

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
Estágio de natureza profissional com relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Utilização do mindfulness durante a gravidez com complicação:
uma revisão integrativa da literatura

Autor

Ângela Maria Duarte Dias

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Estágio de natureza profissional com relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Utilização do mindfulness durante a gravidez com complicação: uma revisão integrativa da literatura

Orientador(es)

Sónia Maria Pereira de Azevedo Brandão
Professor Adjunto, Doutor

Ana Paula Miller Brandão
Assistente Convidado, Mestre

Autor

Ângela Maria Duarte Dias

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório de estágio foi elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com base no ensino clínico desenvolvido numa instituição de referência no norte de Portugal, entre 14 de setembro de 2023 e 26 de abril de 2024. O documento descreve e reflete sobre os cuidados especializados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) e desenvolve uma revisão integrativa da literatura sobre uma temática relevante e inovadora no contexto da especialização, neste caso sobre intervenções baseadas no mindfulness durante a gravidez com complicação.

Um dos objetivos do relatório é descrever e refletir sobre a conceção e prestação de cuidados especializados pelo EEESMO na assistência a grávidas com complicações, parturientes, puérperas e recém-nascidos, com base na prática baseada na evidência, a partir das experiências observadas e realizadas no contexto clínico, para o desenvolvimento de competências.

A elaboração de uma revisão integrativa da literatura foi motivada pelo crescente interesse em abordagens não farmacológicas na gravidez com complicação, neste caso na utilização do mindfulness, com o propósito de agregar e analisar o efeito destas intervenções nos resultados materno-fetais em situações de gravidez de alto risco. Para tal, foi realizada uma pesquisa na base de dados EBSCOhost, tendo resultado na análise de oito artigos científicos selecionados.

Os resultados indicaram que as intervenções baseadas em mindfulness são eficazes na redução da ansiedade, no fortalecimento da ligação mãe-filho(a) e na preparação para o parto em mulheres com gravidez de alto risco. Contudo, os efeitos sobre a depressão e o stress mostraram-se menos conclusivos. Ainda assim, o mindfulness surge como uma alternativa promissora para o apoio à saúde mental e ao bem-estar das grávidas. São, porém, necessários mais estudos, com amostras maiores e metodologias mais robustas, para validar o impacto destas intervenções, especialmente no que diz respeito à depressão e aos efeitos a longo prazo.

Além da análise sobre a utilização do mindfulness, o relatório reflete sobre outras práticas na área da especialidade, procurando contribuir para uma enfermagem mais sensível às necessidades específicas das mulheres e dos casais durante a gravidez, o parto e o exercício da parentalidade.

Palavras-chaves: gravidez; gravidez de alto risco; gravidez com complicação; mindfulness.

ABSTRACT

The present report was prepared within the framework of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing at the Porto Higher School of Nursing, based on clinical training carried out in a reference institution in north of Portugal, between 14th September 2023 and 26th April 2024. The present document describes and reflects on the specialised care provided by the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing and includes an integrative literature review on a relevant and innovative topic within the specialisation. In this case, it focuses on mindfulness-based interventions during complicated pregnancies.

One of the objectives of the report is to describe and reflect on the design and provision of specialized care by the EEESMO in assisting pregnant women with complications, parturients, postpartum women, and newborns, based on evidence-based practice, drawing from the experiences observed and carried out in the clinical context, for the development of competencies.

The integrative literature review was motivated by the growing interest in non-pharmacological approaches to complicated pregnancies, specifically the use of mindfulness, with the objective of gathering and analysing the effects of these interventions on maternal-foetal outcomes in high-risk pregnancies. To this end, a search was conducted in the EBSCOhost database, resulting in the analysis of eight selected scientific articles.

The findings indicated that mindfulness-based interventions are effective in reducing anxiety, strengthening the mother-child bond, and preparing for childbirth in women with high-risk pregnancies. However, the effects on depression and stress were less conclusive. Nevertheless, mindfulness emerges as a promising alternative for supporting mental health and well-being during pregnancy. More studies, with larger samples and more robust methodologies, are needed to validate the impact of these interventions, particularly regarding depression and long-term effects.

In addition to the analysis of mindfulness use, the report reflects on other practices in the field of this specialisation, seeking to contribute to a more sensitive nursing approaches to the specific needs of women and couples during pregnancy, childbirth, and the exercise of parenthood.

Keywords: pregnancy; pregnant; high-risk pregnancy; complicated pregnancy; mindfulness.

ABREVIATURAS

ABM Academy of Breastfeeding Medicine
ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists
DGS Direção Geral de Saúde
DHG Distúrbios Hipertensivos na Gravidez
EEESMO Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ESEP Escola Superior de Enfermagem do Porto
EVA Escala Analógica Visual
CTG Cardiotocografia
FCF Frequência cardíaca fetal
HPP Hemorragia pós-parto
IMC Índice de massa corporal
ITP Indução do trabalho de parto
MESMO Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
NICE National Institute for Health and Care Excellence
NICHD National Institute of Child Health and Human Development
OMS Organização Mundial de Saúde
PCA Patient-controlled analgesia
PCEA Patient-controlled epidural analgesia
PE Pré-eclâmpsia
PGE1 Prostaglandina E1
PTT Pré-termo tardio
RCIU Restrição de Crescimento Intra-Uterino
RN Recém-nascido
RNT Recém-nascido de termo
TP Trabalho de parto
UCIN Unidade de Cuidados Intermédios Neonata
SGB Streptococcus do grupo B
WHO World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO_1_GESTÃO DO TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO_FASE ATIVA DO PRIMEIRO ESTADIO	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	24
3.3. Medicação	25
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	25
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	26
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	27
3.5. Domínios	27
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	28
3.6. Conceção de Cuidados	34
3.7. Especificação das intervenções	37
3.8. Síntese relativa ao caso	41
4. CASO_2_SEGUNDO E TERCEIRO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO	43
4.1. Enquadramento teórico	43
4.2. Clientes	49
4.3. Medicação	49
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	49
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	50
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	51
4.5. Domínios	51
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	52
4.6. Conceção de Cuidados	54
4.7. Especificação das intervenções	56
4.8. Síntese relativa ao caso	58
5. CASO_3_INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM GRAVIDEZ PROLONGADA	61
5.1. Enquadramento teórico	61
5.2. Clientes	63
5.3. Medicação	63
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	63
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	64
5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	64

5.5. Domínios	64
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	65
5.6. Conceção de Cuidados	66
5.7. Especificação das intervenções	67
5.8. Síntese relativa ao caso	70
6. CASO_4_TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO EM GRAVIDEZ PRÉ-TERMO TARDIA	73
6.1. Enquadramento teórico	73
6.2. Clientes	74
6.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	75
6.3.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	75
6.4. Domínios	75
6.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	76
6.5. Conceção de Cuidados	77
6.6. Especificação das intervenções	79
6.7. Síntese relativa ao caso	81
7. CASO_5_PÓS-PARTO & ALIMENTAÇÃO_DO_RECÉM-NASCIDO_PRÉ-TERMO TARDIO	83
7.1. Enquadramento teórico	83
7.2. Clientes	87
7.3. Medicação	87
7.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	88
7.4. Domínios	88
7.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	88
7.5. Conceção de Cuidados	94
7.6. Especificação das intervenções	96
7.7. Síntese relativa ao caso	99
8. CASO_6_GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÃO: PRÉ-ECLÂMPSIA	103
8.1. Enquadramento teórico	103
8.2. Clientes	105
8.3. Medicação	105
8.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	106
8.4. Domínios	107
8.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	107
8.5. Conceção de Cuidados	112
8.6. Especificação das intervenções	115
8.7. Síntese relativa ao caso	118
9. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	121
10. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	149
11. BIBLIOGRAFIA	151
ANEXOS	161

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Intervenções durante o trabalho de parto e parto.

Gráfico 2 - Estado do períneo.

Gráfico 3 - Posição de parto no período expulsivo.

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Experiências Proporcionadas Durante o Ensino Clínico de Trabalho de Parto e Parto.

Tabela 2 - Causas de internamento identificadas.

Índice de Figuras

Figura 1- PRISMA 2020 Fluxograma para novas revisões sistemáticas que incluam buscas em bases de dados, protocolos e outras fontes.

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final", inserida no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), referente ao ano letivo 2023/2024, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O estágio realizado contemplou os contextos clínicos: sala de partos, puerpério e medicina materno-fetal, realizado numa instituição localizada no norte do país, num total de 800 horas, no período compreendido entre 14 de setembro de 2023 e 26 de abril de 2024. O MESMO habilita a/o enfermeira/o com o grau de Mestre, certificando que este reúne as condições básicas para realizar investigação. A seleção da Unidade Curricular "Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final" foi realizada com o propósito de obter o título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros, sendo este estágio e a submissão do respetivo relatório requisitos mandatários para a sua atribuição.

O enfermeiro especialista, é o profissional que baseia a sua práxis num conjunto de competências comuns e específicas. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o enfermeiro especialista deve possuir competências dos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019). Relativamente às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) o Regulamento n.º 391/2019 (Ordem dos Enfermeiros, 2019), determina que o EEESMO, no seu exercício profissional, assume intervenções autónomas no que diz respeito ao curso fisiológico do ciclo reprodutivo e intervém de forma interdependente nas situações de risco, onde se encontram envolvidos processos patológicos. Especificamente, o regulamento define as seguintes competências do EEESMO:

- a. Cuidar da mulher no âmbito do planeamento familiar e no período pré-concepcional, inserida na família e na comunidade;
- b. Prestar cuidados à mulher durante o período pré-natal;
- c. Assistir a mulher durante o trabalho de parto;
- d. Cuidar da mulher no período pós-natal;
- e. Acompanhar a mulher durante o climatério;
- f. Prestar cuidados à mulher em processos de saúde/doença ginecológica;
- g. Cuidar de grupos-alvo (mulheres em idade fértil) inseridos na comunidade.

Com a elaboração deste documento pretende-se realizar uma análise e reflexão sobre o trabalho desenvolvido, os conhecimentos aprofundados e as competências adquiridas durante o

percurso realizado nos contextos de prática clínica, de acordo com os objetivos previamente estabelecidos pela instituição de ensino superior. Um dos objetivos consiste em descrever, analisar e refletir sobre o processo de desenvolvimento das competências específicas do EEESMO adquiridas durante os diversos ensinamentos clínicos. Para tal, procede-se à descrição da conceção dos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica, relativa ao processo de colheita de dados, identificação de diagnósticos, planeamento, implementação e avaliação das intervenções. Estes aspetos serão explorados através da apresentação de casos de estudo relevantes, selecionados a partir das experiências adquiridas nos ensinamentos clínicos, tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 e n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, e na Teoria de Médio Alcance das Transições de Meleis.

Neste relatório, a abordagem aos casos clínicos visa demonstrar a atuação do EEESMO em diferentes contextos clínicos, destacando a aplicação de conhecimentos científicos e a capacidade de resolução de problemas em situações únicas, no seio de equipas multidisciplinares. Será igualmente evidenciada a importância da evidência científica na tomada de decisões no âmbito da assistência pré-natal a grávidas de risco, adaptação à gravidez, preparação para a parentalidade e parto, bem como na assistência à parturiente e no acompanhamento de puérperas e recém-nascidos, tanto normais quanto com necessidades especiais. A experiência clínica proporcionou uma vivência abrangente e enriquecedora, permitindo a execução de intervenções especializadas, focadas nos diagnósticos referentes à grávida, casal e família, ao longo da gravidez, parto e puerpério, com vista à obtenção de resultados de saúde positivos.

Outro objetivo proposto era demonstrar competências na área da investigação. Para atingir esse objetivo, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre uma problemática identificada no contexto clínico. A RIL será apresentada no âmbito do desenvolvimento das competências de investigação incluída nos contributos para o desenvolvimento das competências, e teve como finalidade avaliar a literatura disponível e analisar o efeito das intervenções baseadas em mindfulness nos resultados materno-fetais na gravidez com complicação.

O relatório está organizado em três partes principais. A primeira parte aborda a caracterização dos contextos clínicos onde o estágio foi realizado. Em seguida, são apresentados quatro casos clínicos desenvolvidos no bloco de partos, um caso relacionado com o serviço de puerpério e um caso referente ao internamento de grávidas de alto risco. Por fim, são discutidos os contributos para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, tanto comuns quanto específicas, com uma explanação detalhada das atividades desenvolvidas, incluindo a revisão integrativa da literatura.

Os casos clínicos foram elaborados na plataforma de aprendizagem e4nursing, resultando na apresentação de cenários ficcionados que permitiram o desenvolvimento de competências na

tomada de decisão em enfermagem. Embora os clientes sejam reais, todos os dados, datas e horas mencionados são fictícios, refletindo os momentos em que os atendimentos foram prestados.

Os casos são apresentados com base num enquadramento teórico que facilita a compreensão do quadro clínico e da argumentação que justifica os domínios identificados. A terapêutica farmacológica prescrita é detalhada com especificações relevantes para os cuidados de enfermagem. Além disso, são explicitados os aspetos interdependentes da ação de enfermagem, seguidos de uma justificação dos domínios considerados em cada caso. Também se descrevem os dados que permitiram inferir os diagnósticos de enfermagem e as intervenções realizadas, com especificações voltadas para a obtenção de ganhos em saúde.

Na elaboração do relatório, foi adotada uma metodologia descritiva, com uma abordagem crítico-reflexiva fundamentada em pesquisa bibliográfica e no conhecimento adquirido ao longo do curso. Para sustentar a prática baseada na evidência científica atual e fidedigna, foram realizadas pesquisas no agregador de conteúdos EBSCOhost, que inclui bases de dados científicas como a Academic Search Complete Library, Cochrane Database of Systematic Reviews, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL Complete, MEDLINE with Full Text, além do Google Académico.

As atividades desenvolvidas, as dificuldades enfrentadas e as aprendizagens adquiridas ao longo do estágio serão descritas, com o objetivo de contribuir para a formação académica e profissional na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, focando o cuidado à parturiente, à puérpera e à grávida com complicação.

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

Contexto Clínico Do Bloco De Partos

O ensino clínico no serviço de bloco de partos, decorreu entre 14 de setembro de 2023 e 26 de janeiro de 2024, num total de 500 horas, sob a orientação de uma EEESMO.

O serviço tem a capacidade de 7 salas de parto, 1 enfermaria de 6 camas, das quais 3 camas para indução do trabalho de parto e outras 3, para acompanhamento de expectantes. Tem uma sala de reuniões, uma copa e um gabinete de enfermagem, uma estação de telemetria onde são apresentados os traçados cardiotocográficos, junto ao quadro onde estão identificadas as parturientes e são apresentados dados tais como a paridade, idade gestacional, tipo de sangue, resultado da análise ao SGB, motivo de internamento, estado do colo quanto à dilatação e extinção e outras observações consideradas relevantes tais como fatores de risco ou doenças maternas.

Ao serviço estão, independentemente do turno manhã, tarde ou noite, a exercer funções 6 enfermeiros, distribuídos da seguinte forma: 1 enfermeiro para cada duas salas de parto, 1 com as expectantes, 1 com a indução e a 7ª sala de parto e 1 enfermeiro na triagem do serviço de urgência obstétrica.

Ressalva-se que a Ordem dos Enfermeiros, no parecer nº43, de 2019, apresenta como rácio seguro na sala de partos uma proporção EEESMO/parturiente intraparto de 1:2, no primeiro estadio, e de 1:1 no segundo, o que significa que está um menor número de EEESMO ao serviço, por turno, do que o considerado seguro.

Contexto Clínico Do Serviço De Puerpério

O ensino clínico no serviço de puerpério decorreu entre 5 e 29 de fevereiro de 2024, num total de 100 horas, sob a orientação de uma EEESMO.

O serviço possui um total de 32 camas, das quais as primeiras 18 são quartos individuais e as restantes se dispõem em quartos duplos, isto é, partilhados por duas puérperas e respetivos recém-nascidos, separadas por uma cortina de correr. Existe 1 quarto de isolamento de pressão positiva, 1 sala de trabalho de enfermagem, 1 sala de tratamento, 1 sala de formação e 1 sala

de reuniões. Quanto à distribuição dos enfermeiros, eram 6 enfermeiros no turno da manhã e 5 enfermeiros nos turnos da tarde e noite, dos quais, pelo menos 1, era especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

De acordo com o parecer da Ordem dos Enfermeiros (2019), o rácio de assistência para o internamento das puérperas é de 1:3 para puerpério patológico e de 1:6 para puerpério normal, enfatizando que os cuidados devem ser exclusivamente prestados por EEESMO. No entanto, ao examinar a realidade clínica do serviço, é claro que, mesmo com a presença de enfermeiros especialistas, a carga de trabalho e a complexidade das situações clínicas podem ultrapassar os rácios recomendados.

Contexto Clínico do Serviço de Medicina Materno Fetal

O ensino clínico no serviço de Medicina Materno-Fetal (MMF) decorreu entre 1 de março e 26 de abril de 2024, num total de 200 horas, sob a orientação de uma EEESMO.

O serviço de MMF faz parte do internamento da Área da Mulher, que também incorpora a Unidade de Vigilância de Obstetrícia e Ginecologia, ativada apenas quando há necessidade de vigilância mais intensiva (como, puérpera com pré-eclampsia, hemorragia pós-parto, clientes do foro ginecológico no pós-operatório imediato instáveis hemodinamicamente). O serviço possui um total de 34 camas (12 camas de reservadas ao internamento de grávidas, 22 camas reservadas ao internamento de mulheres do foro ginecológico), distribuídas por 12 são quartos individuais, 9 quartos duplos e a unidade de vigilância, uma enfermaria de 4 camas, partilhados por duas clientes, e por quatro clientes, respetivamente, separadas por uma cortina de correr. Existe 1 quarto de isolamento de pressão positiva, 1 sala de trabalho de enfermagem, 1 sala de tratamento, 1 sala de formação e 1 sala de reuniões.

A equipa é composta por um total de 28 enfermeiros, 20 dos quais são EEESMO, um é especialista em reabilitação e outro em saúde comunitária. Diariamente, no turno da manhã estão ao serviço 6 enfermeiros, no da tarde 5 e no da noite 4, em que, pelo menos, 3 enfermeiros por turno são EEESMO.

A prestação de cuidados às grávidas internadas é realizada exclusivamente por EEESMO. O parecer n.º 43 de 2019 recomenda que os serviços de internamento e de medicina materno-fetal sejam assegurados apenas por EEESMO, e que os serviços de Ginecologia disponham de pelo menos um EEESMO em permanência durante as 24 horas. O parecer estabelece um rácio de 1:3 para gravidez de alto risco e 1:6 para gravidez de médio risco (Ordem dos Enfermeiros, 2019). No entanto, a realidade do contexto clínico levanta algumas questões. A complexidade e a variabilidade das situações clínicas enfrentadas no serviço podem exigir uma atenção mais cuidadosa, uma vez que os rácios variam entre os turnos, refletindo a carga de trabalho

dinâmica enfrentada pelos enfermeiros. A necessidade de vigilância intensiva para algumas clientes, em determinados momentos, também altera os raios, aumentando a carga de trabalho dos enfermeiros e comprometendo a qualidade dos cuidados prestados.

3. CASO 1 GESTÃO DO TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO_FASE ATIVA DO PRIMEIRO ESTADIO

Maria, grávida de 39 semanas, primigesta, em trabalho de parto espontâneo na fase ativa do primeiro estadio.

3.1. Enquadramento teórico

Cenário inicial

Maria, 28 anos, grávida de 39 semanas, primigesta, dirigiu-se ao hospital acompanhada pelo marido, refere o início de contrações uterinas regulares há aproximadamente 4 horas. As contrações, inicialmente espaçadas, tornaram-se mais frequentes e intensas, estando agora de 5 minutos em 5 minutos. Nega perda de líquido amniótico, e sem perda sanguínea vaginal. Relata percepção dos movimentos fetais. A gravidez atual foi vigiada, e decorreu sem intercorrências. A Maria não apresenta antecedentes médicos relevantes. Grupo de sangue A Rh positivo. Streptococcus do grupo B (SGB) negativo.

Na avaliação do exame vaginal na admissão revelou colo uterino com 4 cm de dilatação, 50% de apagamento, consistência média, posição intermediária. Apresentação cefálica, com a cabeça fetal em posição de vértice, acima do 1^a plano de Hodge. Não foi observada perda de líquido amniótico ou perda sanguínea vaginal. Foi admitida na sala de partos.

Com este caso, pretendo elucidar sobre as competências específicas do EEESMO adquiridas no cuidado à mulher durante a fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto. Entre essas competências, destaco a atuação de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e com controlo de risco. O EEESMO assegura um ambiente seguro durante todo o processo de trabalho de parto e parto, planeando, implementando e avaliando intervenções que promovam o conforto e bem-estar da mulher e dos seus conviventes significativos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Além disso, o EEESMO coopera com outros profissionais na implementação de intervenções que promovam a saúde, previnam complicações e controlem a dor. Compete-lhe também identificar e monitorizar o progresso do trabalho de parto, bem como o risco materno-fetal durante todo o processo, referenciando situações que ultrapassem a sua área de atuação. É igualmente responsável por identificar e monitorizar quaisquer desvios ao padrão normal de evolução do

trabalho de parto, encaminhando adequadamente os casos que exijam intervenção adicional (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Fisiologia do trabalho de parto

No final da gravidez, mudanças biológicas preparam o útero para o início do trabalho de parto (TP), enquanto a coordenação entre mãe e feto determina o momento ideal desse processo. O início do TP espontâneo geralmente ocorre quando mãe e feto estão biologicamente prontos, envolvendo diferentes fases de preparação do útero para o TP, parto e transições pós-parto/neonatais bem-sucedidas. Esperar pelo início espontâneo do TP traz benefícios significativos para o recém-nascido (RN) saudável (Hundley, Downe, & Buckley, 2020).

Padrão normal do trabalho de parto

O TP é um processo complexo que envolve contrações regulares que resultam numa progressiva extinção e dilatação cervical, culminando na descida do feto pela pelve e o seu eventual nascimento (He et al. 2023). Essa sequência de eventos foi delineada de maneira marcante pelo Dr. Emanuel Friedman em 1955, quando este ilustrou um padrão de TP normal baseado na dilatação cervical ao longo do tempo. Friedman subdividiu o TP em várias etapas e fases, destacando o primeiro estádio, que inclui a fase latente, de 0 a 2,5 cm de dilatação cervical, e a fase ativa, de 2,5 a 10 cm; o segundo estádio desde a dilatação completa até ao nascimento do feto; e o terceiro estádio (do nascimento do recém-nascido até o nascimento da placenta) (Friedman, 1955; Friedman & Kroll, 1969).

Entender o padrão fisiológico do TP representa o primeiro passo para a gestão ideal do processo (Zhang & Duan, 2017), cujo objetivo final é garantir um parto seguro e uma experiência positiva para a mulher e RN (WHO, 2018). Após o Dr. Friedman iniciar a era moderna da gestão do TP na década de 1950, nos últimos 20 anos, houve uma mudança de pensamento em relação à progressão do trabalho de parto, com o aparecimento de novas evidências e o uso de métodos estatísticos mais avançados. No entanto, ainda há debate sobre a definição da fase latente, e o início preciso do TP ativo, sendo um ponto em constante evolução na literatura obstétrica. A carência de uniformidade tem impedido avanços substanciais na compreensão do que constitui um TP normal e, conseqüentemente, a conceção de diretrizes baseadas em evidências necessárias para orientar a tomada de decisão na gestão do TP (He, et al., 2023).

• Primeiro estádio do trabalho de parto

Ao longo dos anos, diversas organizações e investigadores propuseram critérios distintos para determinar definições para a fase latente e o início do TP ativo, o que evidencia a complexidade desse processo.

Inicialmente, em 1994, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sugeriu que a fase ativa

começasse com 3 cm de dilatação cervical, enquanto o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG), em 1995, definiu o início com base nos critérios de Friedman, em torno de 3 a 4 cm de dilatação (He, et al., 2023).

A ACOG reviu as suas diretrizes, indicando que o início do TP ativo pode ocorrer mais tarde, por volta de 5 a 6 cm de dilatação cervical, e enfatizou a gestão expectante, do trabalho de parto, para mulheres com 4 a 6 cm de dilatação (ACOG, 2019).

A OMS também alterou as suas recomendações em 2018. Define a fase latente do primeiro estadio do TP pela presença de contrações uterinas dolorosas e variação no colo uterino, incluindo algum grau de extinção e uma progressão lenta da dilatação até 5 cm, tanto para partos primíparos quanto subseqüentes. Recomenda que neste período, as intervenções médicas para acelerar o parto devem ser evitadas, desde que o bem-estar materno e fetal sejam tranquilizadores. Essa abordagem visa proporcionar um ambiente propício para o progresso natural do TP, priorizando o conforto e a segurança materna e fetal. Indica que a fase ativa começa com 5 cm de dilatação, sendo caracterizada por contrações uterinas dolorosas e regulares, uma extinção substancial do colo uterino e uma dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa para o primeiro e subseqüentes partos (WHO, 2018).

He et al. (2023), numa revisão sistemática, concluem que os resultados dos estudos destacam a importância de considerar a variação individual no início da fase ativa ao diagnosticar a interrupção do TP. Por esse motivo, definir o "trabalho de parto normal" com base no limite superior da dilatação cervical no início da fase ativa, sugerindo que 6 cm seja esse limite superior, pode ser uma abordagem mais sensata, com a promessa de reduzir intervenções desnecessárias, e tem o potencial de melhorar os cuidados obstétricos e otimizar os resultados maternos (Alhafez & Berghella, 2020; He, et al., 2023).

A OMS (2018) adverte que, dado que os 4 cm de dilatação cervical têm sido amplamente adotados e utilizados na prática clínica por décadas como o limite da fase latente do primeiro estadio do TP, não se espera uma rápida aceitação de um novo ponto de referência pelos profissionais de saúde.

Dor de trabalho de parto

A dor do TP é multifacetada e distinta da dor associada a patologias, pois está ligada a um processo fisiológico, o nascimento. É um fenômeno complexo que resulta de uma combinação de fatores fisiológicos, psicológicos e emocionais (Howard, 2017; Thomson, et al., 2019).

A dor do TP tem origem em processos fisiológicos específicos que ocorrem durante os diferentes estadios. Durante o primeiro estadio, a dor é principalmente visceral, resultante da dilatação e extinção do colo do útero, bem como da isquemia uterina devido às contrações. A dor é transmitida pelos nervos espinhais T10 a L1 (Lowdermilk, et al., 2023).

Do ponto de vista psicológico, a percepção, o significado atribuído e a capacidade para lidar com a dor variam de mulher para mulher. Diversos fatores influenciam essas diferenças, como cultura, etnia, condições sociais, experiências passadas, estado emocional, fadiga, privação de sono, paridade, idade, sistemas de suporte, incluindo a qualidade da relação entre a mulher e o profissional de saúde, bem como a realização de preparação para o parto (Howard, 2017).

Frequentemente associados à dor durante o TP, estão sentimentos como o medo, com consequente aumento da tensão e ansiedade (WHO, 2018). Se por um lado, a presença da dor ou a possibilidade da sua existência, pode originar medo, aumentando a tensão e a ansiedade, por outro, a tensão provocada por estados de ansiedade e medo pode aumentar a dor e a sua percepção, instalando-se um ciclo de medo-tensão-dor com consequências negativas para o bem-estar materno-fetal (Thomson, et al., 2019). Quando a ansiedade é excessiva, o sistema nervoso somático é estimulado e liberta hormonas relacionadas com o stress, que podem causar TP disfuncional, reduzir a contratilidade uterina, inibir a dilatação cervical e resultar em TP prolongado e aumento da percepção da dor (Lowdermilk, et al., 2023).

Reconhecer a complexidade da dor do TP e dominar as diversas opções para controlar a dor é crucial para proporcionar uma experiência de parto positiva (WHO, 2018). De acordo com as preferências individuais de cada mulher, a OMS recomenda a analgesia epidural, opioides sistémicos, técnicas de relaxamento e técnicas manuais (como massagem) como opções de alívio da dor para mulheres em TP (WHO, 2018).

Thomson et al. (2019) constata que tanto métodos farmacológicos quanto não farmacológicos podem fomentar a sensação de controlo nas mulheres. Embora a epidural seja eficaz para alívio da dor, está associada a mais efeitos adversos e menor satisfação. Por outro lado, técnicas de relaxamento e massagem, apesar de menos eficazes para alívio direto da dor, estão frequentemente associadas a resultados positivos (aumento de partos vaginais, menos intervenções, menos alívio farmacológico da dor) e maior satisfação.

As escolhas de alívio da dor durante o parto são influenciadas por fatores culturais e pessoais. Mulheres que veem o parto como um risco médico tendem a optar por medicação, enquanto aquelas que o consideram um processo natural preferem métodos não farmacológicos. Métodos farmacológicos permitem foco externo e interação social, enquanto os não farmacológicos promovem um foco interno e envolvem ativamente a mulher (Thomson et al., 2019).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-19 15:30:00	Sufentanilo (0,005 mg/ml, ampola de 2ml)	
2023-10-19 15:30:00	Ropivacaína 2%	
2023-10-19 15:30:00	Solução polielectrolítica sem glucose	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Sufentanilo (0,005 mg/ml, ampola de 2ml)**

Classificação: Analgésico opiáceo, ação rápida com curta duração.

Efeitos adversos: Tonturas, sonolências, reações alérgicas, erupção cutânea, prurido, depressão respiratória, náuseas e vômitos, retenção urinária.

Considerações: Vigiar sinais de depressão respiratória. Ter disponível nalaxona como antídoto. Implementar medidas de segurança conforme apropriado, incluindo o uso de grades laterais e assistência na deambulação (Lowdermilk, et al., 2023).

- **Ropivacaína 2%**

Classificação: Anestésico local

Efeitos adversos: reações alérgicas, hipotensão, compromisso da perfusão placentária, depressão respiratória.

Considerações: Avaliar sinais vitais. Vigiar a presença de efeitos secundários.

Dose e via de administração:

- Epidural lombar - dose inicial - 10 mL de uma solução a 0,2%;
- Manutenção da analgesia neuroaxial

Perfusão epidural contínua (Patient-controlled analgesia, PCA) - sufentanil 0,025 mg com 0,1% de ropivacaína ao ritmo de 10ml/h.

Adicionada analgesia epidural controlada pelo paciente (Patient-controlled epidural analgesia, PCEA), bolus com lockout de 20 minutos.

- **Solução polielectrolítica sem glicose**

Classificação: Suplementos minerais

- Expansão do volume plasmático e prevenção da hipotensão.

Efeitos adversos: Sobrecarga hídrica, edema, dispneia.

Considerações: Administração de soro polielectrolítico com glicose ao ritmo de 125ml/h (segundo protocolo institucional).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

19-10-2023 14:30

19-10-2023 14:30 - Cateter venoso periférico

19-10-2023 15:30 - Localização do cateter venoso periférico

19-10-2023 15:30 - Antebraço Direita(o)

19-10-2023 15:30 - Ausência de dor.

19-10-2023 15:30 - Ausência de calor.

19-10-2023 15:30 - Ausência de rubor.

19-10-2023 15:30 - Ausência de tumefação.

19-10-2023 15:30 - Ausência de exsudado.

19-10-2023 15:30 - Ausência de infiltração.

19-10-2023 15:30 - Características do dispositivo: 18 G.

19-10-2023 14:30 - Localização do cateter venoso periférico

19-10-2023 14:30 - Braço Direita(o)

19-10-2023 14:30 - Ausência de dor.

19-10-2023 14:30 - Ausência de calor.

19-10-2023 14:30 - Ausência de rubor.

19-10-2023 14:30 - Ausência de tumefação.

19-10-2023 14:30 - Ausência de exsudado.

19-10-2023 14:30 - Ausência de infiltração.

19-10-2023 14:30 - Características do dispositivo: 18 G.

19-10-2023 14:30 - Assegurar funcionamento do cateter

19-10-2023 14:30 - Otimizar cateter venoso periférico [Todos os turnos.]

19-10-2023 14:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

19-10-2023 14:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [Todos os turnos.]

19-10-2023 15:30

19-10-2023 15:30 - Cateter epidural

19-10-2023 15:30 - Características do dispositivo: Punção com agulha: Tuohy de 80mm calibre 18G.

19-10-2023 15:30 - Assegurar funcionamento do cateter

19-10-2023 15:30 - Otimizar cateter epidural [Todos os contatos.]

19-10-2023 15:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural

19-10-2023 15:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural [Todos os contatos.]

19-10-2023 15:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter epidural

19-10-2023 15:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural [Agora.]

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

As atitudes terapêuticas são parte das ações interdependentes dos enfermeiros, que devem possuir o conhecimento necessário para fornecer cuidados seguros, utilizar os equipamentos de forma adequada e detetar complicações precocemente.

Cateter venoso periférico

Cateterização de veia com agulha 18 G (segundo protocolo institucional).

Cateter epidural

- Colaborar no procedimento.
- Assistir na posição para o procedimento (Posição sentada com as costas curvadas ou decúbito lateral, posição de SIMS modificada, com os ombros paralelos, os membros inferiores ligeiramente fletidos e as costas arqueadas)
- Assistir a mulher durante o procedimento (ensinar sobre a necessidade de ficar imóvel durante a colocação da agulha).
- Assistir na posição após a colocação do cateter epidural (decúbito dorsal, com a cabeça e ombros ligeiramente elevados e o útero deslocado através do apoio sobre uma das ancas) (Lowdermilk, et al., 2023).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-10-2023 14:30	Parto	
19-10-2023 14:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
19-10-2023 14:30	Sistema cardiovascular	
19-10-2023 15:30	Eliminação urinária	

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

Eliminação urinária

Na fase ativa do TP, a avaliação da eliminação urinária é crucial para o conforto e segurança da parturiente. A Maria referiu que a última micção tinha sido há mais de quatro horas, e que ainda não sentia vontade de urinar. Isso pode ocorrer devido à pressão do feto sobre a bexiga, ao stress e dor, às posições adotadas, e a fatores psicológicos como a ansiedade (Lowdermilk et al., 2023).

Foi importante encorajar Maria a urinar antes da colocação do cateter epidural, pois a retenção urinária pode causar desconforto, impedir a descida do feto e aumentar o risco de complicações. A presença de um globo vesical, visível e palpável, é um sinal de alerta que deve ser monitorizado (Lowdermilk et al., 2023; NICE, 2023).

Assim, a vigilância da eliminação urinária é essencial para garantir um TP seguro e eficaz, contribuindo para o bem-estar da parturiente e o progresso do TP.

Parto

O domínio 'Parto' foi considerado no contexto do caso clínico, uma vez que a cliente dos cuidados se encontra na fase ativa do TP. Nesse sentido, a vigilância e a monitorização contínuas são fundamentais para garantir a segurança e o bem-estar materno e fetal, possibilitando a deteção precoce de complicações e uma resposta rápida em situações de emergência (NICE, 2023; WHO, 2020; WHO, 2015).

- **Avaliar a evolução do trabalho de parto**

A evolução do TP é efetuada frequente através da realização do exame vaginal. Este procedimento é realizado em intervalos regulares e consiste na recolha de dados relativos à dilatação cervical, consistência e posição do colo do útero, posição e descida do feto (Moncrieff, et al., 2022).

O exame vaginal, sendo um procedimento intrusivo, pode ser angustiante, especialmente para uma mulher que já está com dor e ansiedade num ambiente desconhecido (Jenkins, Jessiman, Hubbard, & O'Malley, 2023). Durante a sua realização, o EEESMO deve, explicar o motivo do exame, garantir o consentimento informado da mulher, respeitando sua privacidade, comunicar, de forma sensível, os resultados do exame e o seu impacto no plano de parto à mulher e acompanhante e, informar a mulher que ela pode recusar o exame a qualquer momento ou solicitar a interrupção do procedimento. Essas práticas são fundamentais para manter a dignidade e o bem-estar da parturiente durante o TP (Moncrieff, et al., 2022; WHO, 2020).

Segundo Jenkins et al. (2023), numa revisão sistemática, as mulheres têm diversas experiências durante os exames vaginais, variando de desconforto e vulnerabilidade a aceitação tranquila. Sentimentos de vulnerabilidade e constrangimento podem afetar negativamente o TP. O consentimento informado e o controlo sobre o procedimento são essenciais para uma experiência positiva. A comunicação clara e empática dos profissionais de saúde, explicando cada passo e demonstrando respeito, é fundamental. As mulheres valorizam a autonomia e a participação ativa nas decisões sobre os seus cuidados, incluindo a possibilidade de recusar o exame ou decidir como e quando será realizado. A individualização dos cuidados melhora a experiência.

Durante a realização do exame vaginal, o colo do útero é avaliado relativamente à posição (posterior, intermédia e anterior); consistência (firme, intermédia e mole); extinção (inteiro, início de extinção, 50%, 80% e 100%) e; dilatação (de 0 a 10 centímetros, nominalmente) (Moncrieff, et al., 2022; WHO, 2020; WHO, 2015).

A apresentação fetal refere-se à parte do corpo do feto que entra em primeiro lugar no estreito superior e lidera toda a passagem durante o canal de parto durante o nascimento. As três apresentações principais são a cefálica (cabeça), a pélvica (pés ou nádegas), e a transversa ou de ombros. O tipo de apresentação refere-se à parte do corpo fetal acessível ao toque durante o exame vaginal. Na apresentação cefálica a parte do feto que se apresenta é normalmente o occipital, na apresentação pélvica é o sacro, na transversa é a escapula. Os fatores que determinam o tipo de apresentação fetal compreendem a posição fetal, a atitude fetal e a extensão ou flexão da cabeça fetal (Lowdermilk, et al., 2023).

A posição fetal (direita ou esquerda) é identificada através da execução das manobras de Leopold, através da palpação abdominal. Permite identificar a parte do feto está no fundo uterino (se a pelve do feto é palpada no fundo uterino, o feto apresenta-se cefálico ao canal de parto, e vice-versa), onde está localizado o dorso fetal (local onde a frequência cardíaca fetal é mais facilmente audível e onde a sonda da cardiotocografia deve ser posicionada), a percepção do tamanho do feto e por fim, se a apresentação está encravada na pelve materna ou ainda flutuante (Lowdermilk, et al., 2023).

A variedade fetal refere-se à relação entre o ponto de referência da apresentação fetal e os

quatro quadrantes da bacia materna. Na apresentação cefálica o ponto de referência é o occiput (variantes da relação com a bacia materna, occipito esquerda anterior (OEA), occipito esquerda transversa (OET), occipito esquerda posterior (OEP), occipito direita anterior (ODA), occipito direita transversa (ODT), occipito direita posterior (ODP)); na apresentação pélvica é o sacro; na apresentação transversa é a espadua (Lowdermilk, et al., 2023).

A descida da apresentação fetal foi avaliada através dos planos de Hodge, dividem a pelve materna em quatro planos horizontais para avaliar o progresso do TP e a descida do feto durante o parto. Cada plano é uma linha imaginária que determina a posição do feto e a sua progressão pelo canal de parto (1º plano de Hodge (promontório do sacro ao bordo superior da sínfise púbica), 2º plano de Hodge (segunda articulação sacroilíaca ao bordo inferior da sínfise púbica), 3º plano de Hodge (espinhas isquiáticas), 4º plano de Hodge (cóccix ao bordo inferior do ramo isquiopúbico) (Moncrieff, et al., 2022; NICE, 2023; WHO, 2020; WHO, 2015).

Avaliar a integridade das membranas amnióticas (membranas integras, rotura espontânea, rotura artificial). Quando existe rotura, o registo deve incluir a data e a hora da rotura das membranas, e as características do líquido amniótico, cor (a cor clara é o achado normal, cor castanho esverdeada, liquido corado de amarelo ou cor de vinho de Porto representam alterações da cor do liquido amniótico), e viscosidade e odor (a consistência aguada e sem um odor forte representam características normais, liquido amniótico espesso, turvo e com cheiro desagradável revelam alterações) (Moncrieff, et al., 2022; NICE, 2023; WHO, 2020; WHO, 2015).

A par da evolução do TP, a avaliação do conhecimento e capacidade de uma parturiente na fase ativa do TP, como a Maria, áreas de competência do EEESMO, é fundamental para garantir uma experiência positiva e segura. A Maria expressa o desejo de caminhar durante o TP e de usar a bola de pilates, algo que já pratica em casa. Relativamente à ingestão de líquidos, Maria questiona se pode beber ou comer. Esta questão deve ser abordada com base nas orientações clínicas e na sua condição individual. O EEESMO desempenha um papel fundamental ao fornecer informações claras e ajustadas às necessidades da Maria, promovendo a sua autonomia na tomada de decisões informadas e respeitando os seus desejos e expectativas para o parto.

Em termos de conhecimento sobre o TP, Maria solicita mais informações sobre as diferentes fases, demonstrando uma vontade de aprofundar o seu conhecimento. Esta é uma oportunidade para rever o plano de parto, ajustando-o às suas expectativas. Embora deseje um parto natural, Maria está aberta a intervenções caso sejam necessárias para o bem-estar do bebé, revelando uma atitude flexível e consciente.

Para garantir que Maria está preparada para o parto, é importante avaliar o seu estado emocional e físico. Aparenta estar receptiva e capaz de integrar novas informações, sendo necessário continuar a monitorizar o seu bem-estar, assegurando que o suporte emocional e educativo seja adequado às suas necessidades durante o TP.

- **Avaliar o bem-estar fetal**

A avaliação do bem-estar fetal inclui a percepção materna dos movimentos fetais e a monitorização cardiotocográfica (CTG). É um método utilizado para monitorizar a frequência cardíaca do feto e as contrações uterinas, com o objetivo de avaliar o bem-estar fetal durante o TP (NICE, 2022; Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrharan, 2015). A monitorização externa da frequência cardíaca fetal (FCF) utiliza um transdutor de ultrassom Doppler para detetar o movimento das estruturas cardíacas. A monitorização externa das contrações uterinas é obtida através de um tocodinamómetro (toco), avalia o aumento da tensão miométrial medida através da parede abdominal (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrharan, 2015).

A análise do CTG começa com a avaliação das características básicas do traçado obtido (linha basal da frequência cardíaca fetal, variabilidade, acelerações, desacelerações e contrações), seguida pela classificação geral do CTG. Os traçados devem ser classificados numa de três categorias: normal (tipo I), suspeito (tipo II) ou patológico (tipo III) (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrharan, 2015; Knupp, Andrews, & Tita, 2020; NICE, 2022).

Um traçado normal de CTG indica uma boa adaptação do feto ao TP. A estabilidade da linha de base e a variabilidade tranquilizadora são sinais positivos que indicam uma oxigenação eficiente, existindo um risco de hipoxia extremamente baixo para os órgãos centrais do feto (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrharan, 2015). Mudanças no padrão da frequência cardíaca fetal durante o TP são comuns e não necessariamente preocupantes. No entanto, podem indicar um risco de deterioração do estado fetal. Se o traçado do CTG mudar ou não for normal, haverá menos certeza sobre a condição do feto, é recomendável manter a monitorização contínua por CTG, e avaliar a presença de fatores de risco intraparto, como presença de mecónio, seps e progresso lento do TP (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrharan, 2015; Knupp, Andrews, & Tita, 2020; NICE, 2022).

O padrão de contractilidade uterina refere-se à frequência (número de contrações num período), duração (tempo que cada contração dura), intensidade (força das contrações), e regularidade (intervalo de tempo entre as contrações e sua consistência) das contrações uterinas durante o TP. Permite identificar se o TP está a progredir normalmente, e detetar necessidade de intervenção, por exemplo, contrações muito frequentes, intensas, ou prolongadas podem indicar taquissístolia (mais de cinco contrações num período de 10 minutos), e compromete a oxigenação fetal, contrações de baixa intensidade, irregulares ou espaçadas podem indicar necessidade de intervenções para acelerar o TP (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrharan, 2015; Knupp, Andrews, & Tita, 2020; NICE, 2022).

A análise do CTG precisa ser integrada com outras informações clínicas para uma interpretação abrangente e uma gestão adequada. Frequentemente, a causa subjacente à alteração do padrão pode ser identificada, e a situação pode ser revertida através da adoção de medidas específicas (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrharan, 2015; Knupp, Andrews, & Tita, 2020).

- **Monitorizar da dor do trabalho de parto**

Na fase ativa do primeiro estadió do TP, o EEESMO desempenha um papel fundamental na avaliação e monitorização da dor, bem como na capacidade da parturiente para lidar com a mesma, implementando intervenções alinhadas com as suas preferências. Durante a admissão na sala de partos, a Maria, que se encontra na sua primeira experiência de parto, expressou ansiedade e destacou a importância de ter o marido ao seu lado para apoio emocional.

A monitorização da dor é um elemento essencial no cuidado à parturiente. Utilizou-se a Escala Analógica Visual (EVA) para que a Maria pudesse descrever a intensidade da sua dor, desde "sem dor" até "dor muito intensa". Para uma avaliação completa, foram consideradas várias características da dor: a localização (dor intensa nas costas e na parte inferior do abdómen), a intensidade (classificada pela EVA), o tipo (constante e aguda), a frequência (regular com as contrações) e a duração de cada episódio doloroso.

Além da autoavaliação verbal, a observação de sinais não verbais de dor, como a postura e expressões faciais da Maria, que se mostrava focada na respiração controlada e no movimento rítmico, sugerem algum controlo da dor. No entanto, a verbalização de que "a dor está muito forte" indicou a necessidade de intervenções adicionais.

Relativamente ao controlo da dor, a Maria demonstrou conhecimento sobre métodos não farmacológicos, como o controlo da respiração e o uso da bola de pilates, métodos que utilizou nas sessões de preparação para o parto. Expressou o desejo de continuar a caminhar e a usar a bola de pilates, mesmo após a administração da analgesia epidural, que solicitou devido à intensidade crescente da dor.

Dadas as preferências de Maria pela combinação de ambos os métodos de alívio da dor (não farmacológicos e farmacológicos), foi pertinente informá-la sobre os potenciais efeitos colaterais da anestesia epidural, nomeadamente o comprometimento da mobilidade. O bloqueio epidural interfere na capacidade da mulher de se movimentar livremente, devido à necessidade de múltiplas intervenções médicas (como perfusão endovenosa e monitorização) e ao bloqueio dos membros inferiores. Isso pode gerar uma sensação de insegurança e levar à escolha de não deambular por causa da sedação, fadiga e bloqueio motor dos membros inferiores. Foi igualmente importante garantir que, após a avaliação da sensibilidade motora dos membros inferiores, Maria poderia adotar posições verticalizadas e utilizar a bola de pilates. Muitas vezes, os profissionais de saúde também resistem a incentivar ou assistir as mulheres a deambular devido ao receio de traumatismos (Lowdermilk et al., 2023).

As intervenções para gestão da dor, como o apoio emocional contínuo e a utilização de métodos não farmacológicos, foram ajustadas ao estado emocional e físico da Maria, garantindo uma abordagem individualizada e humanizada, de acordo com os princípios de cuidado preconizados para o TP.

Sistema cardiovascular

A saúde e o bem-estar da mulher são avaliados através da observação regular do pulso, pressão arterial e temperatura. A monitorização intermitente e consistente permite identificar, de forma atempada, sinais de complicações e facilita a tomada de decisão relativas ao bem-estar materno, possibilitando agir eficazmente para garantir a segurança da mulher durante o trabalho de parto (WHO, 2020).

Relativamente à frequência cardíaca, valores iguais ou superiores a 120 batimentos por minuto (bpm) podem indicar desidratação, dor, febre, hemorragia ou choque. A bradicardia (frequência cardíaca inferior a 60 bpm), deve desencadear uma série de avaliações maternas e fetais para identificar a causa provável, que pode incluir o uso de medicamentos específicos, a posição de decúbito dorsal, dor, hemorragia ou patologia cardíaca. Se a frequência cardíaca for inferior a 60 ou superior ou igual a 120 bpm, deve ser referido ao médico obstetra. Se o pulso estiver entre 60 e 120 bpm, deve ser avaliado a cada 4 horas (WHO, 2020).

No que diz respeito à pressão arterial sistólica (PAS), o sinal de alarme surge com valores inferiores a 80 ou superiores ou iguais a 140 mmHg. A avaliação da pressão arterial é essencial para monitorizar o bem-estar da mulher e identificar potenciais riscos para o parto. A hipotensão pode ser um sinal de choque hemorrágico, choque séptico ou hemorragia, tanto oculta como evidente. Uma pressão arterial sistólica de 140 mmHg pode indicar hipertensão, sendo necessárias avaliações adicionais para confirmar o diagnóstico. Se a PAS for inferior a 80 ou superior ou igual a 140 mmHg, deve ser referido ao médico obstetra. Se a PAS estiver entre 80 e 140 mmHg, deve ser avaliada a cada 4 horas (WHO, 2020).

A pressão arterial diastólica (PAD) também é um sinal de alarme quando os valores forem superiores ou iguais a 90 mmHg, pois isto pode ser indicativo de hipertensão, exigindo avaliações adicionais para obter um diagnóstico preciso. Se a PAD for superior ou igual a 90 mmHg, deve ser referido ao médico obstetra. Se a PAD estiver abaixo de 90 mmHg, deve ser avaliada a cada 4 horas (WHO, 2020).

A temperatura corporal deve ser monitorizada ao longo do trabalho de parto para avaliar o bem-estar da mulher e prevenir complicações. O sinal de alarme surge quando a temperatura é inferior a 35,0 °C ou superior ou igual a 37,5 °C. Nestes casos, é necessário referir ao médico obstetra. Se a temperatura estiver entre 35,0 °C e 37,4 °C, deve ser avaliada a cada 4 horas (WHO, 2020).

A monitorização da saturação de O₂ de 15 em 15 minutos (após a colocação do cateter epidural, segundo protocolo institucional) é essencial para garantir a oxigenação adequada da mãe e do feto. Níveis suficientes de oxigénio são cruciais para prevenir complicações como hipoxia e sofrimento fetal (NICE, 2023; WHO, 2020; WHO, 2015).

Assim, a análise desses parâmetros é crucial para a tomada de decisões informadas e para a

intervenção precoce em situações que possam comprometer a saúde materno-fetal (NICE, 2023; WHO, 2020; WHO, 2015).

Sondas, Drenos e Cateteres

• Cateter venoso periférico

A cateterização endovenosa nas mulheres em TP está preconizada na instituição para a administração de fluidos, na prevenção de hipotensão após início da analgesia por cateter epidural, e administração de fármacos. A cateterização venosa periférica é um procedimento comum na prática de enfermagem, que envolve a inserção de um dispositivo (cateter venoso periférico) numa veia periférica para proporcionar acesso ao sistema venoso. Este procedimento implica cuidados específicos na escolha do calibre, manutenção, tipo de penso utilizado e na prevenção de complicações.

• Cateter epidural

O cateter epidural consiste num dispositivo de material biocompatível, descartável, radiopaco, resistente e flexível, que se ajusta facilmente às particularidades anatómicas da coluna vertebral. O cateter é introduzido no espaço epidural que está localizado entre a dura-máter e o ligamento amarelo (Lowdermilk, et al., 2023; Nanji & Carvalho, 2020). Por ser transparente, este dispositivo permite visualização de refluxo de sangue ou liquor quando seu conteúdo é aspirado. A sua ponta romba, com fundo cego, dificulta a canalização de vasos sanguíneos ou a perfuração da dura-máter. O facto de ser multiperfurado facilita a dispersão dos fármacos (Lowdermilk, et al., 2023; Nanji & Carvalho, 2020).

Este dispositivo foi colocado na fase ativa do primeiro estadio do TP, e teve como objetivo garantir o controlo da dor durante o TP e parto. A analgesia epidural contínua é considerada o gold standard contra o qual outras modalidades de alívio da dor durante o TP são comparadas, fornece excelente controlo da dor durante o TP e parto (Nanji & Carvalho, 2020). No entanto, os analgésico e anestésicos locais peridurais podem causar hipotensão, fraqueza motora e retenção urinária, além de que as taxas de falha na colocação de cateter epidural são elevadas e mesmo cateteres bem posicionados requerem uma vigilância e otimização frequente, bem como a deteção e correção de complicações (Lowdermilk, et al., 2023; Nanji & Carvalho, 2020). Pelo que o enfermeiro deve não só avaliar eficácia da analgesia, mas também verificar regularmente a posição correta do cateter, garantindo que não ocorra mobilização do mesmo e avaliando adequadamente a função motora e sensitiva, por último o local de inserção deve ser mantido limpo para prevenir a infeção.

3.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

19-10-2023 14:30

19-10-2023 14:30 - Localização do Pulso

19-10-2023 14:30 - Braço Esquerda(o)

19-10-2023 14:30 - Frequência do pulso: 76 pulsações por minuto.

19-10-2023 14:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

19-10-2023 14:30 - Membro superior Esquerda(o)

19-10-2023 14:30 - Pressão sanguínea sistólica: 108 mmHg.

19-10-2023 14:30 - Pressão sanguínea diastólica: 63 mmHg.

19-10-2023 14:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

19-10-2023 14:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [15 em 15 minutos]

19-10-2023 15:30

19-10-2023 15:30 - Localização do Pulso

19-10-2023 15:30 - Braço Esquerda(o)

19-10-2023 15:30 - Frequência do pulso: 81 pulsações por minuto.

19-10-2023 15:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

19-10-2023 15:30 - Membro superior Esquerda(o)

19-10-2023 15:30 - Pressão sanguínea sistólica: 113 mmHg.

19-10-2023 15:30 - Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.

Eliminação urinária

19-10-2023 15:30

19-10-2023 15:30 - Frequência da eliminação urinária: diminuída .

19-10-2023 15:30 - Reconhece a vontade de urinar.

19-10-2023 15:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

19-10-2023 15:30 - Sem globo vesical.

19-10-2023 15:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

19-10-2023 15:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [2 em 2 horas]

Parto

19-10-2023 14:30

19-10-2023 14:30 - Posição do colo do útero: intermédia.

19-10-2023 14:30 - Consistência do colo do útero: intermédia.

19-10-2023 14:30 - Extinção do colo do útero: 50%.

19-10-2023 14:30 - Dilatação do colo do útero: 4 cm.

19-10-2023 14:30 - Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos .

19-10-2023 14:30 - Duração da contração uterina: 45 Segundos.

19-10-2023 14:30 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

19-10-2023 14:30 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

19-10-2023 14:30 - Posição fetal: esquerda.

19-10-2023 14:30 - Apresentação fetal: cefálica.

19-10-2023 14:30 - Variedade fetal: indeterminada.

19-10-2023 14:30 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.

19-10-2023 14:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

19-10-2023 14:30 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

19-10-2023 14:30 - Expectativa face ao parto: parto fisiológico.

19-10-2023 14:30 - Trabalho de parto

19-10-2023 14:30 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

19-10-2023 14:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto

19-10-2023 14:30 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

19-10-2023 15:30 - Assistir no posicionar [1 em 1 hora]

19-10-2023 14:30 - Gerir ingestão de líquidos [1 em 1 hora]

19-10-2023 14:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [1 em 1 hora]

19-10-2023 14:30 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto

19-10-2023 14:30 - Conhecimento sobre trabalho de parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-10-2023 14:30 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.

19-10-2023 14:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto

19-10-2023 14:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto [Todos os contactos.]

19-10-2023 14:30 - Ensinar sobre trabalho de parto [Todos os contactos.]

19-10-2023 14:30 - Ensinar sobre dor de trabalho de parto [Todos os contactos.]

19-10-2023 14:30 - Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto [Todos os contactos.]

19-10-2023 14:30 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

19-10-2023 14:30 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

19-10-2023 14:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [Todos os contactos.]

19-10-2023 14:30 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto [Todos os contactos.]

19-10-2023 15:30 - Aplicar calor na região lombo-sagrada [Todos os contactos.]

19-10-2023 14:30 - Assistir no uso de hidroterapia [Agora.] [FIM] 19-10-2023 15:30

19-10-2023 14:30 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto [Todos os contactos.]

19-10-2023 14:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [Todos os contactos.]

19-10-2023 14:30 - Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com a dor de trabalho de parto [Todos os contactos.]

19-10-2023 15:30 - Controlar dor de trabalho de parto

19-10-2023 15:30 - Gerir analgesia [Segundo prescrição.]

19-10-2023 15:30

19-10-2023 15:30 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

19-10-2023 15:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Executar exame vaginal de 2 em 2 horas (segundo protocolo institucional).
- Os princípios orientadores para a realização deste procedimento passam por assegurar a higiene das mãos antes e depois de cada exame, executar os cuidados de higiene perineal com água. Usar luvas esterilizadas, no sentido de diminuir o risco infeccioso e lubrificante, no sentido de diminuir o desconforto ao toque. Assistir a parturiente no posicionamento, pernas flexionadas e afastadas, em posição dorsal, semi-sentada ou lateral, embora também possa ser realizado com a mulher em posição inclinada para frente. A técnica consiste na inserção delicada de dois dedos na vagina para realizar a avaliação. Evitar iniciar durante uma contração (Moncrieff, et al., 2022; WHO, 2020; WHO, 2015).
- Avaliar a frequência cardíaca fetal o padrão de contractilidade uterina através de monitorização externa contínua por telemetria (segundo protocolo institucional).
- Registrar os dados da avaliação da frequência cardíaca fetal e padrão de contratilidade a cada hora, se traçado classificado como normal (FCF variar entre 110 e 159 e 3 a 5 contrações por 10 minutos, e se a duração das contrações entre ≥ 20 ou ≤ 60 segundos), ou mais frequentemente se forem identificados traçados suspeitos ou patológicos.

Ensinar sobre dor de trabalho de parto

- Ensinar: A dor que está a sentir é causada pelas contrações do útero, que ajudam o bebé a descer pelo canal de parto. É uma parte natural do processo.

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

- Assistir a identificar outros métodos de alívio da dor, sugerido um banho morno no chuveiro antes da colocação do cateter epidural.
- A Maria solicita a aplicação de calor na zona lombar.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Incentivar a mobilidade e uma posição vertical durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco (WHO 2018)
- Apoiar a escolha da posição da mulher (lateral esquerda, cócoras, quatro apoios, em pé apoiada pelo acompanhante).
- Assistir a alternar de decúbitos 1/1 hora.
- Avaliar o bloqueio motor dos membros inferiores.

- A Maria não apresentava bloqueio dos membros inferiores.
- Incentivar e assistir a parturiente e assumir posições verticalizadas e a deambulação, e a usar a bola de pilates.
- Elogiar, encorajar e tranquilizar de que a progressão do trabalho e parto decorre dentro da normalidade (WHO, 2015).

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

- Aplicar calor na região lombo-sagrada.
- Elogiar e reafirmar a capacidade da Maria para lidar com a dor.

Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto

- A Maria refere a fase do trabalho de parto em que se encontra e o que significa estar na fase ativa.
- A Maria refere que a fase de expulsão é a fase seguinte.
- A Maria compreende os procedimentos. Sente-se confortável para dar a sua permissão.
- A Maria compreende os resultados do último exame e comenta o que indicam.
- Maria consegue tomar decisões em conjunto com os profissionais sobre o processo do trabalho de parto.

Assistir no uso de hidroterapia

- Banho morno no chuveiro para o alívio da dor.
- A hidroterapia utilizando um chuveiro proporciona conforto através da aplicação de calor, direcionando o chuveiro manual para áreas de desconforto. O parceiro pode participar desta medida de conforto segurando e direcionando o chuveiro. A parturiente em trabalho de parto nunca deve ser deixada sozinha enquanto usa hidroterapia. Outra pessoa deve estar sempre presente para ajudar a mulher a sair rapidamente do chuveiro, se necessário. A temperatura da água deve ser mantida entre 36°C e 37,5°C (Lowdermilk, et al., 2023).

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Mudança na iluminação (luz suave), música (da preferência da Maria), temperatura e ruído.

Otimizar cateter venoso periférico

- Observar o local de inserção do cateter venoso periférico.
- Garantir a aderência do penso do cateter venoso periférico à pele.
- Verificar permeabilidade do cateter venoso periférico.

Ensinar sobre trabalho de parto

- Informar a Maria e o acompanhante sobre a progressão do trabalho de parto.
- Ensino: "a Maria está na fase ativa do trabalho de parto, o que significa que o colo do útero está a dilatar mais rapidamente agora. É normal que as contrações sejam mais intensas e frequentes." Informar que a fase ativa será seguida pela fase de expulsão, nascimento do bebé.
- Todos os procedimentos devem ser explicados de forma clara, e a permissão deve ser solicitada antes de sua realização. Os resultados dos mesmos devem ser discutidos com a

Maria e seu acompanhante (WHO, 2015).

- Explicações claras sobre os procedimentos e o seu objetivo devem sempre ser fornecidas a todas as mulheres. Os resultados dos exames físicos devem ser compartilhados com a parturiente e o seu acompanhante, e o curso de ação subsequente deve ser esclarecido para garantir uma tomada de decisão compartilhada (WHO, 2020).

Gerir ingestão de líquidos

- Mencionado que pode ingerir líquidos claros se o desejar (água, chá com ou sem açúcar, gelo ou gelatina) (segundo protocolo institucional).
- Oferecido chá com açúcar, que a Maria aceitou.
- Bebidas líquidas nutritivas são importantes, mesmo no final do trabalho de parto (WHO, 2015).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Descrever ao acompanhante o que ele deve fazer: estar com a Maria, encorajá-la, ajudá-la a respirar e relaxar. Incentivar e auxiliar a Maria a movimentar-se como quiser e a adotar a posição à sua escolha, nas idas à casa de banho quando necessário. Incentivá-la a beber líquidos (WHO, 2015).
- Incentivar o acompanhante a apoiar a Maria.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Observar a presença de sinais inflamatórios (dor, calor, rubor e/ou tumefacção) no local de inserção do cateter venoso periférico.
- Verificar se existe extravasamento de fluídos pelo local de inserção do cateter venoso periférico.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar a tensão arterial.
- Avaliar frequência cardíaca.
- Avaliação da frequência cardíaca e da tensão arterial de 15/15 minutos na primeira hora após epidural e de 30/30 minutos nas seguintes (segundo protocolo institucional).

Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto

- Observar comportamentos e respostas da Maria durante o trabalho de parto para avaliar a aplicação prática do conhecimento adquirido: refere que está tranquila, pretende usar estratégias que facilitem a evolução da fase do trabalho de parto em que se encontra, mostra confiança.
- O suporte contínuo inclui a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, acesso a alívio da dor farmacológico e não farmacológico, garantir que as mulheres tenham acesso a líquidos orais, e técnicas para melhorar o conforto das mulheres (como incentivar a mobilidade durante o trabalho de parto) (WHO, 2020).

Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com a dor de trabalho de parto

- Monitorizar a dor.
- Avaliar evolução da eficácia das medidas proporcionadas para o alívio da dor: grau de alívio da dor, nível de apreensão, retorno da sensibilidade e percepção da dor, e presença

de reações alérgicas / efeitos adversos.

- Questionar a Maria se "Sente que está a conseguir lidar bem com a dor? O que está a resultar?"; "Há algo que poderia fazer para ajudá-la a sentir-se mais confortável?"
- Comparar as avaliações anteriores da dor e autocontrolo com as avaliações subsequentes para identificar melhorias ou a necessidade de intervenções adicionais.
- A Maria mulher mostra atividade rítmica (balançar), respiração regular, foco interno, capacidade de relaxar entre as contrações e/ou verbaliza que está a lidar com a dor.

Assistir no posicionar

- Sugerir mudança de posição, a mais confortável para a Maria.
- As mulheres devem ser assistidas a mudar de posição e usar uma posição verticalizada durante o trabalho de parto (Lowdermilk, et al., 2023).

Otimizar cateter epidural

- Observar o local de inserção do cateter epidural
- Verificar a manutenção da marca da distância da ponta do cateter à pele
- Verificar a correta aderência do penso à pele
- Verificar conexão de filtro epidural

Gerir analgesia

- Administrar analgesia via epidural conforme prescrição médica e preferência da parturiente.

Aplicar calor na região lombo-sagrada

- Aplicado saco de soro fisiológico de 1 litro aquecido na zona lombar, após testar a temperatura com a Maria.
- Embora as evidências quantitativas e qualitativas se relacionem em grande parte com a massagem, é improvável que as bolsas quentes sejam prejudiciais e algumas mulheres podem achar que elas são calmantes (WHO, 2018).

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

- Observar a presença de sinais inflamatórios no local de inserção do cateter epidural
- Avaliar a presença de cefaleia
- Avaliar a presença de dor na região lombar e membros inferiores
- Avaliar a presença de parestesias

Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural

- Assepsia da pele com cloro-hexidina
- Fixar cateter epidural
- Aplicar penso estéril

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Esclarecer que é recomendado urinar regularmente (a cada 2-4 horas) durante o trabalho de parto (NICE, 2023; WHO, 2020; WHO, 2015): Uma bexiga cheia pode impedir a descida do bebé, causar desconforto e aumentar o risco de lesões. Durante o trabalho de parto, urinar pode ser difícil por várias razões, como a pressão do bebé sobre a bexiga e a

uretra, a inibição dos reflexos devido às sensações que sente, as posições que adota, os efeitos dos analgésicos (Lowdermilk, et al., 2023).

- Vigiar sinais de retenção urinária de 2/2h (segundo protocolo institucional): Questionar a parturiente sobre a sensação de bexiga cheia ou desconforto na região suprapúbica. Vigiar manifestações de globo vesical, observar a área suprapúbica para sinais de distensão: dor suprapúbica, com defesa à palpação abdominal; presença de globo vesical; incapacidade em iniciar a micção ou esvaziar totalmente a bexiga e inquietude/agitação (Lowdermilk, et al., 2023).
- Realizar palpação suprapúbica para avaliar a distensão da bexiga, se houver suspeita de retenção urinária (Lowdermilk, et al., 2023).

3.8. Síntese relativa ao caso

No que diz respeito às funções do EEESMO durante o trabalho de parto, a Ordem dos Enfermeiros (2019), no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, afirma que o EEESMO deve cuidar "da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina". Além disso, compete ao EEESMO diagnosticar e prevenir precocemente complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Este caso clínico proporcionou-me a oportunidade de acompanhar Maria e desenvolver competências enquanto EEESMO na gestão do TP, particularmente na fase ativa do primeiro estagio. O conhecimento da fisiologia do TP é essencial para gerir este processo de forma eficaz, e para a implementação de intervenções baseadas na evidência científica. A minha responsabilidade abrange a avaliação contínua da evolução do TP, bem como a garantia de que a Maria compreende cada etapa e participa ativamente nas decisões.

Relativamente à gestão do TP, a implementação de intervenções como a avaliação contínua da progressão do TP e a monitorização do bem-estar materno-fetal, juntamente com o incentivo à parturiente para adotar posições mais confortáveis, resultou em melhorias no conforto e bem-estar de Maria, contribuindo para o progresso do TP. Foi possível observar uma evolução constante do TP, com a dilatação do colo do útero a progredir até aos 9 cm no final do turno.

A gestão da dor é um componente essencial dos cuidados prestados, as técnicas utilizadas proporcionaram a Maria uma redução significativa da mesma, permitiu que a Maria lidasse melhor com a intensidade crescente das contrações. A gestão eficaz da dor foi alcançada por meio da combinação de métodos farmacológicos (como a administração de analgesia epidural) e não farmacológicos, que incluíram mudanças de posição, o uso da bola de pilates, o uso do chuveiro e a aplicação de calor na zona lombar.

Como EEESMO, a minha atuação vai além da monitorização clínica; centra-se também na criação de um ambiente de confiança e comunicação eficaz, onde Maria possa tomar decisões informadas sobre o seu parto. O meu objetivo é assegurar que ela tenha autonomia e o apoio necessário para vivenciar este momento de forma segura e respeitosa. O suporte educativo e emocional, tanto à Maria como ao seu acompanhante, ao explicar a fase do TP em que se encontrava e a progressão esperada, juntamente com o consentimento informado antes de qualquer intervenção, permitiu-lhe compreender cada fase do processo e participar ativamente nas decisões. Isso aumentou a confiança de Maria, promoveu uma sensação de controlo sobre o seu corpo e o processo de parto, e reduziu a sensação de vulnerabilidade, o que contribuiu para uma experiência mais positiva. Estes resultados traduziram-se numa maior capacidade da Maria para lidar com o TP e numa maior tranquilidade, fatores que foram fundamentais para o seu bem-estar emocional.

Em suma, a minha atuação enquanto EEESMO centrou-se em proporcionar a Maria e ao seu marido cuidados humanizados, num ambiente de confiança e apoio, através de intervenções individualizadas e comunicação clara, facilitando tanto a progressão do TP como a gestão da dor. Sendo o parto um evento crítico na transição para a parentalidade (Cardoso, et al., 2023), a prestação de cuidados centrados na mulher, respeitando as suas preferências, é fundamental para facilitar uma adaptação positiva e segura a esta nova fase da vida.

4. CASO_2_SEGUNDO E TERCEIRO ESTADIO DO TRABALHO DE PARTO

Mariana, de 28 anos, primigesta com 40 semanas e 3 dias de gestação, com feto em apresentação cefálica, atingiu dilatação completa (10 cm) às 10h20, dando início ao segundo estadio do TP.

4.1. Enquadramento teórico

Cenário

Mariana, de 28 anos, primigesta, grávida com 40 semanas e 3 dias. A gravidez foi vigiada, decorreu sem intercorrências, grupo sanguíneo: AB Rh positivo e, Strepto GB negativo. Atingiu a dilatação completa (10 cm) às 10h20, dando início ao segundo estadio do TP, o feto está em apresentação cefálica. Apresentava contrações intensas e regulares a cada 2-3 minutos.

Com este caso, pretendo elucidar sobre as competências específicas do EEESMO adquiridas no cuidado à mulher durante segundo e terceiro estadio do TP. Entre essas competências, destacam-se: atuação conforme o plano de parto, garantindo intervenções de qualidade e segurança; promoção do conforto e bem-estar da mulher e familiares; apoio ao vínculo mãe/pai/recém-nascido e ao aleitamento materno; cooperação com a equipa multidisciplinar no controlo da dor e gestão de complicações; monitorização do trabalho de parto e riscos materno-fetais; e aplicação de técnicas adequadas durante o parto e na avaliação do recém-nascido (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo estadio do trabalho de parto

O nascimento do feto ocorre durante o segundo estadio do TP, também conhecido como período expulsivo (Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020). Este estadio abrange o período entre a dilatação completa do colo do útero (10 cm) e a expulsão total do feto. Pode ser dividido em duas fases: a fase passiva, em que a dilatação completa do colo do útero ocorre antes ou na ausência de esforços expulsivos involuntários ou ativos, permitindo que a apresentação fetal desça na pelve como resultado das contrações uterinas; e a fase ativa, quando o feto é visível ou a parturiente inicia esforços expulsivos involuntários ou ativos (Gimovsky & Berghella, 2022; NICE, 2023; WHO, 2018).

O início do segundo estadio geralmente não é identificado com precisão. É registado como o momento em que num exame vaginal se encontra pela primeira vez o colo do útero

completamente dilatado, embora essa dilatação possa ter ocorrido a qualquer momento desde o exame vaginal anterior (Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020; NICE, 2023).

A duração do segundo estadio varia consideravelmente, sendo influenciada por fatores como a paridade e o uso de anestesia epidural (NICE, 2023). Em mulheres nulíparas, o nascimento geralmente é concluído em até 3 horas, enquanto em partos subsequentes, o nascimento normalmente é concluído em até 2 horas (ACOG, 2024; WHO, 2018). A NICE (2023) estabelece que o segundo estadio para uma mulher nulípara pode durar até 3 horas, admitindo que a fase passiva, com epidural, dure até 2 horas após a dilatação completa. Para uma mulher múltipara, o segundo estadio pode durar até 2 horas; com epidural, a fase passiva pode prolongar-se até 1 hora após a dilatação completa.

Outros fatores que podem influenciar a duração do segundo estadio do TP incluem a idade, o índice de massa corporal (IMC), o estado emocional, a qualidade do suporte recebido, o nível de fadiga, o peso do RN no momento do nascimento, o padrão de descida fetal durante a dilatação completa e os esforços expulsivos adiados. Estes fatores podem afetar a eficiência das contrações, a capacidade da parturiente em colaborar durante o processo e a resposta do feto, impactando assim a duração do trabalho de parto (ACOG, 2024; Lowdermilk et al., 2023).

O nascimento humano resulta de mecanismos complexos que envolvem o passageiro, um corpo em movimento - o feto; a passagem (canal de parto: bacia óssea, pavimento pélvico). O motor desse processo é composto pela contração uterina e os esforços expulsivos da parturiente durante a fase ativa (Desseauve et al., 2017).

Os mecanismos e a probabilidade de um parto vaginal seguro dependem em grande parte da arquitetura óssea da pelve (Borges et al., 2021). A forma e o tamanho da bacia óssea materna desempenham um papel importante no segundo estadio. As formas do estreito superior são descritas como ginecóide (em forma de coração), andróide (mais triangular), antropóide (oval com eixo anteroposterior mais longo) e platipelóide (oval com diâmetro transversal mais longo) (Lowdermilk et al., 2023). Mulheres de origem europeia tendem a ter bacias ginecóides (Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020).

O canal de parto é dividido em três seções: estreito superior, escavação pélvica e estreito inferior. O estreito superior da bacia forma um ângulo de 90 graus em relação ao estreito inferior, criando um canal curvado com diâmetros variados (Lowdermilk et al., 2023). Para que o parto vaginal ocorra, o feto deve adaptar-se ao canal de parto durante a descida. Os movimentos necessários no processo de nascimento humano são chamados de mecanismos de parto e dizem respeito aos movimentos que o feto deve realizar para superar a resistência da bacia óssea materna e dos tecidos moles, como o músculo elevador do ânus e o assoalho pélvico (Iversen, Kahrs, & Eggebø, 2021).

Iversen, Kahrs, & Eggebø (2021) argumentam que a descida do feto é o objetivo principal das

forças uterinas e os movimentos cardinais descrevem os movimentos rotacionais necessários para essa descida. Consideram quatro movimentos cardinais do parto (para a apresentação fetal occipito-anterior na bacia ginecóide): flexão, rotação interna, extensão e rotação externa, que juntos permitem que a cabeça e os ombros do feto se adaptem e atravessem eficientemente o canal de parto. Os mecanismos de parto em bacias diferentes da ginecóide são pouco estudados, e os movimentos cardinais variam conforme a apresentação e a atitude fetal (Iversen, Kahrs, & Eggebø, 2021). Nas apresentações occipito-posteriores, assim como nas apresentações de bregma e frente, os mecanismos de parto apresentam diferenças (Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020).

Durante o segundo estadio as contrações uterinas intensificam-se, ocorrendo inicialmente a cada 2-3 minutos e progredindo para intervalos de 1-2 minutos, com uma duração entre 60 a 90 segundos por contração (Lowdermilk et al., 2023). Estas contrações são promovidas por níveis elevados de ocitocina, que estimulam as fibras musculares lisas involuntárias do miométrio (Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020). As contrações aumentam a pressão intrauterina, que exerce uma força permitindo o movimento fetal (Desseauve et al., 2017). Simultaneamente, o feto produz cortisol e catecolaminas, que desempenham um papel crucial na adaptação à vida extrauterina (Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020).

Os esforços expulsivos maternos, que envolvem a contração dos músculos do diafragma e da parede abdominal, podem ser instintivos, em resposta à estimulação do assoalho pélvico pela descida da apresentação fetal, ou voluntários, sendo auto-iniciados ou dirigidos. Estes esforços, combinados com as contrações uterinas, ajudam a expulsar o feto pelo canal de parto (Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020).

A posição materna adotada no segundo estadio pode influenciar significativamente a eficácia das contrações, a descida do feto pelo canal de parto e o nível de conforto e dor da mulher, facilitando ou dificultando o processo de expulsão (Borges et al., 2021; Desseauve et al., 2017; Zang et al., 2020).

As posições de parto podem ser classificadas em dois grupos principais com base no ângulo formado pelo plano horizontal e pela linha que liga os pontos médios da terceira e quinta vértebras lombares. Quando essa linha forma um ângulo superior a 45 graus com o plano horizontal, a posição é considerada vertical. Exemplos de posições verticais incluem as posições agachada, sentada, cócoras e de pé, bem como suas variantes. Em contraste, quando o ângulo é inferior a 45 graus, a posição é considerada horizontal. As posições horizontais incluem o decúbito dorsal, litotomia, semi-fowler e lateral, entre outras variantes (Desseauve et al., 2017).

Além disso, as posições de parto podem ser divididas com base em como o peso do corpo da parturiente é distribuído em relação ao sacro. Posições como ajoelhada, em pé, agachada e sentada, onde o peso não recai sobre o sacro, são conhecidas como posições de sacro flexível. Essas posições permitem o movimento do cóccix, facilitando o processo de parto. Por outro lado,

posições como decúbito dorsal, litotomia e semi-flower, onde o peso está sobre o sacro, são denominadas posições de sacro não flexível. Nessas posições, o movimento do cóccix é restrito devido à presença da cama ou superfície de apoio sob o sacro (Borges et al., 2021; Zang et al., 2020).

Compreender a fisiologia, a arquitetura óssea da pelve, os mecanismos de parto, as diferentes posições maternas e os fatores que podem influenciar o segundo estágio do TP é fundamental para otimizar a experiência de parto e garantir um processo seguro e eficiente tanto para a parturiente quanto para o feto.

Terceiro estágio do trabalho de parto

O terceiro estágio do TP, também conhecido como dequitação, abrange o período que vai desde o nascimento do recém-nascido até a expulsão da placenta e das membranas. Este estágio envolve contrações uterinas, descolamento placentário e expulsão da placenta (Lowdermilk et al., 2023; NICE, 2023; Weeks & Fawcus, 2020).

A separação da placenta ocorre em diferentes fases (Weeks & Fawcus, 2020). Na primeira fase, após o nascimento do feto, a placenta continua aderente à camada decidual do endométrio pelas vilosidades coriônicas. A duração desta fase afeta significativamente a duração do terceiro estágio. Na segunda fase, contrações uterinas intensas e a diminuição súbita do tamanho e volume do útero fazem com que o miométrio retroplacentário comece a contrair, contribuindo para a rotura das vilosidades, essencial para a hemostasia. Na terceira fase, a placenta descolada é expulsa do útero (Lowdermilk et al., 2023; Weeks & Fawcus, 2020).

Os sinais da dequitação da placenta incluem um fundo uterino firmemente contraído, mudança no formato do útero de discóide para globular ovóide à medida que a placenta se move para o segmento inferior, saída súbita de sangue através do intróito vaginal, aparente alongamento do cordão umbilical à medida que a placenta desce, e sensação de preenchimento vaginal pela placenta ou membranas fetais observadas no intróito vaginal (Lowdermilk et al., 2023).

Uma das principais complicações associadas ao terceiro estágio incluem hemorragia pós-parto (HPP), que ocorre quando há atraso na expulsão da placenta ou retenção de fragmentos placentários, e atonia uterina, caracterizada pela falta de contrações eficazes do útero após o parto (NICE, 2023; WHO, 2018). A HPP é definida como uma perda de sangue de 500 ml ou mais dentro de 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave refere-se a uma perda de sangue de 1000 ml ou mais dentro do mesmo período (WHO, 2012). Fatores de risco antenatais para HPP incluem hemorragia pós-parto significativa anterior, placenta accreta, pré-eclâmpsia, níveis baixos de hemoglobina, IMC elevado, grande multiparidade, hemorragia anteparto, distensão uterina excessiva, anomalias uterinas e placenta prévia. Durante o TP, outros fatores de risco podem incluir indução com ocitocina, TP prolongado, sepse, administração de ocitocina, TP precipitado, uso de fórceps ou ventosa, cesariana, distocia de ombro e terceiro estágio

prolongado (NICE, 2023).

O objetivo da gestão do terceiro estadio é a separação e expulsão rápida da placenta da forma mais segura possível, pode ser realizada através da abordagem ativa ou fisiológica (passiva) (Lowdermilk et al., 2023; NICE, 2023; Weeks & Fawcus, 2020). A gestão ativa envolve o uso rotineiro de medicamentos uterotônicos, a clampagem e corte do cordão umbilical, e a tração controlada do cordão após sinais de separação da placenta. A gestão fisiológica inclui não usar medicamentos uterotônicos de forma rotineira, não clampar o cordão umbilical até que a pulsação cesse ou após a expulsão da placenta, e permitir que a placenta seja expulsa espontaneamente ou por esforço materno (NICE, 2023).

Estudos demonstram que o uso de agentes uterotônicos é o componente mais importante da gestão ativa (Weeks & Fawcus, 2020). A OMS (2018) recomenda o uso de uterotônicos para a prevenção da HPP durante o terceiro estadio em todos os partos. A tração controlada do cordão é opcional e deve ser realizada apenas por profissionais qualificados, oferecendo benefício mínimo na prevenção da retenção placentária (Weeks & Fawcus, 2020; WHO, 2018). A clampagem precoce do cordão não é recomendada (WHO, 2018).

A clampagem precoce do cordão é geralmente realizada nos primeiros 60 segundos após o nascimento (normalmente dentro de 15–30 segundos), enquanto a clampagem tardia ocorre após mais de 1 minuto ou quando a pulsação do cordão cessar (WHO, 2014). Aguardar 2–3 minutos para clampar o cordão umbilical, ou até que a pulsação cesse, permite a transferência fisiológica do sangue placentário para o RN, melhorando os resultados de saúde e nutrição maternos e infantis (WHO, 2014).

A NICE (2023) define um terceiro estadio prolongado como aquele que não está concluído dentro de 30 minutos após o nascimento com a gestão ativa, ou dentro de 60 minutos após o nascimento com a gestão fisiológica.

O terceiro estadio do TP é um período crítico que exige uma gestão cuidadosa para garantir a separação e expulsão eficaz da placenta. A escolha entre uma abordagem ativa ou fisiológica deve ser feita com base nos fatores de risco e nas condições específicas de cada parto. A utilização de agentes uterotônicos é fundamental para a prevenção da HPP, enquanto a decisão sobre a clampagem do cordão umbilical deve considerar o equilíbrio entre os benefícios da transfusão placentária e a necessidade de minimizar intervenções desnecessárias. A monitorização contínua e a intervenção adequada durante este estadio são essenciais para assegurar a segurança da parturiente e do RN.

Quarto estadio do trabalho de parto

O quarto estadio do TP tem início com a expulsão da placenta e estende-se até que a mulher esteja estável no período imediato pós-parto. Este estadio geralmente abrange a primeira hora após o parto, embora possa durar pelo menos até às primeiras duas horas, dependendo do

estado de saúde materna. É um período de adaptação e recuperação para a puérpera e o RN, durante o qual ocorrem processos fisiológicos vitais para garantir uma transição segura (Lowdermilk et al., 2023; WHO, 2018).

Os cuidados pós-parto imediatos incluem a vigilância da puérpera para garantir a hemostasia adequada e identificar sinais precoces de complicações, como hemorragia pós-parto, retenção placentária e atonia uterina. Estes cuidados englobam a monitorização dos sinais vitais, a avaliação do tônus uterino abdominal para observar a formação do "globo de segurança" de Pinard (formação de um "globo" de tecido uterino que ocorre quando o útero se contrai de forma eficaz após o parto) e a observação da perda sanguínea vaginal (Lowdermilk et al., 2023; WHO, 2015; WHO, 2018). Durante este período, também é realizada a revisão do períneo, imediatamente após o parto, para identificar qualquer laceração ou a necessidade de reparação devido a uma episiotomia. Esta avaliação é crucial para prevenir hemorragias, infeções ou outras complicações e garantir que o processo de cicatrização ocorra de forma adequada (Angarita & Berghella, 2022).

Adicionalmente, este período é crucial para apoiar a mãe e a família na transição para a parentalidade. A promoção do contacto pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido é incentivada não só para fortalecer a ligação mãe-filho(a), mas também para estabilizar a temperatura corporal do RN e favorecer o início da amamentação (WHO, 2018).

Dor no segundo e terceiro estadio do trabalho de parto

No segundo estadio, a dor torna-se mais somática, causada principalmente pela distensão e pressão nos tecidos perineais, músculos e estruturas pélvicas, incluindo os nervos do sacro, transmitida pelos nervos sacrais S2 a S4. Esta dor é geralmente descrita como mais intensa e localizada. À medida que o feto desce, a tensão sobre o períneo e a vagina provoca dor aguda e uma sensação de queimadura, conhecida como o "anel de fogo". Fatores como o alongamento dos tecidos, compressão de estruturas adjacentes e a produção de hormonas do stress também aumentam a perceção da dor (Lowdermilk et al., 2023).

A dor no terceiro estadio do TP, também denominada dor pós-parto, é menos intensa do que no segundo estadio, é uterina e idêntica à experienciada no início do primeiro estadio do TP. As contrações uterinas permanecem, embora menos intensas, com o objetivo de expulsar a placenta do útero. Além disso, involução uterina pode causar desconforto semelhante a cólicas menstruais fortes (Lowdermilk et al., 2023).

A dor no quarto estadio do TP é uma experiência comum para muitas mulheres e pode variar em intensidade e natureza. Esta dor é geralmente associada a vários fatores fisiológicos, incluindo cólicas menstruais causadas pelas contrações uterinas pós-parto, dor abdominal relacionada ao esforço físico do parto, e dor perineal. Se houve laceração ou episiotomia (incisão cirúrgica no períneo) durante o parto, a mulher pode sentir dor na área perineal. Essa

dor pode variar desde uma leve sensação de ardor até uma dor mais aguda e intensa, dependendo da extensão da laceração ou do tipo de sutura. A pressão e o edema na área também podem contribuir para a dor perineal (Lowdermilk et al., 2023).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 34 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-15 10:15:00	Ocitocina (Syntocinon, ampola 5 mg/ml)	
2023-11-15 10:15:00	Ropivacaína 0.2% 250mg + Sufentanil 0.05mg	
2023-11-15 10:15:00	Solução polielectrolítica sem glucose 125ml/h	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Ocitocina (Syntocinon, ampola 5 mg/ml)**

Ação: Hormona produzido na glândula pituitária posterior que estimula as contrações uterinas e auxilia na ejeção do leite (reflexo de descida). A hormona é usada na forma sintética.

Indicações: A ocitocina é usada na indução e aceleração do trabalho de parto, e na prevenção da hemorragia pós-parto.

Dosagem e Administração

- 10 UI em 500 ml de soro fisiológico a 250 ml/h (segundo protocolo)
- Administrada por via intravenosa por bomba perfusora.

- **Ropivacaína 0.2% 250mg + Sufentanil 0.05mg**

- Perfusão de Base Contínua Epidural 10ml/h, Bólus SOS 10ml com lockout de 20 minutos

O sufentanil é um analgésico opioide sintético que exerce a sua ação ao nível do sistema nervoso central, tem um início de ação rápido entre 1 a 2 minutos, e atinge o pico plasmático entre os 4 e os 9 minutos. Este fármaco é utilizado para controlar a dor durante o trabalho de parto e pode ser combinado com outros anestésicos, como a ropivacaína para manter um plano analgésico adequado. É importante ressaltar que o sufentanil é um medicamento controlado devido ao seu potencial para causar dependência e efeitos adversos graves (Lowdermilk, et al., 2023). A analgesia epidural lombar é considerada o gold standard contra o qual outras modalidades de alívio da dor durante o trabalho de parto são comparadas. Os protocolos de analgesia epidural mais comumente utilizados são os PCEA (Patient Controlled Epidural Analgesia), que utilizam perfusões contínuas basais de anestésico local e opióide (em doses reduzidas), adicionada à PCEA (Patient-controlled epidural analgesia,), bolus com lockout definido, com excelentes resultados na qualidade da analgesia, na satisfação dos clientes e na otimização do custo/benefício (Nanji & Carvalho, 2020).

- **Solução polielectrolítica sem glucose 125ml/h**

Ver caso 1.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

15-11-2023 10:15

15-11-2023 10:15 - Cateter epidural

15-11-2023 10:15 - Características do dispositivo: Tuohy de 80mm calibre 18G.

15-11-2023 10:15 - Assegurar funcionamento do cateter

15-11-2023 10:15 - Otimizar cateter epidural [SOS]

15-11-2023 10:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter epidural

15-11-2023 10:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural [SOS]

15-11-2023 10:15 - Cateter urinário

15-11-2023 10:15 - Características do dispositivo: Algália Foley 14Fr.

15-11-2023 10:15 - Assegurar funcionamento do cateter

15-11-2023 10:15 - Otimizar cateter urinário [SOS]

15-11-2023 10:15 - Cateter venoso periférico

15-11-2023 10:15 - Localização do cateter venoso periférico

- 15-11-2023 10:15 - Braço Direita(o)
- 15-11-2023 10:15 - Ausência de dor.
- 15-11-2023 10:15 - Ausência de calor.
- 15-11-2023 10:15 - Ausência de rubor.
- 15-11-2023 10:15 - Ausência de tumefação.
- 15-11-2023 10:15 - Ausência de exsudado.
- 15-11-2023 10:15 - Ausência de infiltração.
- 15-11-2023 10:15 - Características do dispositivo: 18 G.

15-11-2023 10:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

15-11-2023 10:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

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

As atitudes terapêuticas são parte das ações interdependentes dos enfermeiros, que devem possuir o conhecimento necessário para fornecer cuidados seguros, utilizar os equipamentos de forma adequada e detetar complicações precocemente.

Cateter venoso periférico

Inserido cateter venoso periférico segundo protocolo institucional.

Cateter epidural

Inserido cateter epidural na fase ativa do primeiro estadio do TP.

Cateter urinário

Inserido cateter urinário durante a fase ativa do primeiro estadio do TP, duas horas após a colocação do cateter epidural.

4.5. Domínios

Início

15-11-2023 10:15
15-11-2023 10:15
15-11-2023 10:15
15-11-2023 10:15

Domínios

Sistema cardiovascular
Eliminação urinária
Parto
Pós-parto

Fim

Início 15-11-2023 10:15	Domínios Sondas, Drenos e Cateteres	Fim
-----------------------------------	---	------------

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

Sistema cardiovascular

Ver caso_1.

Eliminação urinária

O domínio "Eliminação urinária" foi identificado devido à presença da analgesia regional, que pode inibir os reflexos vesicais, resultando em dificuldade em urinar. Foi inserido um cateter urinário à Mariana na fase ativa do primeiro estadio, a intervenção passa por vigiar as características da eliminação urinária e otimizar o cateter urinário para garantir que a bexiga esteja completamente esvaziada. A bexiga distendida pode prejudicar as contrações uterinas e a descida fetal, levando a uma desaceleração no progresso do TP (Lowdermilk et al., 2023).

Parto

O domínio "Parto" foi considerado porque a Mariana se encontra no segundo estadio do TP, uma fase crucial em que é essencial compreender os aspetos críticos da monitorização e gestão para garantir a segurança e o bem-estar da parturiente e do feto (NICE, 2023). A vigilância contínua da progressão do TP, juntamente com a monitorização do bem-estar materno-fetal e a interpretação precisa dos dados obtidos, é fundamental para detetar possíveis complicações e assegurar um parto seguro. A analgesia administrada por cateter epidural permitiu o controlo eficaz da dor, o que contribuiu para o conforto da parturiente.

A comunicação contínua com a mulher e o seu acompanhante, aliada a uma gestão eficaz da dor e ao apoio emocional, assegura um cuidado centrado na parturiente, respeitando as suas preferências e promovendo uma experiência de parto positiva (WHO, 2018). A analgesia epidural administrada permitiu um controlo eficaz da dor, proporcionando maior conforto à Mariana. No entanto, a parturiente expressou preocupação quanto à sua capacidade de realizar esforços expulsivos eficazes, devido à diminuição da sensibilidade na parte inferior do corpo, e mencionou ter ouvido que a epidural poderia prolongar o segundo estadio. A prioridade foi tranquilizá-la, assegurando que teria apoio contínuo durante esta fase e que seriam implementadas intervenções para promover o sucesso do parto vaginal, como incentivar mudanças de posição e negociar a redução da analgesia para melhorar a percepção das contrações e otimizar os esforços expulsivos. Ao rever o plano de parto, a Mariana expressou o desejo de preservar a integridade do períneo, preferência que foi considerada ao longo do processo, exigindo competência na avaliação do períneo. Questionada sobre a vontade de

realizar contato pele a pele, a Mariana manifestou o desejo de o fazer. Quando a Mariana verbalizou uma vontade intensa de usar o WC, isso foi interpretado como um sinal da descida da apresentação fetal no canal de parto. Ao ser questionada sobre a posição que pretendia para o parto, ela optou por permanecer em decúbito lateral, uma escolha que foi respeitada para garantir o seu bem-estar e promover a sua participação ativa no parto (Borges et al., 2021; Desseauve et al., 2017; Huang et al., 2019).

No terceiro estágio do TP, a vigilância permanece crucial para garantir a segurança materna. A dequitudadura ocorreu 10 minutos após o nascimento do recém-nascido, e foi importante assegurar a expulsão completa da placenta, bem como avaliar a contração uterina e monitorizar os sinais vitais da puérpera. A intervenção adequada e a identificação precoce de sinais de complicações, como a atonia uterina, uma das principais causas de hemorragia pós-parto, foram prioritárias (Lowdermilk et al., 2023; NICE, 2023; WHO, 2015). Uma comunicação clara e uma coordenação eficiente entre a equipa multidisciplinar foram indispensáveis para prevenir complicações. Adicionalmente, o apoio emocional e o respeito pelas preferências da mulher durante este momento delicado ajudaram a promover uma experiência de parto positiva e satisfatória (WHO, 2018).

Pós-parto

O domínio "Pós-parto" é de grande relevância no contexto do quarto estágio do TP, ou seja, o pós-parto imediato. Este período é crucial para a adaptação e recuperação tanto da puérpera como do RN, sendo essencial assegurar processos fisiológicos que garantam uma transição segura (Lowdermilk et al., 2023). Durante esta fase, a monitorização regular dos sinais vitais, a avaliação da contração uterina, a vigilância da perda sanguínea vaginal, bem como os cuidados com o períneo e eventuais feridas cirúrgicas, são fundamentais para prevenir complicações como hemorragias ou infeções e para promover uma recuperação saudável.

Além dos aspetos fisiológicos, o apoio emocional e psicológico à mulher é igualmente importante, garantindo que ela se sinta segura e confiante durante este período de adaptação. Neste contexto, o contacto pele a pele entre mãe e bebé é incentivado, promovendo o vínculo afetivo e contribuindo para a regulação térmica do RN. O início precoce da amamentação é também fortemente recomendado, não só pelos benefícios nutricionais, mas também pela sua importância na contração uterina e na prevenção de HPP (Lowdermilk et al., 2023; NICE, 2023; WHO, 2015; WHO, 2018).

No caso específico da Mariana, ela e o seu acompanhante manifestaram o desejo de que o pai fosse o responsável pela secção do cordão umbilical, decisão que foi prontamente respeitada pela equipa de saúde. Adicionalmente, o casal expressou a vontade de optar pela clampagem tardia do cordão umbilical, uma prática que promove benefícios adicionais para o RN, como o aumento das reservas de ferro e uma melhor adaptação circulatória.

Identificar e responder a complicações, agir prontamente, referenciar para outros profissionais quando necessário e colaborar eficazmente com a equipa multidisciplinar são aspetos essenciais nesta fase (NICE, 2023; WHO, 2015). A documentação precisa de todas as observações e intervenções também é essencial para a continuidade e qualidade dos cuidados prestados (Lowdermilk et al., 2023).

Sondas, Drenos e Cateteres

- Cateter venoso periférico: ver caso_1
- Cateter epidural: ver caso_1
- Cateter urinário

O cateter urinário (Foley) foi inserido após a colocação do cateter epidural quando se verificou que a eliminação urinária espontânea estava diminuída, a parturiente não reconhece a necessidade de urinar e apresenta sensação de esvaziamento incompleto da bexiga (Lowdermilk, et al., 2023). A colocação deste dispositivo tem a intenção de promover a eliminação urinária, uma bexiga cheia pode impedir a descida do feto, causar desconforto e aumentar o risco de lesões (Lowdermilk, et al., 2023; NICE, 2023).

4.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

15-11-2023 10:15

15-11-2023 10:15 - Localização do Pulso

15-11-2023 10:15 - Antebraço Direita(o)

15-11-2023 10:15 - Frequência do pulso: 86 pulsações por minuto.

15-11-2023 10:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-11-2023 10:15 - Membro superior Direita(o)

15-11-2023 10:15 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

15-11-2023 10:15 - Pressão sanguínea diastólica: 65 mmHg.

15-11-2023 10:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

15-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [30/30 minutos]

Eliminação urinária

15-11-2023 10:15

15-11-2023 10:15 - Quantidade de urina: 150 ml.

15-11-2023 10:15 - Urina em moderada quantidade.

- 15-11-2023 10:15 - Cor da urina: amarelo-palha.
- 15-11-2023 10:15 - Transparência da urina: límpida.
- 15-11-2023 10:15 - Sem globo vesical.

15-11-2023 10:15 - Determinar evolução da eliminação urinária

15-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da eliminação urinária [2 em 2 horas]

Parto

15-11-2023 10:15

- 15-11-2023 10:15 - Posição do colo do útero: anterior.
- 15-11-2023 10:15 - Consistência do colo do útero: mole.
- 15-11-2023 10:15 - Extinção do colo do útero: 100%.
- 15-11-2023 10:15 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.
- 15-11-2023 10:15 - Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos .
- 15-11-2023 10:15 - Duração da contração uterina: 80 Segundos.
- 15-11-2023 10:15 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
- 15-11-2023 10:15 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
- 15-11-2023 10:15 - Posição fetal: esquerda.
- 15-11-2023 10:15 - Apresentação fetal: cefálica.
- 15-11-2023 10:15 - Variedade fetal: OEA.
- 15-11-2023 10:15 - Descida do feto: 4.º plano de Hodge.
- 15-11-2023 10:15 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
- 15-11-2023 10:15 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
- 15-11-2023 10:15 - Expectativa face ao parto: parto fisiológico.
- 15-11-2023 10:15 - Hora do nascimento: 11:25:00.

15-11-2023 10:15 - Nascimento

- 15-11-2023 10:15 - Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.
- 15-11-2023 10:15 - Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.
- 15-11-2023 10:15 - Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

15-11-2023 10:15 - Promover adaptação à vida extrauterina

15-11-2023 10:15 - Executar clampeamento do cordão umbilical [11:28]

15-11-2023 10:15 - Executar técnica de pele com pele [11:25]

15-11-2023 10:15 - Trabalho de parto

15-11-2023 10:15 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

15-11-2023 10:15 - Avaliar evolução do trabalho de parto

15-11-2023 10:15 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

15-11-2023 10:15 - Assistir no posicionar [Neste contato.]

15-11-2023 10:15 - Assistir na expulsão da placenta [11:30]

15-11-2023 10:15 - Prevenir laceração do períneo

15-11-2023 10:15 - Implementar medidas de proteção do períneo [11:20]

15-11-2023 10:15 - Promover parto eutócico

15-11-2023 10:15 - Assistir no parto [Neste contacto.]

15-11-2023 10:15 - Prevenir complicação durante o período expulsivo/nascimento

15-11-2023 10:15 - Executar técnica de parto [11:25]

Pós-parto

15-11-2023 10:15

15-11-2023 10:15 - Hora da dequitação: 11:35:00.

15-11-2023 10:15 - Puerpério

15-11-2023 10:15 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

15-11-2023 10:15 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

15-11-2023 10:15 - Determinar evolução da recuperação pós-parto

15-11-2023 10:15 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto [15 em 15 minutos]

4.7. Especificação das intervenções

Executar técnica de pele com pele

- Colocação do RN em contato pele a pele junto do peito materno.

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Executar exame vaginal de 1/1 hora. Executar um exame vaginal de hora a hora na fase ativa do segundo estadiu ou em resposta aos desejos da mulher (NICE, 2023).
- Avaliar a frequência cardíaca fetal o padrão de contractilidade uterina através de monitorização externa contínua (segundo protocolo institucional).

Executar técnica de parto

- Monitorizar a descida da apresentação fetal: apresentação fetal no 2º plano de Hodge. Verificar a progressão do feto através do canal de parto, observar a rotação e a descida da cabeça fetal.
- Preparar o equipamento de reanimação neonatal, aquecido (25°C).
- Preparar a cama de parto de acordo com a posição de parto escolhida pela parturiente.
- Colocar as proteções esterilizadas por baixo do períneo.
- Preparar o material na mesa de parto.
- Colocar medidas de proteção universal (bata, luvas esterilizadas).
- Informar que pode fazer os esforços expulsivos conforme desejar durante as contrações.
- Implementar medidas de proteção do períneo: Suportar do períneo anterior e posterior com ambas as mãos para “proteção”, mantendo a flexão da cabeça fetal e controlo da expulsão mão esquerda colocada na região anterior, com os dedos polegar e indicador entreabertos sobre o occiput fetal, para controlar a saída do crânio, enquanto não se completar a flexão; a mão direita, ao mesmo tempo, colocada, espalmada, na região vulvoperineal, com os dedos polegar e indicador junto à fúrcula.
- Pesquisar delicadamente ao redor do pescoço do feto a presença de circulares do cordão umbilical.
- Aguardar a rotação espontânea dos ombros (em 1-2 minutos).
- Aplicar pressão suave para baixo para liberar o ombro superior.
- Em seguida, levantar o feto em direção ao abdómen da mãe para libertar o ombro inferior.

- Colocar o recém-nascido sobre o abdômen da mãe.
- Anotar a hora de nascimento.
- Secar o recém-nascido completamente e imediatamente. Descartar o pano molhado.
- Avaliar a respiração do recém-nascido enquanto o estiver a secar (Lowdermilk, et al., 2023; WHO, 2015).

Assistir no posicionar

- A Mariana foi informada pode escolher qualquer posição que considere mais confortável, incluindo posições verticais.
- Questionada a Mariana sobre qual a posição que pretendia para o parto. A Mariana escolheu a posição lateral.
- O decúbito dorsal na mulher com epidural no segundo estadio do TP pode diminuir a pressão arterial e o fluxo sanguíneo para a placenta, o decúbito lateral pode aumentar a probabilidade de um parto vaginal espontâneo (NICE, 2023).

Assistir na expulsão da placenta

- O protocolo institucional preconiza aguardar até ao máximo de 30 min após o nascimento pela dequitação espontânea, desde que parturiente se encontre hemodinamicamente estável e a hemorragia seja escassa.
- Iniciar imediatamente (antes da dequitação) perfusão ocitócica com 10 UI em 500 ml de soro fisiológico a 250 ml/h (segundo protocolo institucional).
- Segurar com as duas mãos para evitar que as membranas se rasguem, quando a placenta se apresentar no introito vaginal.
- Examinar a placenta: membranas íntegras; cotilédones completos, sem lacerações ou lacunas; inserção central do cordão umbilical, três vasos sanguíneos (duas artérias e uma veia) do cordão umbilical presentes.

Assistir no parto

- A Mariana e o acompanhante foram informados que o segundo estadio é mais demorado na mulher com analgesia epidural, mas a evidência não tem demonstrado resultados materno-fetais adversos (NICE, 2023).
- Na presença da epidural os esforços expulsivos dirigidos pode reduzir a duração do segundo estadio. O adiamento dos esforços expulsivos (por até 2 horas após a dilatação completa) pode encurtar a fase ativa do segundo estadio do TP, e está associado a partos vaginais com menos intervenções (NICE, 2023).
- Foi negociado com a parturiente a diminuição do ritmo de perfusão da analgesia epidural, de forma a ser capaz de localizar onde direcionar os esforços expulsivos, tendo sido aceite.
- Promover um ambiente calmo, com o menor número possível de pessoas dentro da sala de parto.
- Incentivar o repouso entre as contrações.
- Elogiar o esforço, transmitir confiança e coragem.

Otimizar cateter urinário

- Manter saco coletor abaixo do nível da bexiga.

- Esvaziar saco coletor quando atingir 2/3 da capacidade.
- Cumprir técnica limpa no manuseamento do sistema de drenagem.
- Manter circuito fechado.

Otimizar cateter epidural

- Ver caso 1.

Executar clampeamento do cordão umbilical

- O cordão umbilical foi laqueado 3 minutos após o nascimento.
- A secção do cordão pode ser efetuada pelo acompanhante segundo vontade do casal.

Avaliar evolução da recuperação pós-parto

- Avaliar a formação do globo de segurança de Pinard através da palpação abdominal: útero contraído, ao nível da cicatriz umbilical.
- Avaliar, determinar e registar a perda sanguínea vaginal: perda sanguínea moderada, inferior a 500ml.
- Examinar o períneo, verificar a integridade do canal de parto (exame de colo, vagina e períneo) para detetar lacerações: períneo íntegro.
- Avaliação de pulso radial e TA de 15/15 min nas primeiras 2h após o parto.
- Repetir a avaliação da formação do globo de segurança de Pinard através da palpação abdominal cada 15 min nas primeiras 2h após o parto.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Ver caso 1.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

- Ver caso 1.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar a tensão arterial.
- Avaliar frequência cardíaca.
- Avaliação da frequência cardíaca e da tensão arterial de 15/15 minutos na primeira hora após epidural e de 30/30 minutos nas seguintes (segundo protocolo institucional).

Implementar medidas de proteção do períneo

- Avaliar as características do períneo: o períneo apresenta distensibilidade, sem alterações de coloração da pele perineal (coloração não rosada dos tecidos – evidência de compromisso na perfusão dos tecidos), altura perineal (superior a 3,5cm) o trabalho de parto está a progredir normalmente, não há sinais de sofrimento fetal, estes dados indicam que não há necessidade de realizar uma episiotomia.
- Implementar medidas de proteção do períneo.

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Vigiar as características da eliminação urinária

4.8. Síntese relativa ao caso

O caso clínico permitiu adquirir conhecimento e desenvolver competências ao nível da vigilância, monitorização e gestão do segundo e terceiro estádios do TP, assim como nos cuidados pós-parto imediatos, essenciais para garantir a segurança da parturiente e o bem-estar materno-fetal (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

O segundo estadio do TP inicia-se com a dilatação cervical completa (10 cm) e termina com o nascimento do feto. Durante esta fase, o foco principal é a descida e expulsão do feto pelo canal vaginal (Hofmeyr & Singata-Madliki, 2020). A vigilância e monitorização contínuas do bem-estar materno-fetal são competências cruciais do EEESMO. A monitorização da FCF e das contrações uterinas permite a deteção precoce de complicações, como o sofrimento fetal (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrharan, 2015; NICE, 2022). A gestão eficaz da dor e o suporte emocional à parturiente refletem a capacidade de proporcionar conforto e de incentivar a participação ativa da mulher no processo de parto, respeitando as suas preferências.

A decisão partilhada também foi um aspeto fundamental, demonstrando competências de comunicação que permitiram discutir as preferências da parturiente, incluindo a escolha de posições para o parto e a preservação da integridade do períneo. Essa abordagem centrada na mulher promoveu uma experiência personalizada e respeitosa (Borges, et al., 2021; Huang, et al., 2019; WHO, 2018; Zang, et al., 2020).

A implementação de intervenções baseadas em evidências, como o contacto pele a pele e a clampagem tardia do cordão umbilical, foi essencial para garantir o bem-estar do RN e da puérpera (Lowdermilk, et al., 2023; NICE, 2023; WHO, 2018; WHO, 2015). No terceiro estadio do TP, a expulsão completa da placenta e a monitorização da involução uterina refletiram a competência em prevenir complicações como a hemorragia pós-parto, através da administração de uterotónicos e vigilância da puérpera (Weeks & Fawcus, 2020).

No pós-parto imediato, foram demonstradas competências essenciais, como a monitorização hemodinâmica da puérpera, a avaliação da perda sanguínea, involução uterina, estado do períneo e canal vaginal. Adicionalmente, os cuidados imediatos ao RN, incluindo o início precoce da amamentação, favoreceram uma recuperação saudável da mãe e um início de vida adequado para o RN (Lowdermilk, et al., 2023; NICE, 2023; WHO, 2018; WHO, 2015).

Estes resultados refletem os efeitos das intervenções implementadas, que asseguraram tanto o nascimento de um RN saudável como uma experiência de parto positiva para a mãe.

O conhecimento teórico da fisiologia do TP e parto, aliado à capacidade técnica e comunicação eficaz, foi fundamental para identificar as necessidades da mulher/casal e implementar intervenções baseadas em evidências. Estas intervenções apoiaram a tomada de decisão

partilhada, respeitaram as preferências da mulher e garantiram uma experiência de parto segura e positiva, promovendo uma transição saudável para a parentalidade.

5. CASO 3 INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM GRAVIDEZ PROLONGADA

Mia, primigesta com uma gravidez de baixo risco, foi admitida na maternidade com 41 semanas e 2 dias de gestação para indução do trabalho de parto (ITP) devido a uma gravidez prolongada.

5.1. Enquadramento teórico

Cenário

A avaliação clínica revelou uma apresentação cefálica, situação longitudinal e posição occipitoanterior esquerda (OAE), com um índice de Bishop de 4, indicado por um exame vaginal que mostrou o colo do útero com 1 cm de dilatação, 50% de apagamento, posição média, consistência média, apresentação fetal no 1º plano de Hodge. Foi prescrita indução do trabalho de parto (ITP) com misoprostol.

Com este caso, pretendo evidenciar as competências específicas do EEESMO, adquiridas no cuidado à grávida durante a ITP, ao atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, assegurar um ambiente seguro e implementar intervenções que promovem o conforto e bem-estar da mulher e do seu convivente significativo, garantindo a qualidade e o controlo de riscos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Indução do Trabalho de Parto

A ITP define-se como um processo iatrogénico através do qual se estimulam artificialmente as contrações uterinas, e se provoca alteração das características do colo uterino de forma a iniciar o TP (Banner & D'Souza, 2021; NICE, 2021). Para que a indução seja eficaz, o plano ideal inclui duas fases principais: o amadurecimento cervical e o início das contrações. O amadurecimento cervical envolve o amolecimento, o apagamento e a dilatação do colo do útero. Já o início das contrações consiste na estimulação da atividade uterina para assegurar a dilatação completa do colo do útero e a descida do feto pelo canal de parto (Banner & D'Souza, 2021; Lowdermilk, et al., 2023). Este procedimento é indicado quando o risco de continuar a gravidez supera os potenciais riscos associados à indução (NICE, 2021; WHO, 2022).

Em nulíparas com gravidez de baixo risco, a indução pode ser recomendada em situações como a gestação prolongada (igual ou superior a 41 semanas), onde o risco de complicações (parto por cesarina, parto vaginal instrumentado, admissão nos cuidados intensivos neonatais; morte

fetal e neonatal) aumenta significativamente (DGS, 2015; NICE, 2021; WHO, 2022).

Para orientar a escolha do método de indução, utiliza-se o Índice de Bishop, uma pontuação numérica obtida através de exame vaginal, que avalia a dilatação, extinção, posição e consistência do colo do útero, e o plano da apresentação fetal (planos de Hodge). Cada um desses parâmetros recebe uma pontuação de 0 a 2 pontos (Banner & D'Souza, 2021; Lowdermilk, et al., 2023). Quando o índice é menor ou igual a 6, o amadurecimento cervical é recomendado, e orienta na escolha do método de indução (farmacológicos ou mecânicos), a fim de aumentar as probabilidades de sucesso (NICE, 2021).

O planeamento individualizado, que leva em consideração os antecedentes pessoais e o exame físico da grávida, e a escolha adequada dos métodos de indução são fundamentais para o sucesso do procedimento e para a segurança materna e fetal. Este planeamento é essencial, pois mulheres primíparas, são mais propensas a necessitar de um amadurecimento cervical prolongado e apresentam um risco maior de falha na indução, quando comparadas às multíparas (Banner & D'Souza, 2021).

O misoprostol é uma opção farmacológica amplamente utilizada na ITP. Trata-se de um análogo sintético da prostaglandina E1 (PGE1), eficaz tanto na maturação cervical como na indução de contrações uterinas (Banner & D'Souza, 2021; Kumar & Weeks, 2021). Para induções a termo, a dose inicial recomendada varia geralmente entre 25 e 50 mcg, podendo ser administrada por via oral, bucal, sublingual ou vaginal, com repetição a cada duas, quatro ou seis horas, conforme o protocolo estabelecido (Banner & D'Souza, 2021).

A progressão do TP no caso de indução é diferente do que se inicia espontaneamente, esta diferença reside sobretudo num prolongamento da fase latente do primeiro estadio do TP. A fase latente do primeiro estadio é o período desde o início da atividade uterina até a transição para a fase ativa. As definições do início da fase ativa variam, mas há uma tendência recente para definir o início nos 6 cm de dilatação cervical, onde o ritmo da dilatação acelera (Banner & D'Souza, 2021). Quando as contrações regulares se estabelecem com dilatação cervical de seis ou mais centímetros, a gestão do TP induzido é muito semelhante ao do TP espontâneo. O segundo estadio do TP também é gerido de forma similar em ambos os casos, sem diferenças significativas na duração deste estadio (Banner & D'Souza, 2021).

A ITP pode acarretar várias complicações. Uma delas é a hiperestimulação uterina, que se refere a uma atividade excessiva do útero. Esta condição pode manifestar-se como taquissístolia uterina (mais de 5 contrações em 10 minutos durante pelo menos 20 minutos) ou como hipersístolia/hipertonia uterina (uma contração que dura pelo menos 2 minutos). Essas situações podem ou não estar associadas a alterações no padrão da FCF, como desacelerações persistentes, taquicardia ou variações na variabilidade a curto prazo. Uma complicação rara, mas potencialmente fatal, é a rutura uterina. A falha da ITP, definida como a não ocorrência do início do TP após um ciclo de tratamento, ocorre em cerca de 15% das mulheres (Kumar &

Weeks, 2021; NICE, 2021).

A dor durante o TP induzido pode ser mais intensa devido à natureza das contrações, que são frequentemente mais fortes e regulares do que num TP espontâneo, em função das intervenções médicas utilizadas. Essas contrações artificiais podem ser mais difíceis de controlar, e o corpo tem menos tempo para se adaptar gradualmente à dor, resultando numa experiência de dor mais intensa para a mulher (NICE, 2021). Durante a ITP, deve-se oferecer às mulheres o alívio da dor mais adequado às suas necessidades e à intensidade da dor que estão a sentir. As opções podem incluir tanto as medidas não farmacológicas como as medidas farmacológicas (WHO, 2018).

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 33 anos | Feminino

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-12-17 09:30:00	Misoprostol 25 mcg via vaginal 6/6 horas	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Prostaglandina E1 (PGE1): Misoprostol (Cytotec)**

Ação: A PGE1 amadurece o colo do útero, causa amolecimento, dilatação e extinção; estimula contrações uterinas.

Indicações: A PGE1 é usada para amadurecimento cervical (quando o score de Bishop é 4 ou menos).

Dosagem e Administração: 25 mcg via vaginal 6/6 horas (máximo 3 aplicações em 24h, segundo protocolo institucional).

- O misoprostol está disponível em comprimidos de 100 ou 200 mcg, os comprimidos são partidos na farmácia para garantir doses precisas.
- Insirir via vaginal no fundo de saco posterior, com as pontas dos dedos indicador e médio, sem usar lubrificante.

Efeitos Adversos: arrepios, hipertermia, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal e hiperestimulação uterina (Kumar & Weeks, 2021; Lowdermilk, et al., 2023).

Considerações de Enfermagem: Avaliar bem-estar materno-fetal. Vigiar o aparecimento de efeitos adversos ou reações alérgicas.

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

17-12-2023 09:30

17-12-2023 09:30 - Cateter venoso periférico

17-12-2023 09:30 - Localização do cateter venoso periférico

17-12-2023 09:30 - Antebraço Direita(o)

17-12-2023 09:30 - Características do dispositivo: 18 G.

17-12-2023 09:30 - Ausência de dor.

17-12-2023 09:30 - Ausência de calor.

17-12-2023 09:30 - Ausência de rubor.

17-12-2023 09:30 - Ausência de tumefação.

17-12-2023 09:30 - Ausência de exsudado.

17-12-2023 09:30 - Ausência de infiltração.

17-12-2023 09:30 - Assegurar funcionamento do cateter

17-12-2023 09:30 - *Otimizar cateter venoso periférico [SOS]*

17-12-2023 09:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

17-12-2023 09:30 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]*

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

O protocolo institucional recomenda a inserção de um cateter venoso periférico em mulheres submetidas a ITP (ver caso_1).

5.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-12-2023 09:30	Sistema cardiovascular	
17-12-2023 09:30	Parto	
17-12-2023 09:30	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Sistema cardiovascular

Ver caso_1.

Parto

O domínio "Parto" foi considerado, uma vez que o contexto de ITP exige uma monitorização cuidadosa e avaliação contínua do bem-estar materno-fetal. Isto inclui a monitorização dos sinais vitais maternos, a FCF e a progressão do TP. A vigilância rigorosa destes parâmetros é essencial para garantir a segurança e a deteção precoce de sinais de alerta, como alterações na FCF ou no estado materno, permitindo intervenções imediatas, se necessário (NICE, 2021).

Se o traçado é classificado como normal (FCF variar entre 110 e 159 e 3 a 5 contrações por 10 minutos, e se a duração das contrações entre ≥ 20 ou ≤ 60 segundos), rever as circunstâncias individuais e, se for considerado de baixo risco, utilizar a auscultação intermitente, a menos que existam indicações claras para cardiotocografia adicional. Caso a FCF seja anormal ou hiperestimulação uterina, continuar ou reiniciar a monitorização cardiotocografica contínua, suspender o protocolo de indução. A hiperestimulação pode ser tratada com tocolíticos, mas a hiperestimulação causada por misoprostol pode ser mais difícil de reverter (NICE, 2021).

O facto de a Mia ser proposta para um procedimento de ITP requer a avaliação do seu nível de conhecimento e da sua capacidade para utilizar estratégias facilitadoras do processo. A Mia expressa nervosismo e preocupação com a indução, temendo que isso possa impedir o parto natural que desejava. Além disso, questiona sobre estratégias para facilitar o progresso do TP e sobre a presença contínua do marido, uma vez que o considera um apoio importante durante o processo. A Mia refere também ter conhecimentos básicos, mas manifesta o desejo de compreender melhor o processo "como sei se a indução está a funcionar", "o que vou sentir", "quais os sinais de progresso e o que fazer se surgir algo fora do normal" (sic).

Neste contexto, educar e preparar continuamente a Mia e o seu acompanhante sobre o que esperar durante o TP é fundamental. Fornecer aconselhamento e informações claras e concisas

facilita a criação de expectativas realistas sobre o progresso e permite prepará-la para a natureza imprevisível da indução, reduzindo a ansiedade relacionada com o procedimento. Este acompanhamento assegura que a Mia esteja bem informada e preparada para cada etapa do processo, promovendo uma experiência de parto mais positiva e colaborativa (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Banner & D'Souza, 2021; Coates, et al., 2019; Evans, et al., 2021).

Adicionalmente, é necessária uma documentação detalhada de todas as observações e intervenções realizadas, bem como uma comunicação clara e eficaz com toda a equipa de saúde. Esta documentação minuciosa é essencial para garantir que os cuidados sejam coordenados, consistentes e seguros, permitindo um acompanhamento adequado da evolução do TP e uma resposta rápida a quaisquer alterações no estado da parturiente ou do feto. As práticas de cuidados são fundamentais para garantir que o processo seja conduzido de forma segura, humanizada e baseado na evidência científica (WHO, 2018).

Sondas, Drenos e Cateteres

• Cateter venoso periférico

A colocação de um cateter venoso periférico na parturiente durante a indução do trabalho de parto está preconizada no protocolo institucional, e visa facilitar a administração de medicamentos e fluidos, assegurar uma via de acesso rápida e segura para tratar possíveis complicações garantindo uma resposta eficiente em situações imprevistas.

5.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

17-12-2023 09:30

17-12-2023 09:30 - Localização do Pulso

17-12-2023 09:30 - Antebraço Esquerda(o)

17-12-2023 09:30 - Frequência do pulso: 73 pulsações por minuto.

17-12-2023 09:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-12-2023 09:30 - Membro superior Esquerda(o)

17-12-2023 09:30 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

17-12-2023 09:30 - Pressão sanguínea diastólica: 64 mmHg.

17-12-2023 09:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

17-12-2023 09:30 - *Avaliar evolução da pressão sanguínea [4 em 4 Horas]*

Parto

17-12-2023 09:30

17-12-2023 09:30 - Posição do colo do útero: posterior.

17-12-2023 09:30 - Consistência do colo do útero: firme.
17-12-2023 09:30 - Extinção do colo do útero: inteiro.
17-12-2023 09:30 - Dilatação do colo do útero: 0 cm.
17-12-2023 09:30 - Frequência da contração uterina: 0 Contrações uterinas/10 minutos .
17-12-2023 09:30 - Duração da contração uterina: 0 Segundos.
17-12-2023 09:30 - Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.
17-12-2023 09:30 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
17-12-2023 09:30 - Posição fetal: esquerda.
17-12-2023 09:30 - Apresentação fetal: cefálica.
17-12-2023 09:30 - Variedade fetal: indeterminada.
17-12-2023 09:30 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
17-12-2023 09:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
17-12-2023 09:30 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
17-12-2023 09:30 - Expectativa face ao parto: parto fisiológico.

17-12-2023 09:30 - Trabalho de parto

17-12-2023 09:30 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

17-12-2023 09:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto

17-12-2023 09:30 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

17-12-2023 09:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [Em todos os contatos.]

17-12-2023 09:30 - Promover autocontrole: lidar com o trabalho de parto

17-12-2023 09:30 - Conhecimento sobre trabalho de parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-12-2023 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto

17-12-2023 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto [No próximo contato.]

17-12-2023 09:30 - Ensinar sobre trabalho de parto [Neste contato.]

17-12-2023 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

17-12-2023 09:30 - Avaliar evolução do autocontrole para lidar com o trabalho de parto [No próximo contato.]

5.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Avaliar a frequência cardíaca fetal o padrão de contractilidade uterina através de monitorização externa 30 minutos antes da administração do misoprostol, segundo protocolo institucional.

- Antes da indução, realizar monitorização cardiotocográfica para confirmar um padrão de frequência cardíaca fetal normal e a ausência de contrações uterinas regulares e intensas (NICE, 2021).
- Avaliar a frequência cardíaca fetal o padrão de contractilidade uterina através de monitorização externa 1 horas após a administração do misoprostol, segundo protocolo institucional.
- Recomenda-se a monitorização da frequência cardíaca fetal pelo menos durante 1 hora após a administração de prostaglandinas (Banner & D'Souza, 2021).
- Exame vaginal SOS.
- A parturiente deve ser reavaliada de forma oportuna, especialmente após a indução com misoprostol, cuja complexidade da reavaliação depende da dose e da via administrada. Além disso, uma reavaliação cervical antes de decidir o próximo passo na indução do parto é essencial, pois os resultados obtidos após o primeiro agente de amadurecimento correlacionam-se melhor com o momento do parto do que a avaliação inicial, tornando a decisão na primeira reavaliação crucial para o sucesso da indução do trabalho de parto (Banner & D'Souza, 2021).
- Os exames vaginais podem ser realizados conforme necessário, com base nas informações clínicas ou a pedido da parturiente. É crucial assegurar que o exame é necessário e que fornecerá informações importantes para a tomada de decisão (Moncrieff, et al., 2022; WHO, 2020; WHO, 2015).

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Rever o plano de parto com a Mia.
- Validar sentimentos da Mia, reconhecer que é perfeitamente normal sentir preocupações e que se sinta apreensiva num momento tão importante como o parto.
- Oferecer suporte emocional, mostrar disponibilidade para ouvir, responder a perguntas e apoiar as suas escolhas.
- Promover a confiança na sua capacidade de ter um parto fisiológico, incentivando-a a confiar no seu corpo, a ouvir as suas próprias necessidades e a confiar nos sinais que o seu corpo transmite, e lembrando-a de que possui os recursos internos para enfrentar cada etapa.
- Encorajar a cliente a participar ativamente nas decisões durante o trabalho de parto, respeitando suas escolhas e autonomia.
- Explicar o procedimento à mulher e ao marido; obter o consentimento informado.
- Assegurar que as intervenções médicas serão realizadas apenas se absolutamente necessárias para garantir a segurança da mãe ou do bebé.
- Garantir que o objetivo é proporcionar um trabalho de parto e um parto seguros para a Mia e para o seu bebé, atendendo às suas expectativas.
- Informar que o marido pode permanecer continuamente com a Mia e incentivar a sua presença.
- Informar que a Mia pode comer e beber durante o processo de indução.
- Incentivar a mobilidade, referir que pode movimentar-se e escolher a posição que for mais confortável. Caminhar, usar a bola de pilates, assumir posições de cócoras, usar o chuveiro com água morna facilita a progressão do trabalho de parto nesta fase.

- A mobilização, uso de bola de pilates, a hidroterapia e os métodos não farmacológicos são práticas que permitem à mulher manter-se ativa durante o trabalho de parto. Assumir um papel ativo na sua experiência de parto, utilizando esses métodos promove a fisiologia. Facilitar o movimento e a adoção de diferentes posições tem benefícios conhecidos, incluindo os efeitos da gravidade (O'Brien et al., 2022).

Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto

- A Mia refere que o objetivo da indução é iniciar o trabalho de parto de forma segura, e o uso do misoprostol, um medicamento administrado via vaginal para amadurecer o colo do útero e desencadear contrações.
- Indica que podem ser necessárias várias administrações e que o início do trabalho de parto pode ser mais lento do que o espontâneo.
- A Mia menciona a necessidade de monitorização por cardiocotografia (CTG) antes e após cada administração do misoprostol, para avaliar o bem-estar do feto e o padrão das contrações.
- Menciona que inicialmente as sensações podem ser semelhantes a cólicas menstruais, que podem evoluir para contrações mais regulares e intensas à medida que o trabalho de parto avança.
- A Mia enumera os sinais de alerta: como rotura da bolsa, perda sanguínea abundante, dor persistente fora das contrações, ou qualquer sensação de anomalia, e percebe que deve contactar a equipa médica imediatamente se notar qualquer um desses sinais.

Ensinar sobre trabalho de parto

- Ensino: A indução do trabalho de parto é um procedimento cujo objetivo é iniciar o trabalho de parto de forma segura. O método prescrito é a administração de um medicamento chamado misoprostol, via vaginal, que ajuda a amadurecer o colo do útero e a desencadear as contrações.
- O protocolo compreende máximo 3 administrações em 24h com intervalos de 6 horas. Podem ser necessárias várias administrações até iniciar o trabalho de parto. A progressão do trabalho de parto induzido pode ser mais lenta principalmente devido ao prolongamento da fase latente do primeiro estadió do trabalho de parto. Em alguns casos pode ocorrer falha na indução, a não ocorrência do início do trabalho de parto após um ciclo de tratamento.
- Criar expectativas realistas sobre o progresso permite preparar a grávida para a natureza imprevisível do processo de indução (Banner & D'Souza, 2021).
- Antes de cada administração é recomendado realizar a monitorização por CTG, para avaliar o bem-estar do seu bebé e o padrão das contrações. Após a administração também é recomendado permanecer monitorizada por um período de 1 hora.
- Inicialmente as sensações que pode sentir são semelhantes a cólicas leves, como as menstruais. À medida que o trabalho de parto progride, essas cólicas transformam-se em contrações mais regulares e intensas, que vêm e vão em intervalos regulares é sinal da progressão do trabalho de parto. Pode solicitar, quando considerar necessário, alívio da dor para maior conforto.
- Se notar algo fora do comum, como a rotura da bolsa de líquido amniótico, perda

sanguínea vaginal abundante, dor persistente fora das contrações, ou se simplesmente sentir que algo não está bem, é essencial contactar-nos o mais rapidamente possível.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Monitorizar a pressão sanguínea.
- Monitorizar a frequência cardíaca.

Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto

- Mia sente-se mais segura e menos ansiosa devido à compreensão detalhada sobre o processo de indução com misoprostol e o que esperar em cada etapa.
- Mia sente-se ouvida, apoiada e encorajada ao longo do processo.
- O ambiente adaptado ao seu conforto, a presença de um acompanhante e a liberdade de movimento proporcionam bem-estar à Mia.
- A Mia sente confiança na capacidade do seu corpo para lidar com o trabalho de parto.
- A Mia refere sensação de controlo e tranquilidade durante a indução.

5.8. Síntese relativa ao caso

O presente caso clínico possibilitou a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de competências essenciais no cuidado à grávida durante a ITP, seguindo o plano de parto estabelecido com a mulher, assegurando um ambiente seguro e implementando intervenções que promovem o conforto e o bem-estar da mulher e do seu convivente significativo, ao mesmo tempo que garantem a qualidade e o controlo de riscos (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A ITP, frequentemente utilizada em situações de complicações ou risco, tem sido associada a um aumento nas intervenções, dor e partos instrumentados, o que pode afetar negativamente a experiência das mulheres e a relação com os seus bebés (Evans et al., 2021). Muitas mulheres relatam sentimentos de ansiedade, medo e falta de controlo durante o processo, o que pode impactar a experiência de parto. Embora o nascimento de um bebé saudável leve à satisfação, isso não garante uma experiência positiva, tornando essencial a consideração da vivência da mulher como um aspeto central na prestação de cuidados (Coates et al., 2019).

Antes de iniciar o procedimento de indução, a reunião com a Mia e a pessoa significativa, neste caso, o marido, permitiu discutir o plano de parto, abordar expectativas e preocupações e reforçar a importância do apoio contínuo durante todo o processo, ajustando os cuidados às necessidades individuais e promovendo uma experiência mais participativa e informada.

Após a administração do medicamento indutor, implementaram-se intervenções para monitorizar a progressão do TP e o bem-estar materno-fetal, através da avaliação dos sinais vitais da parturiente e da FCF. Estas medidas garantiram a segurança e permitiram a deteção precoce de complicações, possibilitando intervenções rápidas. Foram ainda adotadas várias

estratégias para promover o conforto da mulher, que incluíram garantir privacidade e criar um ambiente tranquilo e acolhedor, onde se sentisse segura e respeitada. Incentivar a mobilidade através da deambulação e disponibilizar recursos, como a bola de pilates, facilitou a adoção de diferentes posições e promoveu o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do processo.

Os resultados esperados com as intervenções implementadas incluem a redução da ansiedade da mulher, a diminuição da necessidade de intervenções durante o TP, e a promoção de uma experiência de parto mais positiva e empoderadora. Essas intervenções visam não apenas a segurança da mãe e do bebê, mas também o fortalecimento do vínculo entre eles, refletido no bem-estar do RN e na satisfação da parturiente (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Coates et al., 2019; Evans et al., 2021).

Apesar da escassez de evidências sobre a eficácia das intervenções de suporte, que frequentemente se concentram no tratamento de complicações, é essencial fornecer apoio informativo, emocional e prático para melhorar a experiência de parto (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Coates et al., 2019; Evans et al., 2021).

O apoio informativo envolve fornecer aconselhamento e informações claras, ajudando na tomada de decisão e na gestão de expectativas durante a indução. Uma comunicação eficaz prepara melhor as mulheres, permitindo que compreendam cada fase do processo. Envolver as mulheres nas decisões aumenta a confiança e fortalece a autoestima. O apoio emocional inclui validar preocupações e sentimentos, garantindo a presença de uma pessoa significativa como suporte adicional. O apoio prático abrange a disponibilização de espaços para mobilização e áreas tranquilas para descanso. Estas intervenções de suporte têm o potencial de influenciar positivamente a preparação da mulher para o processo de indução (Akuamoah-Boateng & Spencer, 2018; Coates et al., 2019; Evans et al., 2021).

Mesmo em casos de indução, as EEESMO podem normalizar o parto ao valorizar os aspectos fisiológicos dos cuidados. Incentivar a participação ativa ajuda a promover a fisiologia do TP (O'Brien et al., 2022). Proporcionar um ambiente de cuidado centrado na mulher, com uma tomada de decisão informada e uma sensação de controle, fomenta uma experiência mais positiva e empoderadora (Coates et al., 2019). O desenvolvimento de projetos inovadores, como o Labour Hopscotch Framework (LHF), referido por O'Brien et al. (2022), tem o potencial de reduzir as taxas de intervenções e facilitar o parto fisiológico para as mulheres.

Este caso clínico ilustra a importância das competências do EEESMO no cuidado à grávida durante a ITP, demonstrando como intervenções centradas na mulher e suporte emocional podem influenciar positivamente a experiência de parto, destacando a necessidade de um cuidado que valorize tanto o bem-estar materno quanto a satisfação da mulher.

6. CASO 4 TRABALHO DE PARTO ESPONTÂNEO EM GRAVIDEZ PRÉ-TERMO TARDIA

Matilde, grávida de 36 semanas e 1 dia, dirigiu-se ao serviço de urgência obstétrica devido a contrações uterinas, com início há cerca de 6 horas.

6.1. Enquadramento teórico

Cenário

A gravidez foi vigiada, grupo sanguíneo A Rh positivo, SGB negativo. A ecografia do terceiro trimestre revelou crescimento fetal adequado para a idade gestacional, líquido amniótico dentro dos parâmetros normais e placenta anterior de inserção alta. Sem história prévia de abortos ou partos prematuros. As contrações ocorrem a cada 7 minutos e aumentaram de intensidade, segundo relato da grávida. Nega perda de líquido amniótico ou perda sanguínea vaginal. O exame vaginal revela colo uterino com 3 cm de dilatação, início de extinção, e apresentação cefálica.

Em termos de antecedentes pessoais, a Matilde é fumadora desde os 18 anos, com uma média de 5 cigarros por dia durante a gravidez. Apesar de ter reduzido o consumo durante a gravidez, não conseguiu parar completamente. Trabalha como assistente de loja, com uma carga horária de cerca de 8 horas diárias em pé, o que tem causado desconforto nas últimas semanas.

Com este caso, pretendo desenvolver as competências de conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções para a parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o TP. Além disso, pretendo demonstrar competências para identificar e monitorizar o TP, cooperar com outros profissionais no tratamento de parturientes com complicações da gravidez e do parto, e identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o TP e parto, referenciando as situações que excedem a minha área de atuação, bem como implementar intervenções para assegurar a reanimação do RN em situações de emergência (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Trabalho de Parto Pré-Termo

O parto pré-termo é definido como o nascimento entre 20 semanas e 0 dias de gestação e 36 semanas e 6 dias de gestação. O diagnóstico de TP pré-termo é geralmente baseado em critérios clínicos de contrações uterinas regulares acompanhadas de uma alteração na dilatação

cervical, apagamento ou ambos, ou a apresentação inicial com contrações regulares e dilatação cervical de pelo menos 2 cm (ACOG, 2016), pode ser consequência de parto pré-termo espontâneo ou intervenção médica por indicação materna ou fetal (indução do trabalho de parto ou cesariana).

O trabalho de parto pré-termo constitui uma das principais causas de morbimortalidade neonatal. Os recém-nascidos (RN) pré-termo tardios (PTT) são aqueles cujo nascimento ocorre entre as 34 semanas e as 36 semanas e 6 dias de idade gestacional (correspondendo ao período entre os 239 e os 259 dias após o primeiro dia da última menstruação). A designação PTT substituiu a nomenclatura RN “quase termo” (“near term”), uma vez que esta última induzia a ideia que seriam RN com maturidade e riscos de morbidade e mortalidade iguais, ou muito semelhantes, aos dos RN de termo (RNT), o que não corresponde à realidade. Os PTT têm morbidade e mortalidade superior aos RNT devido à sua relativa imaturidade fisiológica e metabólica (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

No que concerne à incidência desta complicação, em Portugal, dados referentes a 2022 mostram uma incidência de nados vivos prematuros (com menos de 37 semanas de gestação) de 7,4%, tendo sido registado um decréscimo da percentagem (7,5% em 2021) (Instituto Nacional de Estatística, 2023, p. 50). A mesma fonte mostra dados que relacionam a incidência anterior com a idade materna e verificando que as percentagens inferiores ao valor nacional se verificaram apenas nas mães com idade entre os 25-29 anos (6,5%) e os 30-34 anos (6,9%).

A história de hábitos tabágicos e a carga física no trabalho podem ser considerados fatores de risco, uma vez que o consumo de tabaco está associado a complicações na gestação, como parto prematuro e baixo peso ao nascer, enquanto a carga física intensa, especialmente em atividades que exigem permanência em pé por longos períodos, pode contribuir para o aumento do desconforto e da fadiga, impactando negativamente a saúde da gestante e do feto (Lowdermilk, et al., 2023).

Um TP que atinge uma dilatação cervical de 4 cm ou mais pode resultar em parto pré-termo inevitável. Se o parto parecer iminente, a equipa de saúde deve preparar-se para cuidar de um RN imaturo, já que mulheres em TP pré-termo podem progredir rapidamente. Assim, os enfermeiros devem estar prontos para lidar com partos de emergência, seja em apresentação cefálica ou pélvica, sem o prestador de cuidados obstétricos presente. É crucial que o pessoal qualificado em reanimação neonatal esteja presente e que o equipamento e medicamentos necessários estejam prontos para uso imediato (Lowdermilk et al., 2023).

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

6.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

10-01-2024 15:15

10-01-2024 15:15 - Cateter venoso periférico

10-01-2024 15:15 - Localização do cateter venoso periférico

10-01-2024 15:15 - Braço Esquerda(o)

10-01-2024 15:15 - Características do dispositivo: 18 G.

10-01-2024 15:15 - Ausência de dor.

10-01-2024 15:15 - Ausência de calor.

10-01-2024 15:15 - Ausência de rubor.

10-01-2024 15:15 - Ausência de tumefação.

10-01-2024 15:15 - Ausência de exsudado.

10-01-2024 15:15 - Ausência de infiltração.

10-01-2024 15:15 - Assegurar funcionamento do cateter

10-01-2024 15:15 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS]

10-01-2024 15:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

10-01-2024 15:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS]

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

Cateter venoso periférico: ver caso_1.

6.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
10-01-2024 15:15	Sistema cardiovascular	
10-01-2024 15:15	Parto	
10-01-2024 15:15	Adaptação à gravidez e preparação para o parto	
10-01-2024 15:15	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Sistema cardiovascular

Ver caso_1.

Parto

A atuação do EEESMO no contexto clínico de TP pré-termo é crucial na vigilância contínua durante o TP, para garantir que este progride de forma segura e sem complicações. A monitorização regular permite avaliar a progressão do TP, além de proporcionar uma avaliação constante do bem-estar materno-fetal.

A monitorização da FCF é uma ferramenta essencial nesse contexto, pois permite identificar precocemente qualquer sinal de sofrimento fetal, possibilitando intervenções oportunas e adequadas. Esta vigilância inclui a análise dos padrões de batimentos cardíacos do feto, que deve estar dentro do padrão normal para assegurar que não há comprometimento da oxigenação.

A Matilde manifestou o desejo de obter mais informações sobre o TP e as etapas seguintes, especialmente face às suas preocupações manifestadas com a prematuridade do parto. É essencial explicar-lhe o que está a ocorrer, os sinais que indicam o progresso do TP e as possíveis implicações do parto prematuro, abordando as suas dúvidas sobre o bem-estar do RN.

A dor foi monitorizada utilizando a escala numérica de avaliação da dor, e, ao ser questionada, Matilde referiu que a dor era moderada. Embora ainda conseguisse lidar com as contrações, questionou se existiam algumas estratégias que poderia utilizar para aliviar a dor sem recorrer à medicação. Neste contexto, o EEESMO deve ouvir atentamente e validar os sentimentos da utente, e pode sugerir diversas abordagens não farmacológicas para o alívio da dor. Adicionalmente, é importante discutir a possibilidade de métodos farmacológicos, como a analgesia epidural ou outros analgésicos, caso a utente deseje considerar opções adicionais.

Dessa forma, a atuação do EEESMO, com um enfoque em uma vigilância sistemática e criteriosa, é fundamental para promover um ambiente seguro, reduzindo o risco de complicações e garantindo uma experiência de parto mais tranquila tanto para a parturiente quanto para o RN.

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

O ensino e apoio à parturiente no contexto de TP pré-termo são fundamentais para assegurar a sua segurança e bem-estar. O EEESMO desempenha um papel crucial na prestação de informações claras e no suporte emocional à parturiente. As necessidades mencionadas por Matilde incluem o desejo de obter mais informações relacionadas com a prematuridade do seu bebé.

Ao fornecer apoio emocional, informações precisas e intervenções práticas, o EEESMO não apenas satisfaz as necessidades da parturiente, mas também a capacita a participar ativamente no seu processo de parto, promovendo um ambiente mais seguro e confiante.

Sondas, Drenos e Cateteres

- **Cateter venoso periférico**

A inserção do cateter venoso periférico na grávida em TP pré-termo é essencial para garantir acesso venoso imediato em possíveis situações de emergência, conforme previsto no protocolo institucional para segurança materno-fetal.

6.5. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

10-01-2024 15:15

10-01-2024 15:15 - Localização do Pulso

10-01-2024 15:15 - Braço Direita(o)

10-01-2024 15:15 - Frequência do pulso: 77 pulsações por minuto.

10-01-2024 15:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

10-01-2024 15:15 - Membro superior Direita(o)

10-01-2024 15:15 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

10-01-2024 15:15 - Pressão sanguínea diastólica: 64 mmHg.

10-01-2024 15:15 - Determinar evolução da pressão sanguínea

10-01-2024 15:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [4 em 4 horas.]

Parto

10-01-2024 15:15

10-01-2024 15:15 - Posição do colo do útero: intermédia.

10-01-2024 15:15 - Consistência do colo do útero: intermédia.

- 10-01-2024 15:15 - Extinção do colo do útero: início da extinção.
10-01-2024 15:15 - Dilatação do colo do útero: 3 cm.
10-01-2024 15:15 - Frequência da contração uterina: 1 Contrações uterinas/10 minutos .
10-01-2024 15:15 - Duração da contração uterina: 45 Segundos.
10-01-2024 15:15 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
10-01-2024 15:15 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
10-01-2024 15:15 - Posição fetal: esquerda.
10-01-2024 15:15 - Apresentação fetal: cefálica.
10-01-2024 15:15 - Variedade fetal: indeterminada.
10-01-2024 15:15 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
10-01-2024 15:15 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
10-01-2024 15:15 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
10-01-2024 15:15 - Expectativa face ao parto: parto fisiológico.

10-01-2024 15:15 - Trabalho de parto

10-01-2024 15:15 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

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

10-01-2024 15:15 - Promover autocontrole: lidar com o trabalho de parto

10-01-2024 15:15 - Conhecimento sobre trabalho de parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 15:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto

10-01-2024 15:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto [No proximo contato.]

10-01-2024 15:15 - Ensinar sobre trabalho de parto [Em todos os contatos.]

10-01-2024 15:15 - Ensinar sobre dor de trabalho de parto [Em todos os contatos.]

10-01-2024 15:15 - Promover autocontrole: lidar com a dor de trabalho de parto

10-01-2024 15:15 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 15:15 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto [Neste contato.]

10-01-2024 15:15 - Aplicar calor na região lombo-sagrada [Neste contato.]

10-01-2024 15:15 - Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

10-01-2024 15:15 - Avaliar evolução do autocontrole para lidar com a dor de trabalho de parto [No proximo contato.]

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

10-01-2024 15:15

10-01-2024 15:15 - Adaptação à gravidez e preparação para o parto

10-01-2024 15:15 - Promover ajustamento à gravidez

10-01-2024 15:15 - Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10-01-2024 15:15 - Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal

10-01-2024 15:15 - Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal [No próximo contato.]

10-01-2024 15:15 - Ensinar sobre desenvolvimento fetal [Neste contato.]

6.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Executar exame vaginal de 2 em 2 horas (segundo protocolo institucional).
- Monitorização cardiotocográfica contínua (segundo prescrição).

Ensinar sobre dor de trabalho de parto

- As sensações que pode sentir à medida que o TP progride, incluem um aumento da intensidade das contrações.
- Explicar que o aumento da intensidade das contrações é esperado e um sinal de progresso do TP.

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

- Referir métodos não farmacológicos como mudanças de posição, uso de uma bola de parto, aplicação de calor e o uso da respiração podem contribuir para aliviar a dor.
- A Matilde solicita aplicação de calor na região lombar.
- A Matilde refere que a posição lateral é mais confortável.
- Assistir a Matilde a mudar de posição.
- Referir que existem opções analgésicas disponíveis para alívio da dor.

Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal

- A Matilde refere que, apesar de ser considerado prematuro, o bebé tem uma elevada probabilidade de sobreviver e se desenvolver bem.
- A Matilde refere que após o nascimento, o bebé pode apresentar dificuldade respiratória, necessidade de monitorização e cuidados especiais, no entanto, pode não necessitar de cuidados intensivos.
- A Matilde reconhece os procedimentos que a equipa de saúde realizará imediatamente após o nascimento, como a avaliação do bebé, aquecimento e monitorização cardíaca e respiratória.
- A Matilde sabe que a equipa neonatal estará presente para garantir que o recém-nascido receba os cuidados necessários.
- A Matilde sente confiança na equipa e coloca questões.

Avaliar evolução do conhecimento sobre trabalho de parto

- A Matilde reconhece a fase o TP em que se encontra e o estadio seguinte.

- A Matilde refere situações que podem ocorrer à medida que o TP progride: rotura de bolsa de membranas do líquido amniótico ou perda do rolhão mucoso.
- A Matilde solicita observação pelo profissional de saúde sempre que necessita.

Otimizar cateter venoso periférico

- Ver caso_1.

Ensinar sobre trabalho de parto

- O colo do útero apresenta uma dilatação de 3 cm, significa que a Matilde encontra-se na fase latente do TP, o TP pré-termo podem progredir de forma mais rápida. A dilatação do colo do útero irá progredir até aos 10 cm, quando se inicia a fase de expulsão, ou seja, o nascimento do bebé.
- Pode ocorrer a rotura de bolsa de membranas do líquido amniótico ou perda do rolhão mucoso.
- Solicite observação pelo profissional de saúde sempre que sentir necessidade.

Ensinar sobre desenvolvimento fetal

- Explicar que, apesar de ser considerado prematuro, o bebé tem uma elevada probabilidade de sobreviver e se desenvolver bem, especialmente com 36 semanas de gestação.
- Elucidar que após o nascimento, o bebé pode apresentar dificuldade respiratória, necessidade de monitorização e cuidados especiais.
- Referir que muitos recém-nascidos com 36 semanas não necessitam de cuidados intensivos, mas podem precisar de observação.
- Informar sobre os procedimentos que a equipa de saúde realizará imediatamente após o nascimento, como a avaliação do bebé, aquecimento e monitorização cardíaca e respiratória.
- Explicar que a equipe neonatal estará presente para garantir que o recém-nascido receba os cuidados necessários.
- Incentivar a parturiente a fazer perguntas sobre o processo e os cuidados do recém-nascido.

Aplicar calor na região lombo-sagrada

- Aplicado saco de soro fisiológico de 1 litro aquecido na zona lombar, após testar a temperatura com a Matilde..

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Ver caso_1.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Monitorizar a pressão arterial.
- Monitorizar a frequência cardíaca.

Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com a dor de trabalho de parto

- Monitorizar a dor através de escala numérica de avaliação da dor.
- Questionar a Matilde sobre as características da dor.

- Questionar a Matilde sobre a eficácia das estratégias de alívio da dor durante o TP.
- Observar comportamentos e respostas da Matilde durante o TP para avaliar a aplicação prática das estratégias identificadas: refere que está tranquila, usa estratégias de alívio da dor identificadas de forma eficaz, mostra confiança.

6.7. Síntese relativa ao caso

Este caso permitiu-me desenvolver competências essenciais na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções para a parturiente com patologia associada e/ou concomitante à gravidez durante o TP. A situação clínica de Matilde, uma parturiente de 28 anos, com 36 semanas e 1 dia de gestação, que se dirigiu ao serviço de urgência obstétrica com contrações uterinas regulares e dolorosas, revelou a importância da monitorização contínua do progresso do TP e do estado materno-fetal.

Ao analisar a história clínica de Matilde, constatei que, embora a parturiente tivesse um acompanhamento pré-natal regular e sem antecedentes de partos prematuros, a sua condição de fumadora, com uma média de cinco cigarros diários, e a carga física relacionada ao seu trabalho como assistente de loja constituem fatores de risco para a ocorrência desta complicação.

Neste contexto, o EEESMO assume um papel fundamental. A monitorização contínua do progresso do TP, a vigilância do estado materno-fetal e a cooperação com outros profissionais de saúde são intervenções determinantes para assegurar uma assistência eficaz e segura. A prestação de cuidados individualizada, adaptada às necessidades e condições específicas da Matilde, permitiu proporcionar uma abordagem centrada na cliente, e promover um ambiente de segurança e confiança durante o processo do TP.

Este caso destacou a importância de responder adequadamente às preocupações da parturiente. Cabe ao EEESMO abordar essas necessidades, fornecendo informações claras sobre o significado do parto pré-termo, os sinais de evolução do TP e as possíveis implicações para a saúde do RN. O apoio emocional, a validação das suas apreensões e a oferta de estratégias de alívio da dor são intervenções essenciais para capacitar Matilde a participar de forma ativa e informada durante o TP e o parto. A elaboração de um plano de cuidados individualizado contribui para a prestação de cuidados mais significativos para Matilde, por forma a assegurar o seu bem-estar físico e emocional.

Finalmente, esta experiência reforçou a importância de estar preparado para implementar intervenções que assegurem a reanimação do RN em situações de emergência, e referenciar qualquer situação que ultrapasse a nossa área de atuação, para garantir uma prestação de cuidados seguros e eficazes.

Os resultados esperados incluem a progressão dentro dos parâmetros normais do TP, a manutenção da estabilidade materno-fetal e o nascimento de um RN com as melhores condições possíveis, com suporte imediato em caso de complicações.

7. CASO 5 PÓS-PARTO & ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO TARDIO

Maria Manuel, mãe da Clara, uma RN de 36 semanas de gestação, demonstra preocupação com a amamentação, pois não tem certeza se Clara está a ingerir a quantidade de leite necessária, especialmente porque a bebé adormece rapidamente durante as mamadas.

7.1. Enquadramento teórico

Cenário

Maria Manuel, 31 anos, IGIP, e a filha Clara, recém-nascida (RN) há cerca de 18 horas, encontravam-se em alojamento conjunto. Clara, uma RN do sexo feminino, nasceu de parto eutócico, às 36 semanas de gestação devido a rotura prematura de membranas. Apresenta um peso de 2910 gramas, 47 cm de comprimento, perímetro cefálico de 31 cm e Índice de APGAR de 9 ao 1º minuto, 10 ao 5º minuto e 10 ao 10º minuto.

No período pós-parto é da competência do EEESMO cuidar da "mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade" (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Neste caso clínico, pretendo demonstrar as competências desenvolvidas relativas à conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções no apoio ao aleitamento materno, adaptação pós-natal, autocuidado materno, cuidados ao RN e promoção da saúde da mulher no pós-parto.

Paralelamente, é também responsabilidade do EEESMO "diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde" e "proporcionar cuidados nas situações que possam comprometer a saúde da mulher e do recém-nascido durante o período pós-natal" (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Assim, este caso clínico também tem como objetivo o desenvolvimento de competências na conceção, planeamento, implementação e avaliação de medidas corretivas no processo de aleitamento materno.

Pós-parto

O período pós-parto, também conhecido como puerpério, começa com o nascimento do RN. um período que encerra em si um conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na

mulher após o parto, com o objetivo de regressão até ao estado anatómico e fisiológico pré-gravídico e de preparação da mulher para a amamentação (Berens, Lockwood, & Eckler, 2016; Lowdermilk, et al., 2023) é um tempo crítico para as mulheres, RNs, homens, cuidadores e famílias (WHO, 2022). A Organização Mundial de Saúde (2022) define o período pós-parto como o período que começa imediatamente após o nascimento do RN até seis semanas (42 dias), e pode ser dividido em: Puerpério imediato -nas primeiras 24h; puerpério precoce - até ao fim da primeira semana e puerpério tardio - até ao final da sexta semana (Lowdermilk, et al., 2023). O internamento dura, em média, 48 horas depois de um parto eutócico sem intercorrências e 72 horas no caso das cesarianas.

Do ponto de vista fisiológico, o corpo da mulher inicia o processo de regressão aos parâmetros pré-gravídicos. Nas atividades de vigilância devem ser levados consideração a avaliação dos sinais vitais (tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura e dor), fadiga, das mamas, da pele e mucosas, da involução uterina, da perda sanguínea vaginal (lóquios), do períneo, da eliminação (vesical e intestinal) e dos membros inferiores (Berens, et al., 2016; WHO, 2022; Lowdermilk, et al., 2023).

Em relação aos sinais vitais, em circunstâncias normais, poucas alterações são observadas. A frequência cardíaca eleva-se imediatamente após o nascimento, podendo permanecer alta durante a primeira hora, antes de diminuir gradualmente ao longo das 48 horas seguintes (Lowdermilk, et al., 2023). Durante o período pós-parto, a tensão arterial da mulher geralmente mantém-se dentro da normalidade, embora possa ocorrer um leve aumento transitório nos primeiros 4 dias pós-parto. A hipotensão ortostática é comum, e um aumento da pressão arterial acima de 140/90 mm Hg em medições feitas em dois ou mais momentos, com pelo menos 4 horas de intervalo, pode indicar hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia (WHO, 2015). A presença de taquicardia ou hipotensão podem indicar hipovolémia secundária a hemorragia (Lowdermilk, et al., 2023). As puérperas apresentam, tendencialmente, uma temperatura corporal ligeiramente aumentada, não atingindo, no entanto, os 38°C (febre), nas primeiras 24h pós-parto, voltando a subir algumas vezes no dia da alta. Tal pode ser justificado por, nas primeiras 24h, estar ainda relacionada a subida com os esforços expulsivos e ao segundo dia, com o aumento da produção láctea (WHO, 2015).

A dor e a fadiga no pós-parto são as duas queixas mais comuns após o parto vaginal, queixas abdominais, dor perineal e nos mamilos, dores musculares e articulares são frequentemente encontradas nas puérperas. Os medicamentos anti-inflamatórios não esteróides (AINE) de ação curta (por exemplo, ibuprofeno) são eficazes. A dor desaparece geralmente espontaneamente no final da primeira semana pós-parto. A aplicação de frio para tratamento da dor perineal é normalmente utilizada, mas há evidências limitadas para apoiar a eficácia. A crioterapia local através da aplicação de gelo realizada por períodos de 10 minutos de cada vez com o objetivo analgésico e vasoconstritor, atua sobre a dor e o edema (Berens, et al., 2016).

Apesar da recomendação de amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses de vida do RN, muitas mulheres interrompem a amamentação mais cedo do que o desejado devido a dificuldades, incluindo dor e lesões nos mamilos (por exemplo, mamilos gretados). Nas puérperas que amamentam com queixas de dor ou trauma nos mamilos, a avaliação inicial deve incluir a observação da alimentação e a otimização da pega (Berens, et al., 2016). As mamas são alvo de atenção não só pelas questões associadas à amamentação. Os sinais de complicações a ter em atenção foram a tensão mamária, o rubor, calor, dor, integridade dos mamilos e tumefações palpáveis, uma vez que nas primeiras 24h pós-parto as mamas devem-se apresentar moles e com presença de colostro (Lowdermilk, et al., 2023).

Quando se avaliava o estado da pele e mucosas, pretendia-se identificar precocemente sinais de alarme tais como a pele descorada (possível anemia), fria e viscosa ao toque (em situações de choque hipovolémico) e seca (pela desidratação). Achados normais são a hiperpigmentação das aréolas, linha branca abdominal e estrias (Lowdermilk, et al., 2023).

Com o parto e a dequitação, o útero sofre uma diminuição abrupta do seu tamanho pela expulsão do seu conteúdo, e forma, por contração, o globo de segurança de Pinard. Nesse momento, passa a sentir-se o fundo uterino ao nível da linha média umbilical e espera-se uma diminuição de 1 a 2 centímetros por dia, até que deixa de ser palpável no abdómen por volta do décimo dia pós-parto e recupera o seu tamanho pré-gravídico entre a 4ª e a 6ª semanas pós-parto, com cerca de 100gr. Esta involução deve-se à contração das fibras musculares e é influenciado pelo tipo de parto, pela paridade e amamentação, uma vez que o volume uterino é maior nas mulheres submetidas a cesariana, múltíparas e mulheres que não amamenta. O papel da ocitocina na contração (necessária) do útero durante a amamentação agrava a dor uterina - as contrações uterinas são mais intensas durante as mamadas pela ação da ocitocina libertada (Berens, et al., 2016; Lowdermilk, et al., 2023).

A porção basal da decídua permanece após a separação da placenta. Esta decídua divide-se em duas camadas: a camada superficial é eliminada e a camada profunda regenera o novo endométrio, que cobre toda a cavidade endometrial até ao 16º dia pós-parto. A perda normal de sangue e decídua é conhecido como lochia rubra (vermelho, castanho-avermelhado) e dura os primeiros dias após o parto. O corrimento vaginal torna-se então cada vez mais aguado, denominado lóquios serosos (castanho rosado), que dura duas a três semanas. Por fim, a secreção torna-se branco-amarelada, os lóquios alba. O volume total de secreção loquial pós-parto é de 200 a 500 mL, que dura em média um mês (Berens, et al., 2016).

A retenção urinária pós-parto apresenta definições variadas e, por isso, taxas amplamente reportadas. Raramente, algumas mulheres podem ter disfunção a longo prazo no entanto, a retenção urinária é tipicamente uma perturbação autolimitada que pode ser resolvida no espaço de uma semana na maioria das puérperas. Este risco de retenção urinária existe associado a possíveis traumatismos durante o parto, parto instrumentado e episiotomia aumento da

capacidade vesical (por diminuição da tonicidade da bexiga) anestesia epidural, primiparidade (Berens, et al., 2016).

A eliminação intestinal também pode estar comprometida relacionada com o medo, uma vez a preocupação associada à dor e ao estado da ferida perineal, à presença de hemorroidas (sendo frequente a sua exacerbação após os esforços expulsivos). Outros fatores que contribuem para a demora no restabelecimento do trânsito intestinal, são o jejum durante o trabalho de parto e parto e a desidratação. A deambulação, a ingestão hídrica, o consumo de frutas são recomendados, o uso rotineiro de laxantes para prevenir obstipação no pós-parto não é recomendado. A presença de hemorroidas deve ser avaliada, pois pode decorrer da gravidez ou como consequência do esforço efetuado durante os esforços expulsivos no parto (Berens, et al., 2016; WHO, 2022).

Relativamente à observação dos membros inferiores eram observados possíveis sinais como rubor local, calor na porção posterior das pernas, edemas acentuados unilateralmente e varizes, sendo estes sinais de complicações tais como a trombose venosa profunda (Lowdermilk, et al., 2023).

Além da dimensão física, o pós-parto imediato é uma fase emocionalmente desafiante. As alterações hormonais abruptas, o cansaço físico e a nova dinâmica familiar podem resultar em sentimentos de vulnerabilidade e ansiedade. Embora o "baby blues" seja comum e de curta duração, os sinais de depressão pós-parto, que, se não diagnosticada precocemente, pode ter impactos graves na saúde mental da mulher e na sua capacidade de cuidar do RN (Beck, 2001; WHO, 2022).

Alimentação do recém-nascido pré-termo tardio

Em 2005, um painel de consenso do National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) recomendou o uso do termo "pré-termo tardio" para descrever os recém-nascidos (RNs) que nasceram com 34 0/7 a 36 6/7 semanas completas de gestação (Boies, Vaucher, & ABM, 2016; Meier, Furman, & Degenhardt, 2007). Esta terminologia visa informar adequadamente as características dos RNs pré-termo tardios, realça a sua imaturidade, enfatiza a sua vulnerabilidade a complicações no período imediato do após o nascimento, incluindo a regulação da respiração, controle da temperatura, metabolismo da glicose e bilirrubina, comportamento alerta vigília e alimentação eficaz (Meier, et al., 2007).

Segundo a OMS, a amamentação reduz a mortalidade infantil e traz benefícios à saúde que se estendem até à idade adulta. É recomendado a amamentação em exclusivo até aos 6 meses, seguida da amamentação continuada em conjunto com a alimentação sólida, até aos 2 anos de vida da criança (WHO, 2021).

O leite humano reduz o risco de morbididades de curto e longo prazo em lactentes recetores por

meio de uma combinação de substâncias nutritivas, anti-infecciosas, anti-inflamatórias, antioxidantes, e colonizadoras do intestino. Essas substâncias funcionam sinergicamente para regular negativamente os processos inflamatórios e de stresse oxidativo que se manifestam em problemas de saúde ao longo da vida, incluindo infecções, doença atópica, atraso neurocognitivo e neurodesenvolvimental e muitas doenças crônicas. RNs pré-termo tardios são especialmente protegidos pelos componentes bioativos do leite humano (Meier, Patel, Wright, & Engstrom, 2013).

Os RNs pré-termo tardios e as suas mães têm fatores de risco que afetam o estabelecimento da amamentação bem-sucedida e são especialmente suscetíveis ao fracasso precoce da amamentação e aumento da morbidade associada à amamentação (como desidratação, icterícia e kernicterus), o que aumenta o risco de reinternamento (Meier, et al., 2007).

Os desafios relacionados com a amamentação nos RNs pré-termo tardios prendem-se com a remoção ineficaz do leite da mama durante a amamentação, afetada pelo comportamento imaturo do sono-vigília e, pela imaturidade do reflexo de sucção, que predispõe o RN pré-termo tardio à ingestão inadequada de leite relacionada com a remoção ineficaz do leite da mama, mesmo na presença de leite disponível em quantidade adequada. Por outro lado, as mulheres que dão à luz RNs pré-termo tardios correm o risco de atraso na fase lactogénese II, a escassa evidência sobre o atraso no início da lactação sugere que essas mulheres acabarão por “recuperar o atraso”, geralmente 7 a 10 dias após o parto, se as mamas forem estimuladas e o leite disponível for removido adequadamente (Meier, et al., 2007).

Existem dois objetivos principais na gestão da amamentação para esta população: proteger a produção de leite materno e garantir que o RN seja adequadamente nutrido. As diretrizes e intervenções de amamentação para os RNs pré-termo tardios devem ser adaptadas às suas características e individualidade, em vez de serem conduzidas com as mesmas orientações destinadas a RNs de termo saudáveis, sob o risco de comprometer o sucesso da amamentação e aumentar o risco de morbidade associada (Meier et al., 2007; Meier et al., 2013).

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 35 anos | Feminino

7.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-02-13 09:30:00	Paracetamol 1000 mg PO 8/8 horas	
2024-02-13 09:30:00	Ibuprofeno 400 mg PO 8 / 8 horas	

7.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Paracetamol 1000 mg PO 8/8 horas

O paracetamol é um analgésico anti-pirético não opióide de ação central indicado em casos de dor ligeira a moderada e febre. Os efeitos adversos do paracetamol são pouco frequentes, e consistem em alterações hematológicas e insuficiência hepática em caso de sobredosagem.

Ibuprofeno 400 mg PO 8 / 8 horas

O ibuprofeno, um derivado do ácido propiónico, é um agente anti-inflamatório não esteróide prototípico (AINE) com propriedades analgésicas e antipiréticas.

Recomenda-se o paracetamol oral como primeira escolha quando é necessária analgesia oral para o alívio da dor perineal no pós-parto. Fármacos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) podem ser utilizados quando é necessária analgesia para o alívio da dor pós-parto causada por cólicas uterinas após o parto, com base nas preferências da mulher, na experiência do profissional de saúde com os analgésicos e na sua disponibilidade (WHO, 2022).

7.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
13-02-2024 09:30	Pós-parto	
13-02-2024 09:30	Secreção e excreção de leite	
13-02-2024 09:30	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
13-02-2024 09:30	Comportamentos para amamentar	
13-02-2024 09:30	Adaptação à parentalidade	
13-02-2024 09:30	Sistema cardiovascular	
13-02-2024 09:30	Eliminação intestinal	
13-02-2024 09:30	Eliminação urinária	

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

Pós-parto

O acompanhamento da mulher durante o puerpério é essencial, pois contribui para a identificação precoce de complicações, como HPP, infecções e dificuldades na amamentação, além de oferecer apoio emocional e educativo no processo de adaptação à parentalidade. A consistência das informações fornecidas à nova mãe pelo EEESMO pode contribuir para incutir confiança nas novas mães e promover uma ligação saudável entre mãe e filho durante o período pós-parto (Berens et al., 2016).

A avaliação fisiológica da mulher deve ser avaliada de forma rotineira nas primeiras 24 horas. Em contactos pós-natais subsequentes após as primeiras 24 horas, deve-se continuar a perguntar sobre o bem-estar geral e avaliar: temperatura, dor de cabeça; fadiga; dor nas costas; dor perineal e higiene; dor mamária; dor uterina e lóquios e involução uterina (WHO, 2022).

A temperatura é avaliada, de acordo com o protocolo, uma vez por turno e sempre que necessário. A dor é também avaliada, segundo o mesmo protocolo, uma vez por turno ou sempre que necessário, seja quando verbalizada pela puérpera ou identificada pelo enfermeiro (WHO, 2022; WHO, 2015). A avaliação da dor foi realizada através da escala numérica (pedindo-se à puérpera que classifique a intensidade da dor numa escala de zero a dez, sendo que zero representa ausência de dor e dez a pior dor já experienciada). A gestão da terapêutica é ajustada com base nesta avaliação.

As mamas foram alvo de atenção do EEESMO não só pelas questões associadas à amamentação. Os sinais de complicações a ter em atenção foram a tensão mamária, o rubor, calor, dor, integridade dos mamilos e tumefações palpáveis, uma vez que nas primeiras 24h pós-parto as mamas se devem apresentar moles e com presença de colostro (Lowdermilk, et al., 2023).

Outro aspeto crítico neste período é a vigilância para a HPP, uma das principais causas de morbilidade e mortalidade materna. O EEESMO deve monitorizar atentamente os sinais vitais da mulher, o volume de lóquios e o tónus uterino. Intervenções rápidas e eficazes são fundamentais para a deteção e o controlo de uma eventual hemorragia (WHO, 2012).

Constituem-se como causas de HPP: lacerações, atonia uterina, retenção de restos placentários e alterações da coagulação (Berens, et al., 2016), pelo que, a avaliação da involução uterina é uma intervenção crucial do EEESMO. São sinais desta complicação que o EEESMO deve reconhecer, o útero que se apresente acima da linha média do umbigo, mole à palpação e desviado para a direita (Lowdermilk, et al., 2023).

Normalmente, a hemorragia implica um grau de hemorragia que ameaça causar ou está associado a instabilidade hemodinâmica. Os sintomas relacionados com a perda de sangue na hemorragia pós-parto variam de acordo com o volume de sangue perdido. Com uma perda entre 500 e 1000 ml, podem surgir palpitações, tonturas e um ligeiro aumento da frequência cardíaca; entre 1000 e 1500 ml, observa-se ligeira hipotensão, fraqueza, suores e taquicardia (100 a 120 batimentos por minuto); entre 1500 e 2000 ml, manifestam-se hipotensão, inquietação, confusão, palidez, oligúria e taquicardia (120 a 140 batimentos por minuto); com perdas entre 2000 e 3000 ml, verificam-se hipotensão grave, letargia, falta de ar, anúria, colapso e taquicardia (>140 batimentos por minuto) (Berens et al., 2016).

No momento de avaliação da perda sanguínea vaginal associada à palpação e massagem uterina, foi também observado o estado do períneo quanto à presença de sinais inflamatórios e ou infecciosos da ferida perineal, quando existente (calor, rubor, edema exacerbado, dor e exsudado purulento) ou deiscência dos tecidos. Hemorragia ativa por laceração não corrigida, edema pronunciado e sinais infecciosos são complicações possíveis (Berens, et al., 2016).

O suporte emocional fornecido pelo EEESMO neste período é vital, proporcionando um ambiente de escuta e segurança para a mulher expressar os seus medos, ansiedades e expectativas. A criação de uma relação de confiança permite ao enfermeiro identificar precocemente alterações do humor e oferecer o encaminhamento necessário para apoio psicológico ou psiquiátrico.

Secreção e excreção de leite

A teoria da lactogénese explica que, numa lactação não complicada, a síntese de leite é iniciada pela redução dos níveis de progesterona após o parto. Este declínio abrupto de progesterona elimina o seu efeito inibidor sobre a prolactina, permitindo o início da produção de leite. Essas alterações hormonais são potencializadas pela sucção aplicada pelo RN à mama, mesmo quando o fluxo de leite é inicialmente limitado. A combinação entre essas mudanças hormonais e a estimulação direta da mama permite que esta produza cerca de 15 mL de colostro nas primeiras 24 horas, aumentando para 500-600 mL de leite entre os dias 4 e 7 após o nascimento (Meier, et al., 2013).

Este período inicial é crítico para a glândula mamária, pois é durante este tempo que a estimulação oportuna e adequada por parte do RN é fundamental. A quantidade de células secretoras e a densidade dos recetores de prolactina nas células epiteliais da mama aumentam durante a transição da lactogénese I para a lactogénese II, que normalmente ocorre entre 40 e 72 horas após o nascimento. Quando há um atraso no início da lactação, a produção de leite pode ser reduzida durante mais tempo, afetando a quantidade disponível (Meier, et al., 2013).

As mães de RNs pré-termo tardios têm um risco maior de enfrentar esse atraso no início da lactação. Embora a produção de leite seja limitada, a estimulação eficaz, seja através da sucção

do bebê ou do uso de uma bomba extratora de leite, é essencial para ativar os processos hormonais e bioquímicos que regulam a produção. No entanto, muitos RNs pré-termo tardios podem não conseguir proporcionar a estimulação e remoção de leite adequada, o que pode resultar numa produção de leite insuficiente, difícil de reverter uma vez ultrapassado o período crítico de estimulação mamária (Meier, et al., 2013).

No caso observado, as mamas de Maria Manuel apresentavam-se moles, com presença de leite, sem sinais de complicações, e o mamilo estava proeminente e íntegro. No entanto, a própria Maria Manuel mencionou que, não sabia se a Clara estava a ingerir a quantidade de leite que precisava. Embora soubesse que o bebê deve mamar com frequência para estimular a produção de leite, receava que a quantidade de leite fosse insuficiente. Este dado demonstra uma compreensão inicial do papel da amamentação na produção de leite, mas evidencia lacunas no conhecimento sobre a estimulação da lactação, justificando a necessidade de uma intervenção educativa.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A amamentação é um ato de amor e nutrição, onde a mãe fornece ao seu filho o alimento perfeito, adaptado às suas necessidades específicas. Além dos benefícios nutricionais, o ato de amamentar promove o contato físico e emocional entre mãe e filho, criando um vínculo afetivo único (Peñacoba & Catala, 2019).

A ligação mãe-filho é fortalecida pela amamentação. O contato pele a pele, o olhar nos olhos e o toque suave criam uma sensação de segurança e conforto para o RN, esses momentos de proximidade não só satisfazem as necessidades físicas do bebê, mas também fortalecem o seu desenvolvimento emocional.

A ligação mãe-filho construída através da amamentação traz benefícios a longo prazo, tanto para o bebê quanto para a mãe (Peñacoba & Catala, 2019).

A ligação mãe/pai-filho é um foco da atenção dos EEESMO, em especial, nos RNs pré-termo tardios.

Comportamentos para amamentar

A decisão de amamentar é uma escolha pessoal e individual que pode ser influenciada por diversos fatores. Algumas mães demonstram uma forte motivação para amamentar, enquanto outras optam por não o fazer por razões variadas (Cardoso, 2017). Entre os fatores que influenciam essa decisão estão os benefícios para a saúde do bebê e da mãe, como o fato de o leite materno ser considerado o alimento mais adequado e ajudar na recuperação pós-parto. A amamentação também pode ser prática e económica, além de proporcionar uma ligação emocional significativa. Apoio familiar e circunstâncias pessoais, como saúde e trabalho,

também impactam essa escolha (Cardoso, 2017).

A intenção da Maria Manuel de amamentar, influenciada por seu desejo de promover a saúde do bebê, encontra paralelo com os desafios enfrentados pelas mães de RNs pré-termo tardios, que muitas vezes precisam ajustar seu comportamento em função de circunstâncias específicas. Nesses casos, a amamentação pode ser ainda mais complexa, exigindo a atuação especializada do EEESMO, que oferece suporte individualizado para superar as dificuldades associadas a esses RNs e garantir que as necessidades de ambos sejam atendidas adequadamente.

Durante a mamada, foram avaliados aspectos relacionados com a pega, sucção e deglutição. Observou-se que a Clara realiza uma pega adequada, o que demonstra que a mãe, Maria Manuel, tem conhecimento sobre a importância de uma pega correta. A Maria Manuel enunciou as condições para uma boa pega, como o alinhamento da Clara, a maior parte da aréola dentro da boca, o queixo encostado à mama e o lábio inferior virado para fora, enquanto o nariz se mantém afastado. Relativamente ao padrão de sucção, a mãe referiu que, inicialmente, a Clara suga de forma vigorosa, mas depois abrandando, sugando menos e deglutindo mais.

A Maria Manuel revelou que sabe identificar sinais de fome, pois a Clara acorda espontaneamente e é imediatamente colocada à mama. No entanto, menciona que a Clara adormece ao fim de 5 minutos de mamada, o que interpreta como um sinal de saciedade ou falta de leite. Este comentário revela que a mãe não consegue reconhecer adequadamente os sinais de saciedade do bebê. Durante a observação, a Maria Manuel utilizava a posição de embalar para amamentar, mas, quando questionada sobre outras posições que pudessem ser mais favoráveis à amamentação da Clara, admitiu não ter conhecimento.

Esses dados evidenciam a necessidade de intervenção educativa, tanto em relação ao conhecimento sobre a amamentação de um RN pré-termo tardio, como sobre as estratégias para estimular a amamentação. Identifica-se a necessidade de esclarecer a mãe sobre os sinais de saciedade do bebê, as posições adequadas para a amamentação e as melhores estratégias para garantir uma amamentação eficaz, particularmente em bebês com características e comportamentos específicos, como o RN pré-termo.

Adaptação à parentalidade

A alimentação do RN desempenha um papel central na adaptação à parentalidade, exigindo dos pais a aquisição de conhecimentos e competências essenciais sobre os diversos aspectos envolvidos, como a amamentação e a organização das tarefas familiares (Cardoso, 2017).

A alimentação do RN exige que os pais estabeleçam uma rotina, adaptando-se aos horários frequentes da alimentação. Esse processo envolve planejamento e organização. A alimentação também abrange outras tarefas essenciais, como a troca de fraldas e o conforto do bebê, exigindo que os pais trabalhem em equipe para atender às necessidades do RN (Cardoso, 2017).

O EEESMO desempenha um papel crucial neste processo, sendo agentes fundamentais na adaptação dos pais à parentalidade, especialmente no que diz respeito à alimentação do RN. A sua intervenção é particularmente importante no caso de RNs pré-termo tardios, providenciando informação, apoio e mobilizando os recursos necessários para orientar os pais durante esta transição.

A Maria Manuel expressou dúvidas sobre como saber se a sua bebé, estava a obter leite suficiente e se a frequência das mamadas era adequada para garantir o crescimento esperado. Embora tenha mencionado que associa a presença de micções e dejeções como sinais de uma ingestão nutricional adequada, referiu que Clara já tinha tido eliminação urinária e intestinal (três vezes), no entanto, foi identificado que a Maria Manuel ainda carece de conhecimento específico sobre a ingestão nutricional do bebé, nomeadamente os sinais de que Clara está a ingerir leite suficiente durante a amamentação.

Este dado revela que, embora a puérpera tenha algum conhecimento sobre a importância da alimentação frequente e os sinais de eliminação, ainda há necessidade de maior esclarecimento sobre os sinais que indicam uma amamentação eficaz e uma ingestão nutricional adequada para garantir o desenvolvimento saudável da bebé.

Sistema cardiovascular

A OMS (2022) recomenda a monitorização rotineira da puérpera. Durante o internamento, a monitorização da temperatura, frequência cardíaca e pressão arterial estava preconizada uma vez por turno.

O EEESMO deve monitorar atentamente os sinais vitais, interpretar as variações normais e identificar precocemente quaisquer alterações significativas que possam indicar complicações. Ao garantir uma vigilância adequada e fornecer orientações sobre os cuidados pós-parto, o EEESMO contribui para a segurança e o bem-estar da puérpera, facilita a sua recuperação e promove uma transição saudável para a parentalidade.

Eliminação urinária

Em cada contato pós-natal subsequente, após as primeiras 24 horas, deve-se continuar a fazer perguntas sobre o bem-estar geral e avaliar micção e incontinência urinária (WHO, 2022).

O EEESMO deve avaliar sinais de retenção urinária, reconhecendo os fatores de risco e fornecendo orientações e intervenções apropriadas. Com um acompanhamento cuidadoso, o EEESMO pode ajudar a identificar e abordar problemas de micção, garantir que a puérpera receba o suporte necessário para uma recuperação saudável e para minimizar o impacto de possíveis complicações.

Eliminação intestinal

Em cada contato pós-natal subsequente, após as primeiras 24 horas, deve-se continuar a fazer perguntas sobre o bem-estar geral e avaliar a eliminação intestinal (WHO, 2022).

O EEESMO deve monitorar a eliminação intestinal da puérpera e oferecer orientações sobre práticas que favoreçam o restabelecimento do trânsito intestinal, como a deambulação e a hidratação. Com esse suporte, o EEESMO contribui para prevenir complicações, e promove uma recuperação mais saudável e confortável.

7.5. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

13-02-2024 09:30

13-02-2024 09:30 - Localização do Pulso

13-02-2024 09:30 - Braço Direita(o)

13-02-2024 09:30 - Frequência do pulso: 87 pulsações por minuto.

13-02-2024 09:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

13-02-2024 09:30 - Membro superior Direita(o)

13-02-2024 09:30 - Pressão sanguínea sistólica: 107 mmHg.

13-02-2024 09:30 - Pressão sanguínea diastólica: 66 mmHg.

13-02-2024 09:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1 x turno]

Eliminação intestinal

13-02-2024 09:30

13-02-2024 09:30 - Ausência de dejeções.

13-02-2024 09:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1 x turno.]

Eliminação urinária

13-02-2024 09:30

13-02-2024 09:30 - Frequência da eliminação urinária: normal .

13-02-2024 09:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1 x turno.]

Pós-parto

13-02-2024 09:30

13-02-2024 09:30 - Hora da dequitação: 15:03:00.

13-02-2024 09:30 - Puerpério

13-02-2024 09:30 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

13-02-2024 09:30 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

13-02-2024 09:30 - Determinar evolução da recuperação pós-parto

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto [1 x turno.]

Secreção e excreção de leite

13-02-2024 09:30

13-02-2024 09:30 - Tem a intenção de aleitar com leite materno.

13-02-2024 09:30 - Lactação

13-02-2024 09:30 - Mamas moles antes da lacto-extração.

13-02-2024 09:30 - Presença de leite na mama.

13-02-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estimulação da lactação

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estimulação da lactação [No próximo contato.]

13-02-2024 09:30 - Ensinar sobre estimulação da lactação [Neste contato.]

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

13-02-2024 09:30

13-02-2024 09:30 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

13-02-2024 09:30 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [No próximo contato.]

Comportamentos para amamentar

13-02-2024 09:30

13-02-2024 09:30 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

13-02-2024 09:30 - Não adota posição confortável para facilitar o mamar.

13-02-2024 09:30 - Não termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

13-02-2024 09:30 - Não utiliza estratégias para estimular o mamar.

13-02-2024 09:30 - Com manifestações de pega adequada.

13-02-2024 09:30 - Amamentação

13-02-2024 09:30 - Determinar evolução da amamentação

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [No próximo contato.]

13-02-2024 09:30 - Promover o amamentar/mamar

13-02-2024 09:30 - Assistir na amamentação [Em todos os contatos.]

13-02-2024 09:30 - Promover autogestão: amamentação

13-02-2024 09:30 - Capacidade para amamentar

13-02-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

13-02-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação [No próximo contato.]

13-02-2024 09:30 - Ensinar sobre amamentação [Neste contato.]

13-02-2024 09:30 - Ensinar sobre sinais de saciedade

13-02-2024 09:30 - Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar [Neste contato.]

13-02-2024 09:30 - Ensinar sobre estratégias para estimular a amamentação [Neste contato.]

13-02-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para amamentar

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para amamentar [No próximo contato.]

13-02-2024 09:30 - Assistir na amamentação [Em todos os contatos.]

**13-02-2024 09:30 - Promover autogestão: complicações da amamentação
Adaptação à parentalidade**

13-02-2024 09:30

13-02-2024 09:30 - Adaptação à parentalidade

**13-02-2024 09:30 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão
nutricional**

13-02-2024 09:30 - Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**13-02-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre ingestão
nutricional do recém-nascido**

13-02-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre ingestão
nutricional do recém-nascido [No próximo contato.]

13-02-2024 09:30 - Ensinar sobre ingestão nutricional [Neste contato.]

7.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da lactação

- Observar as características da mama: observar a cor da pele, a presença de erupções cutâneas, rubor, assim como a cor da aréola, verificar se há fissuras ou secreções anormais.
- Observar presença de leite na mama: garantir a privacidade para promover o conforto da puérpera, obter o consentimento, realizar a palpação suave das mamas estimular a ejeção do leite através de uma massagem suave em círculos da parte externa em direção ao mamilo e compressão gentil da mama para observar a saída de leite.

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- Observar, através de comportamentos, a ligação mãe-filho: mostra carinho, sorri para a bebé.
- Observar, no discurso, se a cliente apresenta comportamentos de ligação mãe-filho: mostra preocupação com o bem-estar da bebé, fala de forma meiga com a bebé.

Ensinar sobre estimulação da lactação

- A estimulação da lactação visa garantir a produção de leite materno necessária e a ingestão adequada para a Clara.
- Há dois fatores essenciais para a estimulação da lactação: A sucção no mamilo e aréola e o esvaziamento da mama: amamentar em regime livre; pega adequada para esvaziar a mama; amamentar durante a noite, principalmente no primeiro mês de vida da criança.

Ensinar sobre amamentação

- A capacidade da Clara para extrair o leite disponível da mama melhora com o aumento da maturidade, à medida que a Clara se aproxima do termo.

Ensinar sobre ingestão nutricional

- Acorda sozinha para se alimentar, pelo menos a cada 3 horas.
- Pega na mama com pouca ou nenhuma assistência.
- Suga num padrão rítmico (cerca de 1 sucção a cada segundo) durante pelo menos 10 minutos sem adormecer na mama ou escorregar do mamilo.
- A Maria Manuel ouve ou sente (com a mão enquanto apoia a cabeça do bebé) a Clara a engolir a cada 1-2 sucções.
- A Clara é capaz de fazer os passos de 1-4 pelo menos 6-8 vezes por dia.
- Aumenta de peso conforme a recomendação 20 -30 gr/dia.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estimulação da lactação

- A Maria Manuel refere que a estimulação da lactação visa garantir a produção de leite materno necessária e a ingestão adequada para a Clara.
- A Maria Manuel menciona os fatores essenciais para a estimulação da lactação: a sucção no mamilo e aréola e o esvaziamento da mama.

Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

- Observar comportamentos da mãe para amamentar: reconhece o comportamento do RN pré-termo tardio relativo aos sinais de saciedade e estimulação da lactação, posições do recém-nascido durante o mamar.

Aplicar calor

- Aplicar calor e realizar massagem 3-5 minutos antes de colocar a Clara `mama.

Avaliar evolução da recuperação pós-parto

- Monitorizar a temperatura.
- Monitorizar a dor através da escala numérica.
- Avaliar o estado da pele e mucosas, identificar precocemente sinais de alarme tais como a pele descorada (possível anemia), fria e viscosa ao toque (em situações de choque hipovolémico) e seca (pela desidratação).
- Avaliar a involução uterina: obter o consentimento, instruir a Maria Manuel a esvaziar a bexiga (a bexiga cheia empurra o útero para cima e para a direita e dificulta a exteriorização dos lóquios, interferindo negativamente com a involução uterina). Instruir a posicionar-se no leito em decúbito dorsal, juntar os calcâneos e afastar os joelhos, de forma a facilitar a visualização da perda sanguínea vaginal aquando da palpação e massagem uterina. Ao exame, o fundo deve estar insensível, firme e mais globular do que no estado gravídico. Um útero mole e volumoso na presença de hemorragia vaginal intensa sugere uma contração inadequada do útero (isto é, atonia). A vigilância do globo de segurança de Pinard e da involução uterina permite identificar precocemente sinais de alarme para atonia ou descompressão uterina (incapacidade do músculo uterino em contrair), que se identifica como uma das causas mais frequentes da hemorragia pós-parto. O diagnóstico de hemorragia intensa baseia-se principalmente no julgamento dos prestadores de cuidados. Embora realizada de rotina, não há evidência de que a avaliação do tamanho uterino no início do período pós-natal seja preditiva de complicações (Berens, et al., 2016).

- Avaliar os lóquios: cheiro, quantidade, características dos lóquios (hemáticos, sero-hemáticos ou serosos).
- Observar o períneo quanto a sinais de edema e dor.

Assistir na amamentação

- Assistir a Maria Manuel a experimentar posições de rãguebi e embalar invertida para amamentar.
- Corrigir a Maria Manuel enquanto efetua as posições de rãguebi e embalar invertida para amamentar.
- Corrigir a posição postural da cliente e a posição do recém-nascido, se necessário.

Avaliar evolução da capacidade para amamentar

- A Maria Manuel adota a posição de rãguebi e posição de embalar invertida quando amamenta a Clara.am
- A Maria Manuel assume a postura correta.

Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação

- A Maria Manuel refere o comportamento normal e sinais de saciedade do RN pré-termo tardio;
- A Maria Manuel refere as diferentes posições possíveis para amamentar o RN pré termo tardio;
- A Maria Manuel menciona as estratégias para estimular a amamentação o RN pré-termo tardio.

Ensinar sobre sinais de saciedade

- O bebé pré-termo tardio apresenta um comportamento sonolento. É normal a Clara não acordar para mamar e adormecer após alguns minutos à mama. Os pais interpretam os comportamentos de sonolência excessiva e mamadas curtas como sinal de ingestão adequada, saciedade e que o bebé dorme bem, não como um sinal de imaturidade e ingestão inadequada.

Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar

- Posições de amamentação que fornecem apoio para a cabeça do RN pré-termo tardio ajudam o bebé a alimentar-se de forma mais eficaz. A cabeça de um RN pré-termo tardio é pesada em relação à musculatura relativamente fraca do pescoço, muitas das posições tradicionais adotadas durante o mamar fazem com que a cabeça caia para frente ou para trás, e o bebé não consegue manter a pega (Meier, et al., 2007).
- Posição de rãguebi e posição de embalar invertida fornecem o suporte necessário para a cabeça que permite à mãe levar o bebé à mama.
- Para fornecer esse suporte para a cabeça, a mãe envolve a cabeça do bebé com a mão e apoia os ombros com o pulso e o antebraço. A pressão suave de sua mão mantém a cabeça do bebé numa posição apropriada, compensando a musculatura fraca do pescoço e ajuda o bebé a manter a pega.
- O tronco, os ombros e a cabeça devem estar alinhados em linha reta.

Ensinar sobre estratégias para estimular a amamentação

- Não troque a roupa ou a fralda do Clara se ela estiver acordada e pronta para mamar. Essa estimulação extra não deixa a bebê mais acordada e agitada, em vez disso, ela usa o seu valioso tempo acordada em atividades não alimentares (remover a roupa para estimular a vigília e despertar frequentemente o RN é ineficaz pelo fato de comprometer as reservas de energia aumentando o risco de morbidades metabólicas, como a hipoglicemia).
- Se a Clara adormecer no início da mamada, troque a fralda e a roupa para ver se a atividade aumenta a vigília.
- Alimente a Clara imediatamente quando ela acordar novamente, mesmo que seja apenas uma hora ou mais. Comece a amamentação assim que começar a ver sinais de fome no bebê, não espere até que esteja agitado com fome e a chorar muito para colocar a Clara à mama.

Avaliar evolução do conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido

- A Maria Manuel refere que a Clara acorda sozinha para se alimentar.
- A Maria Manuel menciona que a Clara pega na mama com pouca ou nenhuma assistência.
- A Maria Manuel reconhece o padrão de sucção rítmico durante pelo menos 10 minutos sem adormecer na mama ou escorregar do mamilo.
- A Maria Manuel ouve ou sente (com a mão enquanto apoia a cabeça do bebê) a Clara a engolir a cada 1-2 sucções.
- A Clara é capaz de fazer os passos de 1-4 pelo menos 6-8 vezes por dia.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Monitorizar a pressão sanguínea.
- Monitorizar a frequência cardíaca.

Avaliar evolução da eliminação intestinal

- Questionar se já teve eliminação intestinal.

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Questionar sobre eliminação urinária, presença de queixas de dor e disúria, associado a dificuldades em iniciar a micção ou incapacidade de urinar.

7.7. Síntese relativa ao caso

Neste caso clínico, tive a oportunidade de desenvolver competências essenciais que contribuíram para uma experiência pós-natal positiva. A OMS (2022) define essa experiência como aquela em que mulheres, RNs, parceiros, cuidadores e famílias recebem, de forma consistente, informações, apoio e tranquilidade por parte de profissionais de saúde motivados, dentro de um sistema de saúde flexível que reconhece as necessidades das mulheres e dos RNs, respeitando seu contexto cultural.

Neste sentido, as intervenções implementadas focaram-se na prevenção de complicações, na preparação para o exercício do papel parental, em particular na alimentação do RN, e na promoção da ligação mãe-filha, com o objetivo de favorecer a recuperação da puérpera e o desenvolvimento das suas competências parentais.

As primeiras 48 horas do pós-parto representam um período de intensa transformação e adaptação para a mulher. O papel do EEESMO visa assegurar uma vigilância adequada, promover o bem-estar físico e emocional da mulher, e facilitar o processo de amamentação e adaptação à parentalidade. A abordagem holística dos cuidados no pós-parto imediato, aliada a intervenções baseadas em evidência, contribui para uma experiência mais positiva e segura, tanto para a mulher como para o RN.

Além disso, as intervenções realizadas procuram gerar padrões de respostas adequadas tanto ao nível do processo (sentir-se situado, em interação com pessoas com a mesma condição e/ou profissionais de saúde e desenvolver confiança) quanto ao nível do resultado, que envolve a construção de uma nova identidade como mãe (Meleis et al., 2010). A transição para a parentalidade de um RN pré-termo pode ser especialmente desafiadora emocionalmente. O EEESMO desempenha um papel fundamental ao oferecer apoio emocional, cuidados especializados e orientação às famílias, permite dar resposta às suas necessidades e capacitar os pais de habilidades parentais para se sentirem mais confiantes e preparados para cuidar do seu bebé.

Quanto à alimentação do RN pré-termo, as intervenções do EEESMO são cruciais durante essa transição. Numa revisão integrativa realizada por Cartwright et al. (2017), foi observado que as mães que receberam orientações de enfermeiras de neonatologia sobre o temperamento e o potencial de desenvolvimento dos seus bebés pré-termo tardios, eram mais propensas a continuar a amamentar ou a fornecer leite materno aos 9 e 12 meses do que as mães que não receberam a intervenção.

As intervenções implementadas focaram em promover e manter a produção de leite, garantir a ingestão nutricional adequada e favorecer o desenvolvimento saudável do RN. Isso envolve munir a mãe de conhecimentos sobre as especificidades da amamentação, como reconhecer os comportamentos normais do RN pré-termo, estimular a amamentação, e entender as posições adequadas durante a mamada. A avaliação da evolução através do acompanhamento, monitorização do peso, avaliar a eficácia da amamentação e fornecer orientações adicionais, se necessário, permite alcançar os melhores resultados possíveis para o RN pré-termo (Boies, Vaucher, & ABM, 2016).

O papel do EEESMO é fundamental na educação e apoio sobre a amamentação nos RNs pré-termo tardio, constitui um suporte significativo e, apresenta-se como uma condição facilitadora da gestão da alimentação do RN e da transição para a parentalidade saudável. Ensinar e

capacitar os pais, de um RN pré-termo tardio, de conhecimentos e habilidades sobre amamentação, contribui para a manutenção e duração da amamentação. A oferta de educação sobre amamentação e o desenvolvimento de recursos educacionais e diretrizes de prática clínica baseadas em evidências é uma ferramenta importante para RNs pré-termos tardios (Cartwright, et al., 2017).

8. CASO_6_GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÃO: PRÉ-ECLÂMPسيا

A Maria João grávida de 27 semanas e 6 dias, internada no serviço de medicina materno-fetal com o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

8.1. Enquadramento teórico

Caso clínico

A Maria João, de 24 anos, grávida de 27 semanas e 6 dias, recorreu ao serviço de urgência, encaminhada da consulta externa, devido a uma elevação da tensão arterial, com valores registados de 151/89 mm Hg e 141/83 mm Hg, e edema dos membros inferiores desde há uma semana, nega epigastralgias, cefaleias ou alterações visuais. O teste de urina (Combur) revelou a presença de proteínas (+++), indicando proteinúria significativa. A Maria João tem um índice obstétrico de IG 0P, grupo sanguíneo AB Rh positivo e não apresenta antecedentes clínicos relevantes. Foi estabelecido o diagnóstico de pré-eclâmpsia e internada no serviço de medicina materno-fetal para vigilância, e realizar ciclo de corticoterapia para maturação pulmonar fetal.

No período pré-natal, o EESMO cuida da mulher "de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal" (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Com este caso clínico, pretendo demonstrar o desenvolvimento das competências adquiridas na prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, facilitando a sua adaptação durante o período pré-natal. As minhas intervenções centraram-se na conceção, planeamento, implementação e avaliação de cuidados à grávida com pré-eclâmpsia, incluindo a promoção da saúde mental durante a vivência da gestação. Estas intervenções envolveram, nomeadamente, a informação e orientação sobre sinais e sintomas de risco, a identificação e monitorização da saúde materno-fetal por meios clínicos e técnicos adequados, bem como a referenciação de situações que ultrapassam o âmbito da minha atuação, em cooperação com outros profissionais de saúde no tratamento de complicações da gravidez (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Distúrbios Hipertensivos da Gravidez: Pré-eclâmpsia

Os distúrbios hipertensivos associados à gravidez desenvolvem-se durante a gravidez, durante o TP ou após o nascimento (Lowdermilk, et al., 2023). Estes distúrbios incluem hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia. Os distúrbios hipertensivos crónicos precedem a

gravidez. Mulheres com hipertensão crónica também podem desenvolver pré-eclâmpsia sobreposta (Mageea, et al., 2022). A Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez (International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, ISSHP) define a hipertensão na gravidez como uma pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mm Hg e/ou uma pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mm Hg, sendo que uma PAS ≥ 160 mm Hg e/ou uma PAD ≥ 110 mm Hg é considerada hipertensão grave (Mageea, et al., 2022).

Um estudo realizado em Portugal revelou que a prevalência de distúrbios hipertensivos na gravidez (DHG) é de 6%, inclui 1,5% de hipertensão crónica, 2,5% de hipertensão gestacional, 1,4% de pré-eclâmpsia, 0,2% de pré-eclâmpsia sobreposta, 0,1% de eclâmpsia, e 0,1% de síndrome HELLP (Póvoa, et al., 2008). Os DHG são uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e neonatal a nível mundial (WHO, 2024), com a pré-eclâmpsia destacando-se como a mais grave dessas condições (Mageea, et al., 2022).

A pré-eclâmpsia (PE) é definida como hipertensão gestacional que surge pela primeira vez a partir das 20 semanas de gravidez, associada a pelo menos uma nova condição de disfunção orgânica ou uteroplacentária (Mageea, et al., 2022). Entre as manifestações estão a presença de proteinúria, complicações neurológicas (como eclâmpsia, alterações no estado mental, cegueira, AVC, cefaleias severas ou escotomas visuais persistentes), edema pulmonar, complicações hematológicas (como contagem de plaquetas inferior a $150.000/\mu\text{L}$, coagulação intravascular disseminada e hemólise), lesão renal aguda (como elevação da creatinina para $\geq 90 \mu\text{mol/L}$ ou 1 mg/dL), e envolvimento hepático (caracterizado por transaminases elevadas, como ALT ou AST acima de 40 IU/L , com ou sem dor no quadrante superior direito ou dor abdominal epigástrica). A disfunção uteroplacentária pode incluir o descolamento prematuro da placenta, desequilíbrio angiogénico, restrição do crescimento fetal, análise anormal da forma de onda da artéria umbilical ou morte fetal intrauterina (Mageea, et al., 2022; Wu, Green, & Myers, 2023).

A PE pode deteriorar-se rapidamente e sem aviso prévio, razão pela qual a ISSHP não recomenda classificá-la como não grave ou grave. A eclâmpsia é uma complicação neurológica que se manifesta como o surgimento de convulsões numa mulher com pré-eclâmpsia. A síndrome HELLP (completa ou parcial, com apenas algumas manifestações, como enzimas hepáticas elevadas e plaquetas baixas) é uma manifestação grave da pré-eclâmpsia e não um distúrbio separado (Mageea, et al., 2022).

A fisiopatologia da PE é complexa e ainda não é totalmente compreendida, envolvendo uma combinação de fatores imunológicos, genéticos e ambientais (Braunthal & Brateanu, 2019). A condição está associada a uma disfunção endotelial causada pela perfusão placentária reduzida, decorrente de uma invasão insuficiente das artérias uterinas. Este processo provoca hipoxia placentária, desencadeando uma série de eventos inflamatórios, desequilíbrios angiogénicos e indução da agregação plaquetária, que resultam na disfunção endotelial e culminam na síndrome da pré-eclâmpsia (Braunthal & Brateanu, 2019; Metoki, et al., 2022).

Os fatores de risco major para a PE incluem DHG em gravidezes anteriores, doença renal crónica, doenças autoimunes como lúpus eritematoso sistémico (LES) ou síndrome antifosfolípido (SAF), diabetes tipo 1 ou tipo 2, e hipertensão crónica. Entre os fatores de risco moderados, destacam-se nuliparidade, idade materna igual ou superior a 40 anos, intervalo entre gestações superior a 10 anos, índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 35 na primeira consulta clínica, história familiar de PE e gravidez multifetal (Wu, et al., 2023).

A PE pode levar a complicações graves tanto para a grávida quanto para o feto. Complicações maternas incluem eclâmpsia, síndrome HELLP, insuficiência renal aguda e problemas cardiovasculares, todos potencialmente fatais (Braunthal & Brateanu, 2019; Mageea, et al., 2022; Wu, Green, & Myers, 2023). As mulheres com DHG têm um risco significativamente maior de desenvolver doenças cardiovasculares e hipertensão crónica no futuro (Metoki, et al., 2022). Para o feto, os riscos incluem restrição de crescimento intrauterino, parto pré-termo e elevada mortalidade perinatal (Braunthal & Brateanu, 2019; Metoki, et al., 2022; Wu, et al., 2023).

Não há tratamento disponível para a PE ou para a restrição de crescimento fetal após o seu desenvolvimento. Para prevenir complicações maternas e fetais, a gestão baseia-se na vigilância rigorosa e na realização de um parto prematuro iatrogénico (Wu, Green, & Myers, 2023). As mulheres com PE ou hipertensão grave devem ser avaliadas e tratadas em ambiente hospitalar (Mageea, et al., 2022). A gestão da PE exige uma abordagem multidisciplinar que inclua monitorização rigorosa e intervenções terapêuticas oportunas (como, prescrição de anti-hipertensores, estudo analítico regular e corticoterapia para a maturação pulmonar fetal) para evitar a progressão da doença para formas mais graves. A vigilância contínua da pressão arterial, proteinúria e sintomas prodrómicos, juntamente com a monitorização fetal detalhada, são fundamentais para garantir a segurança e melhorar os resultados materno-fetais (Mageea, et al., 2022; NICE, 2023; Wu, et al., 2023).

8.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 31 anos | Feminino

8.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-03-14 10:00:00	Nifedipina Cr 30 mg PO 12/12 horas	
2024-03-14 10:00:00	Betametasona 12mg IM, 2 doses com 24 horas de intervalo.	

8.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Nifedipina Cr 30 mg PO 12/12 horas**

Classificação: Bloqueadores do canal de cálcio

Ação: relaxa o músculo liso vascular, promove a vasodilatação periférica e diminui a pressão arterial.

Indicação: Tratamento da hipertensão arterial durante a gravidez, incluindo a prevenção e tratamento de complicações como a pré-eclâmpsia.

Posologia e Via de Administração: 30 mg de Nifedipina (comprimidos de libertação prolongada, CR) por via oral (PO), administrada de 12 em 12 horas.

Efeitos secundários frequentes: cefaleias, rubor, palpitações, hipotensão (Lowdermilk, et al., 2023; WHO, 2014).

A WHO (2014) recomenda que as mulheres com hipertensão grave durante a gravidez devem receber tratamento com fármacos anti-hipertensivos. A nifedipina tem sido usada extensivamente e, por isso, é uma escolha razoável. Os bloqueadores do canal de cálcio revelaram uma redução estatisticamente significativa do risco de tensão arterial alta persistente.

- **Betametasona 12mg IM, 2 doses com 24 horas de intervalo.**

Classificação: Glucocorticóides.

Ação: Estimula a através da libertação de enzimas que induzem a produção ou libertação de surfactante pulmonar. Os glucocorticóides têm efeitos de maturação semelhantes noutros órgãos (cérebro, rins e intestino).

Indicação: A corticoterapia para maturação pulmonar fetal está recomendada entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, independentemente da integridade das membranas amnióticas ou do número de fetos, em todas as situações em que existe risco de parto pré-termo (PPT) nos 7 dias seguintes (SPOMMF, 2018).

Posologia e Via de Administração:

- Betametasona: 12 mg por injeção intramuscular, 2 doses com 24 horas de intervalo.

Efeitos Maternos: Aumento transitório (duração de 72 horas) da contagem de glóbulos brancos e plaquetas, hiperglicemia.

Efeitos Fetais: Diminuição transitória (normalmente com duração de 48–72 horas após a última dose) dos movimentos respiratórios e corporais fetais (Lowdermilk, et al., 2023; SPOMMF, 2018).

A corticoterapia com betametasona ou dexametasona reduz a incidência de morte neonatal, síndrome de membrana hialina, enterocolite necrosante e hemorragia intraventricular em recém-nascidos pré-termo. Independentemente da integridade das membranas amnióticas, a administração de corticoides está recomendada entre as 24 e as 33 semanas e 6 dias, em gravidezes únicas ou gemelares, em todas as situações em que existe risco de parto pré-termo nos 7 dias seguintes. “Estão descritos efeitos transitórios (aproximadamente 72 horas) dos corticoides na fluxometria umbilical e cerebral, bem como na diminuição dos movimentos corporais e variabilidade da frequência cardíaca fetal” (SPOMMF, 2018), pelo que compete ao EEESMO tranquilizar e informar a mulher acerca deste efeito secundário, e se necessário, monitorizar a FCF no momento da verbalização da preocupação através do uso do doppler existente no serviço.

8.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-03-2024 10:00	Gestação	
14-03-2024 10:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
14-03-2024 10:00	Adaptação à gravidez e preparação para o parto	
14-03-2024 10:00	Emoção	

8.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico**Gestação**

A gravidez, conforme descrito pela ICN (2019), é um processo do sistema reprodutor em que o corpo da mulher desenvolve e nutre um feto, durante cerca de 266 dias, desde a fecundação até ao nascimento. Embora seja um estado natural e saudável, esta fase envolve mudanças rápidas e inevitáveis no corpo da mulher. Para além das transformações físicas, a gravidez é

também um período de transição emocional e psicológica, não só para a mulher, mas também para as pessoas que lhe são significativas, particularmente aquelas que se preparam para assumir os novos papéis de mãe e pai (Williamson, et al., 2023; Cardoso, et al., 2023).

A gravidez é frequentemente abordada com uma perspetiva biomédica que dá ênfase ao conceito de "risco", mesmo quando decorre dentro dos parâmetros fisiológicos normais é considerada de baixo risco (Cardoso, et al., 2023). Este foco no risco decorre do facto de, mesmo em gravidezes saudáveis, existir sempre o potencial para complicações. O risco é avaliado pela presença de fatores que aumentam a probabilidade de surgirem problemas, tanto para a mulher como para o feto ou ambos (DGS, 2015). No entanto, Cardoso, et al., (2023) salienta que é fundamental considerar que os recursos fisiológicos da grávida estão sempre presentes, mesmo em situações de patologia, e que a perceção pessoal de saúde da grávida desempenha um papel importante no seu bem-estar. Desta forma, o papel dos profissionais de saúde, e em particular o EEESMO, deve ir além do enfoque exclusivo nos fatores de risco. Devem também apoiar a grávida para que ela se sinta saudável e mobilize os seus recursos internos. Assim, a abordagem deve incluir tanto a fatores de saúde quanto a gestão dos fatores de risco.

Segundo a DGS (2015), uma gravidez de baixo risco é aquela em que, após uma avaliação clínica, não se identificam fatores que possam aumentar o risco de complicações como aborto espontâneo, parto pré-termo, morte fetal, ou aumento da morbidade materna ou neonatal. Esta avaliação baseia-se na Tabela de Goodwin modificada, que atribui uma pontuação de 0 a 3 pontos consoante a existência de fatores de risco em três áreas principais: a história reprodutiva, a história obstétrica anterior e a presença de patologias associadas.

Por outro lado, uma gravidez de alto risco ou comprometida refere-se a uma gestação em que o risco de complicações é significativamente elevado, seja para a saúde da mulher, do feto ou de ambos. Estas complicações podem ser decorrentes de condições médicas preexistentes, como diabetes, hipertensão arterial, doenças cardíacas ou distúrbios autoimunes, ou de complicações que surgem durante a gravidez, como a pré-eclâmpsia, a placenta prévia ou o descolamento prematuro da placenta (Williamson, et al., 2023).

No caso clínico da Maria João, internada por PE, a avaliação do risco já foi feita anteriormente em consultas na unidade de saúde familiar ou no serviço de urgência. Assim, ao ser internada, a gravidez da Maria João é considerada de alto risco, e o internamento visa uma vigilância rigorosa e uma gestão clínica apropriada para prevenir complicações graves. Durante o internamento de uma grávida com PE, a vigilância da gravidez pelo EEESMO é crucial para a adequada gestão da condição. Esta vigilância envolve vários aspetos essenciais para garantir o bem-estar tanto da grávida quanto do feto.

A monitorização precisa da pressão arterial é crucial para a gestão eficaz da PE. O EEESMO deve garantir que as medições sejam realizadas com rigor para ajustar o tratamento conforme

necessário. Além disso, é importante vigiar os sinais e sintomas prodrômicos da PE, como cefaleia intensa, escotomas (alterações na visão), hipogastrias (dor no abdômen superior), e monitorizar o peso e o edema. Esta vigilância permite a identificação precoce dos sinais, possibilitando uma intervenção rápida e a prevenção de complicações graves (Lowdermilk et al., 2023; Mageea, et al., 2022).

Outro aspecto prioritário é a vigilância do bem-estar fetal, que deve ser realizada através da monitorização da frequência cardíaca fetal (Mageea, et al., 2022; Metoki, et al., 2022). A análise e interpretação precisa dos dados é uma competência essencial do EEESMO, e é importante referenciar para outros profissionais de saúde sempre que forem identificados padrões anormais ou preocupantes que necessitem de uma avaliação complementar ou de uma intervenção especializada. A coordenação com outros profissionais de saúde é fundamental para uma abordagem integrada, garantindo que todas as dimensões da saúde da grávida e do feto sejam monitorizadas e tratadas de forma adequada.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A ligação mãe-filho(a) inicia-se durante a gravidez, manifestando-se nos sentimentos, pensamentos e comportamentos da mulher em relação ao seu bebê. Isto inclui imaginar o bebê e desenvolver sentimentos de amor e proximidade. Comportamentos como manter uma alimentação equilibrada, abster-se de consumir álcool ou fumar, falar com o bebê, preparar a casa, escolher um nome, comprar roupas e aprender sobre o processo de gravidez fazem parte deste conceito. A ligação mãe-filho(a) pré-natal é dinâmica e evolui com o avanço da gravidez. À medida que a gestação progride, a relação da mulher com o feto torna-se mais "real", sendo o período entre as semanas 24 e 32 de extrema importância para o desenvolvimento de uma representação mental do bebê. Durante esta fase, a mãe antecipa o seu futuro papel, identificando-se com as necessidades do bebê e idealizando a relação que ambos terão (Palma, et al., 2020).

A ligação mãe-filho(a) pré-natal desempenha um papel crucial na identidade do papel de mãe e facilita a adaptação do pós-parto da mulher. Vários fatores podem influenciar esta ligação, como a idade gestacional, a percepção dos movimentos do bebê, a história de gravidezes anteriores e o tipo de ligação que a mãe estabelece. Um forte apoio social é frequentemente associado a uma ligação positiva, enquanto sintomas físicos ou emocionais negativos durante a gravidez podem dificultar a construção de uma ligação saudável (Palma, et al., 2020).

As gravidezes de alto risco, por outro lado, representam um período especialmente crítico para a mulher e a sua família. Estas gravidezes envolvem diagnósticos inesperados que podem ameaçar a saúde da mulher e/ou do feto. Quando a condição clínica requer a hospitalização da grávida, há um afastamento da sua rotina e dos seus familiares, o que pode resultar em sentimentos de vulnerabilidade, insegurança, solidão e baixa autoestima, devido à interrupção do curso esperado de uma gravidez saudável (Lowdermilk et al., 2023; Smorti et al., 2023).

Embora a hospitalização associada a gravidezes de alto risco não tenha um impacto direto na ligação mãe-filho(a) pré-natal, está frequentemente associada a um aumento dos sintomas de depressão e ansiedade (Palma, et al., 2020; Smorti, et al., 2023). Estes fatores podem dificultar a capacidade da mãe de criar uma ligação emocional com o bebé. A depressão tende a gerar pensamentos e emoções negativas em relação ao feto, enquanto a ansiedade, exacerbada pela hospitalização, pode levar ao distanciamento emocional. Adicionalmente, a ansiedade pré-natal está associada a expectativas negativas sobre a maternidade e sobre as capacidades da própria mulher como mãe (Palma, et al., 2020; Williamson, et al., 2023).

É essencial que o EEESMO vigie a ligação mãe-filho(a), identificando dificuldades e fornecendo o apoio necessário para desenvolver uma ligação saudável. Dada a carga emocional negativa associada ao internamento e às complicações da gravidez, o EEESMO deve monitorizar continuamente esta ligação, uma vez que o stress pode afetá-la. Assim, é crucial oferecer um acompanhamento contínuo e suporte para promover uma adaptação emocional positiva e fortalecer a ligação parental durante e após o internamento.

A Maria João apesar da sua preocupação com o estado de saúde, expressa carinho e afeto ao falar sobre o bebé, acaricia frequentemente a barriga e refere-se ao filho com um nome já escolhido.

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

A adaptação à gravidez é um processo multifacetado que envolve ajustes físicos, emocionais e sociais ao longo da gestação (Cardoso et al., 2023). No entanto, essa adaptação pode se tornar especialmente desafiadora em casos de pré-eclâmpsia, uma condição de alto risco que impacta significativamente o bem-estar materno-fetal. Um diagnóstico inesperado de PE faz com que a mulher experimente múltiplas transições que ocorrem tanto em relação quanto simultaneamente umas às outras. Além da transição desenvolvimental para a maternidade, ocorre uma transição de saúde / doença, resultante do diagnóstico de PE, e uma transição situacional, devido à hospitalização (Meleis, et al., 2000). Esta multiplicidade de transições pode resultar em uma capacidade reduzida de adaptação e uma diminuição do bem-estar, além de contribuir para o surgimento de distúrbios emocionais (Williamson et al., 2023). O stress associado a uma gravidez de alto risco devido ao diagnóstico de PE, é exacerbado pela hospitalização inesperada que interrompe a vida diária e provoca sentimentos de ansiedade, medo e incerteza sobre o futuro da gravidez e o bem-estar do bebé.

Aquando do internamento foi perceptível que, face à inesperada hospitalização, a Maria João expressa grande ansiedade e preocupação com o estado de saúde do bebé e que ainda não conseguiu assimilar a informação que lhe foi transmitida. Questiona: "Se estou aqui internada, é porque alguma coisa não está bem com o meu bebé, certo?" "o que significa ter pré-eclâmpsia e como isso pode afetar a minha gravidez e a saúde do meu bebé" (sic), revelando medo pelo

final da gravidez. Além disso, mostra frustração por não saber quanto tempo permaneceria no hospital: "Quanto tempo vou ter de ficar internada?" (sic). Maria João também demonstrou preocupação com o impacto do internamento no seu dia a dia: "Vou poder receber visitas ou vou ficar sozinha o tempo todo?" (sic).

Com base nas preocupações e dúvidas identificadas, e considerando as condições necessárias, como a capacidade cognitiva para a aprendizagem, a volição, a consciencialização e o envolvimento no processo, foram destacados focos: o conhecimento sobre a complicação da pré-eclâmpsia, o regime medicamentoso e a vigilância de complicações.

Emoção

Mulheres que enfrentam uma gravidez com complicações médicas e subsequente hospitalização relatam níveis mais elevados de sintomas de ansiedade em comparação com aquelas que têm uma gravidez sem complicações (Abrar, et al., 2020; Smorti, et al., 2023). Um diagnóstico de gravidez de alto risco pode reduzir a capacidade de adaptação, afetar negativamente a percepção de bem-estar e aumentar a psicopatologia, incluindo, depressão e ansiedade. A hospitalização durante uma gravidez de alto risco é um fator específico para níveis elevados de ansiedade (Smorti, et al., 2023; Williamson, et al., 2023).

Mulheres com gravidez de alto risco frequentemente enfrentam um quadro emocional complexo ao serem admitidas no hospital, caracterizado por choque, ansiedade, medo e preocupação com o futuro e o bem-estar do seu bebé. Por um lado o internamento pode ser identificado como benéfico, pois proporciona a vigilância continua num ambiente seguro. Por outro lado, as grávidas continuam a enfrentar desafios emocionais significativos, como medo e incerteza. A perda da "zona de conforto" doméstica e a sensação de culpa pela carga adicional imposta à família contribuem para um aumento do stress e da preocupação, refletindo a profundidade e a complexidade emocional deste período crítico (Lowdermilk, et al., 2023; Smorti, et al., 2023). O foco na ansiedade durante a gravidez com complicação não pode ser separado da preparação e do conhecimento necessários para a adaptação à gravidez durante o internamento, do papel parental e da ligação mãe-filho(a) que está a ser estabelecida (Abrar, et al., 2020; Carvalho, et al., 2023; Palma, et al., 2020).

Os fatores que atuam como protetores contra a psicopatologia em mulheres com gravidez de alto risco incluem, principalmente, o apoio social e a educação. O suporte das pessoas significativas revela-se essencial durante o período de vulnerabilidade e incerteza associado a este tipo de gravidez. A educação contínua sobre a condição e os cuidados específicos ajuda a promover a aceitação, a adesão ao tratamento e a desenvolver um maior autocontrolo. Estes fatores têm demonstrado ser eficazes na redução de emoções negativas, como a incerteza, enquanto promovem a aceitação e incentivam comportamentos positivos (Williamson, et al., 2023).

As estratégias de adaptação podem ser classificadas em ativas (como a resolução de problemas) ou de afastamento / evitamento, sendo que este último método está associado a um ajustamento psicológico menos favorável e a piores resultados. A evidência mostra que uma adaptação eficaz, maior sensação de bem-estar e a redução de sintomas de psicopatologia estão diretamente ligados a melhores resultados materno-fetais (Williamson, et al., 2023).

É fundamental que o EEESMO reconheça as emoções e sentimentos da grávida, bem como as suas estratégias de adaptação, de modo a identificar e responder adequadamente às suas necessidades emocionais. A Maria João identifica fatores concorrentes para a ansiedade, refere que se sente ansiosa, está preocupada com a saúde do bebé, pela incerteza sobre o futuro de como a gravidez irá progredir, e estar longe da família. O objetivo é proporcionar apoio psicológico contínuo, disponibilidade e educação, criando um ambiente de segurança e confiança para reduzir a ansiedade. Isso é essencial para que a grávida consiga lidar com a ansiedade, adaptar-se à hospitalização e preparar-se emocionalmente para possíveis intervenções obstétricas (Smorti, et al., 2023; Williamson, et al., 2023).

Contudo o discurso da Maria João revela que significado atribuído à complicação pré-eclampsia é negativo, diz que "esta complicação significa que algo terrível vai acontecer", o que pode dificultar a adaptação a esta condição e revela falta de estratégias de autocontrolo da ansiedade. Significados dificultadores podem que ser pensamentos automáticos e negativos que não correspondem à realidade, mas intensificam a ansiedade e o medo. Questionar a Maria João com perguntas abertas têm como objetivo levá-la a avaliar o seu pensamento de forma mais racional, promovendo uma visão mais equilibrada da situação, e permite à Maria João ressignificar o pensamento negativo levando-a a pensar: "Esta complicação é séria, mas estou a ser acompanhada por profissionais de saúde que sabem como tratar a situação. O melhor que posso fazer é seguir as recomendações médicas e cuidar de mim e do bebé."

O significado dificultador ("algo terrível vai acontecer") é substituído por uma avaliação mais equilibrada e baseada na realidade. Ao focar-se nos cuidados de saúde e no seu papel ativo em cuidar de si mesma, a grávida pode sentir-se mais tranquila e capaz para identificar, entender e controlar a ansiedade.

Algumas mulheres expressam a necessidade de apoio emocional profissional para manter uma perspetiva positiva. Dar maior atenção à experiência emocional das grávidas permite que os profissionais de saúde identifiquem quem está em maior risco de desenvolver sintomas de depressão e ansiedade, possibilitando o encaminhamento para suporte emocional adequado. O EEESMO desempenha um papel crucial na identificação de níveis elevados de ansiedade e depressão, podendo encaminhar esses casos para acompanhamento psicológico, estabelecendo relações colaborativas. Através de uma comunicação eficaz, o EEESMO capacita as grávidas a assumirem um papel ativo nas decisões sobre a sua gravidez (Smorti, et al., 2023; Williamson, et al., 2023).

8.5. Concessão de Cuidados

Gestação

14-03-2024 10:00

14-03-2024 10:00 - Data da última menstruação: 03-09-2023.

14-03-2024 10:00 - Teste de gravidez: positivo.

14-03-2024 10:00 - Gravidez

14-03-2024 10:00 - Idade gestacional: 27.60 Semanas.

14-03-2024 10:00 - Data provável de parto: 09-06-2024.

14-03-2024 10:00 - Peso: 67.00 Kg.

14-03-2024 10:00 - Comprimento/Altura: 1.62 cm.

14-03-2024 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-03-2024 10:00 - Membro superior Direita(o)

14-03-2024 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 146 mmHg.

14-03-2024 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 91 mmHg.

14-03-2024 10:00 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.

14-03-2024 10:00 - Exame químico de urina - glicosúria: negativo.

14-03-2024 10:00 - Exame químico de urina - proteinúria: +++.

14-03-2024 10:00 - Exame químico de urina - leucocitúria: negativo.

14-03-2024 10:00 - Exame químico de urina - hematúria: negativo.

14-03-2024 10:00 - Exame químico de urina - cetonúria: negativo.

14-03-2024 10:00 - Exame químico da urina - pH: 6 .

14-03-2024 10:00 - Efeitos colaterais da gravidez: sinais de edema, outro.

14-03-2024 10:00 - Determinar sinais de complicação da gravidez e/ou desenvolvimento fetal

14-03-2024 10:00 - Avaliar evolução da gravidez [1xTurno.]

14-03-2024 10:00 - Referenciar compromisso da gravidez ao médico [SOS]

14-03-2024 10:00 - Promover autogestão de complicações da gravidez

14-03-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

14-03-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez [No proximo contato.]

14-03-2024 10:00 - Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez [Neste contato.]

14-03-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

14-03-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez [No proximo contato.]

14-03-2024 10:00 - Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez [Neste contato.]

14-03-2024 10:00 - Ensinar sobre contagem dos movimentos fetais [Neste

contato.]

14-03-2024 10:00 - Promover autogestão do regime terapêutico durante a gravidez

14-03-2024 10:00 - Conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-03-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez

14-03-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez [No proximo contato.]

14-03-2024 10:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [Neste contato.]

Emoção

14-03-2024 10:00

14-03-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade.

14-03-2024 10:00 - Sem manifestação de inquietação.

14-03-2024 10:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

14-03-2024 10:00 - Sem manifestação de pânico .

14-03-2024 10:00 - Ansiedade

14-03-2024 10:00 - Determinar evolução da ansiedade

14-03-2024 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade [No proximo contato.]

14-03-2024 10:00 - Diminuir ansiedade

14-03-2024 10:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

14-03-2024 10:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

14-03-2024 10:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-03-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

14-03-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [No proximo contato.]

14-03-2024 10:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Em todos os contatos.]

14-03-2024 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [No proximo contato.]

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

14-03-2024 10:00

14-03-2024 10:00 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

14-03-2024 10:00 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

14-03-2024 10:00 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho [No proximo contato.]

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

14-03-2024 10:00

14-03-2024 10:00 - Adaptação à gravidez e preparação para o parto

14-03-2024 10:00 - Promover ajustamento à gravidez

14-03-2024 10:00 - Significado atribuído à gravidez: não dificultador.

14-03-2024 10:00 - Promover autocuidado durante a gravidez

8.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da ligação mãe-filho

- A Maria João apresenta comportamentos de ligação mãe-filho: acaricia o abdómen, atribuiu o nome ao seu bebé, atribuí características de personalidade ao filho a partir dos movimentos fetais.

Avaliar evolução da gravidez

- Monitorizar pressão arterial.
- Avaliar TA segundo a técnica padronizada, que inclui a posição correta da mulher sentada, com o braço em posição horizontal e ao nível do coração, com os pés apoiados no chão. Utilizar um dispositivo automatizado validado para gestantes e casos de pré-eclâmpsia disponível no serviço. Considerar o tamanho adequado da braçadeira. A medição deve ser realizada em ambos os braços inicialmente, e a partir de então, sempre no mesmo braço para garantir consistência, escolher o braço em que a pressão arterial foi mais elevada (Magee et al., 2022).
- Se for necessário repetir a avaliação, aguardar 15 segundos (permite que o sangue circule pelo braço).
- Objetivo: pressão arterial de 135/85 mmHg ou menos (NICE, 2023).
- Registrar valores obtidos: registrar simultaneamente os valores da pressão sistólica e diastólica. Registrar também a posição da grávida (sentada/deitada) e o braço utilizado.
- Monitorizar a frequência cardíaca fetal (FCF) através da cardiocotografia (CTG).
- Vigiar a presença de sinais e sintomas, cefaleias intensas (geralmente frontais), dor epigástrica (azia), dor abdominal no quadrante superior direito ou distúrbios visuais, como escotomas, fotofobia ou visão dupla, considerados características graves de pré-eclâmpsia (Lowdermilk, et al., 2023).
- Avaliar edema.
- O edema é um sinal comum em grávidas com PE. Ocorre devido à retenção de sódio e líquidos no espaço intersticial, o que leva a um aumento de peso repentino, geralmente superior a 1-2 kg por semana. As manifestações iniciais incluem edema, que pode localizar-se no rosto e na parte superior do corpo. Em situações graves de pré-eclâmpsia, o edema pode evoluir para anasarca, que é um edema generalizado severo (Braunthal & Brateanu, 2019). O edema é avaliado quanto à sua distribuição, grau e presença de sinal de Godet (depressão). O edema deixa uma pequena depressão após a aplicação de pressão com o dedo na área edemaciada. Para quantificar o edema, pode ser utilizado um método que consiste em aplicar pressão com o dedo na área edemaciada e observar profundidade da depressão categorizando-o em +1 (2mm), +2 (4mm), +3 (6mm), e +4 (8mm) (Lowdermilk, et al., 2023).

Ensinar sobre resposta à medicação

- Informar e tranquilizar a Maria João acerca dos efeitos secundários.
- A nifedipina pode apresentar como sintoma secundário cefaleias, rubor, palpitações, hipotensão, especialmente após a primeira dose ou aumento da dose. É aconselhável levantar-se lentamente para evitar tonturas relacionadas com a hipotensão.
- A corticoterapia com betametasona tem como objetivo a estimulação da maturidade pulmonar promover o desenvolvimento fetal de forma a aumentar-lhe a hipótese de sobrevivência sem complicações. Uma preocupação e queixa frequentemente encontrada nestas grávidas era a de perceção da diminuição dos movimentos fetais. De facto, “estão descritos efeitos transitórios (após 72h após início do tratamento) dos corticoides na fluxometria umbilical e cerebral, bem como na diminuição dos movimentos corporais e variabilidade da frequência cardíaca fetal” (SPOMMF, 2018).
- Incentivar adesão ao regime medicamentoso para o controlo da condição clínica.

Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez

- Ensino: a pré-eclâmpsia é uma condição que afeta algumas mulheres grávidas e está relacionada com a tensão arterial alta e a presença de proteína na urina. Pode surgir a partir das 20 semanas de gravidez. Se não for tratada, a pré-eclâmpsia pode causar complicações graves para si, como eclâmpsia (convulsões), problemas nos rins ou fígado, ou mesmo descolamento da placenta. O bebé também pode ser afetado, porque a pré-eclâmpsia pode diminuir o fluxo de sangue para a placenta. Isso pode atrasar o crescimento do bebé ou levar a um parto prematuro. A vigilância compreende a monitorização regular da sua tensão arterial, a realização de análises ao sangue para avaliar a evolução da sua condição e a monitorização da frequência cardíaca do bebé, através da cardiocografia. Além disso, serão feitas ecografias para verificar o crescimento do bebé. O tratamento inclui a administração de nifedipina para controlar a tensão arterial e reduzir o risco de complicações. Também foi indicada corticoterapia para ajudar a estimulação da maturidade pulmonar e promover o desenvolvimento do bebé, caso seja necessário antecipar o parto devido à progressão da pré-eclâmpsia. Geralmente a pré-eclâmpsia melhora após o parto, mas é necessário manter a da tensão arterial durante algum tempo para assegurar que não surgem complicações no pós-parto.

Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez

- Ensinar sobre autovigilância da gravidez: sinais de alerta: dor de cabeça (cefaleias), alterações da visão ou dor no estômago.

Ensinar sobre contagem dos movimentos fetais

- Após a administração da betametasona, é normal que ocorra uma diminuição temporária nos movimentos do bebé, geralmente entre 48 a 72 horas. Este efeito é esperado e normalmente não é motivo de alarme, a monitorização do seu bebé garante o seu bem-estar.

Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez

- A Maria João explica o que é a pré-eclâmpsia.
- A Maria João menciona as implicações da pré-eclâmpsia para a sua saúde e para a do

bebé.

- A Maria João descreve o tratamento recomendado para a pré-eclâmpsia.
- A Maria João refere o que pode acontecer em casos graves de pré-eclâmpsia.

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez

- A Maria João reconhece a importância do regime medicamentoso para controlo da pré-eclâmpsia.
- A Maria João enuncia os efeitos secundários da medicação.
- A Maria João adere ao regime medicamentoso.

Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

- A Maria João descreve os sinais e sintomas da pré-eclâmpsia.
- A Maria João descreve como a administração da betametasona pode afetar os movimentos fetais e a duração esperada desses efeitos.

Avaliar evolução da ansiedade

- Avaliação inicial para identificar sinais e sintomas físicos e emocionais de ansiedade.
- Observar o comportamento da Maria João para perceber a presença de sintomas físicos (como batimentos cardíacos acelerados, tensão muscular, sudorese) e emocionais (preocupações excessivas, pensamentos negativos) relacionados com a ansiedade.
- Verificar a evolução da ansiedade no momento da reavaliação.
- A Maria João apresenta uma diminuição progressiva dos sinais e sintomas físicos e emocionais.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- A Maria João descreve que aumento da frequência cardíaca, respirando de forma mais superficial ou rápida, tensão muscular, suor excessivo ou mãos frias, e sensação de cansaço ou fraqueza são sintomas físicos da ansiedade.
- A Maria João menciona que preocupação constante, dificuldade em "desligar" a mente, pensamentos negativos recorrentes sobre a saúde do bebé ou o parto, dificuldade em concentrar-se noutras atividades e sentimentos de irritabilidade ou agitação são sintomas emocionais da ansiedade.
- A Maria João identifica e substitui o significado dificultador.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Estabelecer uma relação de confiança.
- Demonstrar empatia: os fatores que refere, preocupações com a saúde do bebé, complicações na gravidez, incerteza sobre o futuro, estar longe da família podem causar e aumentar o sentimento de ansiedade.
- Validar os sentimentos da Maria João, reconhecer que é perfeitamente normal sentir preocupações e que se sinta apreensiva com a saúde do bebé e a complicação da pré-eclâmpsia na gravidez.
- Ensinar sobre ansiedade: a ansiedade é uma resposta natural do corpo a situações de stress ou incerteza, e é especialmente comum durante a gravidez, principalmente quando existem complicações. Embora a ansiedade possa ser uma forma de proteção, ajudando a preparar-nos para enfrentar desafios, quando é excessiva ou constante, pode prejudicar o

bem-estar físico e emocional.

- A ansiedade pode provocar várias reações físicas e emocionais, imagine que sente o coração bater mais depressa quando pensa no que pode acontecer ao seu bebé. Isso é uma forma do seu corpo reagir ao medo, preparando-a para agir. A preocupação constante com o que pode acontecer, pode dificultar a capacidade de descontrair e relaxar, o seu corpo está sempre em alerta. Quando pensa nas possíveis complicações, sentes alguma coisa no corpo, como batimentos cardíacos acelerados ou tensão muscular? São sinais de que está ansiosa.
- Explicar que estas sensações são reações normais do corpo a situações que o cérebro percebe como ameaçadoras ou incertas.
- Questionar a Maria João: “O que a leva pensar desta forma (que algo terrível vai acontecer)?”; “O que os médicos lhe disseram sobre a sua condição?”, “Há algo que lhe indique que o desfecho pode ser positivo ou controlado com o acompanhamento médico?” Estas perguntas ajudam a Maria João a avaliar o seu pensamento de forma mais racional, promovendo uma visão mais equilibrada da situação.
- Reconhecer os progressos da Maria João no autocontrolo da ansiedade, permite perceber que está a lidar com a situação de forma eficaz, promove a sua autoeficácia.

Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade

- A Maria João sente uma redução dos sintomas físicos relacionados com a ansiedade.
- A Maria João sente mais tranquila, menos preocupada.
- A Maria João utiliza estratégias de autocontrolo para gerir a ansiedade de forma eficaz.

8.7. Síntese relativa ao caso

A pré-eclâmpsia é uma complicação que pode surgir durante a gravidez e, além de ser preocupante, pode levar a consequências críticas para a grávida e o feto, exigindo monitorização e intervenções cuidadosas. Nesse cenário, o papel do EEESMO torna-se vital, uma vez que envolve monitorização rigorosa e intervenções apropriadas. Este caso clínico evidencia as competências específicas desenvolvidas nesta área, que incluem promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente e prevenir complicações, além de fornecer cuidados à mulher e facilitar sua adaptação durante o período pré-natal (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Os cuidados prestados pelo EEESMO são reconhecidos como uma das melhores abordagens para obter melhores resultados materno-fetais ao longo de toda a vida reprodutiva. A capacidade do EEESMO conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, incluindo a PE é crucial (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Um sólido conhecimento, teórico e prático, para compreender as necessidades fisiológicas e psicossociais quando a gravidez é complicada por uma questão materna ou fetal é essencial para uma prática bem sucedida (Garti, et al., 2021; Lowdermilk, et

al., 2023).

A PE é uma condição que exige vigilância constante e intervenções específicas. Foi realizada a monitorização rigorosa da pressão arterial, com o objetivo de identificar alterações que pudessem indicar agravamento da condição. A avaliação dos sinais prodrômicos, como cefaleias intensas, alterações visuais e egastralgias, foi realizada de forma sistemática, permitindo uma intervenção precoce e a prevenção de complicações graves. Além disso, a vigilância do bem-estar fetal, através da monitorização da frequência cardíaca, constituiu um aspeto primordial da prática clínica, permitindo a identificação de padrões anormais que exigissem avaliação e intervenção especializadas. No contexto da gestão da PE, a vigilância contínua da gravidez é essencial para monitorizar a evolução da condição e ajustar os cuidados conforme necessário (Mageea, et al., 2022; NICE, 2023; WHO, 2014).

A adaptação de Maria João à gravidez foi um domínio identificado durante o acompanhamento clínico. As intervenções implementadas centraram-se em fornecer informações claras e objetivas sobre a PE, abordando as implicações e a importância da adesão ao tratamento. O suporte educativo, com ênfase na compreensão da condição, não apenas fortaleceu o autocuidado da grávida, mas também contribuiu para a diminuição da ansiedade associada à situação. O esclarecimento de dúvidas e a construção de uma relação de confiança foram cruciais para capacitar Maria João na adaptação à gravidez.

A identificação e o suporte das necessidades emocionais de Maria João foram essenciais, considerando o impacto associado às transições vivenciadas. Um diagnóstico de gravidez de alto risco pode reduzir a capacidade de adaptação, afetar negativamente a perceção de bem-estar e aumentar a ansiedade. A abordagem da ansiedade durante a gravidez com complicação deve ser integrada à preparação e ao conhecimento necessários para a adaptação à gravidez durante o internamento, assim como ao papel parental e à ligação mãe-filho(a) que está sendo estabelecida. Relativamente à ligação mãe-filho observou-se uma expressão de carinho e cuidado por parte de Maria João ao falar sobre o bebé. As intervenções implementadas para capacitar Maria João a lidar com suas emoções focaram no desenvolvimento de estratégias de adaptação, incluíram a reformulação do significado dificultador.

Em suma, as intervenções realizadas refletiram uma abordagem eficaz na gestão dos aspetos físicos e clínicos da gravidez com complicação, considerando também, de forma holística, a saúde mental e a adaptação à gravidez, incluíram educação, orientação antecipada, aconselhamento para a adaptação da Maria João. Ao integrar essas dimensões no cuidado prestado, procurei não apenas facilitar a adaptação à gravidez com complicação, mas também promover o bem-estar emocional da grávida e prepará-la para a transição para a parentalidade. Esta abordagem integrada pode melhorar significativamente os resultados materno-fetais, assegurando tanto a segurança como o bem-estar global da grávida e do seu bebé.

9. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem, enquanto ciência dedicada ao estudo das respostas humanas às transições provocadas por situações de saúde-doença e processos da vida, desempenha um papel fundamental na antecipação, avaliação e gestão dessas mudanças, promovendo a autonomia e o bem-estar dos indivíduos. Ao explorar as dinâmicas entre a pessoa e o ambiente, os enfermeiros contribuem para uma compreensão mais profunda das interações que afetam a saúde, facilitando a transição para novos modos de vida e oferecendo cuidados individualizados e eficazes (Meleis, et al., 2000).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, "os cuidados de Enfermagem assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde" (Ordem dos Enfermeiros, 2019). O EEESMO é um profissional altamente qualificado, reconhecido pelas suas competências científicas, técnicas e humanas. Este especialista intervém de forma abrangente, focando na pessoa, na família e no cuidador, que enfrentam processos complexos relacionados com a saúde materna e obstétrica, e incorpora responsabilidades que incluem a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de complicações, bem como a readaptação funcional e a reinserção social (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Para desempenhar estas funções, o EEESMO deve ter um conhecimento sólido e refletir sobre as respostas humanas aos desafios da saúde, o que requer uma reflexão clínica apurada e uma capacidade de decisão eficaz, permitindo-lhe intervir de forma competente em diversos contextos.

Este capítulo tem como objetivo principal descrever e refletir sobre os contributos significativos obtidos durante o estágio no contexto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Durante este período de imersão profissional, tive a oportunidade de adquirir e desenvolver um conjunto abrangente de competências que valorizam a formação académica e capacitam para intervir no ambiente complexo e exigente da prática clínica.

Com a elaboração do relatório final do estágio de natureza profissional, pretendo também demonstrar o trabalho realizado para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, que certifica que o profissional detém conhecimentos especializados e na vanguarda da mais recente evidência científica na área de enfermagem, o que suporta a sua aptidão reflexiva, bem como a resolução de questões no âmbito da investigação e empreendedorismo, tornando-o um elemento fulcral e dinamizador das equipas, que assume responsabilidades ao contribuir para os conhecimentos e as práticas profissionais do serviço ou instituição onde se insere (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018).

Em 2019 a Ordem dos Enfermeiros regulamentou o domínio de competências comuns de todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de intervenção onde exercem as suas funções. Estas competências são expressas pelo enfermeiro através da sua desenvolvida capacidade de conceção, supervisão e gestão de cuidados, e pelo suporte efetivo do exercício profissional especializado no campo de ação da formação, da assessoria e da investigação. As competências comuns do enfermeiro especialista estão organizadas em quatro domínios de atuação, são eles: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão dos cuidados e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019). Estes domínios de intervenção foram o fio condutor durante o período de estágio para desenvolver as competências necessárias para atingir os objetivos propostos no projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas.

O estágio de natureza profissional pretende que o estudante desenvolva competências de prestação de cuidados de enfermagem no âmbito específico do curso, que se constituam como ajuda profissional avançada aos clientes. Tendo em vista o aperfeiçoamento contínuo, cada profissional necessita desenvolver o seu conhecimento e competências. Neste quadro, o EEESMO distingue-se pela formação (conhecimento aprofundado sobre os seus focos de atenção e intervenções de enfermagem) e pela experiência (desenvolvimento dos padrões de conhecimento pessoal, ético, estético e empírico) que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e abster-se de juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2022). Para tal identificamos como objetivos para o período de ensino clínico:

- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal.
- Colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados.
- Promover uma consciência profissional sobre o papel do EEESMO;
- Concessão de cuidados de enfermagem especializada centrados nas necessidades em cuidados à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco, baseados na evidência científica;
- Desenvolver competências no âmbito de investigação em Enfermagem.

Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal inclui o desenvolvimento de uma prática profissional na área de especialidade, na qual se proceda de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

A gravidez e o parto configuram-se como momentos de vulnerabilidade, em que, a mulher titulariza certos direitos específicos, além daqueles genéricos de cidadã que lhe são próprios. A

Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, que visa a consolidação dos direitos e deveres do cliente dos serviços de saúde, foi alterada, nomeadamente, pela Lei n.º 110/2019, de 9 de Setembro, que estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério (Assembleia da República, 2019; Assembleia da República, 2014). Esta alteração foi bastante importante, na medida em que permitiu o reforço dos direitos das mulheres na gravidez e no parto.

Assim, a Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, atribui direitos específicos à parturiente em contexto de saúde, que incluem:

- Direito aos melhores cuidados de saúde baseados nos melhores conhecimentos científicos e nas recomendações da OMS (artigo 15.º-A, n.º 1 alínea f) e 15.º-F, n.º 2 e 6);
- Direito à amamentação (artigo 15.º-H);
- Direito ao alívio da dor (artigo 15.º-F, n.º 4);
- Direito ao acompanhamento (artigo 12.º, 13.º, 14.º, 16.º e 17.º);
- Direito à mínima interferência (artigo 15.º-F, n.º 2 e 6);
- Direito à privacidade e confidencialidade (artigo 15.º-A, n.º 1 alínea b);
- Direito à assistência contínua (artigo 15.º-G e 18.º, n.º 2);
- Direito ao tratamento condigno e respeitoso: livre de coação, violência e sem discriminação, direito a um parto humanizado (artigo 15.º-A, n.º 1 alínea c), d) e e));
- Direito a um intérprete, se necessário (artigo 15.º-C, n.º 3);
- Direito à informação, recusa e consentimento informado (artigo 15.º-A, n.º 1 alínea a);
- Direito à liberdade e à autonomia (artigo 15.º, n.º 1 g));
- Outros direitos na qualidade de cliente: direito de associação, acesso a cuidados de saúde, fazer reclamações/queixas, entre outros (Assembleia da República, 2014).

Durante o estágio na área do bloco de partos, puerpério e medicina materno-fetal, a ética revelou-se um pilar fundamental na prestação de cuidados, sendo necessária a constante reflexão sobre as melhores práticas para garantir o respeito pelos direitos e a dignidade das mulheres e dos recém-nascidos. O conhecimento ético ou moral em enfermagem centra-se na tomada de decisões sobre o que deve ser feito, considerando não apenas normas impostas, mas também a apreciação do que é correto, com base em relações terapêuticas de respeito. Diversos dilemas morais podem surgir em situações ambíguas e incertas, cabe ao enfermeiro adaptar-se ao ambiente e ao processo de resposta às necessidades do outro, de forma a manter ou restabelecer um curso estável de cuidado, saúde e justiça (Carper, 2006). A ética na prática obstétrica implica, acima de tudo, assegurar que as decisões clínicas e os cuidados prestados sejam centrados na mulher, respeitando a sua autonomia, garantindo o consentimento informado e promovendo um ambiente de respeito e confiança.

No contexto do bloco de partos, é essencial que os profissionais de saúde reconheçam o direito das mulheres de participar ativamente nas decisões que envolvem o seu corpo e o seu bebé. O consentimento informado não deve ser um mero ato formal, mas sim um processo contínuo de

diálogo, em que a mulher é esclarecida de forma clara e compreensível sobre as intervenções propostas, sendo respeitado o seu direito de aceitação ou recusa. Durante o estágio, foi possível observar como a confidencialidade e o sigilo profissional são mantidos em todas as fases do parto, protegendo a privacidade da mulher e garantindo que todas as informações pessoais sejam tratadas com o máximo cuidado.

No puerpério e nas situações de medicina materno-fetal, a dimensão ética adquire uma importância particular, pois muitas vezes as decisões podem envolver situações delicadas, como complicações graves na gravidez ou partos prematuros. Nestes casos, a atuação ética do enfermeiro implica não só a proteção da mulher, mas também a salvaguarda do bem-estar do feto, promovendo um equilíbrio entre os direitos e necessidades de ambos.

A ética na prática obstétrica envolve igualmente a atenção aos valores culturais, emocionais e sociais das mulheres e das suas famílias, garantindo que os cuidados sejam sensíveis às suas particularidades e promovam o bem-estar holístico. O papel do EEESMO é, assim, essencial na mediação entre a técnica e a ética, oferecendo cuidados que são simultaneamente eficazes e humanizados.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2018), a prática obstétrica deve ser pautada por uma abordagem humanizada, baseada nos direitos humanos e focada no bem-estar materno e neonatal. Este princípio reforça a importância de uma atuação ética que promova não só a saúde física, mas também o respeito pela dignidade, autonomia e direitos das mulheres.

O conceito de humanização no continuum gravídico-puerperal visa assegurar os direitos das mulheres durante o pré-natal, o parto, o puerpério e em situações de abortamento. A humanização envolve práticas e atitudes que promovem nascimentos saudáveis, respeitando a autonomia e o protagonismo da mulher, ao evitar intervenções desnecessárias e privilegiar cuidados personalizados. A assistência humanizada abrange dimensões físicas, psicológicas e sociais, considerando a mulher como um ser biopsicossocial. O EEESMO desempenha um papel fundamental na educação e no empoderamento das mulheres, incentivando a sua participação ativa nos cuidados de saúde.

Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A Ordem dos Enfermeiros (2022) define a qualidade dos cuidados de saúde como a consideração do bem-estar do cliente, tendo em conta o equilíbrio entre os benefícios e as possíveis perdas associadas ao processo de cuidados. A qualidade baseia-se em princípios como a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

O EEESMO desempenha um papel importante no que diz respeito à prestação de cuidados de

saúde seguros, com qualidade, baseados na evidência, eficazes e eficientes. Segundo a OMS (2015), profissionais de saúde com alto nível educacional, saudáveis, apoiados e motivados melhoram a experiência dos cuidados e conseqüentemente os resultados das suas intervenções, objetivando-se assim ganhos em saúde.

O Ordem dos Enfermeiros (2022) destaca os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) como essenciais para orientar a prática dos enfermeiros especialistas nesta área. Segundo os PQCEESMO, a competência do EEESMO é fundamental para garantir cuidados de qualidade. Essa visão baseia-se em três pilares: (1) competência profissional, que inclui a prestação e gestão de cuidados especializados e o desenvolvimento contínuo; (2) prática baseada em evidências, com decisões clínicas apoiadas nas melhores evidências e adaptadas ao contexto e à individualidade do cliente; e (3) respeito pelo cliente, considerando sua autonomia e capacidade de lidar com desafios de saúde, com o EEESMO ajudando a desenvolver esses recursos. A interação terapêutica deve reconhecer o cliente como o principal responsável pela sua saúde, promovendo a autodeterminação e capacitação (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

O foco da gestão de qualidade de cuidados remete-se para a satisfação dos clientes e o esforço realizado para exceder as suas expectativas. O objetivo deverá ser sempre a melhoria e as decisões tomadas com base na análise e avaliação de informações mais suscetíveis de produzir os resultados desejados (NP EN ISO 9001, 2015). Nesse contexto, a definição de indicadores constitui um contributo relevante para a qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo entendidos como ferramentas essenciais para medir o desempenho, avaliar o estado de saúde das populações e promover a monitorização e melhoria contínua dos cuidados prestados pelo EEESMO (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

No contexto do bloco de partos, puerpério e medicina materno-fetal, as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são essenciais para garantir cuidados de excelência. Os enfermeiros que atuam nesta área são responsáveis por monitorizar e avaliar constantemente os processos de cuidado, implementando práticas baseadas em evidências para promover a segurança e o bem-estar das mulheres e recém-nascidos. Através de uma abordagem reflexiva e colaborativa, estes profissionais identificam áreas de melhoria, estabelecem objetivos de qualidade e desenvolvem intervenções que visam otimizar os resultados em saúde. A dedicação à melhoria contínua não só eleva a qualidade dos cuidados prestados, mas também fortalece a confiança das famílias no sistema de saúde, contribuindo para experiências de parto mais positivas e seguras.

Instituições como a Ordem dos Enfermeiros, Organização Mundial da Saúde (OMS), a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto e a FIGO disponibilizam diretrizes e indicadores que visam melhorar a qualidade dos cuidados, defendendo uma abordagem baseada nos direitos humanos e no respeito pela autonomia da mulher (Associação Portuguesa

pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto, 2015; FIGO, 2015; Ordem dos Enfermeiros, 2022; WHO, 2018).

Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Na formação do EEESMO, é fundamental promover a aquisição de competências e o desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo, que se fundamentam em princípios e valores éticos e se refletem na prática por meio de um modelo de assistência obstétrica colaborativa, onde o EEESMO participa ativamente na assistência e na tomada de decisão clínica (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

Durante o estágio foi implícita a oportunidade para desenvolver competências orientadas para a área da mulher/pessoa significativa no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco, na gravidez com complicação, e a especificidade da sua conceção de cuidados de enfermagem.

Foi também realizada uma revisão integrativa da literatura sobre a temática da utilização do mindfulness durante a gravidez com complicação, no âmbito da Saúde Materna e Obstétrica, para aprofundar o entendimento sobre a sua aplicação nos cuidados de enfermagem. O interesse pela grávida com complicação surgiu durante o estágio da assistência à grávida com complicação, não só pelas particularidades associadas à gestão do stress e ansiedade na gravidez, mas também devido ao facto de estas condições poderem agravar complicações obstétricas, afetando o bem-estar materno-fetal. A aplicação de técnicas de mindfulness tem sido sugerida como uma abordagem complementar para reduzir a ansiedade e o stress, melhorar o autocuidado e promover o bem-estar emocional, fatores que são cruciais durante a gravidez, especialmente em situações de risco ou complicações. Além disso, a incapacidade em gerir adequadamente a ansiedade pode ter consequências diretas para o resultado gestacional e para a capacidade da grávida em lidar com a sua condição clínica. A revisão integrativa da literatura será apresentada no âmbito do desenvolvimento das competências de investigação.

No contexto da partilha de conhecimentos e em decorrência do prestigiado evento Olimpíadas de Enfermagem do CMIN Summit'24, realizado no dia 26 de junho de 2024, tive a oportunidade de integrar uma das equipas participantes com o tema "Gravidez com complicação: Pré-eclâmpsia", integrado no "CMINSummit'24". Este evento não apenas facilitou a apresentação do caso clínico abordado neste relatório, mas também ressaltou a importância de divulgar e discutir práticas de enfermagem entre os pares, promovendo o aprendizado colaborativo e a melhoria contínua.

Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Relativamente ao reconhecimento das qualificações profissionais, o título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica exige um conjunto de experiências clínicas obrigatórias. Estas experiências são cruciais para o desenvolvimento de competências específicas em diferentes contextos clínicos, como o bloco de partos, o puerpério e a medicina materno-fetal, tal como reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. As referidas experiências garantem que o EEESMO adquira um conjunto sólido de competências técnicas, científicas e humanistas, indispensáveis para a prestação de cuidados de saúde materna e obstétrica de elevada qualidade.

As atividades foram desenvolvidas de acordo com a evidência científica mais atual. Contudo, o facto do processo de aprendizagem se desenrolar sob um modelo de prática tutelada por EEESMOs significa que algumas práticas foram realizadas segundo as indicações dos profissionais ou de acordo com os protocolos vigentes na instituição.

Competências em Contexto de um Serviço de Bloco de Partos

No bloco de partos, foi cumprido o objetivo relativo à assistência e cuidados a, pelo menos, 40 parturientes, e realização de, pelo menos, 40 partos. Este estágio visa capacitar o enfermeiro para monitorizar o trabalho de parto, assegurar a saúde materna e fetal e realizar intervenções durante o parto, garantindo um processo seguro e respeito pelos direitos da mulher. A experiência adquirida neste contexto fortalece a promoção de partos fisiológicos e a capacidade de atuação em situações de emergência obstétrica. O ensino clínico proporcionou a oportunidade de vigiar e prestar cuidados a mulheres em trabalho de parto, durante o parto e pós-parto imediato, apresentando-se na tabela seguinte o número de parturientes assistidas e partos efetuados.

Tabela 1 - Experiências Proporcionadas Durante o Ensino Clínico de Trabalho de Parto e Parto

Parturientes Assistidas		Partos Executados	Partos Participados	
Baixo Risco	Com moderado/ elevado Risco		Simulação de parto pélvico	Cefálicos
59	17	59	1	16
Total=76		Total=59	Total=17	

O total de experiências acumuladas neste contexto clínico foi enriquecedor, permitindo-me

observar e participar em diferentes etapas da prestação de cuidados à mulher durante o parto. As intervenções registadas no Gráfico 1 relativas à experiência em contexto de um serviço de bloco de partos tendem a evidenciar uma prática baseada no modelo biomédico relativa à gestão do trabalho de parto e parto, marcado por uma abordagem intervencionista, refletida na administração frequente de ocitocina (49 em 76 partos), algaliação (56 casos), analgesia epidural (72 casos) e amniotomia (6 casos).

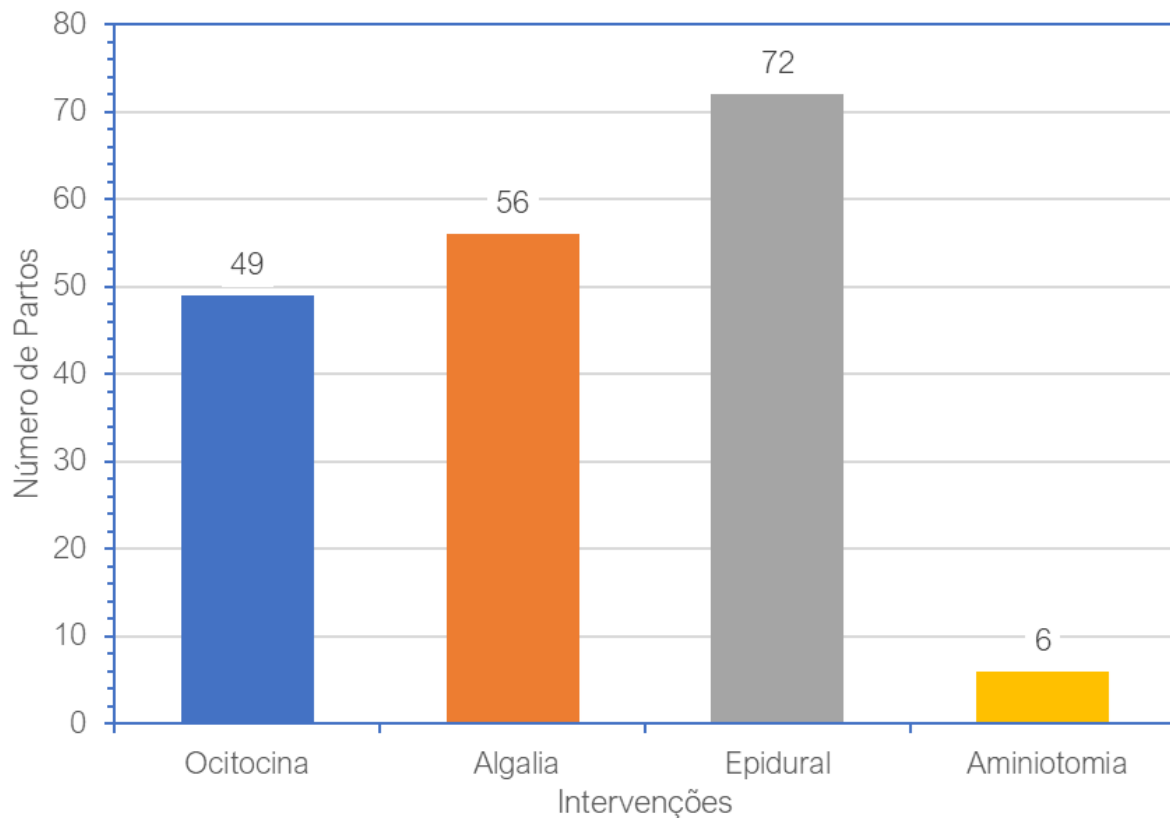


Gráfico 1 - Intervenções durante o trabalho de parto e parto.

O Gráfico 2 apresenta os dados sobre o estado do períneo, 19 casos permaneceram íntegros, 37 apresentaram laceração e 19 em que foi realizada episiotomia, das quais 10 realizados nos partos assistidos.

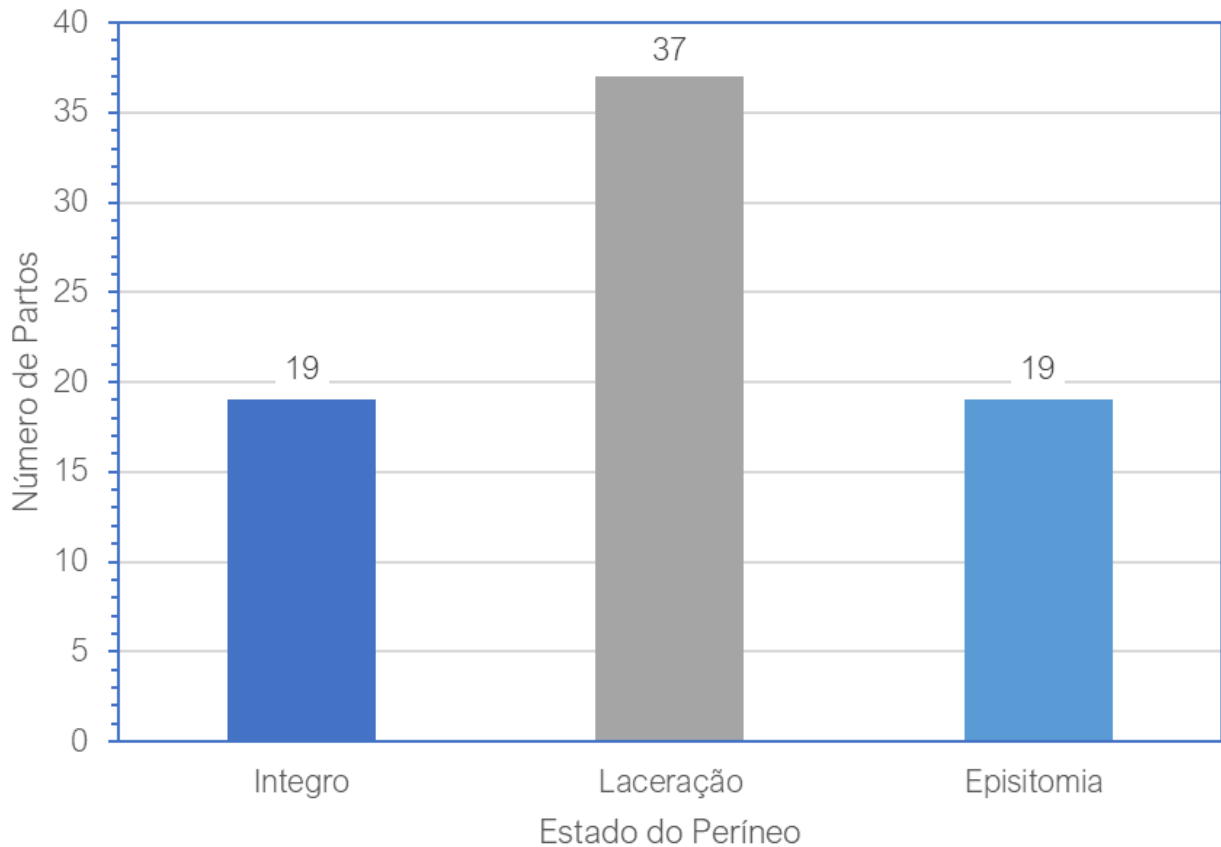


Gráfico 2 – Estado do períneo.

A gestão do trabalho de parto e parto no modelo biomédico frequentemente prioriza o controlo do tempo e a eficiência do processo, em detrimento da individualização do cuidado. De acordo com as recomendações da OMS (2018), a utilização rotineira de intervenções como a ocitocina e a amniotomia, embora possam reduzir a duração do trabalho de parto e parto, não apresentam benefícios clínicos substanciais que justifiquem a sua aplicação generalizada. Além disso, este tipo de intervenções pode comprometer os direitos, escolhas e autonomia das mulheres, contrariando os princípios éticos de um cuidado centrado na mulher.

O modelo biomédico tende a centrar-se na expulsão do feto e a considerar a pelve como uma estrutura estática. Nesta abordagem, as contrações são frequentemente interpretadas como forças de expulsão, enquanto o feto é visto como um passageiro que não participa ativamente no processo. Este modelo, que se concentra na noção de risco, pode, em algumas situações, justificar intervenções médicas que nem sempre possuem suporte científico, limitando a capacidade da mulher de questionar ou decidir sobre o parto (Cunha et al., 2018; Fontoura et al., 2021).

O nascimento representa uma transição crucial no continuum da gravidez e parentalidade, com um impacto duradouro nas famílias (Combellick et al., 2023). O conceito de "parto sem interferências" sublinha a importância de permitir a progressão natural do trabalho de parto,

evitando intervenções médicas desnecessárias. Durante o período intraparto, os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica (EEESMOs) desempenham um papel fundamental na promoção de um parto fisiológico, proporcionando cuidados personalizados que demonstram benefícios significativos para o bem-estar materno e para o desenvolvimento do recém-nascido (Combellick et al., 2023).

A OMS, no documento "Recomendações para uma Experiência de Parto Positiva" (2018), define o conceito de "experiência de parto positiva" como uma experiência que atende ou supera as expectativas da mulher, garantindo o nascimento de um bebê saudável num ambiente seguro, com suporte emocional e prático de profissionais competentes e empáticos. As diretrizes destacam que a maioria das mulheres deseja um parto fisiológico que lhes proporcione uma sensação de realização e controle, mesmo quando são necessárias intervenções. Esta abordagem, fundamentada nos direitos humanos, visa otimizar a experiência do parto para mãe e bebê.

Em consonância, a visão integrativa do parto propõe uma compreensão holística do processo, onde o parto é visto como um evento fisiológico e feminino, cujo objetivo vai além da expulsão do feto. Visa promover um encontro significativo entre mãe e filho, reconhecendo o feto como parte essencial da maternidade. Nessa perspectiva, a pelve é vista como uma estrutura dinâmica e interligada, com as contrações a facilitar o posicionamento do feto, admitindo esforços expulsivos espontâneos e não dirigidos.

A abordagem observada durante o ensino clínico parece muitas vezes responder a pressões organizacionais, como a escassez de recursos humanos e a necessidade de otimização de tempo, o que pode limitar a capacidade de oferecer cuidados personalizados e individualizados, aspecto também referido em estudos qualitativos sobre a experiência dos profissionais de saúde (WHO, 2018).

Este cenário destaca a necessidade de uma reflexão crítica sobre as intervenções no trabalho de parto e parto e o papel do EEESMO em promover cuidados que equilibrem a intervenção clínica com a autonomia e os direitos das mulheres. É crucial que as intervenções sejam justificadas e respeitem as preferências das parturientes, garantindo um cuidado colaborativo e centrado na mulher. O cuidado obstétrico, baseado na confiança mútua e individualização, requer práticas baseadas em evidências e maior colaboração entre profissionais de saúde, para promover a autonomia das mulheres e o bem-estar das famílias a longo prazo (Combellick, et al., 2023).

Nesse contexto, o ensino clínico na assistência à mulher em TP e parto torna-se uma oportunidade crucial para promover uma discussão informada sobre intervenções obstétricas. A experiência prática revelou a necessidade de avaliar criticamente os prós e contras de diversas abordagens, sustentada por evidências científicas, com o objetivo de otimizar a segurança e o bem-estar materno-fetal, enquanto respeita a autonomia da mulher. Essa avaliação deve incluir

o conhecimento sobre as diferentes abordagens, bem como o processo de informar para capacitar a mulher para a tomada de decisão, além da implementação das intervenções através da ponderação do risco/benefício. A análise de práticas como a monitorização contínua versus intermitente do bem-estar fetal, o alívio da dor por meio de medidas farmacológicas e não farmacológicas, a escolha da posição materna durante o parto e os esforços expulsivos imediatos/dirigidos versus tardios/não dirigidos foi crucial para promover decisões informadas que atendam às necessidades da mulher e do feto. Essa experiência no ensino clínico não apenas reforçou a compreensão das dinâmicas do parto sob a ótica biomédica, mas também evidenciou a possibilidade de melhoria ao integrar uma abordagem mais holística e centrada na mulher na prática clínica.

Monitorizar bem-estar fetal: Monitorização contínua versus monitorização intermitente

Durante o ensino clínico, foi observado um uso excessivo da cardiotocografia no trabalho de parto, o que levanta questões sobre o equilíbrio entre a monitorização fetal contínua e a promoção de uma abordagem mais humanizada e menos intervencionista no cuidado obstétrico.

A monitorização contínua com CTG é recomendada para mulheres em TP com fatores de risco maternos, fetais ou intraparto, como cicatrizes uterinas, diabetes, apresentação fetal anómala, uso de ocitocina ou analgesia regional (NICE, 2022). O uso contínuo de CTG intraparto em mulheres de baixo risco é controverso, apesar de ser padronizado em muitos países (Ayres-de-Campos, Spong, & Chandrachan, 2015). Segundo a OMS (2018), a cardiotocografia contínua não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal em gestantes saudáveis submetidas ao trabalho de parto espontâneo.

Estudos indicam que o uso de CTG contínuo está associado a taxas reduzidas de convulsões neonatais, ainda que não haja diferenças significativas noutros resultados neonatais, como paralisia cerebral ou mortalidade infantil (Alfirevic, et al., 2017). Apesar das evidências científicas não mostrarem benefícios clínicos indiscutíveis, a opinião de alguns clínicos é que o CTG é melhor para identificar fetos em risco do que a auscultação intermitente, justificando assim o risco adicional de intervenções, mesmo em mulheres sem fatores de risco aparentes para complicações no TP (WHO, 2018). Esta percepção é baseada no atributo do CTG de monitorizar continuamente a frequência cardíaca fetal e as contrações uterinas, proporcionar uma visão abrangente e em tempo real das condições fetais durante o TP (WHO, 2018).

No entanto, o CTG contínuo está associado a um aumento das cesarianas e dos partos vaginais instrumentados. Essas intervenções, por sua vez, podem aumentar o risco de complicações tanto para a mulher quanto para o feto (Alfirevic et al., 2017). A monitorização contínua pode

impactar negativamente o senso de autonomia da parturiente, restringindo a mobilidade e as opções de alívio da dor (Alfirevic et al., 2017; Fox, et al., 2022; NICE, 2022; WHO, 2018). A restrição da liberdade de movimento devido ao CTG pode antagonizar com práticas de parto fisiológico, onde o movimento e posições ativas são encorajadas para facilitar um parto mais natural e menos medicalizado. Isso pode ser particularmente inaceitável para mulheres e profissionais que acreditam na importância de uma experiência de parto fisiológico (Fox, et al., 2022; WHO, 2018).

Do ponto de vista do EEESMO, alguns profissionais de saúde sentem que a tecnologia pode dispersar a prestação de cuidados centrados na mulher e que o CTG é usado em excesso, resultando em intervenções desnecessárias (Fox, et al., 2022; WHO, 2018). Enquanto alguns profissionais de saúde acreditam que o uso do CTG oferece segurança, muitos não confiam na tecnologia e sentem-se pressionados a usá-la de forma defensiva para atenuar os medos organizacionais de litígios (WHO, 2018).

O desafio central é como equilibrar os benefícios potenciais da monitorização contínua com os impactos negativos em termos de autonomia e experiência de parto. A comunicação clara e a educação das grávidas sobre os benefícios e limitações do CTG são cruciais para permitir decisões informadas (Alfirevic, et al., 2017). Investigações futuras devem focar não apenas na eficácia intrínseca do CTG em prevenir resultados adversos, mas também na sua efetividade na prática clínica. Estudos adicionais também são necessários para avaliar alternativas menos intrusivas, por forma a equilibrar a necessidade de monitorização e a preservação do cuidado centrado na mulher (Fox, et al., 2022).

Alívio da dor medidas não farmacológicas versos medidas farmacológicas

A dor do trabalho de parto é um foco de atenção do EEESMO. No ensino clínico, registou-se um uso abrangente da analgesia epidural durante o TP (72 casos, conforme ilustrado no Gráfico 1), o que levanta questões sobre a sua influência na experiência das parturientes e na escolha de métodos alternativos para o alívio da dor.

O alívio da dor durante o TP e parto inclui tanto métodos farmacológicos, como a analgesia epidural, quanto técnicas não farmacológicas, como massagem e relaxamento. A experiência da mulher durante o TP é complexa e envolve múltiplas dimensões, incluindo a sensação de controlo, bem-estar, satisfação e apoio recebido. A escolha da modalidade para o alívio da dor pode impactar essas dimensões (Nanji & Carvalho, 2020; Sanders, 2015).

Os métodos farmacológicos, em particular a analgesia epidural, são amplamente utilizados e considerados eficazes para o alívio da dor durante o TP e parto (Nanji & Carvalho, 2020). No entanto, a epidural está frequentemente associada a uma "cascata de intervenções", como a administração de ocitocina para acelerar o TP e a necessidade de monitorização contínua por

cardiocotografia (WHO, 2018). Além disso, os efeitos secundários, como restrição da mobilidade, hipotensão ortostática e alteração da sensibilidade motora, podem limitar a autonomia da parturiente e impactar negativamente a sua experiência. Assim, é fundamental que o EEESMO assegure uma comunicação clara, explique os riscos e benefícios, e apoie a parturiente na tomada de decisões informadas (Nanji & Carvalho, 2020).

Em contraste, as medidas não farmacológicas, como técnicas de relaxamento e hidroterapia, são alternativas que respeitam a autonomia da parturiente e promovem uma experiência de parto mais natural. Embora possam não ser tão eficazes no alívio da dor como a epidural, estas técnicas estão associadas a menores taxas de intervenção e a um maior autocontrolo (Thomson, et al., 2019).

A relação de confiança e o apoio contínuo do EEESMO é fundamental para a implementação eficaz dessas abordagens, permitindo que a mulher enfrente a dor de forma ativa e colaborativa. A revisão sistemática de Thomson et al. (2019) destaca que as mulheres que se sentem apoiadas tendem a optar por técnicas menos invasivas, resultando em maior satisfação e melhores resultados maternos (aumento dos partos vaginais, menos intervenções e menor uso de alívio farmacológico da dor) e neonatais.

Quando o suporte dos profissionais é deficiente, há uma maior probabilidade de uso não planeado de alívio farmacológico, levando muitas mulheres a recorrer a esses métodos devido à intensidade inesperada da dor. Isso pode resultar em experiências negativas e sentimentos de culpa e fracasso. Assim, o contexto assistencial e o tipo de cuidados prestados influenciam diretamente a necessidade de alívio da dor e as escolhas das mulheres (Thomson et al., 2019).

A mudança de atitude dos profissionais de saúde e das mulheres em relação à dor do parto pode capacitá-las para redescobrir as suas capacidades inatas para o parto (Sanders, 2015). Perceber a dor do TP como parte natural de um processo fisiológico é fundamental, e os EEESMOs desempenham um papel crucial em assistir as mulheres a enfrentá-la. Adotar um modelo de "trabalhar com a dor" pode aprimorar as práticas atuais e reduzir a dependência de medicação, e promover a capacidade das mulheres e a confiança nos seus corpos, resultando numa experiência de parto mais positiva (Sanders, 2015).

A formação dos profissionais baseado neste modelo, capacita as EEESMOs para apoiar as mulheres nas suas experiências de parto (Sanders, 2015). Além disso, a utilização de ferramentas de avaliação da dor mais abrangentes, como a "Coping with Labor Algorithm", desenvolvida por Roberts et al. (2010), ultrapassa as limitações das escalas numéricas tradicionais e oferece suporte alinhado com as necessidades das mulheres. Esta ferramenta visa compreender como as mulheres lidam com o TP e, com base em avaliações psicológicas, comportamentais e fisiológicas, proporciona suporte contínuo ou intervenções específicas conforme necessário.

Em suma, embora a eficácia da epidural seja amplamente reconhecida, a sua prevalência sugere que alternativas menos invasivas continuam subutilizadas, refletindo uma prática medicalizada (WHO, 2018). Tanto as medidas farmacológicas quanto as não farmacológicas têm um papel importante no alívio da dor durante o TP. A escolha informada do método deve ser baseada nas preferências da mulher, com o suporte contínuo e personalizado do EEESMO por forma a contribuir para uma experiência de parto positiva, centrada na segurança e bem-estar materno-fetal.

Posição da mulher durante o parto

O parto ocorre quando há um ajuste harmonioso entre a contração uterina, o alinhamento fetal e os diâmetros pélvicos. Diversos estudos indicam que a posição adotada pela parturiente pode influenciar diretamente a progressão do TP e o bem-estar tanto da parturiente quanto do feto (Borges, et al., 2021; Huang, et al., 2019; Zang, et al., 2020). No ensino clínico, a prática observada relativa à posição de parto no período expulsivo está representada no gráfico 3.

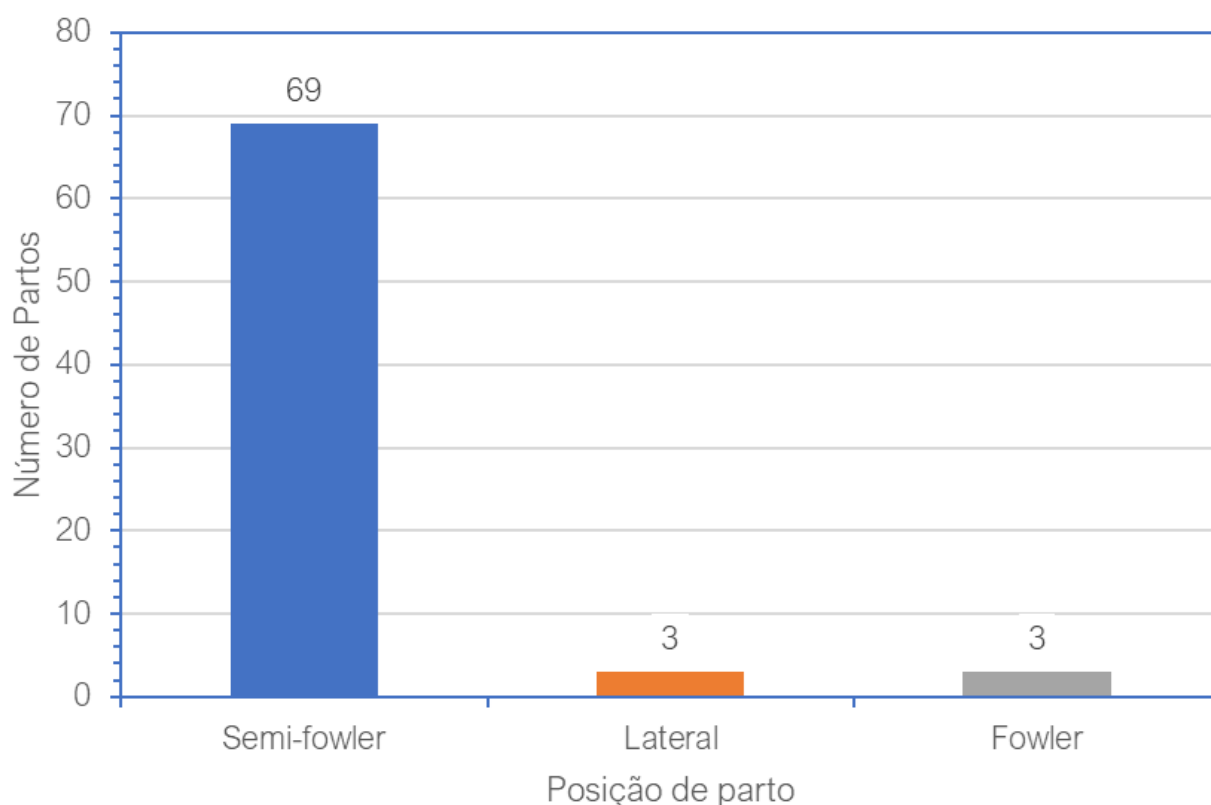


Gráfico 3 – Posição de parto no período expulsivo.

A análise dos dados sobre as posições adotadas pelas parturientes durante o período expulsivo revela que 69 mulheres estiveram na posição semi-Fowler, 3 na posição lateral e 3 na posição Fowler. Essa prática ressalta a persistência da posição dorsal, que, apesar de comum em

contextos ocidentais, pode não ser a mais benéfica para a experiência de parto das mulheres. A predominância da posição semi-Fowler reflete uma cultura de medicalização e controle do processo de parto, priorizando a conveniência da monitorização fetal contínua em detrimento do conforto e da autonomia da mulher. No entanto, essa posição pode limitar o movimento da mulher, aumentar a dor, a fadiga e o esforço, além de dificultar o alinhamento entre o feto e a pelve materna (Desseauve et al., 2017). Em contraste, estudos mostram que as mulheres tendem a preferir posições verticais durante o parto, como adotar posturas de cócoras e ajoelhadas, que facilitam a progressão do parto (Engelmann & Jarcho, 2017).

O EEESMO, ao dominar técnicas e conhecimentos sobre posições alternativas, pode auxiliar a mulher a adotar posturas que promovam um parto mais fisiológico, otimizando a eficiência das contrações uterinas e diminuindo a necessidade de intervenções médicas. A posição vertical, por exemplo, permite uma melhor utilização da gravidade e maior conforto para a mulher, ao mesmo tempo que reduz o risco de intervenções como a episiotomia e partos vaginais instrumentados (Huang et al., 2019).

A adoção de posições verticais durante o parto pode exigir um esforço adicional de formação e prática por parte do EEESMO, para compreender a importância de promover posições que favoreçam um parto mais ativo e fisiológico. A falta de familiaridade com essas técnicas pode ser uma barreira à sua implementação. Além disso, preocupações com a segurança, como o risco de o recém-nascido cair durante a fase expulsiva, requerem uma formação adequada para garantir que as posições alternativas sejam seguras e eficazes (WHO, 2018).

O EEESMO deve possuir a expertise para orientar a posição ideal para cada mulher nas diferentes fases do TP, com o objetivo de melhorar a eficiência e a eficácia do processo (Desseauve, et al., 2017). Integrar práticas baseadas em evidências permite ao profissional adaptar as posições de acordo com as necessidades individuais da parturiente, promove um parto mais fisiológico, menos doloroso e com menor necessidade de intervenções, sempre no respeito pela autonomia e o bem-estar da mulher.

Esforços expulsivos imediatos/dirigidos versus esforços expulsivos tardios/não dirigidos no segundo estadio do trabalho de parto

No ensino clínico, observou-se uma tendência maior para incentivar a mulher a realizar esforços expulsivos imediatos e dirigidos no início do segundo estadio do TP, em comparação com a prática de esforços expulsivos tardios e não dirigidos, o que motivou a necessidade de reflexão sobre as implicações dessas abordagens para a experiência do parto.

Esforços expulsivos imediatos/dirigidos referem-se à prática de encorajar a parturiente a realizar esforços expulsivos assim que se atinge a dilatação cervical completa, conforme recomendado pelo Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG, 2024). Esta abordagem é baseada

na ideia de que iniciar os esforços expulsivos imediatamente pode acelerar o processo de parto, o que pode ser desejável em contextos com limitações de tempo ou recursos. No entanto, um dos principais argumentos contra essa prática é o aumento da fadiga materna, devido à maior duração do período ativo de esforço, além do possível aumento de intervenções médicas, como partos instrumentados, quando os esforços são forçados antes da mulher sentir o reflexo de Ferguson (Deusa-López et al., 2024).

Por outro lado, os esforços expulsivos tardios/não dirigidos são caracterizados por adiar o puxo até que a mulher sinta a urgência fisiológica de o fazer, mesmo após a dilatação completa. Estudos demonstram que esta prática pode aumentar a probabilidade de um parto vaginal espontâneo, reduzir a necessidade de intervenções médicas e diminuir os níveis de fadiga materna (Szu et al., 2021). A OMS recomenda que as mulheres sejam encorajadas a seguir os seus próprios instintos durante esta fase, com apoio adequado dos profissionais de saúde, sugerindo que esta abordagem pode melhorar a experiência do parto, permitindo que as mulheres sintam maior controlo e satisfação (WHO, 2018).

No entanto, a principal desvantagem dos esforços expulsivos tardios é o aumento da duração do segundo estadio do TP, o que pode gerar preocupações em contextos onde o tempo e os recursos hospitalares são limitados. Além disso, há evidências de baixa certeza que sugerem um possível risco de diminuição do pH do cordão umbilical, indicando a necessidade de uma monitorização cuidadosa do bem-estar fetal em contextos de maior prolongamento do segundo estadio (WHO, 2018).

Em resumo, os esforços expulsivos tardios parecem estar associados a melhores resultados maternos e a uma experiência de parto mais positiva, desde que os recursos permitam uma gestão do TP nesta situação. No entanto, o início imediato dos esforços expulsivos pode ser preferido em cenários onde a duração do TP precisa ser otimizada por questões organizacionais. O papel do EEESMO é fundamental em ambos os casos, pois este deve assegurar que as parturientes estejam informadas e apoiadas na sua escolha, garantindo um acompanhamento sensível às suas necessidades e sinais fisiológicos.

Competências em Contexto de um Serviço de Puerpério

No puerpério, foram cumpridas as experiências mínimas obrigatórias pela assistência a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos, focando-se nos cuidados pós-parto, onde se propôs o desenvolvimento de competências no âmbito do autocuidado no pós-parto, na promoção da saúde materna e infantil, prevenção de complicações e apoio à adaptação da mulher à parentalidade. O enfermeiro especialista assegura também a vigilância do bem-estar físico e emocional da mãe e do recém-nascido, bem como a promoção do aleitamento materno e a identificação precoce de sinais de alerta.

No que se refere às puérperas às quais se prestaram cuidados neste ensino clínico, foi proporcionado contacto com 47 puérperas (embora no núcleo de partos, no puerpério imediato, tivessem sido alvo de cuidados mais 76, perfazendo um total de 123). Em relação aos recém-nascidos, foram prestados cuidados a 45 no puerpério (e 74 no núcleo de partos, num total de 119).

Relativamente à assistência no período pós-parto, das 47 puérperas, 29 eram primíparas e 18 já haviam tido pelo menos um filho. Entre elas, 21 tiveram um parto eutócico, 9 um parto distócico por ventosa, 2 por fórceps e 15 por cesariana. Em relação à presença de ferida perineal com material de sutura, verificou-se que 20 puérperas apresentavam essa condição, sendo 8 com episiotomia e 12 com laceração.

Competências em Contexto de um Serviço de Medicina Materno-Fetal

Na área da medicina materno-fetal, é necessário cumprir as experiências mínimas obrigatórias, incluem, pelo menos, a assistência a 40 grávidas em situação de risco, e a assistência a mulheres que apresentem patologias no domínio de ginecologia. Este ensino clínico objetiva a aquisição de competências no acompanhamento de gravidezes de alto risco, realizando vigilância rigorosa e intervenções especializadas para garantir a saúde materna e fetal. A atuação do EEESMO é essencial na identificação precoce de complicações e na prestação de cuidados personalizados, assegurando um acompanhamento integral às grávidas e suas famílias. Neste contexto de cuidados, foi proporcionado o contacto com um total de 100 grávidas internadas e 4 mulheres com patologias no domínio de ginecologia (Tabela 2).

Tabela 2 - Causas de internamento identificadas.

RCIU	31
DHG (Pré-eclâmpsia / Hipertensão / Subida tensional)	23
APPT	12
Metrorragias / Placenta prévia	9
Rotura prematura de membranas	8
Alterações do líquido amniótico (oligoâmnios/hidrâmnios)	5
Colestase gravídica	5
Incompetência cervico-ístmica (ICC) / cerclage	2
Diabetes gestacional	2
Patologia materna (IRC)	1
Falso início de trabalho de parto	2
Curetagem	1
Conização a laser	1
Histerectomia total	1
Correção de prolapso da cúpula	1
Total	104

A restrição do crescimento intra-uterino (RCIU) e os distúrbios da hipertensivos na gravidez (DHG) foram os diagnósticos médicos que levaram ao internamento de um maior número de grávidas. Quer uma, quer outra situação, têm o potencial da ocorrência do nascimento do filho antes do período temporal esperado (pois uma RCIU leva, na maioria das vezes, a um parto prematuro (Mageea, et al., 2022) o que exige aos pais uma adaptação para além da já necessária à gravidez e parentalidade, pois terão em mãos um recém-nascido prematuro. Na realidade, os diagnósticos de ameaça de parto pré-termo (APPT) (12 grávidas), rotura prematura de membranas (8), alterações do líquido amniótico (5), colestase gravídica (5), são complicações da gravidez que podem levar a um parto pré-termo (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018), o que significa que num total de 100 grávidas, 84 poderiam “ter em mãos” um recém-nascido prematuro. Adicionalmente, nestes casos, a alta só iria acontecer após o nascimento, o que se traduzia em internamentos mais longos e as que estariam a frequentar sessões de preparação para o parto e para a parentalidade antes do internamento, deixaram de o fazer. Para além de ter sido interrompida a preparação para a parentalidade, o grande potencial é destas mulheres virem a ser mães de um recém-nascido de características e necessidades acrescidas e diferentes do idealizado.

Durante o ensino clínico, foi possível observar que, apesar da diversidade de patologias que motivaram o internamento das grávidas, as intervenções de enfermagem seguiam um conjunto de práticas padrão, independentemente da clínica apresentada. Entre estas, destacaram-se a administração da terapêutica prescrita, a monitorização de sinais vitais e a cardiotocografia, o que revela um foco predominante na vigilância e manutenção de parâmetros clínicos. No entanto, as intervenções específicas, quando presentes, estavam maioritariamente direcionadas para o ensino sobre a patologia em questão e os sinais de alarme, o que era particularmente evidente em grávidas com subida tensional.

Embora este tipo de intervenções seja essencial, a sua eficácia, quando analisada no contexto global da gravidez com complicação, levanta algumas questões. O foco nas patologias que justificam o internamento, embora necessário, parece limitar o acompanhamento integral da grávida, nomeadamente no que diz respeito à adaptação à gravidez e à adaptação para a parentalidade. Durante a prática observada, não foram evidenciadas intervenções que abordassem estes domínios de forma significativa, como se a presença de complicações suspendesse o processo natural de transição para a parentalidade, o que não corresponde à realidade experienciada pela grávida.

A adaptação à gravidez é um processo fundamental que deve ser promovido (Cardoso, et al., 2023). O EEESMO deve ajudar a grávida a compreender e aceitar as mudanças físicas e emocionais que surgem durante a gravidez. O apoio contínuo e a educação sobre a gestão da sua condição são indispensáveis para garantir que a grávida se adapta de forma segura às novas exigências impostas pela sua situação clínica.

A possibilidade de um nascimento prematuro do feto evidencia a necessidade de intervenção no domínio da adaptação à parentalidade, no contexto da gravidez com complicações, justifica assim a ação do EEESMO. O treino das competências parentais durante a gravidez facilita a adaptação a esse papel no período pós-parto (Meleis, 2010). Esse apoio, centrado no desenvolvimento de habilidades parentais e na gestão das incertezas, é essencial para preparar a grávida para os desafios de cuidar de um recém-nascido prematuro (Carvalho, et al., 2023).

O impacto da ansiedade associada às complicações na gravidez é um ponto fulcral que, na prática clínica observada, pareceu ser subvalorizado. A ansiedade em gravidezes complicadas tem um efeito direto tanto na saúde materna como na fetal, e influencia a adaptação à gravidez, a ligação mãe-filho e a preparação para o papel parental (Carvalho, et al., 2023; Palma, et al., 2020; Smorti, et al., 2023; Williamson, et al., 2023).

Ao identificar sinais de ansiedade, o EEESMO atua estabelecendo uma relação de confiança com a grávida através de uma comunicação aberta e eficaz. Esta abordagem permite envolver a grávida ativamente nas decisões sobre a sua gravidez e o seu bebé. Ao combinar suporte emocional e educacional, o EEESMO não só promove o bem-estar emocional da grávida, mas também contribui para a melhoria dos resultados materno-fetais, proporcionando um cuidado mais completo e humanizado (Williamson, et al., 2023). Neste sentido, as intervenções diferenciadas do EEESMO são cruciais, pois podem não apenas reduzir os níveis de ansiedade, mas também promover uma adaptação mais saudável à gravidez com complicações, ao capacitar a grávida para essa transição.

Competências no domínio da investigação em Enfermagem

Com o propósito de dar resposta ao segundo objetivo deste relatório, aprofundar uma problemática de investigação procedeu-se à realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de avaliar a literatura disponível e analisar o efeito das intervenções baseadas em mindfulness nos resultados materno-fetais, em gravidezes de alto risco. A RIL será apresentada de seguida.

Utilização do mindfulness durante a gravidez com complicação: uma revisão integrativa da literatura

1. Enquadramento do tema

A transição para a parentalidade é uma das maiores fases de desenvolvimento no ciclo de vida de uma mulher (Meleis, et al., 2010). Trata-se de um momento de redefinição da identidade e

das relações familiares, frequentemente acompanhado por ansiedade. Emmanuel e John (2010) conceptualizam a "ansiedade materna" como a resposta das mulheres à transição para a parentalidade, ampliando a visão tradicional que entende essa experiência como linear e tranquila. Este conceito oferece uma perspectiva multidimensional, reconhecendo e normalizando os sentimentos de angústia e dificuldades durante a transição para a parentalidade, sem rotulá-los ou problematizá-los. A "ansiedade materna" situa a nova mãe no seu contexto psicossocial, identificando atributos específicos e questões que podem influenciar o seu bem-estar (Emmanuel & John, 2010). Os autores também destacam que este conceito se alinha com a teoria das transições de Meleis, que considera a parentalidade como um processo não linear, caracterizado por movimentos entre diferentes espaços e identidades, envolvendo instabilidade antes de alcançar a estabilidade.

Quando uma gravidez de baixo risco se transforma numa gravidez de alto risco, a transição desenvolvimental é acompanhada por uma transição da saúde/doença (Meleis et al., 2010). Uma gravidez de alto risco é definida como a condição em que a mãe, o feto ou o recém-nascido têm maior risco de morte, incapacidade ou doença. Exemplos de condições que podem levar a uma gravidez de alto risco incluem patologias maternas, como hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, bem como condições que aumentam o risco de parto prematuro, como a ameaça de parto pré-termo, rotura prematura das membranas ou restrição do crescimento fetal (Abrar et al., 2020; Smorti, et al., 2023; Williamson et al., 2023).

A transição para uma condição de doença, como a gravidez de alto risco, não só acarreta implicações físicas, como maior morbidade materna, hospitalização, complicações no parto e mortalidade neonatal, mas também tem um impacto negativo na saúde psicológica. Mulheres que enfrentam uma gravidez clinicamente complexa relatam níveis mais elevados de sintomas de ansiedade (Abrar et al., 2020; Smorti et al., 2023). Estima-se que 68% das grávidas de alto risco apresentam níveis moderados a elevados de ansiedade (Paz et al., 2022), em comparação com cerca de 15% de prevalência de ansiedade pré-natal e pós-natal em mulheres que vivenciam uma gravidez sem complicações (Dennis, Falah-Hassani, & Shiri, 2017). Preocupações com o decurso da gravidez e a saúde do bebé são comuns e contribuem para reações psicológicas adversas, como a ansiedade, sendo identificadas como potenciais fatores de risco para resultados obstétricos, fetais e neonatais negativos. Estudos sugerem uma ligação entre sintomas não tratados de depressão, ansiedade ou stress e os resultados neonatais adversos além de comprometer a adaptação à gravidez e à parentalidade, e a ligação mãe-filho(a) (Carvalho et al., 2023; Szegda et al., 2014; Williamson et al., 2023).

Neste contexto, intervenções que promovam o bem-estar psicológico e emocional das grávidas tornam-se essenciais para melhorar os resultados de saúde materno-fetais. Assim, a prática de mindfulness surge como uma intervenção relevante. Segundo Williams et al. (2007) cit. por Sipe & Eisendrath (2012) mindfulness é a consciência que surge ao prestar atenção de forma intencional, no momento presente, sem julgar as coisas como elas são. Estudos demonstram

que a prática regular de mindfulness pode ser especialmente eficaz na grávida com complicação, através da promoção do estado emocional e da adaptação da grávida às exigências e incertezas da sua situação clínica (Matvienko-Sikar et al., 2016).

O treino de mindfulness tem servido de base para vários programas de intervenção que utilizam principalmente meditação e movimento para cultivar a atenção plena em contextos específicos (Hulsbosch, et al., 2023; Leng, et al., 2023; Sajadian, et al., 2022). Em particular, tem sido aplicado nas áreas de redução de stress (Mindfulness-Based Stress Reduction), depressão e prevenção de recaídas (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) e, mais recentemente, no parto e parentalidade (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting) (Woolhouse, et al., 2014).

Com base na experiência clínica relativa ao caso clínico da grávida com pré-eclâmpsia, observou-se que, além das intervenções físicas e clínicas, o suporte emocional era crucial para lidar com o aumento da ansiedade e as incertezas relacionadas com o prognóstico. Além das intervenções relacionadas com a monitorização e prevenção de complicações físicas, foi evidente a necessidade de apoio emocional adicional. As intervenções baseadas em mindfulness têm sido sugeridas como potencialmente benéficas para fornecer esse suporte. O objetivo desta revisão integrativa é avaliar a literatura disponível e analisar o efeito dessas intervenções baseadas em mindfulness nos resultados materno-fetais, na gravidez de alto risco.

2. Metodologia

A metodologia selecionada foi a revisão integrativa da literatura. Este método de pesquisa, utilizado na prática baseada na evidência, permite a incorporação de evidências na prática clínica, fundamentando-se em conhecimento científico, com resultados de qualidade e custo-efetividade. A revisão integrativa implica a formulação de um problema, a pesquisa de literatura, a avaliação crítica dos dados, a análise das informações e a apresentação dos resultados. Desta forma, possibilita reunir e sintetizar, de forma sistemática e ordenada, os resultados de pesquisas sobre um tema específico, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento na área investigada (Sousa, et al., 2017).

2.1. Formulação Da Pergunta De Investigação

A elaboração de uma pergunta de investigação é a primeira etapa da metodologia e aquela que norteia todo o processo subsequente (Sousa, et al., 2017).

A questão de investigação delineada face aos objetivos propostos apresenta-se seguidamente: Qual a eficácia de uma intervenção baseada no mindfulness nas grávidas com gravidez de alto risco ou complicação na gravidez?

2.2. Descritores Chave Para A Pesquisa, Frase Booleana e Seleção dos Artigos

Após a formulação da pergunta, a etapa seguinte incluiu a pesquisa na base de dados. Para a seleção dos estudos foi realizada uma pesquisa no motor de busca EBSCO, através das seguintes bases de dados: MEDLINE Complete, Academic Search Complete, CINAHL Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Library, Information Science & Technology Abstracts.

Na EBSCO a seleção dos artigos foi realizada a partir dos seguintes descritores / termos de pesquisa: “pregnancy”; “pregnant”; “pregnancy, high risk”; “pregnancy complications”; “mindfulness”, com o auxílio das expressões booleanas: “OR” e “AND”. Ficando a frase booleana da seguinte forma: (“pregnancy” OR “pregnant” OR “pregnancy, high risk” OR “Pregnancy Complications”) AND “mindfulness”.

Os critérios de seleção adotados incluíram artigos disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol. Os critérios de inclusão foram: mulheres grávidas diagnosticadas com gravidez de alto risco e a implementação de uma intervenção baseada em mindfulness. Os critérios de exclusão abrangeram: estudos que utilizaram a meditação mindfulness como apenas um dos componentes do tratamento, devido à dificuldade de dissociar os efeitos do mindfulness de outros elementos; bem como grávidas com histórico de problemas psiquiátricos. Não foi colocado um limite temporal na pesquisa. Após aplicação, foram incluídos 8 artigos, tal como representado no PRISMA seguinte (Figura 1).

Identificação dos estudos através de bases de dados e registos

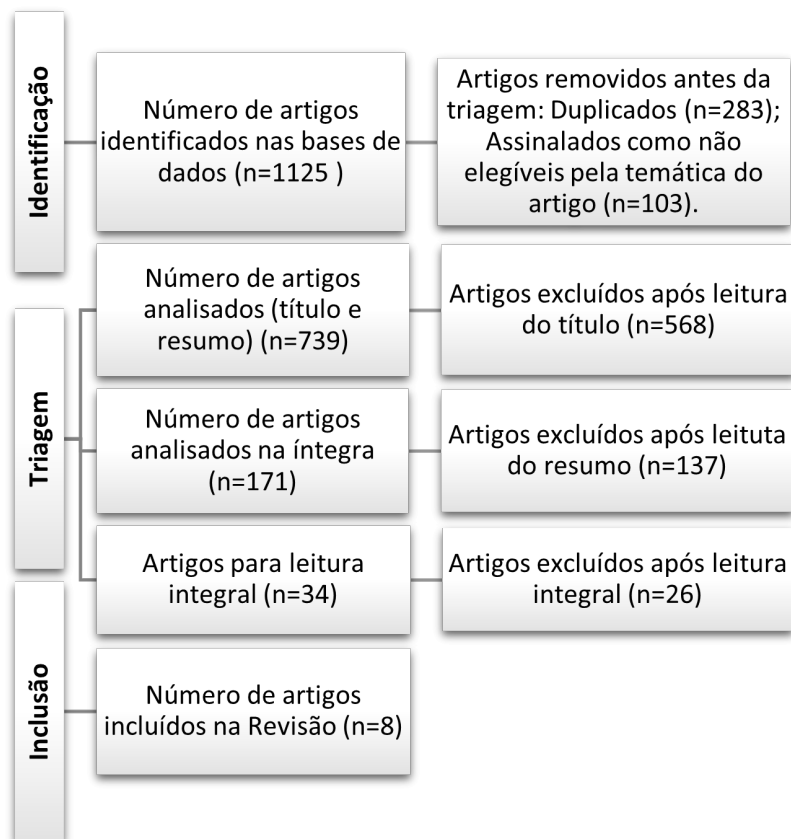


Figura 1 - PRISMA 2020 Fluxograma para novas revisões sistemáticas que incluem buscas em bases de dados, protocolos e outras fontes. Traduzido por: Verónica Abreu*, Sónia Gonçalves-Lopes*, José Luís Sousa* e Verónica Oliveira / *ESS Jean Piaget - Vila Nova de Gaia - Portugal de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71.

3. Resultados e Discussão

Neste capítulo serão elencados os resultados obtidos através da pesquisa bibliográfica, acompanhados por uma breve síntese explicativa dos fenómenos em questão.

3.1. Resultados da Pesquisa

Esta revisão integrativa, é composta por 8 artigos, que foram analisados na sua integralidade e que se relacionam com a temática em estudo. Todos os artigos incluídos encontram-se na

língua inglesa.

Desse modo, os estudos encontram-se distribuídos num horizonte temporal de 2017 a 2023 (Tabela 1 do anexo I).

Relativamente ao país de origem dos estudos (Tabela 2 do anexo I).

No que à metodologia utilizada nos estudos é respeitante (Tabela 3 do anexo I), é possível verificar Estudos Randomizados Controlados (3), Estudos não Randomizados Controlados (1), Estudos experimentais (3) e Estudos não experimentais (1).

No que concerne aos níveis de evidência encontrados nos artigos obtidos no agregador de conteúdos EBSCOhost: 3 artigos foram de nível 2 (“evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado” (Galvão, 2006)); 1 de nível 3, (“evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização” (Galvão, 2006)); 3 de nível 4 (“evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controlo bem delineados” (Galvão, 2006)); e 1 de nível 6 (“evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo” (Galvão, 2006)).

A revisão inclui oito estudos com níveis de evidência variados, desde estudos randomizados controlados (nível 2) até estudos descritivos ou qualitativos (nível 6). Três estudos randomizados controlados são de nível 2 e fornecem uma base relativamente sólida de evidências, especialmente em termos de evidência quantitativa. No entanto, o tamanho das amostras desses estudos randomizados controlados varia, com dois estudos a apresentarem amostras moderadas (94 e 88 participantes) e um estudo com uma amostra pequena (29 participantes). Isto sugere que, embora os estudos randomizados reforcem a qualidade da evidência, a generalização dos resultados deve ser feita com cautela, principalmente devido à amostra pequena de um dos estudos. A inclusão de estudos de nível 3 e 4 (observacionais e não randomizados) complementa os resultados, embora com evidências de menor força metodológica. O artigo de nível 6 adiciona uma perspetiva de compreensão qualitativa, mas não contribui significativamente para o rigor metodológico. O nível de evidência global da revisão pode ser classificado como moderado, dado que a maior parte da evidência provém de estudos de nível 2 e 4, havendo, no entanto, limitações decorrentes dos tamanhos das amostras e da inclusão de evidências de níveis inferiores.

Análise dos artigos é apresentada no quadro 1 (anexo II). Pretende-se apresentar os principais resultados e conclusões de cada artigo analisado, considerados de utilidade para a elaboração da resposta à questão de investigação.

3.2. Discussão Dos Resultados

A análise dos oito estudos incluídos na revisão integrativa revela evidências promissoras sobre a

eficácia das intervenções baseadas em mindfulness (MBIs) nas grávidas com complicação. Estas intervenções mostraram-se eficazes em vários domínios, incluindo saúde mental (Akca, Cengizhan, & Gokbulut, 2023; Goetz, et al., 2020; Hamidi, et al., 2020), ligação mãe-filho(a) (Akca, Cengizhan, & Gokbulut, 2023; Korukcu & Kukul, 2017), aceitação da gravidez (Akca, Cengizhan, & Gokbulut, 2023; Korukcu & Kukul, 2017), competência no papel parental (Korukcu & Kukul, 2017), relações conjugais (Korukcu & Kukul, 2017), efeitos no pós-parto (Abatemarco, et al., 2021; Korukcu & Kukul, 2017) e outros resultados fisiológicos (Bublitz, et al., 2023). A seguir, discutem-se os resultados agrupados por temas, à luz do conhecimento científico disponível, nomeadamente nos artigos incluídos.

3.2.1. Saúde Mental: Redução de Ansiedade e Depressão

Um dos principais benefícios das intervenções baseadas em mindfulness é a melhoria da saúde mental das grávidas, particularmente no que diz respeito à redução da ansiedade. A maioria dos estudos analisados, como os de Goetz et al. (2020), Akca, Cengizhan e Gokbulut (2023) e Hamidi et al. (2020), reportaram uma diminuição significativa nos níveis de ansiedade das participantes.

O estudo de Akca et al. (2023) reforçou esses resultados ao demonstrar que as participantes do programa de Redução de Stress Baseada em Mindfulness (MBSR) experienciaram uma redução significativa da ansiedade pré-natal. De forma semelhante, Hamidi et al. (2020) encontraram reduções nos níveis de ansiedade em grávidas com diabetes gestacional após a intervenção de mindfulness. Esses resultados sugerem que as intervenções baseadas em mindfulness podem ser particularmente eficazes na gestão da ansiedade durante gravidezes de alto risco.

Goetz et al. (2020) observaram uma redução substancial nos níveis de ansiedade, no entanto, os efeitos sobre a depressão parecem ser menos consistentes. Os autores não encontraram reduções significativas nos sintomas depressivos, sugerindo que intervenções de curta duração ou com foco primário na ansiedade podem ter um impacto limitado sobre a depressão pré-natal e pós-natal.

Por outro lado, em outros dois estudos piloto (Abatemarco et al., 2021; Bublitz et al., 2019), foi observada uma redução na ansiedade, no stress e na depressão. Esses resultados indicam que as intervenções de mindfulness podem ser promissoras como uma abordagem benéfica para reduzir a ansiedade, o stress e a depressão pré-natal.

Schiele et al. (2022) destacaram uma alta aceitação da intervenção, apesar das limitações no uso de aplicações eletrónicas e da preferência manifestada pelas participantes pelo apoio presencial. No entanto, são necessários mais estudos que investiguem intervenções de maior duração e que abordem tanto a ansiedade quanto a depressão.

3.2.2. Ligação Mãe-Filho(a) e Aceitação da Gravidez

A ligação mãe-filho(a) foi outro aspeto favorecido pelas intervenções de mindfulness, foi analisada em dois estudos. O estudo de Akca et al. (2023) reportou um aumento significativo na ligação mãe-filho(a) pré-natal, sendo que Korukcu & Kukulu (2017) também observaram uma ligação emocional mais forte entre as mães e os seus bebés durante o primeiro mês pós-parto. Estes resultados destacam o papel do mindfulness na promoção de uma maior consciência e envolvimento emocional das grávidas com a sua gravidez e com o futuro bebé, o que pode contribuir para uma ligação mais forte após o nascimento.

Em termos de aceitação da gravidez, Korukcu & Kukulu (2017) encontraram um aumento significativo na aceitação entre as participantes que receberam a intervenção baseada em mindfulness. Isto sugere que o mindfulness permite as grávidas lidarem melhor com as mudanças emocionais e físicas inerentes à gravidez, e promove uma transição mais saudável.

3.2.3. Competência no Papel Parental e Preparação para o Parto

A competência no papel parental e a preparação para o parto foram analisadas no estudo de Korukcu & Kukulu (2017), que demonstrou os benefícios das intervenções de mindfulness em relação a esses aspectos. Os autores verificaram que as grávidas que participaram no programa Mindfulness-Based Transition to Motherhood relataram uma maior confiança nas suas capacidades para exercer o papel parental. Este resultado é consistente com a ideia de que o mindfulness, ao promover a autorreflexão e a regulação emocional, pode aumentar a confiança das mulheres para cuidar dos seus bebés.

Quanto à preparação para o parto, o mindfulness demonstrou ser uma ferramenta eficaz para reduzir os medos e preocupações relacionados com o processo do parto, particularmente em populações de alto risco. Korukcu & Kukulu (2017) reportaram uma melhoria significativa na preparação para o parto no grupo experimental, o que sugere que as práticas de mindfulness podem ajudar as grávidas a enfrentarem o processo de parto com maior tranquilidade e menos stress.

3.2.4. Relação Conjugal

Korukcu & Kukulu (2017) observaram que as intervenções de mindfulness tiveram um impacto positivo nas relações conjugais. Verificaram uma maior coesão conjugal nas participantes que receberam a intervenção de mindfulness, destacando a importância destas práticas no fortalecimento das dinâmicas familiares durante a gravidez. A capacidade para gerir as emoções através do mindfulness pode, assim, contribuir para um ambiente familiar mais harmonioso, o que é particularmente relevante durante a transição para a parentalidade.

3.2.5. Efeitos Pós-Parto

Os efeitos das intervenções baseadas em mindfulness estenderam-se além do período pré-natal,

com alguns resultados positivos observados no pós-parto. Abatemarco et al. (2021) reportaram que os efeitos benéficos da intervenção na redução do stress e ansiedade se mantiveram no pós-parto. No entanto, Korukcu & Kukulcu (2017) indicaram que, embora as melhorias na ligação mãe-filho(a) fossem significativas no primeiro mês pós-parto, estas diferenças tornaram-se menos pronunciadas no quarto mês, sugerindo que o impacto a longo prazo das intervenções de mindfulness pode requerer práticas continuadas para sustentar os benefícios iniciais.

3.2.6. Outros Resultados Fisiológicos

O estudo de Bublitz et al. (2023) incidiu na avaliação de efeitos fisiológicos das intervenções de mindfulness. Os autores observaram uma redução significativa na pressão arterial diastólica entre as grávidas com risco de distúrbios hipertensivos da gravidez que participaram numa intervenção baseada em mindfulness. Embora as taxas de distúrbios hipertensivos não tenham atingido significância estatística, os resultados sugerem que o mindfulness pode ter um impacto positivo em parâmetros fisiológicos, como a pressão arterial, em populações de alto risco.

4. Conclusão

O impacto do mindfulness na prática de enfermagem, especialmente no domínio da enfermagem de saúde materna e obstétrica, destaca a importância de integrar técnicas de atenção plena nos cuidados. Esta integração promove não apenas o bem-estar das grávidas, mas também fortalece a relação entre enfermeiro e cliente, e melhora a eficácia das intervenções em saúde mental durante a gravidez. As intervenções baseadas em mindfulness têm demonstrado eficácia na redução da ansiedade, no fortalecimento da ligação mãe-filho(a), na aceitação da gravidez, e na preparação para o parto em mulheres que vivenciam uma gravidez complicada (Akca, Cengizhan, & Gokbulut, 2023; Goetz et al., 2020; Hamidi, et. al, 2020; Korukcu & Kukulcu, 2017). Embora os efeitos sobre a depressão sejam menos consistentes, o mindfulness continua a emergir como uma alternativa promissora para o apoio à saúde mental e bem-estar das grávidas (Goetz et al., 2020).

Apesar dos resultados promissores sobre os efeitos positivos das intervenções de mindfulness durante a gravidez, muitos estudos analisados nesta revisão apresentaram limitações metodológicas que restringem a generalização dos resultados. Entre as limitações identificadas estão as amostras pequenas e a ausência de grupos de controlo aleatórios, como foi o caso do estudo de Korukcu & Kukulcu (2017). Além disso, a heterogeneidade das intervenções, que variam entre programas presenciais e intervenções eletrónicas, dificulta a obtenção de conclusões uniformes sobre a eficácia de todas as abordagens de mindfulness.

Para validar plenamente o impacto destas intervenções, são necessários mais estudos randomizados controlados com amostras maiores, metodologia robusta e intervenções prolongadas, particularmente no que diz respeito à depressão e aos efeitos a longo prazo. A

prática de mindfulness tem demonstrado benefícios como tratamento complementar em diferentes populações, mas a sua aplicabilidade à grávida com complicação ainda requer mais investigação.

O número de estudos que avaliam as intervenções de mindfulness durante a gravidez tem vindo a aumentar, e esta revisão oferece uma visão geral do estado atual deste campo de investigação. Além disso, serve como base para futuras pesquisas e para o desenvolvimento de programas de mindfulness de maior qualidade, especialmente direcionados para grávidas de alto risco. Embora o mindfulness ainda seja uma área em crescimento no que diz respeito à comprovação da sua efetividade, considero que, na enfermagem de saúde materna e obstétrica, existe um desafio significativo em integrar a investigação à prática clínica, a fim de melhorar as intervenções em casos de gravidez com complicação.

10. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Os cuidados de enfermagem à parturiente, às puérperas e às grávidas com complicações requerem um conjunto de competências altamente diferenciadas e específicas, evidenciando a necessidade de especialização na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO). A prestação de cuidados de qualidade implica a mobilização de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, aliada a competências específicas aplicadas ao contexto clínico da maternidade, nomeadamente no acompanhamento do parto, no puerpério e em situações de gravidezes de alto risco.

Ao longo do estágio, descrito no presente relatório, o percurso formativo foi sustentado numa reflexão contínua sobre a prática clínica, promovendo o crescimento pessoal e profissional, com base na mais recente evidência científica. Através deste processo, foi possível atingir os objetivos propostos, nomeadamente o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Este percurso incluiu a integração e a prática nos diversos ensinamentos clínicos, onde foram adquiridas competências cruciais para garantir a prestação de cuidados de excelência, com foco na organização, previsão e antecipação das necessidades da parturiente, da puérpera e do recém-nascido, e em contexto de gravidez com complicação.

Além do desenvolvimento clínico, um dos objetivos foi aprofundar uma problemática de investigação. Nesse sentido, o relatório aborda uma revisão integrativa da literatura centrada nas intervenções baseadas em *mindfulness* durante gravidezes de alto risco. Este aprofundamento científico permitiu avaliar os efeitos dessas intervenções nos resultados materno-fetais, contribuindo para a integração de práticas baseadas na evidência no acompanhamento de grávidas em contextos de maior vulnerabilidade.

O enfermeiro especialista em ESMO deve, assim, garantir uma gestão eficaz dos riscos, promovendo constantemente a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. A atuação em contexto de assistência ao parto e acompanhamento pós-parto exige uma abordagem centrada na mulher, assegurando a sua autonomia, a humanização dos cuidados e a aplicação de intervenções informadas.

A utilização de terminologias padronizadas no planeamento dos cuidados permite uma recolha e análise de dados mais precisa, facilitando a tomada de decisão clínica e a avaliação dos resultados obtidos. Este processo é essencial para o desenvolvimento da investigação em enfermagem especializada, sendo ainda necessário um esforço adicional na produção científica dentro da área da saúde materna e obstétrica, de forma a demonstrar o impacto e o contributo

dos cuidados especializados.

Em síntese, o ensino clínico proporcionou-me a experiência de ser uma observadora externa no contexto da saúde materna e obstétrica, permitindo-me ver a realidade com uma nova perspetiva. Ao longo deste percurso, enfrentei desafios que me fizeram crescer tanto a nível profissional como pessoal, desenvolvi competências, resiliência e uma compreensão mais profunda das necessidades das mulheres e das suas famílias. Sinto que consegui valorizar plenamente as minhas capacidades e qualidades pessoais, aproveitando as oportunidades que me foram proporcionadas para aperfeiçoar as minhas competências e preparar-me de forma consistente para o papel de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. Enquanto EEESMO, espero seguir novos caminhos, desafiando o que está estabelecido e, desta forma contribuir para a evolução dos cuidados, sempre com o foco na promoção de uma assistência de elevada qualidade, num ambiente seguro e humanizado.

11. BIBLIOGRAFIA

- Abatemarco, D. J., Gannon, M., Short, V. L., Baxter, J., Metzker, K. M., Reid, L., & Catov, J. M. (2021). Mindfulness in Pregnancy: A Brief Intervention for Women at Risk. *Maternal and Child Health Journal*, 25, pp. 1875-1883. doi:<https://doi.org/10.1007/s10995-021-03243-y>
- Abrar, A., Fairbrother, N., Smith, A. P., Skoll, A., & Albert, A. Y. (2020). Anxiety among women experiencing medically complicated pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Birth*, 47, pp. 13-20. doi: <https://doi.org/10.1111/birt.12443>
- ACOG. (2016). Management of Preterm Labor: Bulletin Number 171. (T. A. Gynecologists, Ed.)
- ACOG, A. C. (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG Committee Opinion No. 766.
- ACOG, American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and Second Stage Labor Management: Clinical Practice Guideline. Retrieved from <https://www.acog.org>
- Akca, E. I., Cengizhan, S. O., & Gokbulut, N. (2023). Effectiveness of a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Program on Stress, Anxiety, and Prenatal Attachment for High-Risk Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness*, 14, pp. 2963-2974. doi:<https://doi.org/10.1007/s12671-023-02247-9>
- Akuamoah-Boateng, J., & Spencer, R. (2018). Woman-centered care: Women's experiences and perceptions of induction of labor for uncomplicated post-term pregnancy: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 67, pp. 46-56. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.018>
- Alfirevic, Z., Gyte, G. M., Cuthbert, A., & Devane, D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(CD006066.). doi:10.1002/14651858.CD006066.pub3
- Alhafez, L., & Berghella, V. (2020). Evidence-based labor management: first stage of labor (part3). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 2. doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100185
- Angarita, A. M., & Berghella, V. (2022). Evidence-based labor management: third stage of labor (part 5). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(100661). doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2022.100661>
- Assembleia da República. (2014). Lei n.º 15/2014, de 21 de março: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República n.º 57/2014, Série I de 2014-03-21*, pp. 2127-2131. Retrieved from

<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>

Assembleia da República. (2019). Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro: Estabelece os princípios, direitos e deveres aplicáveis em matéria de proteção na preconcepção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério, procedendo à segunda alteração à L. Diário da República n.º 172/2019, Série I de 2019-09-09, pp. 94-101. Retrieved from <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/110-2019-124539905>

Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). Experiências de Parto em Portugal, Inquérito às mulheres sobre as suas experiências de parto. Retrieved from https://associacaogravidezparto.pt/wp-content/uploads/2016/08/Experi%C3%AAs_Ancias_Parto_Portugal_2012-2015.pdf

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

Banner, H., & D'Souza, R. (2021). Towards an evidence-based approach to optimize the success of labour induction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 77, pp. 129 - 143. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.08.006>

Beck, C. T. (2001). Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*, 50, pp. 275 - 285.

Berens, P., Lockwood, C. J., & Eckler, K. (2016). Overview of postpartum care, Literature review. UpToDate. Retrieved from www.uptodate.com

Borges, M., Moura, R., Oliveira, D., Parente, M., Mascarenhas, T., & Natal, R. (2021). Effect of the birthing position on its evolution from a biomechanical point of view . *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 200(105921). doi:<https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2020.105921>

Braunthal, S., & Brateanu, A. (2019). Hypertension in pregnancy: Pathophysiology and treatment. *SAGE Open Medicine*, 7(2050312119843700), pp. 1 -15. doi:10.1177/2050312119843700

Bublitz, M. H., Nillni, Y., Livingston, Z., Carpenter, M., & Salmoirago-Blotcher, E. (2019). Phone-delivered mindfulness training for pregnant women at risk for preterm birth. *Journal of alternative and complementary medicine*, 25, pp. 444-445. doi:10.1089/acm.2018.0331

Bublitz, M. H., Salmoirago-Blotcher, E., Sanapo, L., Ayala, N., Mehta, N., & Bourjeily, G. (2023). Feasibility, acceptability, and preliminary effects of mindfulness training on antenatal blood pressure. *Journal of psychosomatic research*, 165(111146). doi:<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2023.111146>

Byatt, N., Hicks-Courant, K., Davidson, A., Levesque, R., Mick, E., Allison, J., & Simas, T. A. (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *Gen Hosp Psychiatry*, 36,

pp. 644-649. doi:10.1016/j.genhosppsy.2014.07.011

Cardoso, A. (2017). Competências Parentais - Especificações e critérios de diagnóstico. 1-29.

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), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

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. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32963/gobpgravidezadaptacaogravidez_v5.pdf

Carper, B. A. (2006). Fundamental patterns of knowing in nursing. In W. K. Cody, *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice* (pp. 19-26). Jones & Bartlett Learning.

Carvalho, F. S., Vliegen, N., Reiss, I., & Dijk, M. v. (2023). Supporting early parenthood of hospitalised women with severe pregnancy problems and their partners: rationale, principles and exploration of a psychotherapeutic programme. *Journal of Child Psychotherapy*, 49, pp. 209-229. doi: 10.1080/0075417X.2023.2206885

Coates, R., Cupples, G., Scamell, A., & McCourt, C. (2019). Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery*, 69, pp. 17-28. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.013>

Cunha, C., Cabral, H., Novais, A., Ribeiro, L., & Souza, C. (2018, jan./jul). A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E A DIGNIDADE DA PARTURIENTE. *Revista Transformar*.

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). Estabelece o regime jurídico da formação dos enfermeiros e do exercício da profissão de enfermagem. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 153, pp. 1 - 9. Retrieved from <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Dennis, C.-L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210, pp. 315-323. doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179

Desseauve, D., Fradetb, L., Lacouture, P., & Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 208, pp. 46-54. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.11.006>

Dhillon, A., Sparkes, E., & Duarte, R. V. (2017). Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*, 8, pp. 1421-1437.

doi:10.1007/s12671-017-0726-x

Direção Geral de Saúde, D. (2015). Indução do trabalho de parto (Norma no 002/2015).

Emmanuel, E., & John, W. S. (2010). Maternal distress: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 66, pp. 2104-2115.

Evans, K., Sands, G., Spiby, H., Evans, C., Pallotti, P., & Eldridge, J. (2021). A systematic review of supportive interventions to promote women's comfort and well-being during induction of labour. *Journal of Advanced Nursing*, 77, pp. 2185-2196. doi:10.1111/jan.14711

FIGO. (2015). Mother–baby friendly birthing facilities. Retrieved from <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/MBFBF-guidelines.pdf>

Fontoura, E., Oliveira, A., Oliveira, M., Souza, D., Cerqueira, A., Silva e Silva, Í., . . . Silva, V. (2021). CONFLITOS E DILEMAS ÉTICOS VIVENCIADOS NA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO CONTEXTO HOSPITALAR. In R. S. Molin, *Saúde da Mulher e do Recém-Nascido políticas, programas e assistência multidisciplinar*. Editora Científica Digital.

Fox, D., Coddington, R., & Scarf, V. (2022). Wanting to be ‘with woman’, not with machine: Midwives’ experiences of caring for women being continuously monitored in labour. *Women and Birth*, 35, pp. 387-393. doi:10.1016/j.wombi.2021.09.002

Friedman, E. A. (1955). Primigravid labor, a graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 6(6).

Friedman, E. A., & Kroll, B. H. (1969). Computer analysis of labour progression. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 76, pp. 1075-1079.

Galvão, C. M. (2006). Níveis de evidência. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19, pp. 5-5. doi:<https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000200001>

Gimovsky, A. C., & Berghella, V. (2022). Evidence-based labor management: second stage of labor (part 4). *Am J Obstet Gynecol MFM*, 4(100548). doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100548>

Goetz, M., Schiele, C., Müller, M., Matthies, L. M., Deutsch, T. M., Spano, C., . . . Wallwiener, S. (2020). Effects of a Brief Electronic Mindfulness-Based Intervention on Relieving Prenatal Depression and Anxiety in Hospitalized High-Risk Pregnant Women: Exploratory Pilot Stud. *Journal of Medical Internet Research*, 22. doi:10.2196/17593

Hamidi, F., Javadnoori, M., Hosseinifard, S. M., & Nikbakht, R. (2020). The effectiveness of mindfulness-based training on anxiety in pregnant women with gestational diabetes. *Family Medicine & Primary Care Review*, 22, pp. 279-283. doi:<https://doi.org/10.5114/fmpcr.2020.100430>

- He, X., Zeng, X., Troendle, J., Ahlberg, M., Tilden, E. L., Souza, J. P., . . . Zhang, J. (2023). New insights on labor progression: a systematic review. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 228, pp. S1063-S1094. doi:10.1016/j.ajog.2022.11.1299
- Hofmeyr, G., & Singata-Madliki, M. (2020). The second stage of labor. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 67, pp. 53 - 64. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.03.012
- Howard, E. D. (2017). An Innovation in the Assessment of Labor Pain. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. doi:10.1097/JPN.0000000000000246
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Sciences, International Journal of Nursing*, 6, pp. 460-467. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.06.007
- Hulsbosch, L. P., Poel, E. v., Nyklícek, I., & Boekhorst, M. G. (2023). Trait mindfulness facets as a protective factor for the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 157, pp. 264-270. doi:https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.007
- Hundley, V., Downe, S., & Buckley, S. J. (2020). The initiation of labour at term gestation: Physiology and practice implications. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 67, pp. 4-18. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.02.006
- ICN. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)*. Retrieved from International Council of Nurses,: <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Instituto Nacional de Estatística. (2023). *Estatísticas Demográficas - 2022*. (I. N. Estatística, Ed.) Lisboa. Retrieved from file:///C:/Users/ang-d/Downloads/ED2022%20(1).pdf
- Iversen, K., Kahrs, B. H., & Eggebø, T. M. (2021). There are 4, not 7, cardinal movements in labor Johanne. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(100436). doi:https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100436
- Jenkins, H., Jessiman, W. C., Hubbard, G., & O'Malley, C. (2023). Exploring women's experiences, views and understanding of vaginal examinations during intrapartum care: A meta-ethnographic synthesis. *Midwifery*, 124(103746). doi:10.1016/j.midw.2023.103746
- Knupp, R. J., Andrews, W. W., & Tita, A. T. (2020). The future of electronic fetal monitoring. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 67, pp. 44-52. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.02.004
- Korukcu, O., & Kukulcu, K. (2017). The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes. *Health care for women international*, 38, pp. 765-785. doi:https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1318882
- Kumar, N., & Weeks, A. D. (2021). Misoprostol for labour induction. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 77, pp. 53-63.

doi:<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2021.09.003>

Leng, L. L., Yin, X. C., & Ng, S. M. (2023). Mindfulness-based intervention for clinical and subthreshold perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial. *Comprehensive Psychiatry*, 122(152375). doi:<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2023.152375>

Levine, L. D., Valencia, C. M., & Tolosa, J. E. (2020). Induction of labor in continuing pregnancies. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 67, pp. 90 - 99. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.04.004>

Lowdermilk, D. L., Cashion, K., Alden, K. R., Olshansky, E. F., & Perry, S. E. (2023). *Maternity & Women's Health Care* (13^a ed.). Missouri: Elsevier.

Mageea, L. A., Brown, M. A., Hall, D. R., Gupte, S., Hennessy, A., Karumanchi, S. A., . . . Dadelszen, P. v. (2022). The 2021 International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, 27, pp. 148-169. doi:[10.1016/j.preghy.2021.09.008](https://doi.org/10.1016/j.preghy.2021.09.008)

Matvienko-Sikar, K., Lee, L., Murphy, G., & Murphy, L. (2016). The effects of mindfulness interventions on prenatal well-being: A systematic review. *Psychology & Health*, 31, pp. 1415-1434. doi:<https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1220557>

Meier, P. P. (2010). *Breastfeeding Your Late Preterm Infant*. McHenry, IL, USA: Medela, Inc. Retrieved from <https://www.medela.us/mbus/attachment/download/517>

Meier, P. P., Furman, L. M., & Degenhardt, M. (2007). Increased Lactation Risk for Late Preterm Infants and Mothers: Evidence and Management Strategies to Protect Breastfeeding. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52, pp. 579-587. doi:[10.1016/j.jmwh.2007.08.003](https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.08.003)

Meier, P., Patel, A. L., Wright, K., & Engstrom, J. L. (2013). Management of Breastfeeding During and After the Maternity Hospitalization for Late Preterm Infants. *Clinics in Perinatology*, 40, pp. 689-705. doi:[10.1016/j.clp.2013.07.014](https://doi.org/10.1016/j.clp.2013.07.014)

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In A. I. Meleis, *Transitions Theory Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing research and Practice* (pp. 52-72). New York: Springer Publishing Company.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Adv. Nurs. Sci.*, 23, 1, 12-28.

Metoki, H., Iwama, N., Hamada, H., Satoh, M., Murakami, T., Ishikuro, M., & Obara, T. (2022). Hypertensive disorders of pregnancy: definition, management, and out-of-office blood pressure

measurement. *Hypertension research*, 45, pp. 1298-1309. doi:<https://doi.org/10.1038/s41440-022-00965-6>

Moncrieff, G., Gyte, G., Dahlen, H., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe, S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*(CD010088). doi:10.1002/14651858.CD010088.pub3

Nanji, J. A., & Carvalho, B. (2020). Pain management during labor and vaginal birth. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 67, pp. 100-112. doi:10.1016/j.bpobgyn.2020.03.002

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Fetal monitoring in labour (NG229). National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng229

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Intrapartum care (NG235). National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved from www.nice.org.uk/guidance/ng235

NICE. (2021). Inducing labour (NG207). United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence.

NICE. (2023). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NG133). National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved from National Institute for Health and Care Excellence: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>

NP EN ISO 9001. (2015). *Sistemas de gestão da qualidade — Requisitos (Guia do utilizador)*. Associação Portuguesa de Certificação (APCER).

O'Brien, D., Coughlan, B., Thompson, S., Carroll, L., Sheehy, L., Brosnan, M., . . . Doherty, J. (2022). Exploring midwives' experiences of implementing the Labour Hopscotch Framework: A midwifery innovation. *European Journal of Midwifery*, 6. doi:10.18332/ejm/146081

OMS. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020*. Organização Mundial da Saúde. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8884/oms_europa_orientacoesestrategicaseuropeias_online.pdf#:~:text=Este%20documento%20fornece%20um%20quadro

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Parecer n.º 43/2019, cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica. pp. 1 - 4. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências do

Enfermeiro Especialista Comuns. Diário da República, 2.ª série — N.º 26 — 6 de fevereiro de 2019, pp. 4744 - 4750. Retrieved from <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 391/2019: Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019. Portugal. Retrieved from <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/05/085000000/1356013565.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2022). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Retrieved from Ordem dos Enfermeiros: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/padr-es-de-qualidade-mceesmo/full-view.html>

Palma, E., Armijo, I., Cifuentes, J., Ambiado, S., Rochet, P., Díaz, B., . . . Mena, C. (2020). Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. doi:10.1080/02646838.2020.1740661

Paz, M. M., Diniz, R. d., Almeida, M. d., Cabral, N. O., Assis, T. J., Sena, M. F., . . . Teixei, C. K. (2022). Análise do nível de ansiedade na gestação de alto risco com base na escala Beck Anxiety Inventory. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22, pp. 1015-1023.

Peñacoba, C., & Catala, P. (2019). Associations Between Breastfeeding and Mother-Infant Relationships: A Systematic Review. *BREASTFEEDING MEDICINE*, 14(9), pp. 1-14. doi:: 10.1089/bfm.2019.0106

Póvoa, A. M., Costa, F., Rodrigues, T., Patricio, B., & Cardoso, F. (2008). Prevalence of hypertension during pregnancy in Portugal. *Hypertension in pregnancy*, 27, pp. 279-284. doi:<https://doi.org/10.1080/10641950802000943>

Roberts, L., Gulliver, B., Fisher, J., & Cloyes, K. G. (2010). The Coping With Labor Algorithm: An Alternate Pain Assessment Tool for the Laboring Woman. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(2), pp. 107-116. doi:10.1016/j.jmwh.2009.11.002

Sajadian, S. Z., Javadifar, N., Aslani, K., & Saki, A. (2022). Effectiveness of mindfulness-based intervention in the improvement of maternal role adaptation among first time mothers: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 49(101665). doi:<https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101665>

Sanders, R. (2015). Functional discomfort and a shift in midwifery paradigm. *Women and Birth*, 28, pp. e87-e91. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.03.001>

Schiele, C., Goetz, M., Hassdenteufel, K., Müller, M., Graf, J., Zipfel, S., & Wallwiener, S. (2022). Acceptance, experiences, and needs of hospitalized pregnant women toward an electronic mindfulness-based intervention: A pilot mixed-methods study. *Frontiers in Psychiatry*, 13(939577). doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.939577>

- Sipe, W. E., & Eisendrath, S. J. (2012). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theory and Practice. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), pp. 63-69.
- Smorti, M., Ginobbi, F., Simoncini, T., Pancetti, F., Carducci, A., Mauri, G., & Gemignani, A. (2023). Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: An integrative quantitative and qualitative study. *Current Psychology*, 42, pp. 5570-5579. doi:<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). Consenso Clínico. Prematuridade tardia. Retrieved from <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2019/02/Consenso-PTT-final-revista2018.pdf#:~:text=O%20desenvolvimento%20pulmonar%20%C3%A9%20incompleto,%20ocorrendo%20entre%2034%20e%2037>
- Soto-Balbuena, C., Rodríguez, M. d., Gomis, A. I., Barriendos, F. J., Le, H.-N., & PMB-HUCA, G. (2018). Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*, 30(3), pp. 257-263. doi:10.7334/psicothema2017.379
- SPOMMF. (2018). Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal: Normas de orientação. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal.
- Szegda, K., Markenson, G., Bertone-Johnson, E. R., & Chasan-Taber, L. (2014). Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27, pp. 960-967. doi:<https://doi.org/10.3109/14767058.2013.845157>
- Thomson, G., Feeley, C., Moran, V. H., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16(71). doi:10.1186/s12978-019-0735-4
- Weeks, A. D., & Fawcus, S. (2020). Management of the third stage of labour: (for the Optimal Intrapartum Care series edited by Mercedes Bonet, Femi Oladapo and Metin Gülmezoglu). *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 67, pp. 65 - 79. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.03.003>
- WHO. (2020). WHO labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2014). WHO recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia. World Health Organization.

- WHO. (2015). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice* (3rd ed.). Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2022). *WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term.* : World Health. Geneva: World Health Organization .
- WHO. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.* Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2024). *Maternal mortality.* World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- WHO, W. H. (2015). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.* Geneva.
- WHO, W. H. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience.* Geneva: World Health Organization.
- Williamson, S. P., Moffitt, R. L., Broadbent, J., Neumann, D. L., & Hamblin, P. S. (2023). Coping, wellbeing, and psychopathology during high-risk pregnancy: A systematic review . *Midwifery*, 116(103556). doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103556>
- Woolhouse, H., Mercuri, K., Judd, F., & Brown, S. J. (2014). Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress: a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/369>
- Wu, P., Green, M., & Myers, J. E. (2023). Hypertensive disorders of pregnancy. *BMJ*(381:e071653). doi:10.1136/bmj-2022-071653
- Zang, Y., Lu, H., Zhao, Y., Huang, J., Ren, L., & BSc, X. L. (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29, pp. 3154 - 3169. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15376>
- Zhang, J., & Duan, T. (2017). The physiologic pattern of normal labour progression. *BJOG*. doi:10.1111/1471-0528.14929

12. ANEXOS

Anexo I

Resultados da Pesquisa

Tabela 1 - Distribuição dos Artigos pelos Anos de Realização

ANO	NÚMERO DE ESTUDOS
2023	2
2022	1
2021	1
2020	2
2019	1
2017	1
TOTAL	8

Tabela 2 - Distribuição dos Artigos pelo País de Origem

PAÍS	NÚMERO DE ESTUDOS
Turquia	2
EUA	2
Alemanha	2
Irão	1
Islândia	1
TOTAL	8

Tabela 3 - Distribuição dos Artigos pelo Tipo de Estudo

Tipo de Estudo	NÚMERO DE ESTUDOS
Estudos Randomizados Controlados	3
Estudos Randomizados não Controlados	1
Estudos experimentais	3
Estudos não experimentais	1
TOTAL	8

Anexo II

Quadro 1 - Análise dos Artigos

Autores / Ano de Publicação	Título do Estudo	País	Objetivo do Estudo	Metodologia / Nível de Evidência	Participantes / Intervenção	Principais Resultados / Conclusões
Emine İbici Akca; Sidika Ozlem Cengizhan; Nilay Gokbulut (Akca, Cengizhan, & Gokbulut, 2023)	Effectiveness of a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Program on Stress, Anxiety, and Prenatal Attachment for High-Risk Pregnant Women: A Randomized Controlled Trial	Turquia	Examinar os efeitos do Programa de Redução de Stress Baseado em Mindfulness (MBSR) sobre o stress, a ansiedade e a ligação pré-natal em grávidas de alto risco.	Estudo randomizado controlado Nível de Evidência: 2 (Galvão, 2006)	94 mulheres grávidas de alto risco (48 participantes no grupo experimental, 46 participantes no grupo de controlo). O grupo experimental participou num programa de MBSR de 8 sessões: 2 sessões por semana, com uma duração total de 1 mês.	Verificou-se que o programa MBSR aplicado a grávidas de alto risco reduziu os níveis de ansiedade, aumentou os níveis da ligação pré-natal e não afetou os níveis de stress das grávidas. Os profissionais de saúde podem considerar o programa MBSR para grávidas de alto risco como uma forma de melhorar os resultados da gravidez.
Margaret H. Bublitz; Elena Salmoirago-Blotcher; Laura Sanapo; Nina Ayala; Niharika Mehta; Ghada Bourjeily (Bublitz, et al., 2023)	Feasibility, acceptability, and preliminary effects of mindfulness training on antenatal blood pressure	USA	Testar a viabilidade, aceitabilidade e os efeitos do mindfulness nas taxas dos distúrbios hipertensivos da gravidez (DHG) entre participantes grávidas em risco de DHG.	Estudo randomizado controlado Nível de Evidência: 2 (Galvão, 2006)	29 grávidas com risco de desenvolver DHG devido a um diagnóstico de hipertensão crónica e/ou problemas de tensão arterial numa gravidez anterior (15 grávidas alocadas ao grupo experimental, 14 grávidas alocadas ao grupo de controlo). Sessões de 30 minutos de uma intervenção de mindfulness por telefone, 1 vez por semana, durante 8 semanas.	O mindfulness pré-natal é viável e aceitável, podendo ser um tratamento preventivo complementar útil para DHG para grávidas em risco.
Claudia Schiele; Maren Goetz; Kathrin Hassdenteufel; Mitho Müller; Johanna Graf; Stephan Zipfel; Stephanie Wallwiener (Schiele, et al., 2022)	Acceptance, experiences, and needs of hospitalized pregnant women toward an electronic mindfulness-based intervention: A pilot mixed-methods study.	Alemanha	Examinar se uma breve intervenção eletrónica baseada em mindfulness (eMBI) é aceite entre grávidas de alto risco hospitalizadas.	Estudo de métodos mistos Nível de Evidência: 6 (Galvão, 2006)	30 grávidas de alto risco internadas. Intervenção baseada em mindfulness, através da aplicação eletrónica mindmom, durante 1 semana.	Há uma forte necessidade de cuidados de saúde mental durante a gravidez, especialmente para grávidas com perfil de risco. Uma intervenção eletrónica baseada em mindfulness (eMBI) oferece um meio aceitável de fornecer apoio à saúde mental para mulheres hospitalizadas com gravidez de alto risco.

Diane J. Abatemarco; Meghan Gannon; Vanessa L. Short; Jason Baxter; Kathleen M. Metzker; Lindsay Reid; Janet M. Catov (Abatemarco, et al., 2021)	Mindfulness in Pregnancy: A Brief Intervention for Women at Risk	USA	Testar a viabilidade e o impacto preliminar de um programa baseado em mindfulness (MIP) para mulheres com alto risco de parto prematuro.	Estudo piloto Nível de Evidência: 4 (Galvão, 2006)	35 grávidas afro-americanas, com maior risco de parto prematuro (PPT). Intervenção de mindfulness de 2 horas. As sessões foram realizadas 1 vez por semana durante 6 semanas consecutivas presencialmente.	Observada uma redução no stress, ansiedade e depressão, além de um aumento na atenção plena (mindfulness), que se manteve dois e sete meses após a intervenção.
Fatemeh Hamidi; Mojgan Javadnoori; Seyed Mehdi Hosseinfard; Roya Nikbakht (Hamidi, Javadnoori, Hosseinfard, & Nikbakht, 2020)	The effectiveness of mindfulness-based training on anxiety in pregnant women with gestational diabetes.	Irão	Investigar a eficácia de uma intervenção baseada em mindfulness na ansiedade em mulheres grávidas com diabetes gestacional.	Estudo randomizado controlado Nível de Evidência: 2 (Galvão, 2006)	88 grávidas com diabetes gestacional (44 participantes no grupo experimental, 44 participantes no grupo de controlo), distribuídas aleatoriamente. Intervenção baseada em mindfulness ao longo de 8 semanas. As sessões foram realizadas semanalmente durante 120 minutos presencialmente.	As evidências deste estudo sugerem que o aconselhamento baseado em mindfulness realizado por uma EEESMO reduziu a ansiedade de mulheres grávidas com diabetes gestacional.
Maren Goetz; Claudia Schiele; Mitho Müller; Lina M Matthies; Thomas M Deutsch; Claudio Spano; Johanna Graf; Stephan Zipfel; Armin Bauer; Sara Y Brucker; Markus Wallwiener; Stephanie Wallwiener (Goetz, et al., 2020)	Effects of a Brief Electronic Mindfulness-Based Intervention on Relieving Prenatal Depression and Anxiety in Hospitalized High-Risk Pregnant Women: Exploratory Pilot Study	Alemanha	Explorar a eficácia clínica de uma intervenção eletrónica de mindfulness durante 1 semana na depressão e ansiedade pré-natal em mulheres grávidas de alto risco hospitalizadas.	Estudo Exploratório Nível de Evidência: 4 (Galvão, 2006)	68 grávidas de alto risco internadas. Intervenção baseada em mindfulness, através da aplicação eletrónica mindmom, durante 1 semana.	Intervenções eletrónicas de mindfulness de curta duração (eMBIs) podem ter o potencial de reduzir os níveis de ansiedade e a ansiedade relacionada com a gravidez. No entanto, observou-se que a adesão às eMBIs parece estar relacionada com menores sintomas de stress associado à gravidez em grávidas de alto risco.
Margaret H. Bublitz; Yael Nillni; Zoe Livingston; Marshall Carpenter; Elena Salmoirago-Blotcher	Phone-Delivered Mindfulness Training for Pregnant Women at Risk for Preterm Birth.	Islandia	Estudo de teste de conceito de uma intervenção de mindfulness em grávidas com APPT.	Estudo piloto Nível de Evidência: 4 (Galvão, 2006)	10 grávidas com ameaça de parto pré-termo (APPT). 8 sessões semanais de uma intervenção baseada em	Uma intervenção de mindfulness realizado por telefone em grávidas com APPT mostra-se promissora como uma intervenção benéfica para

(Bublitz, Nillni, Livingston, Carpenter, & Salmoirago-Blotcher, 2019)					mindfulness, com duração de 30 minutos, via telefone.	reduzir a ansiedade, depressão e o stress pré-natal.
Oznur Korukcu; Kamile Kukulcu (Korukcu & Kukulcu, 2017)	The effect of the mindfulness-based transition to motherhood program in pregnant women with preterm premature rupture of membranes.	Turquia	Determinar o efeito de uma intervenção de mindfulness na preparação para a parentalidade, no nível de ligação mãe/filho(a) e autoavaliação pós-parto.	Estudo quase-experimental Nível de Evidência: 3 (Galvão, 2006)	60 grávidas internadas devido à rotura prematura de membranas (RPTM) (30 no grupo experimental, 30 no grupo de controlo). O programa consistiu em 7 sessões durante 1 semana, com duração de 90 minutos cada.	Uma intervenção baseada na atenção plena melhorou significativamente a aceitação da gravidez, na preparação para o parto e na ligação mãe/filho(a) no grupo experimental.