar perda hemática a. Perda hemática moderada, sem coágulos • Avaliar estado da placenta a. Dequitação tipo Schultze b. Placenta íntegra e completa c. Membranas não fragmentadas d. Cordão de inserção marginal, com uma veia e duas artérias • Avaliar contração uterina a. Útero contraído • Avaliar canal de parto a. Períneo íntegro • Prestar cuidados de higiene e conforto	
Atividades que concretizam a intervenção	
• Assistir no 3º estadio do trabalho de parto ○ Realizar tração controlada do cordão ○ Realizar manobra de Dublin ○ Iniciar perfusão de ocitocina (10U de ocitocina em 1000 CC de Soro com glicose a 5%).	

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Esta divisão do relatório explana o processo de aquisição de competências que se desenrolou ao longo dos diferentes contextos clínicos (nos serviços de Internamento-Gravidez com complicações, Puerpério e Núcleo de Partos) do Estágio de Natureza Profissional com Relatório.

Estas experiências alicerçam-se nas competências gerais e específicas do EEESMO, que estão regulamentadas no Diário da República pelos Regulamentos n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, e n.º 391/2019, de 3 de maio, respetivamente.

No que diz respeito às competências específicas do EEESMO, foi-me proporcionado desenvolver habilidades e competências para:

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

A destacar que, transversal a todos os contextos clínicos, foi o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais que me auxiliou a intervir de forma empática e assertiva, sempre que se mostrou necessário, de modo a ajudar as mulheres a vivenciar os processos de transição, de uma forma positiva, para obter ganhos em saúde. Assim sendo, adotei a Teoria das Transições de Afaf Meleis, como referencial de base teórico, na minha prestação de cuidados. A transição requer a aquisição de novas informações e habilidades, a modificação de atitudes e a redefinição dos significados atribuídos aos eventos (Meleis, 2010).

O EEESMO, durante a gravidez, parto e pós-parto, oferece cuidados à mulher, pessoa significativa e família, que estão a vivenciar uma transição

desenvolvimental, intervindo sempre que necessário para a promoção de conhecimentos e habilidades que vão permitir uma experiência mais positiva à nova situação.

Relativamente ao estágio no serviço de Internamento de Grávidas com Complicações (complicação da gravidez ou agravamento de patologia pré-existente), permitiu-me prestar cuidados a 40 mulheres nesta condição.

Na assistência a estas grávidas aprofundei competências no âmbito da monitorização do bem-estar materno-fetal (CTG), monitorização da pressão arterial, monitorização de perda de líquido amniótico e de perda hemática vaginal, monitorização da glicemia capilar e avaliação bioquímica da urina.

Adquiri habilidades na área da promoção à adaptação da mulher à gravidez com complicações - identificação dos sinais de alarme de cada situação particular: autovigilância; incentivar a procura de ajuda médica especializada, junto dos profissionais de saúde competentes, aquando do reconhecimento destes sinais; importância de seguir o Regime Terapêutico prescrito para o controlo da patologia (medicamentoso e não medicamentoso).

A referir que presenciei situações com aumento de contratilidade uterina e risco de parto pré-termo.

Na compreensão deste risco de parto pré-termo, as grávidas experienciavam muitas vezes estados de ansiedade pelo receio da prematuridade, tendo sido essencial implementar medidas de apoio e suporte emocional que me fizeram evoluir neste âmbito.

Tendo em consideração o significado que a grávida atribui à situação, desenvolvi assim habilidades de suporte e de ajuda na reformulação do significado dificultador dado.

A assertividade, mostrou-se a técnica comunicacional de eleição para desenvolver competências de informação e de suporte emocional ao informar a mulher, a pessoa significativa e a família.

Durante o contexto de estágio no serviço de internamento de grávidas de risco, deparei-me com o desafio da avaliação do bem-estar fetal. A vigilância do bem-

estar fetal é uma parte essencial da assistência pré-natal para garantir um parto seguro e saudável, em particular durante o internamento de grávidas de risco.

A vigilância do bem-estar fetal pode identificar problemas e proporcionar uma intervenção precoce (Alfirevic et al. 2017; Walker et al., 2018; FIGO, 2015; ACOG,2021; RCOG/NICE, 2023). Como referido anteriormente, numa meta-análise desenvolvida por Alfirevic et al. (2017), a vigilância anteparto reduziu significativamente a mortalidade fetal em 32% e a mortalidade neonatal em 38%. No decorrer do parto, a avaliação da condição fetal ajuda a detetar a hipóxia fetal (FIGO, 2015; ACOG,2021; RCOG/NICE, 2023).

A avaliação do bem-estar fetal durante o parto é assim essencial na prática clínica com o intuito de monitorizar e garantir a saúde do feto, detetar hipóxia e orientar para a implementação de intervenções oportunas minimizando riscos materno-fetais. Esta vigilância fornece dados essenciais para a tomada de decisão clínica, reduz a incidência de condições neonatais adversas, reduz a morbilidade e mortalidade neonatal, sendo que, a monitorização associada ao uso de técnicas complementares, para obter uma avaliação mais precisa e evitar falsos diagnósticos proporciona um parto mais seguro e eficiente (FIGO, 2015; ACOG,2021; RCOG/NICE, 2023).

Ao confirmar que o feto está saudável, a vigilância pode evitar intervenções desnecessárias, que acarretam desconforto e/ou riscos adicionais para a mãe e para o feto (FIGO, 2015; ACOG,2021; RCOG/NICE, 2023).

A avaliação do bem-estar é componente associada às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), descritas no Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. Desta forma, é competência do EEESMO, diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher, avaliar o bem-estar materno-fetal recorrendo a ferramentas técnicas específicas e pertinentes no período pré-natal e no decorrer do trabalho de parto, reportando à equipa médica os quadros clínicos que estão para além da sua área de atuação.

Monitorização da frequência cardíaca fetal (FCF), através do uso de cardiotocografia (CTG) e auscultação Intermitente, a avaliação e interpretação

de sinais fisiológicos como variabilidade da FCF e a identificação de acelerações e desacelerações, a aplicação de métodos complementares como a determinação do pH do escalpe fetal e estimulação do escalpe fetal, faz assim parte das competências do EEESMO, em relação à avaliação do bem-estar fetal. A educação e aconselhamento, fornecendo Informação clara e compreensiva para as grávidas e suas famílias sobre o estado do bem-estar fetal e os procedimentos a serem realizados, são também competências que não podem ser descuradas, bem como as medidas de apoio e suporte emocional, especialmente nos casos que exigem intervenções emergentes (FIGO, 2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023).

Assim, a atualização e formação contínua e a implementação de intervenções orientadas pelas diretrizes atualizadas das principais organizações de saúde internacionais é responsabilidade do EEESMO, também na avaliação do bem-estar fetal (FIGO, 2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023).

Desenvolvi, assim, habilidades e competências na conceção de cuidados centrados em áreas de atenção relacionadas com o processo de diagnóstico(s) e intervenções que são sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados em EEESMO e na identificação de dados que caracterizam o estado fetal e criei um algoritmo de decisão orientador do percurso da ação do EEESMO.

Adicional, foi assim a aquisição e desenvolvimento de competências na área da investigação, proporcionada pela revisão narrativa da literatura, tendo por referência as guidelines atualizadas sobre avaliação do bem-estar fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.

Desenvolvi assim habilidades de análise e interpretação de trabalhos já publicados, principalmente das guidelines atuais, nacionais e internacionais sobre a avaliação do bem-estar fetal.

Tive assim a oportunidade de alargar as habilidades na execução das diferentes etapas da revisão narrativa da literatura, desenvolvi habilidades de análise e sintetização de trabalhos divulgados, neste caso, sobre avaliação do estado fetal, com recurso nomeadamente a fontes bibliográficas e eletrónicas, e pesquisando as guidelines atualizadas para obtenção dos resultados.

Assim, partindo da questão inicial “Será que a definição de um algoritmo para decidir o percurso de ação do EEESMO seria um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO?”, efetuei uma pesquisa exploratória utilizando as palavras-chave: Avaliação Bem-Estar Fetal, Período Pré-Natal, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e obtendo os documentos atuais da FIGO, ACOG, RCOG/NICE, extrai os dados relevantes destas guidelines selecionadas, cujos resultados estão sintetizados na tabela já apresentada. Posteriormente e com base na referida tabela, defini então o algoritmo orientador do percurso de ação. Criei um algoritmo de decisão orientador do percurso da ação, que especifica quais os parâmetros a avaliar, quais os possíveis valores que esses parâmetros podem assumir, como se conjugam entre si para decidir o percurso de ação do EEESMO, para ser um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelo EEESMO.

O estágio no serviço do Puerpério facilitou o desenvolvimento de habilidades para cuidar das mulheres e recém-nascidos durante o período pós-parto. Ofereceu-me a oportunidade de prestar cuidados a 120 puérperas e recém-nascidos, promovendo a recuperação pós-parto da puérpera e o seu bem-estar, bem como o bem-estar do recém-nascido e avaliação do desenvolvimento deste.

O puerpério corresponde ao período que se estende desde o momento do nascimento até ao momento em que os órgãos reprodutivos retornam ao seu estado normal, pré-gravídico, durando seis semanas em média (Whittemore & Knafl, 2005; Grant & Booth, 2009). Neste período, a queda precipitada de estrogênio e progesterona, bem como a expulsão dos produtos da concepção e a decorrente diminuição do volume abdominal, provocam várias alterações no organismo da puérpera que favorecem a recuperação pós-natal (WHO, 2022; Perry et al., 2022).

Efetivei o aprimoramento de competências relacionadas à prática da avaliação da puérpera (monitorização de lóquios, ferida cirúrgica, eliminação vesical, dor, involução uterina...) e do recém-nascido durante a admissão no serviço,

bem como as habilidades para informar a mulher da respetiva perda de lóquios durante o puerpério e das suas características ao longo do tempo.

Esta perda é classificada como normal nas primeiras quatro a seis semanas pós-parto, apresentando-se inicialmente sanguinolentos, com pequenos coágulos, e em quantidade equivalente a uma perda menstrual mais proeminente, passando a coloração a ser rosada ou acastanhada, mais serosos, podendo permanecer até ao 1º mês pós-parto (Perry et al., 2022). Posteriormente, os lóquios já de menor quantidade, aproximam-se a um corrimento esbranquiçado ou amarelado (Perry et al., 2022).

Tive também oportunidade para desenvolver as competências devidas na prestação de cuidados à puérpera após cesariana. Desde avaliação da cicatrização da ferida cirúrgica, devido tratamento, prevenção de infeção ou deiscência e a transmissão à mulher dos cuidados a ter para manter penso limpo e seco, bem como os cuidados a ter para evitar complicações (Perry et al., 2022). A capacitação para o autocuidado permitiu-me melhorar as minhas habilidades para transmitir informação nesta área.

Além disso, este estágio despertou a aquisição de habilidades para identificar sinais de alerta de depressão pós-parto que exigem medidas de apoio e a devida orientação. A puérpera e família devem também ser preparados para identificar estes sinais para procurarem ajuda profissional (Perry et al., 2022).

Desenvolvi habilidades para informar a puérpera sobre as modificações expectáveis do ponto de vista emocional, devido às alterações hormonais, assim como bem informar sobre as alterações necessárias nas rotinas diárias familiares com a integração do recém-nascido, não descurando os períodos de sono e repouso da puérpera.

Por outro lado, o risco de incontinência urinária pós-parto é uma realidade, e assim sendo, este contexto clínico permitiu desenvolver habilidades no âmbito de identificar e referenciar as situações existentes e, também, capacitar a puérpera para realizar exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica.

Melhorar a habilidade das puérperas para cuidar de seus recém-nascidos (lactação, amamentação, choro, cuidados de higiene, banho e cuidados com o coto umbilical), quando se mostrava necessário, alargou as minhas competências neste campo.

Cuidar adequadamente do coto umbilical foi uma área na qual os pais mostraram muitas questões de prevenção de infeção, o que estimulou a minha aquisição de competências para os dotar de conhecimentos e capacidades, para que eles, os pais, identifiquem sinais de infeção do coto umbilical, como a presença de exsudado, mau odor, eritema da pele circundante ou dor. Tornou-se necessário explicar todo o processo de mumificação, e a importância de limpar o coto umbilical diariamente, e sempre que seja contaminado com urina ou fezes, utilizando água, bem como da importância de secar bem após a limpeza e deixar secar o coto ao ar para prevenir infeção (WHO, 2022; Perry et al., 2022).

Intervir junto da puérpera em relação à amamentação, quando necessário, favoreceu a minha evolução para melhorar o conhecimento e capacitar estas mulheres a nível da pega, e da verificação de sucção eficaz, das posições para amamentar, dos sinais de fome e saciedade, e de como prevenir o ingurgitamento mamário quando se dá uma maior produção de leite (entre o 3º e o 5º dia pós-parto) e elas referem mamas cheias e tensas, não esquecendo todos os cuidados à mama e a importância de amamentar em horário livre.

Sabendo que o aleitamento materno exclusivo é aconselhado nos primeiros 6 meses de vida do recém-nascido (WHO, 2022), o EEESMO tem obrigação de identificar dificuldades e complicações promovendo a confiança e as habilidades parentais neste âmbito (Ordem dos Enfermeiros, 2021), preparando para o posterior regresso a casa.

Desenvolvi assim competências na preparação da puérpera e do recém-nascido para o regresso a casa, sendo que várias vezes estas mulheres apenas precisavam de validação de conhecimentos e capacidades para cuidar dos recém-nascidos.

No que diz respeito ao estágio clínico no bloco de partos, realizado entre o dia 15 de setembro de 2023 e dois de Fevereiro de 2024, contabilizei um total de 57 experiências, que proporcionaram oportunidades de aprendizado e desenvolvimento de competências para cuidar da mulher durante o trabalho de parto. Durante esse período, assisti 41 partos eutócicos. Além disso, o estágio permitiu-me prestar cuidados a 16 parturientes em trabalho de parto, cujos partos acabaram por ser distócicos.

As convicções do serviço em questão, assentam na singularidade de cada parturiente, de acordo com as recomendações do Guia Orientador De Boas Práticas: Preparação Para o Parto, elaborado pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), 2020-2023.

Embora cada tutora tenha a sua forma muito própria de trabalhar e as devidas especificidades na sua prática clínica, sempre me alertaram para práticas diferentes, tendo criado períodos de discussão e reflexão que se constituíram essenciais no meu processo de crescimento pessoal e profissional. Por exemplo, em relação à episiotomia, a incisão cirúrgica da parede posterior do canal vaginal e períneo, para aumentar o diâmetro do orifício vaginal e facilitar a expulsão fetal (ACOG, 2018), as práticas assistidas e os momentos de discussão sobre o timing da sua realização, fizeram-me compreender o que está descrito na literatura, que a episiotomia deve ser realizada no pico da contração, quando a apresentação fetal exerce distensão perineal durante o coroamento (Nassar et al., 2019; Choudhari et al., 2022).

A episiotomia de rotina não é recomendada, devendo ser realizada de forma seletiva quando há previsão de uso de instrumentos no parto ou suspeita de comprometimento fetal (ACOG, 2018; WHO, 2018).

Assim, a oportunidade de ter trabalhado com várias enfermeiras acabou por ser uma mais-valia, sendo que assisti a diferentes formas de trabalhar. Esta condição acabou por favorecer e enriquecer a minha aquisição de competências, na medida em que despoletou em mim uma maior flexibilidade nas relações para trabalhar em equipa, e o espírito de entreaajuda. Por outro

lado, deu-me a oportunidade de fortalecer a minha capacidade de raciocínio próprio no processo de conceção de cuidados, para a minha tomada de decisão, na minha intervenção específica, como por exemplo com a correção da episiotomia, nem todas as EEESMO a executam da mesma forma.

Conclui que na minha prática clínica a reparação deve ser feita por planos, começando pela mucosa vaginal, depois pela aproximação da musculatura perineal e finalizando com a sutura da pele. A utilização de sutura contínua é recomendada para diminuir a intensidade da dor perineal e a dispareunia. A correção da mucosa vaginal e do plano muscular, deve ser feita com sutura simples, e é relacionada a melhores resultados a nível da dor, cicatrização e dispareunia (Schmidt & Fenner, 2023).

O trabalho de equipa no bloco de partos, promoveu a aquisição de competências a nível da comunicação e das relações em equipa. Uma comunicação atempada, clara e precisa, pode fazer toda a diferença na gestão de situações de urgência que requerem uma mobilização rápida de toda a equipa.

Na saúde é imprescindível que os profissionais recorram a estilos e técnicas de comunicação conscientes do impacto que a comunicação pode ter, quer a nível das relações, quer a nível dos cuidados prestados, quer a nível da saúde (Sequeira, 2016).

Em contexto clínico, a comunicação, uma vez que influencia o intercâmbio entre as pessoas torna-se especialmente relevante (Sequeira, 2016). Para que esta fosse eficaz, neste contexto clínico, foi-me necessário desenvolver um conjunto de competências que têm como fio condutor atitudes básicas expressas tanto na comunicação verbal como não verbal, na relação terapêutica com as mulheres e pessoas significativas.

Um estilo de comunicação assertivo, assente na transmissão de informação sem agressividade e sem violar os princípios dos outros, é o elemento-chave para gerir discórdias e conflitos e incentivar mudanças (Sequeira, 2016).

Desenvolvi competências a nível da utilização desta técnica comunicacional que me despoletou a capacidade crítica para antever as consequências da minha forma de expressar e transmitir a informação e de direcionar a minha intervenção junto da mulher, no núcleo de partos, sem invadir o espaço desta (através da comunicação verbal e não verbal) , o que foi fundamental para uma relação terapêutica satisfatória, assim como para a autoafirmação e a melhoria da autoconfiança da mulher no trabalho de parto e parto.

O desenvolvimento de competências a nível da relação terapêutica e das técnicas de comunicação com a parturiente, são extremamente importantes no empoderamento da mulher, protagonista do seu parto.

Verifiquei assim, na prática clínica que, a comunicação assertiva e o bom trabalho de equipa são cruciais no bloco de partos para a segurança do paciente (ao reduzir o risco de erros), para a tomada de rápida de decisão, para a qualidade dos cuidados com maior coordenação entre a equipa multidisciplinar, e mesmo para a satisfação dos pacientes, uma vez que tendem a sentir-se mais confiantes e seguros, além de contribuir para um ambiente de trabalho mais positivo e satisfatório.

Por outro lado, o transporte de parturientes em urgência para o bloco, devido a situações que fogem da normalidade, como estado fetal não tranquilizador, promoveram habilidades na diferenciação dos sinais de desvio da normalidade, de coordenação da equipa, de gestão do stress em urgências e da devida referenciação à equipa médica.

As experiências no bloco de partos proporcionaram ainda a compreensão da importância do respeito pelo plano de parto da mulher e do respeito pelas expectativas e desejos da parturiente, sempre que possível, e não colocando em risco a segurança da mulher.

Este estágio possibilitou-me compreender a importância de intervir sem paternalismos e sem juízos de valor, respeitando crenças e valores, tendo assim desenvolvido competências para elaborar, mas sobretudo implementar intervenções tendo sempre em consideração a sensibilidade da situação, da pessoa que tenho à minha frente, das suas necessidades e da pessoa

significativa e o respeito pelas suas preferências, tal como recomendado pela WHO, (2022).

Adquiri também no bloco de partos, a habilidade para respeitar a mulher no “fazer tudo o que o seu corpo lhe pedia”, bem como para respeitar a participação da pessoa significativa. Desenvolvi habilidades para identificar a confiança ganha e a segurança manifestada pela mulher, e compreendi que o momento do parto deve ser o auge dos ganhos obtidos nas consultas de preparação para o parto.

No timing e na pertinência das intervenções de enfermagem, foi fulcral deixar-me guiar pela mulher e pessoa significativa (foram eles que conduziram a minha intervenção).

Neste estágio, dou assim especial ênfase, às competências desenvolvidas com as experiências ao assistir o Parto Fisiológico, e que permitiram fomentar o Empoderamento dos clientes, sendo o respeito pelo plano de parto um excelente ponto de partida para isto.

Segundo a WHO (2022), o empoderamento durante a gravidez e o parto é crucial para melhorar os resultados de saúde materna e neonatal. A WHO (2022) destaca ainda que o empoderamento das mulheres grávidas requer aumentar o poder de controle das mulheres sobre decisões e ações que afetam a sua saúde. A abordagem do Empoderamento no trabalho de parto e parto, implica capacitar as mulheres para tomar decisões informadas e fazer escolhas e a importância de uma prestação de cuidados centrada na mulher para melhorar os resultados maternos e infantis.

É crucial que os EEESMO ofereçam uma experiência de parto positiva, atendendo, sempre que possível, às expectativas das mulheres. Além disso, é importante proporcionar-lhes a oportunidade de sentir que têm o poder de controlo sobre o seu corpo e o seu parto, garantindo que se sintam respeitadas nas suas pretensões (Preis et al., 2018).

Ao prestar cuidados à mulher em trabalho de parto, o EEESMO colabora com a equipa na implementação de intervenções para ajudar a mulher a lidar e gerir a dor (OE, 2021).

A dor do trabalho de parto é descrita como uma sensação dolorosa, cuja intensidade e frequência aumentam progressivamente, resultante da contração uterina e da dilatação cervical (Perry et al., 2022).

Desta forma, a analgesia farmacológica, requerida pelas mulheres para a gestão da dor, incrementaram o desenvolvimento de competências a nível da analgesia sistémica ou epidural, da vigilância dos efeitos adversos e da importância da monitorização do bem-estar fetal nestas circunstâncias.

Por outro lado, tive também a oportunidade de desenvolver competências na implementação de estratégias não farmacológicas para lidar com a perceção e gestão da dor, de acordo com a preferência da parturiente, como recomendado pela WHO (2022).

A WHO (2022) enfatiza a importância de adaptar as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, às necessidades individuais de cada mulher, tendo em consideração as suas preferências e a situação específica. A integração de métodos não farmacológicos pode contribuir para a redução da dor, e melhorar a satisfação geral com a experiência de parto, promovendo uma sensação de controle e empoderamento na parturiente.

Técnicas de relaxamento, técnicas respiratórias, recurso à música, ao calor, massagem, a promoção da mobilidade, hidroterapia, utilização da bola de parto, bem como o rebozo, foram alguns dos recursos utilizados com efeito positivo na redução da intensidade da dor.

Nos partos fisiológicos, a aplicação de calor e a massagem na região lombar-sagrada, para gerir a dor, foram estratégias muito solicitadas, permitindo-me desenvolver competências nestes âmbitos.

A evidência científica demonstra que mesmo na fase ativa do TP, a aplicação de calor e também a massagem, são estratégias eficazes na libertação de

endorfinas que têm efeito na redução da percepção de dor e da sua intensidade por parte da mulher (Turkmen & Oran, 2021; Pawale & Salunkhe, 2020).

A hidroterapia, também muito solicitada, diminui a produção de catecolaminas e promove a liberação de endorfinas, o que reduz a intensidade da dor e a ansiedade durante o trabalho de parto (Ergin et al., 2023; Solt Kirca & Kanza Gul, 2022).

Assistir mulheres em início de trabalho de parto, habilitou-me na implementação de estratégias facilitadoras do trabalho de parto, promovendo a mobilidade e verticalidade durante o trabalho de parto, como recomendado pela WHO (2022).

Posicionamento e movimento são estratégias a não descurar para aliviar a pressão e o desconforto. Mudar de posição e caminhar durante o trabalho de parto pode facilitar a descida da apresentação fetal e aliviar a dor, promovendo o alívio da pressão nas costas e melhorando a circulação. A deambulação e o uso da bola de parto são recursos favoráveis à progressão do trabalho de parto, pois promovem a verticalidade, e a mobilidade da bacia, com efeito nos diâmetros pélvicos, facilitando como supracitado, a descida da apresentação fetal. Promovem assim uma redução da duração do trabalho de parto (Perry et al., 2022; ACOG 2023; Cardoso et al., 2023; Grenvik et al., 2021; Jha et al., 2023).

Este contexto favoreceu ainda a aquisição e desenvolvimento de competências relativas a acompanhar as mulheres nos exercícios de respiração controlada (que podem ajudar a mulher a lidar melhor com as contrações). Os exercícios respiratórios são uma estratégia não farmacológica eficaz para lidar com a dor durante o trabalho de parto. Eles ajudam a promover o relaxamento, aumentar a oxigenação e facilitar o trabalho de parto, proporcionando uma experiência de parto mais positiva e controlada. A técnica respiratória aplicada difere de acordo com a fase do trabalho de parto, sendo a respiração lenta e profunda durante as contrações, especialmente eficaz na fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto e o aumento da frequência respiratória, uma respiração mais ritmada, pode facilitar, quando as contrações se tornam mais

frequentes e intensas, para compensar esta elevação da intensidade da dor. A respiração mais rápida e superficial (duas inspirações curtas e superficiais - hee-hee, seguidas de uma expiração mais longa e profunda -hoo) é útil durante a transição e a fase expulsiva, especialmente quando a parturiente sente a necessidade de empurrar antes do tempo certo (Bal et al., 2020; Issac et al., 2023).

A assistência à parturiente, no 2º período de trabalho de parto, deu-me a oportunidade de encorajar a mulher a encontrar o padrão respiratório que lhe proporcione relaxamento e assegure o seu bem-estar, e a oportunidade de acompanhar a mulher na adoção das diferentes posições desejadas, inclusive posições verticais, de pé, sentada, posições de cócoras e de joelhos, posição de quatro apoios, o que me permitiu desenvolver as competências específicas do EEESMO nessa assistência, conforme encorajado pela WHO (2022).

Posições verticais aproveitam a gravidade para ajudar na descida do feto pelo canal de parto. Isso pode reduzir a duração do segundo período de trabalho de parto, tal como referido anteriormente, pois estimula a contratilidade uterina, facilita a dilatação cervical e a descida do feto, promove a mobilidade da pelve e amplia os diâmetros pélvicos. Posições de cócoras e de joelhos podem aumentar o diâmetro da pelve e facilitar a descida e o alinhamento do feto, além de reduzir a dor lombar, e a posição de quatro apoios, pode ajudar a aliviar a pressão na lombar, pode melhorar a oxigenação do feto ao aliviar a pressão dos grandes vasos sanguíneos, promovendo um melhor fluxo sanguíneo para o útero e a placenta e pode ajudar a virar um feto que está na posição posterior (Satone et al., 2023; Martín-Vázquez et al., 2024).

Aprendi a adaptar-me às preferências da mulher conforme recomendado pela WHO (2022). É fulcral que as mulheres em trabalho de parto possam mudar de posição, conforme desejarem e necessitarem para o seu conforto. As recomendações da WHO enfatizam a importância de assistir as parturientes na escolha das posições que lhes sejam mais confortáveis e que possam facilitar o seu processo de parto (WHO, 2022).

No que diz respeito às habilidades desenvolvidas no assistir a mulher no período expulsivo, tive em consideração a recomendação da WHO (2022), para a prática da técnica hands-on, que envolve o uso das mãos do EEESMO para proteger o períneo da mulher e/ou apoiar a cabeça do bebê, enquanto a parturiente faz força para o expulsar. É uma medida para proteger o períneo e reduzir o risco de lacerações graves durante o parto. No entanto, na minha prática, não negligenciei que a WHO também enfatiza a importância da flexibilidade e da adaptação às preferências individuais da mulher em trabalho de parto, bem como às condições clínicas presentes durante o trabalho de parto (WHO, 2022).

Proporcionar cuidados imediatos ao recém-nascido após o nascimento, possibilitou o aprimoramento de habilidades na prevenção de complicações e de avaliação do bem-estar do recém-nascido, além de promover o desenvolvimento de competências na implementação da prática do contato pele com pele na primeira hora de vida.

Esse contato precoce promove a amamentação, estimulando o reflexo de busca do recém-nascido. A evidência mostra que, recém-nascidos que têm contato pele com pele, logo após o nascimento, tendem não só a iniciar a amamentação mais cedo, como também apresentam um melhor desempenho na amamentação a longo prazo. Segundo a WHO (2022), 90 minutos de contato ininterrupto maximizam a prontidão dos recém-nascidos para a amamentação (WHO, 2022).

Sempre que possível, o contato pele com pele deve ser iniciado sem um período inicial de separação. O recém-nascido deve ser colocado diretamente sobre o peito da mãe, em posição ventral (barriga com barriga), assegurando o contato pele com pele. A cabeça do bebê deve estar posicionada de forma que ele possa respirar livremente e ter acesso fácil ao seio para a amamentação. Uma manta ou lençol aquecido deve cobrir o recém-nascido, mantendo-o aquecido enquanto permanece em contato direto com a pele da mãe (WHO, 2022).

Desde que a mãe e o recém-nascido estejam numa condição estável, é recomendado o contato pele com pele imediatamente após o nascimento, pois os benefícios descritos, são evidentes, quer no fortalecimento do vínculo mãe-pai-filho (Cardoso et al., 2023), quer na promoção de uma melhor adaptação à

vida extrauterina, na estabilização fisiológica, com melhor termorregulação e estabilidade cardiorrespiratória (OMS, 2022; Monteiro et al., 2022; Perry et al., 2022; Brimdyr et al., 2023; FIGO, 2023; NICE, 2023).

O contato pele com pele na primeira hora de vida, promove a liberação de ocitocina, o que ajuda a fortalecer o vínculo afetivo entre a mãe e o recém-nascido, além de melhorar a resposta emocional e comportamental da mãe, contribuindo para a redução da depressão pós-parto, pois aumenta a confiança materna e a satisfação com a experiência do parto (WHO, 2022).

A interrupção deste contato para a realização de cuidados de rotina, como a monitorização do peso, profilaxia ocular e administração de vitamina K, deve ser minimizada para maximizar os benefícios para o recém-nascido e para a mãe. Desenvolvi a capacidade para planejar e adaptar os procedimentos de rotina para respeitar e preservar o contato inicial para promover melhor saúde e bem-estar na díade mãe-filho.

Desenvolvi também competências a nível da avaliação do bem-estar do recém-nascido após o nascimento, pois é um processo crítico que envolve a observação de vários sinais vitais e reflexos para garantir o bem-estar do recém-nascido e a sua adaptação ao ambiente extrauterino, caracterizada por modificações fisiológicas e comportamentais significativas, como o início da respiração, transição para a circulação neonatal e termorregulação (Hockenberry et al., 2018; Sequeira et al., 2020; Perry et al., 2022).

Integrei que a coloração azulada das extremidades do recém-nascido (acrocianose) é normal, não representando problemas respiratórios e este apresenta uma frequência respiratória de 30 a 60 rpm, com breves períodos de apneia (Perry et al., 2022). A sua respiração é habitualmente abdominal e nasal (Perry et al., 2022).

Relativamente à frequência cardíaca pode variar de 110 a 160 bpm, normalmente, variando de acordo com o seu nível de atividade (Hockenberry et al., 2018; Perry et al., 2022).

Aprendi que é extremamente importante a manutenção da sua temperatura corporal, e a não negligenciar o facto de que o recém-nascido perde calor muito rapidamente, sendo crucial que o recém-nascido seja seco logo após o nascimento, mantido longe de correntes de ar e coberto para o manter aquecido e passar esta informação aos pais.

Transversal a todos os contextos clínicos, foi ainda a aquisição e desenvolvimento de competências no campo dos registos de enfermagem no sistema informático.

Todas as vivências nos diferentes contextos clínicos, concorreram para a aquisição de competências especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica pelo processo de conceção de cuidados, focados nas necessidades de cuidados da mulher durante a gravidez com complicações, no puerpério e trabalho de parto (Regulamento nº 391/2019).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo no meu percurso académico ao longo destes últimos dois anos, é incontestável todo o processo de aprendizagem implícito e o meu gradual crescimento pessoal e profissional,

Considero que o presente relatório descreve a análise retrospectiva do processo de desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, referidas no Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019).

O desenvolvimento de competências comuns e específicas enquanto EEESMO, em contexto clínico, constituiu-se assim como um processo sucessivo ao longo do Estágio de Natureza Profissional ao longo do 2º ano, que proporcionou experiências de aprendizagem diversificadas, a partir da prestação de cuidados especializados, consoante as necessidades diagnosticadas à mulher durante a gravidez com complicações, no trabalho de parto, no puerpério e ao recém-nascido (artigo 4.º do Regulamento nº 391/2019).

Não posso, contudo, deixar de referir que a aquisição e aprimoramento de conhecimentos proporcionada pelas diferentes unidades curriculares do 1º ano do MESMO, com treino de raciocínio para a conceção de cuidados e com as aulas práticas laboratoriais que nos prepararam para os estágios.

Considerando as experiências vivenciadas assumo que o estágio no Bloco de partos foi extremamente desafiante, observando as atuações das diferentes EEESMO, cada qual com a sua forma muito própria de trabalhar e com as especificidades da sua prática clínica, mas que acabou por fortalecer a minha capacidade de raciocínio no processo de conceção de cuidados, na minha tomada de decisão, e assim constitui-se como uma oportunidade de crescimento profissional.

Com as experiências vivenciadas nos diferentes contextos clínicos, foi notória a importância da avaliação do bem-estar fetal, que se demonstrou crucial na identificação prévia de possíveis complicações materno fetais e como base de

sustentação para um parto mais seguro e saudável, uma vez que permite ao EEESMO uma intervenção atempada. O estágio no serviço de Internamento de Grávidas com Complicações, despoletou ainda mais o alerta interno para a responsabilidade da avaliação do bem-estar fetal.

O desenvolvimento da competência de avaliar a condição fetal durante o Estágio de Natureza profissional permitiu-me diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher e do feto e referenciar as situações que vão para além da minha área de atuação.

É inquestionável a importância das diretrizes relativas à avaliação do bem-estar fetal, fornecidas pelas organizações internacionais, que orientam para a melhor prática na área de obstetrícia e ginecologia (FIGO,2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023).

As diretrizes da FIGO, ACOG e RCOG/NICE, incluem uma diversificação de técnicas e procedimentos como são exemplo a análise e interpretação do traçado de cardiotocografia (CTG) e a auscultação intermitente, e enfatizam assim a importância da monitorização da FCF, variabilidade, acelerações, desacelerações, bem como indicam a utilização de técnicas complementares para a avaliação do bem-estar materno fetal (FIGO,2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023).

As diretrizes internacionais recomendam o uso de cardiotocografia (CTG) contínua em situações de alto risco, aquando de suspeita de comprometimento fetal, recomendada para mulheres com fatores de risco como hipertensão, diabetes, situações de crescimento fetal restrito ou presença de mecónio (FIGO,2015; ACOG, 2021; RCOG/NICE, 2023).

Por outro lado, o presente relatório espelha ainda, pela descrição da conceção de cuidados dos casos clínicos explanados, como a implementação das intervenções do EEESMO colaboram para uma experiência de parto positiva.

Para terminar, e dada a relevância da questão da avaliação do bem-estar fetal e da implicação do EEESMO, saliento que a temática exige contínua investigação.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and second stage labor management. *Obstetrics & Gynecology*, 143(1), 144-162. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005447>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Committee Opinion No. 713: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 102-109. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002237>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in Pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 132(1), 1-17. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002706>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice Bulletin No. 198: Prevention and management of obstetric lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3). <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002841>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2). <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003074>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). How to tell when Labor begins. ACOG. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/how-to-tell-when-labor-begins>

Agea, J. L. D., Camacho, M., Costa, C. L., Cazorla, E., Hernández, E., Martínez, M. R., Morcillo, A. J. R. (2021). “Does Multidisciplinary Team Simulation-Based Training Improve Obstetric Emergencies Skills?” *Healthcare*. 9(2), 1-14. <https://doi.org/10.3390/healthcare9020170>

Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).

Bal, K., Rath, K., & Baxla, P. (2020). Assessing the effect of patterned breathing techniques for reducing pain during active stage of labour among pregnant women in Tertiary Care Hospital, Bhubaneswar. *Nursing Journal of India*, 111(4), 176-179. <https://doi.org/10.48029/nji.2020.cxi406>

Baljon, K. J., Romli, M. H., Ismail, A. H., Khuan, L., & Chew, B. H. (2020). Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among Primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: A study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033844>

Brimdyr, K., Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., al Alfy, A., Crenshaw, J. T., Giugliani, E. R., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Lilliesköld, S., Maastrup, R., Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: Developing a research and practice guideline. *Acta Pediátrica*, 112(8), 1633-1643. <https://doi.org/10.1111/apa.16842>

Borovac-Pinheiro, A. (2023). Clinical guidelines for labor induction. *Journal of Obstetric Medicine*, 42(3), 150-162.

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

Calais-Germain, B. and Vives Parés, N. (2013) *Parir en Movimiento: La Movilidad de la pelvis en el parto*. Barcelona: La liebre de Marzo

Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C. & Grilo A.R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Ordem dos Enfermeiros

Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E. & Figueiredo A. (2023). Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Carlson, N. S., Guise, J. M., & Eden, K. B. (2021). Methods for cervical ripening and induction of labor. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 48(2), 217-230.

Choudhari, R. G., Tayade, S. A., Venurkar, S. V., & Deshpande, V. P. (2022). A review of episiotomy and modalities for relief of episiotomy pain. *Cureus*, 14(11). <https://doi.org/10.7759/cureus.31620>

Costa, A. (2009). Inteligência emocional e assertividade nos enfermeiros. Faro: Universidade do Algarve - faculdade de ciências humanas e sociais/ Instituto politécnico de beja - Escola superior de educação de Beja

Decreto-Lei n.º 17/2016 - Alarga o âmbito dos beneficiários das técnicas de procriação medicamente assistida. *Diário da República* n.º 116/2016, Série I de 2016-06-20, páginas 1903 - 1904. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/17-2016-74738646>

Do TT., Nguyen, ATV. (2020). 'They know better than we doctors do': providers' preparedness for transgender healthcare in Vietnam. *Health Sociol Rev.* 29(1). 92-107. <https://doi.org/10.1080/14461242.2020.1715814>

Ergin, A., Aşci, Ö., Bal, M. D., Öztürk, G. G., & Karaçam, Z. (2023). The use of hydrotherapy in the first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108.

Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Wey, S., Saccone, G., De Vivo, V., De Prisco LCP, A., Delgado García, B. E., & Berghella, V. (2021). Birthing ball for reducing labor pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled

trials. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 5184-5193.
<https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1875439>

Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C.C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). Elsevier

Issac, A., Nayak, S. G., T, P., Balakrishnan, D., Halemani, K., Mishra, P., P, I., VR, V., Jacob, J., & Stephen, S. (2023). Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 13. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04023>

Jha, S., Vyas, H., Nebhinani, M., Singh, P., & T, D. (2023). The effect of birthing ball exercises on labor pain and labor outcome among Primigravidae parturient mothers at a tertiary care hospital. *Cureus*, 15(3).
<https://doi.org/10.7759/cureus.36088>

Krispin, E., Netser, T., Wertheimer, A., Salman, L., Chen, R., Wiznitzer, A., & Hadar, E. (2019). Induction of labor methods in isolated term oligohydramnios. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 299(3), 765-771.
<https://doi.org/10.1007/s00404-019-05080-5>

Lawn, J. E., Blencowe, H., Oza, S., You, D., Lee, A. C., Waiswa, P., ... & Bhutta, Z. A. (2016). Every newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. *The Lancet*, 387(10019), 189-205.

Leite, M. G., Rodrigues, D. P., Sousa, A. A., Melo, L. P., & Fialho, A. V. (2014). Sentimentos Advindos da Maternidade: Revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia Em Estudo*, 19(1), 115-124.
<https://doi.org/10.1590/1413-7372189590011>.

Lewis, D., & Downe, S.; para o Painel de Consenso de Especialistas em Monitoramento Fetal Intraparto da FIGO. (2015). Diretrizes de consenso da FIGO sobre monitoramento fetal intraparto: Ausculta intermitente. *Revista Internacional de Ginecologia e Obstetrícia*, 131, 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>

Loza, O., Alvarez, C., Peralta-Torres, D. (2018). Healthcare and social services providers who serve sexual and gender minorities in a U.S.-Mexico Borders City.

Journal of immigrant and minority health 20. 1537-1540.
<https://doi.org/10.1007/s10903-018-0688-7>

Martín-Vázquez, C., Goás-Gómez, N., Calvo-Ayuso, N., Rosón-Matilla, L., Quiroga-Sánchez, E., & García-Fernández, R. (2024). Analysis of maternal positions during the dilation and expulsive phase and their relationship with perineal injuries in EUTCIC deliveries attended by Midwives. *Healthcare*, 12(4), 441. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040441>

McCune, K.C., Imborek, K.L. (2018). Clinical Care of Lesbian and Bisexual Women for the Obstetrician Gynecologist. *Clin Obstet Gynecol* 61(4), 663-73. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000399>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company

Monteiro, B. R., Silva, V. G., Andrade, A. S., Machado, L. S., Pinto, E. S., & Souza, N. L. (2022). Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the Golden Hour. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp2022-0015en>

Nassar, A. H., Visser, G. H. A., Ayres-de-Campos, D., Rane, A., & Gupta, S. (2019). FIGO statement: Restrictive use rather than routine use of episiotomy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 146(1), 17-19. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12843>

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Fetal monitoring in labour [NICE Guideline No. 229]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Intrapartum care [NICE Guideline No. 235]. www.nice.org.uk/guidance/ng235

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO)*. Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pawale, M. P., & Salunkhe, J. A. (2020). Effectiveness of back massage on pain relief during first stage of labor in primi mothers admitted at a Tertiary care center. *Journal of family medicine and primary care*, 9(12), 5933-5938. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1189_20

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Cashion K., Alden A. R., Olshansky E. F., Rodger's C. C., & Wilson, D. (2018). *Maternal Child Nursing Care* (6th ed.). Elsevier.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Keenan-Lindsay, L., & Sams, C. (2022). *Maternal Child Nursing Care in Canada* (3rd ed.). Langara College.

Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2018). Between expectancy and experience: Testing a model of childbirth satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 43(1), 105-117. <https://doi.org/10.1177/0361684318779537>

Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). *Diário da República* n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06.

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. (2019). *Diário da República* n.º 85, Série II de 2019-05-03.

Santo, S. (2016). *Cardiotocografia: Diretrizes para a monitorização fetal intraparto - resumo do novo consenso da FIGO de 2015*. *Acta Obstet Ginecol Port*, 10(1), 8-11.

Santo, S. F. (2018). *Avaliação da concordância e da fiabilidade das normas de orientação da FIGO, ACOG e NICE para a interpretação da cardiotocografia* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina.

Satone, P. D., & Tayade, S. A. (2023). Alternative birthing positions compared to the conventional position in the second stage of Labor: A Review. *Cureus*, 15(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.37943>

Schmidt, P. C., & Fenner, D. E. (2023). Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first-fourth). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.005>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e relação de ajuda*. Lidel.

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal (2022). *SPOMMF Normas de Orientação*.

Solt Kirca, A., & Kanza Gul, D. (2022). Effects of acupressure and shower applied in the delivery on the intensity of labor pain and postpartum comfort. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 273, 98-104. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.04.018>

Pires, M. L. (2022). *Perceções de homofobia na comunidade LGBT sobre o atendimento de enfermagem em cuidados saúde primários*. (Tese de mestrado, Universidade nova de lisboa: Instituto de higiene e medicina tropical). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10362/138216>

Walker, K. F., Bugg, G. J., Macpherson, M., McCormick, C., Grace, N., Wildsmith, C., ... & Thornton, J. G. (2018). Randomized trial of labor induction in women 35 years of age or older. *New England Journal of Medicine*, 379(10), 913-923.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546-553.

Wingo, E., Ingraham, N., & Roberts, S. C. M. (2018). Reproductive Health Care Priorities and Barriers to Effective Care for LGBTQ People Assigned Female at Birth: A Qualitative Study. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 28(4), 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.03.002>

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

World Health Organization (2022). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. World Health Organization.

World Health Organization (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization.

Türkmen, H., & Oran, N. T. (2021). Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. *EXPLORE*, 17(5), 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.002>

Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garmi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: An expert review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5). <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

