

**SENSO DE CONTROLO DURANTE O TRABALHO DE PARTO:
O CONTRIBUTO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

Projeto de estágio de desenvolvimento de competências clínicas especializadas
na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Autor

Mariana Sofia Monteiro Nunes Pereira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Alexandrina Maria Ramos Cardoso

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Irene Cerejeira

Co-Orientadora

Autor

Mariana Sofia Monteiro Nunes Pereira

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório de estágio de natureza profissional surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, tendo como objetivo descrever e analisar o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, tal como preconizado no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 391/2019, respetivamente, da Ordem dos Enfermeiros.

O desenvolvimento de competências específicas será demonstrado, tendo por base a descrição da construção de todo o processo da conceção de cuidados de seis casos clínicos, representantes das áreas de atenção da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica abrangidas pelo respetivo estágio supracitado e consequente reflexão.

Será ainda, elaborada uma análise crítica relativamente às experiências desenvolvidas ao longo do estágio e da respetiva aquisição de competências. A aquisição de competências profissionais e a discussão pública da sua descrição, tal como estipulado nos objetivos da unidade curricular, permitem obter o grau académico de mestre (2.º ciclo de estudos) e, por consequência, no futuro, habilitar ao título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nos termos definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

No contexto de bloco de partos, foi evidente, para mim, a importância do senso de controlo da mulher durante o trabalho de parto, bem como a intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica na promoção do mesmo.

Deste modo, surgiu a necessidade pessoal de aprofundar os conhecimentos relativos à promoção do senso de controlo da mulher durante o trabalho de parto. Assim, foi realizada uma pesquisa na literatura para dar resposta à questão: quais os elementos-chave da interação EEESMO-parturiente que deverão estar presentes para uma relação terapêutica capaz de promover o senso de controlo e contribuir para uma experiência de parto positiva? Neste relatório pretendo contribuir para uma resposta a esta questão, baseada em evidências, observação das práticas e reflexão pessoal.

Palavras-chave: Senso de controlo; Trabalho de parto; Experiência de parto positiva; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ABSTRACT

The present professional internship report is part of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. Its objective is to describe and analyze the process of developing common and specific competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health, as advocated in Regulation No. 140/2019 and Regulation No. 391/2019, respectively, by the Portuguese Nurses' Order.

The development of specific competencies will be demonstrated based on the description of the entire process of providing care for six clinical cases, representing the areas of focus within Maternal and Obstetric Health Nursing covered during the aforementioned internship, followed by reflection.

A critical analysis will also be conducted concerning the experiences developed throughout the internship and the respective acquisition of competencies. The acquisition of professional competencies and the public discussion of their description, as stipulated in the course unit's objectives, allow obtaining the academic degree of Master (2nd cycle of studies) and, consequently, in the future, qualifying for the professional title of Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, as defined by the Portuguese Nurses' Order.

In the context of the delivery room, it was evident to me the importance of the woman's sense of control during labor, as well as the Specialist Nurse's intervention in promoting it.

Thus, there arose a personal need to deepen the knowledge regarding the promotion of the woman's sense of control during labor. Therefore, a literature review was conducted to answer the question: What are the key elements of the interaction between the Specialist Nurse and the parturient that should be present for a therapeutic relationship capable of promoting the sense of control and contributing to a positive birth experience? In this report, I intend to contribute to answering this question based on evidence, observation of practices, and personal reflection.

Keywords: Sense of control; Labor; Positive birth experience; Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes gestacional

EEESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

OMS - Organização Mundial da Saúde

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

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RN- Recém-nascido

TP- Trabalho de parto

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. SENSO DE CONTROLO NOS ESFORÇOS EXPULSIVOS	21
3.1. Enquadramento teórico	21
3.2. Clientes	22
3.3. Medicação	22
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	23
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	23
3.5. Domínios	24
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	24
3.6. Dados	25
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	29
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	30
3.7. Diagnósticos	30
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	32
3.8. Especificação das intervenções	33
4. O EFEITO DA GRAVIDADE NA DESCIDA FETAL	39
4.1. Enquadramento teórico	39
4.2. Clientes	40
4.3. Medicação	40
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	40
4.5. Domínios	41
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	41
4.6. Dados	42
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	45
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	46
4.7. Diagnósticos	46
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	47
4.8. Especificação das intervenções	49
5. CONSENTIMENTO INFORMADO	55
5.1. Enquadramento teórico	55
5.2. Clientes	56
5.3. Domínios	56
5.4. Dados	56
5.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	59
5.4.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	59
5.5. Diagnósticos	59

5.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	61
5.6. Especificação das intervenções	61
6. A PROTAGONISTA	65
6.1. Enquadramento teórico	65
6.2. Clientes	65
6.3. Domínios	66
6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	66
6.4. Dados	66
6.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	68
6.4.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	68
6.5. Diagnósticos	69
6.6. Especificação das intervenções	70
7. DEPOIS DO PARTO	73
7.1. Enquadramento teórico	73
7.2. Clientes	74
7.3. Domínios	74
7.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	74
7.4. Dados	76
7.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	77
7.4.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	78
7.5. Diagnósticos	78
7.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	79
7.6. Especificação das intervenções	81
8. O POTENCIAL PARA CRESCER E DESENVOLVER	85
8.1. Enquadramento teórico	85
8.2. Clientes	85
8.3. Domínios	85
8.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	85
8.4. Dados	86
8.5. Diagnósticos	86
8.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	87
8.6. Especificação das intervenções	89
9. GRAVIDEZ	91
9.1. Enquadramento teórico	91
9.2. Clientes	92
9.3. Medicação	93
9.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	93
9.4. Domínios	94
9.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	94
9.5. Dados	95
9.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	96
9.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	97

9.6. Diagnósticos	97
9.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	97
9.7. Especificação das intervenções	98
10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	99
11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	109
12. BIBLIOGRAFIA	111

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A realização deste relatório preconiza uma reflexão crítica para uma prática baseada em evidência ao longo da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com relatório final, que decorreu entre 8 de fevereiro a 13 de julho do ano de 2023, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

A identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas centradas no cuidado à mulher durante a gravidez com complicações, durante o trabalho de parto, bem como no cuidado à puérpera e recém-nascido, proporcionaram a oportunidade de desenvolvimento de competências específicas do EEESMO. Os diferentes contextos de cuidados revelaram uma importância notória do desenvolvimento de competências comuns demonstradas pelo EEESMO, nomeadamente Responsabilidade profissional, ética e legal, a Melhoria contínua da qualidade, a Gestão dos cuidados e o Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De modo a ilustrar a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas, será descrito o processo de conceção de cuidados de um caso clínico do internamento de puérperas e recém-nascidos, um caso clínico no âmbito de gravidez com complicações e quatro casos clínicos do bloco de partos.

Relativamente aos cuidados à mulher no pós-parto, no internamento de puerpério, o EEESMO intervém, de acordo com as necessidades da puérpera, na promoção da adaptação à parentalidade. Sendo a amamentação uma área de grande preocupação para as mulheres, fez sentido, a apresentação de um caso clínico onde este foco de atenção se revelou especialmente desafiante para a puérpera que necessitou da intervenção do EEESMO.

Sendo o diagnóstico e o tratamento da diabetes gestacional fulcral para evitar riscos desnecessário para a grávida e feto, no que se refere aos cuidados à mulher durante a gravidez com complicações, será abordado o caso de uma grávida com diabetes gestacional admitida para indução do trabalho de parto.

No que concerne os cuidados à mulher durante o trabalho de parto e parto, serão descritos quatro casos clínicos, com a respetiva intervenção do EEESMO nas diferentes fases do trabalho de parto. Salienta-se a importância de atuar junto das parturientes na promoção da sua confiança e senso de controlo, favorecendo desta forma a progressão do trabalho de parto.

Assim, em três destes casos é demonstrada a relevância da intervenção do EEESMO para que a

parturiente seja capaz de compreender que é a protagonista do seu parto e que necessita apenas de ferramentas para escutar o seu corpo e sentir que o controlo é seu. No último caso clínico do bloco de partos, é ilustrado o impacto da influência do profissional de saúde na perda desse senso de controlo e, conseqüentemente, perda da confiança, segurança e crença da mulher em todo o processo.

Para Mendes-da-Silva e Yu (2009), o senso de controlo surge da percepção individual do poder de controlo sobre a criação, direção e resultados dos seus objetivos. García (2011) relata-nos experiências de grávidas pouco informadas e capacitadas para as questões da sua saúde, em especial durante o trabalho de parto, referindo uma perda de sensação de controlo e uma capacidade de tomar decisões sobre o seu corpo quase inexistente.

É então necessário informar as mulheres, seja através das consultas/intervenções em grupo dos programas de preparação para o parto ou mesmo durante a indução do trabalho de parto ou no decorrer do mesmo. Deste modo, as mulheres poderão criar expectativas realistas do seu parto com o conhecimento de que, mesmo com o plano de parto, este pode ser alterado, se necessário, pela condição clínica ou por elas mesmas (Preis et al., 2019).

Existem diferentes fatores que podem influenciar o senso de controlo durante o parto com impacto no nível de satisfação que as mulheres apresentam do seu parto. A insatisfação associada ao parto está relacionada com uma experiência de parto diferente daquela que a parturiente idealizou e planeou. No entanto, a própria percepção de controlo, as experiências emocionais e a percepção dos cuidados recebidos durante o parto podem também influenciar a insatisfação da mulher (Preis et al., 2019).

A satisfação das mulheres tem a ver não só com o local de parto ou o parto idealizado, mas também com a congruência com o seu plano de parto e respetivas expectativas. Este facto está diretamente relacionado com o senso de controlo que a mulher percebe e que será tanto maior quanto mais positiva estiver a ser a sua experiência. É de extrema importância que os EEESMO proporcionem uma experiência de parto positiva, indo ao encontro, sempre que possível, das expectativas das mulheres, dando-lhes ainda a oportunidade de perceberem o controlo do seu corpo e do seu parto, fazendo com que se sintam respeitadas nas suas escolhas e decisões (Preis et al., 2019).

Como resultado de um estudo de Weng e colaboradores, em 2022, foram definidos aspetos que contribuem para o senso de controlo das mulheres em trabalho de parto. Um desses aspetos é o uso de estratégias para lidar com a dor, pois, de acordo com as participantes do estudo, o uso livre dessas estratégias aliado à comunicação por parte dos profissionais, ajudou a que se sentissem calmas e relaxadas. Outro aspeto é a presença e apoio da pessoa significativa e do EEESMO, no que diz respeito ao apoio emocional e ao uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto. As mulheres que participaram no estudo mencionam também a importância de uma comunicação empática, compreensão e respeito pelas suas necessidades e decisões.

Neste sentido, dão o exemplo de uma mulher que refere ter sido examinada de uma forma que percecionou como invasiva e com arrogância por parte do profissional e referiu que, deste modo, não conseguiu relaxar como lhe foi pedido, mas, pelo contrário, gritou de dor. Esta experiência fez com que se sentisse desrespeitada (Weng et al., 2022).

Estas mulheres referem ainda a importância da informação sobre o parto na promoção da percepção do senso de controlo. Foi importante para elas ter conhecimento sobre o processo de trabalho de parto e das estratégias que poderiam usar. Além disso, o plano de parto foi também muito facilitador para o seu senso de controlo, especialmente o facto de poderem alterá-lo durante o TP, de acordo com as suas vontades no momento (Weng et al., 2022).

O senso de controlo que as mulheres sentem durante o trabalho de parto, é essencial para a progressão do mesmo e está associado à confiança no profissional de saúde e à tomada de decisão informada por parte da parturiente, contribuindo para uma experiência de parto positiva (Baptie et al., 2021).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), uma experiência de parto positiva é aquela em que a mulher se sente respeitada e bem cuidada, sendo capaz de tomar decisões informadas sobre o seu próprio cuidado e o do seu recém-nascido.

Assim, uma experiência de parto positiva envolve: 1) o parto num ambiente seguro, com recursos e profissionais qualificados; 2) intervir apenas quando necessárias, evitando intervenções desnecessárias ou excessivas; 3) a presença de um acompanhante escolhido pela mulher durante todo o trabalho de parto e parto; 4) o respeito às escolhas e preferências da mulher em relação ao parto, incluindo o uso de métodos não farmacológicos para lidar com a dor; 5) a promoção do contato pele com pele entre a mãe e o recém-nascido logo após o parto e a possibilidade de amamentação imediata; 6) o suporte emocional adequado à mulher e ao seu acompanhante durante todo o processo de parto e nascimento (OMS, 2018).

De facto, os resultados dos estudos mencionados anteriormente apontam no sentido de que uma experiência de parto positiva pode ser um fator importante na promoção da saúde materna e neonatal, bem como na prevenção de traumas e complicações emocionais que podem ocorrer após um parto negativo ou traumático. Assim sendo, a intervenção do EEESMO torna-se fulcral para ajudar a mulher a lidar com o trabalho de parto e influencia a forma como este é percebido pela mesma (OMS, 2018; Baptie et al., 2021; Weng et al., 2022; Preis et al., 2019).

O presente relatório será dividido em 2 partes: a aquisição e desenvolvimento de competências através da descrição do processo de conceção de cuidados nas áreas de atenção do EEESMO; e a reflexão das experiências desenvolvidas em contexto clínico e sua relação com os objetivos da unidade curricular e requisitos para a obtenção do título de EEESMO.

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

O estágio de natureza profissional foi realizado num total de 800h de contacto, sendo que se distribuíram por 500h no Bloco de Partos, 100h no puerpério e 200h no internamento de grávidas com complicações. Contudo, as 200h de acompanhamento de grávidas com complicações, foram realizadas em contexto de consulta pelo facto da instituição não apresentar um número suficiente e constante de grávidas internadas anualmente.

A instituição onde foi realizado este estágio, é um hospital que está caracterizado como nível I. Deste modo, o serviço de Obstetrícia e Ginecologia está adequado para a resolução de patologias de baixa complexidade e apresenta um serviço de Pediatria com capacidade de prestar cuidados neonatais a recém-nascidos com idade gestacional superior a 34 semanas. No ano de 2023 registaram-se 1319 partos.

Apresentam como filosofia uma prestação de cuidados de qualidade às grávidas e recém-nascidos, centrados numa atuação clínica com respeito pela pessoa e pela sua fisiologia, considerando também os aspetos culturais das mulheres. Existe uma oferta de suporte emocional contínuo e promovem o empoderamento e autonomia durante o processo de trabalho de parto, parto e pós-parto. Deste modo, pretendem contribuir para que a nova fase de vida das famílias seja vivenciada de uma forma saudável e feliz.

Contexto clínico: Bloco de Partos

Este contexto clínico, possibilitou-me acompanhar mulheres durante o trabalho de parto e parto, assim como no puerpério imediato e as primeiras duas horas de vida do recém-nascido.

Estando inserido num hospital de nível I, podem ser admitidas grávidas em trabalho de parto de início espontâneo, grávidas para indução de trabalho de parto ou ainda para cesariana eletiva, quando a idade gestacional é superior a 34 semanas. No caso de existir alguma patologia, esta deverá ser de baixa complexidade.

As grávidas para admissão devem dirigir-se ao serviço de urgência onde será realizada uma avaliação inicial da situação clínica da grávida e ainda uma avaliação do bem-estar fetal através de cardiotocografia (CTG). Podem fazer-se acompanhar pela pessoa significativa que escolheram para estar presente ao longo do trabalho de parto e que podem ficar permanentemente até ao momento da alta. As grávidas podem ainda entregar o seu plano de parto caso não o tenham elaborado previamente com a EEESMO do serviço. A consulta de plano de parto é agendada pelo técnico administrativo do serviço, a todas as mulheres que comuniquem o interesse em realizá-lo e que deseje parir na instituição. Durante essa consulta, a

grávida poderá esclarecer qualquer questão relativamente ao processo de trabalho de parto e parto com a EEESMO, bem como comunicar os desejos e expectativas para todas as fases desse processo, sabendo que poderá sempre alterar o seu plano a qualquer momento. Ao longo da consulta a EEESMO vai elaborando o documento que será anexado ao processo da grávida.

O Bloco de Partos dispõe cinco salas de parto individuais, cada uma delas equipada com cama adequada, um cadeirão reclinável para o acompanhante e plano aquecido para cuidados ao recém-nascido. Cada sala tem à disposição bolas de parto, bola em amendoim, disco para mobilidade da bacia e existe ainda um banco de parto disponível no serviço.

Possui também uma casa de banho com chuveiro e uma sala de parto com banheira insuflável que pode ser usada para imersão durante o trabalho de parto. Sendo um serviço em que o parto fisiológico é tão respeitado pelos profissionais, desde as EEESMO à equipa médica residente, em termos estruturais, as parturientes beneficiariam se existissem chuveiros individuais em cada sala de parto.

A cardiotocografia pode ser realizada por telemetria, sem fios, em todos os quartos, o que facilita a mobilidade da parturiente.

No bloco de partos estão presentes três EEESMO por turno. Para vigilância da monitorização cardiotocográfica, o registo cardiotocográfico de todas as parturientes é visível num monitor na área de enfermagem.

Junto à entrada do bloco de partos, encontra-se o serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia, constituída por uma sala de consulta médica e uma sala com duas marquesas para realização de cardiotocografia sempre com o acompanhamento e vigilância de um EEESMO. Esta área apresenta ainda uma sala de espera para as mulheres e seus acompanhantes, bem como uma casa de banho.

Contexto clínico: Puerpério

O internamento de puérperas e recém-nascidos é constituído por 13 camas, distribuídas em cinco quartos com duas camas cada um e uma enfermaria com três camas. Junto a cada cama do puerpério existe também um cadeirão reclinável para o acompanhante que poderá estar presente até ao momento da alta.

A equipa de enfermagem que assegura a prestação de cuidados no internamento é constituída por enfermeiras generalistas e especialistas, sendo que as EEESMO realizam rotatividade de turnos com o Bloco de Partos. Neste serviço estão normalmente três enfermeiras por turno, distribuídas de acordo com as necessidades das puérperas e recém-nascidos internados, considerando também o rácio de 1:6.

Durante o turno da manhã, o Pediatra realiza o exame físico dos recém-nascidos na sala de enfermagem, na presença da puérpera e do acompanhante. É ainda realizada uma visita por um

médico especialista de Ginecologia e Obsterícia.

O Enfermeiro realiza ao recém-nascido, o rastreio de cardiopatias congénitas e o rastreio auditivo neonatal por otoemissões acústicas, com o intuito de diminuir a probabilidade de necessidade de deslocação ao hospital para a sua realização após a alta. Existe ainda a possibilidade de o Enfermeiro vacinar contra a Hepatite B, uma vez que a primeira dose deve ser realizada nas primeiras semanas.

No momento da alta, é entregue à puérpera o Boletim de Saúde Infantil e o Boletim Individual de Saúde do recém-nascido, caso tenha sido administrada a primeira vacina. Estes boletins são devidamente acompanhados pela respetiva nota de alta de enfermagem. É ainda explicado como agendar o rastreio neonatal com o centro de saúde e, se necessário, como realizar o transporte do recém-nascido para casa, verificando a segurança do mesmo na cadeira de transporte.

Contexto clínico: Internamento de grávidas de risco

Este internamento encontra-se inserido na área de internamento de puérperas e corresponde a um quarto com duas camas, onde pode ser realizada a vigilância e monitorização da grávida, bem como monitorização do bem-estar fetal com recurso à cardiotocografia. Desta forma, sempre que existe a necessidade de internar uma grávida com patologia de baixa complexidade, a prestação de cuidados é assegurada por uma EEESMO.

3. SENSO DE CONTROLO NOS ESFORÇOS EXPULSIVOS

Biofeedback visual através do uso do espelho

3.1. Enquadramento teórico

A parturiente deste caso é a Maria, II gesta I para, 40 semanas de gestação, e recorreu ao serviço de urgência pelas 7horas e 30minutos acompanhada pelo Pedro, seu companheiro, por início de trabalho de parto. As membranas amnióticas estavam íntegras. Apresentava resultado negativo ao rastreio ao streptococcus do grupo B, sendo o seu grupo sanguíneo ARh+.

A Maria desejava um trabalho de parto fisiológico e apresentava um significado facilitador à utilização de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, pretendia também a menor intervenção possível por parte dos profissionais de saúde. Deste modo, ao longo do trabalho de parto, adquiriu a capacidade para utilizar essas estratégias que a ajudaram a lidar com a dor. No entanto, após a rotura espontânea das membranas, tendo a dor intensificado, a Maria optou também pela inserção do cateter epidural. Contudo, sempre que sentia dor, mostrava capacidade para lidar com ela.

Ao longo do trabalho de parto foi utilizando estratégias facilitadoras do mesmo, foi escutando o seu corpo, deixando-se guiar por ele, alternando posições, deambulado, utilizando dispositivos, de acordo com a sua vontade. Contudo, foi diagnosticada a necessidade de melhorar a capacidade para utilizar estratégias facilitadoras do TP até ao final do 2.º período. Foi então sugerido, durante o período expulsivo, que a Maria realizasse a pronação ilíaca, com o objetivo de aumentar o diâmetro inferior da bacia. O posicionamento da Maria em decúbito lateral esquerdo, promoveu ainda a área coccígea livre, facilitando a descida da apresentação.

Porém, a Maria manifestou não ser capaz de mais e verbalizou sentir-se cansada e sem forças. Verbalizou ainda que pensava não estar a realizar os esforços expulsivos de forma eficaz e estava a desistir. Deste modo, com o seu consentimento, coloquei um espelho junto à area do períneo para que ela visualizasse a cabeça do seu bebé já no 3.º plano de Hodge e percebesse que para além de estar muito perto de conhecer o seu bebé, estava também a fazer tudo de forma eficaz.

Becerra-Maya et al., num estudo realizado num hospital universitário de Madrid em 2011, verificaram que mais de 88% das parturientes sentiram incentivo nos esforços expulsivos pelo

uso do espelho durante o 2.º período de trabalho de parto. Mencionam inclusive, num questionário, que consideram o uso do espelho muito necessário e recomendam.

De facto, foi notória a motivação da Maria ao tomar consciência que o seu filho estava tão perto de nascer e que os seus esforços expulsivos estavam a ser eficazes.

Noutro estudo publicado em 2011, Bono et al. observaram que o uso do espelho durante o 2.º período de trabalho de parto reduz inclusivamente o tempo de duração do mesmo, obtendo do espelho o que designou de “biofeedback visual”.

Jennifer Doyle et al. , num estudo realizado nos EUA e publicado em 2016, obtiveram também testemunhos da maioria das parturientes a referir que o uso do espelho ajudou-as a focarem-se nos esforços expulsivos, o que foi essencial na redução do tempo do 2.º período do trabalho de parto. Este facto contribuiu para uma experiência de parto positiva.

Mais tarde, já após a dequitação e a amamentar o filho, a Maria agradeceu muito e referiu que a colocação do espelho fez toda a diferença pois, de facto, a sua percepção era muito diferente de tudo o que estava realmente a acontecer e, como ela verbalizou, a visualização através do espelho foi um “despertar”. Referiu ainda, que ver na íntegra o seu filho nascer, é a memória mais bonita da sua vida.

Este caso foi extremamente relevante no meu desenvolvimento de competências para cuidar a mulher inserida na família e na comunidade durante o TP, porque permitiu-me compreender e valorizar a importância do senso de controlo da mulher em TP e presenciar como a intervenção do EEESMO pode influenciar todo o processo. Assim sendo, apresento de seguida a concepção de cuidados durante o TP da Maria para que seja de melhor compreensão este caso e a minha intervenção enquanto aluna do MESMO.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 27 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-22 11:15:00	Sufentanil 5mcg/ml	
2023-02-22 11:15:00	Ropivacaína 0,2%	
2023-02-22 11:15:00	Solução Lactato de Ringer	
2023-02-22 13:45:00	Ropivacaína 0,2% 10ml	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O sufentanil é um analgésico opióide e é utilizado durante o trabalho de parto para o alívio da dor. É administrado por cateter epidural, pelo anestesista, em coadjuvante com a ropivacaína 0,2%, geralmente no momento de inserção do cateter. É administrado 10mcg/2ml e 8 a 10ml de ropivacaína. Geralmente não é necessária uma nova dose de sufentanil durante todo o trabalho de parto.

A ropivacaína é um anestésico local de longa duração e, na concentração de 0,2%, pode ser administrada em bolus de 10ml durante o trabalho de parto, com um intervalo mínimo de 60 minutos entre cada administração. Deste modo, possibilita-se à parturiente manter a sua mobilidade, podendo solicitar uma nova administração de acordo com a sua vontade e a sua percepção de dor. Designa-se a este modo de administração de walking epidural, podendo a parturiente caminhar ou usar a bola de parto e mobilizar-se como desejar.

Na administração destes dois fármacos e nos minutos subsequentes, é necessária a monitorização do bem-estar fetal, bem como a avaliação cardiovascular da parturiente pelo risco de hipotensão e bradicardia e consequente diminuição da oxigenação fetal. Com o objetivo de minimizar estes riscos, deve ser mantido em perfusão um polieletrólítico e a parturiente terá que permanecer no leito por cerca de 40/50 minutos, uma vez que, poderá também perder sensibilidade dos membros inferiores.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

22-02-2023 11:15

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Características do dispositivo: 20G.

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 11:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

22-02-2023 11:15 - Otimizar cateter venoso periférico

Cateter epiduralIntervenções de Enfermagem

22-02-2023 11:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
22-02-2023 08:30	Parto	
22-02-2023 11:15	Sistema cardiovascular	
22-02-2023 11:15	Eliminação urinária	
22-02-2023 11:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
22-02-2023 15:14	Nascimento	
22-02-2023 15:17	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	

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

O trabalho de parto refere-se ao processo fisiológico através do qual os produtos da concepção (feto, líquido amniótico, placenta e membranas) são expulsos da cavidade do útero para o exterior através do canal vaginal. É definido pela presença de contrações uterinas regulares, associadas com a extinção e dilatação do colo do útero e com a descida fetal (Posner et al., 2014). Segundo Perry et al. (2018), o trabalho de parto é influenciado por cinco fatores essenciais: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição da mulher e as reações psicológicas.

O trabalho de parto está dividido em 3 períodos: o primeiro período compreende as fases latente e ativa, inicia-se com contrações dolorosas e regulares e estende-se até à dilatação completa do colo do útero; o segundo período inicia-se quando o colo do útero atingiu a dilatação completa e prolonga-se até ao nascimento do recém-nascido; o terceiro período corresponde à dequitação: separação da placenta da parede uterina, a sua descida e a sua expulsão através do canal de parto.

O parto fisiológico ou normal é o mais esperado e desejado sendo aquele que acarreta menos complicações para o feto e recém-nascido e para a mulher e uma recuperação pós-parto mais

facilitadora. Neste caso, a Maria teve um trabalho de parto que iniciou espontaneamente, mantendo-se de baixo risco durante todo o processo e em que o bebê nasceu por via vaginal sem qualquer instrumentação. Segundo a OMS, pode então ser designado por parto normal.

Nascimento

O nascimento é a transição da vida fetal para a vida extra-uterina independentemente da idade gestacional. Nesse momento, o recém-nascido respira e manifesta sinais vitais não importando o facto do cordão umbilical ter sido ou não cortado e de a placenta permanecer ou não colada ao útero.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

O parto é um momento determinante para o desenvolvimento da ligação mãe/pai-filho pois existem diferentes factores e intervenções que podem promover essa ligação.

Nos casos apresentados, e a razão pela identificação deste domínio, é o incentivo a que o corte do cordão umbilical seja realizado pelo companheiro/marido da parturiente e pai do recém-nascido.

O envolvimento emocional entre pai e RN tem tendência a aumentar nos primeiros dias, sendo o corte do cordão umbilical uma experiência com impacto positivo para esse envolvimento e consequentemente para o desenvolvimento da ligação pai-filho (Brandão, 2009).

3.6. Dados

Sistema cardiovascular

22-02-2023 11:15

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 105 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 70 mm Hg.

22-02-2023 13:45

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 102 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 71 mm Hg.

Eliminação urinária

22-02-2023 11:15

Reconhece a vontade de urinar.
Sensação de esvaziamento completo da bexiga.
Eliminação urinária involuntária ausente.

22-02-2023 13:45

Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].
Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

Parto

22-02-2023 08:30

Posição do colo do útero: intermédia.
Consistência do colo do útero: mole.
Extinção do colo do útero: 50%.
Dilatação do colo do útero: 3 cm.
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 20 Segundos.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
Posição fetal: esquerda.
Apresentação fetal: cefálica.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 22-02-2023 15:20

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

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 22-02-2023 15:20

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 22-02-2023 13:00

22-02-2023 10:00

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência cardíaca fetal: 150.00 bpm.
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 30 Segundos.
Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg].
Sem globo vesical.
Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

22-02-2023 11:15

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 80%.

Dilatação do colo do útero: 5 cm.

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

Frequência cardíaca fetal: 152.00 bpm.

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

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

Duração da contração uterina: 40 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Sem globo vesical [MANTEVE].

Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

Hora da rotura das membranas: 11:10:00.

Líquido amniótico de características normais.

22-02-2023 12:00

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

Padrão de contractilidade uterina normal.

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

Duração da contração uterina: 50 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.

Sem globo vesical [MANTEVE].

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

Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

22-02-2023 13:00

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

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

Duração da contração uterina: 60 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

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

Sem globo vesical [MANTEVE].

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser

melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.
Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

22-02-2023 13:45

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

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 22-02-2023 14:30

22-02-2023 14:30

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

Extinção do colo do útero: 100%.

Dilatação do colo do útero: 10 cm.

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

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

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

Duração da contração uterina: 60 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

Sem globo vesical [MANTEVE].

Esforços expulsivos eficazes.

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

22-02-2023 15:00

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

Descida do feto: 3.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

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

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

Dificuldade de coping face à dor de trabalho de parto.

Esforços expulsivos ineficazes.

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

22-02-2023 15:14

Nascimento

Hora do nascimento: 15:14:00.

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

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

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

22-02-2023 15:20

Tipo de dequitação: espontânea - Schultze.
Hora da dequitação: 15:20:00.
Características da placenta: sem alterações observáveis.
Estado do períneo: íntegro.
Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.
Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Nascimento

22-02-2023 15:14

Nascimento

Hora do nascimento: 15:14:00.
Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 10.
Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.
Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

22-02-2023 15:17

Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

Ligação mãe/pai-filho

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP”, defini como objetivo promover autocontrolo e lidar com o TP através de:

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

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto utilizando estratégias não-farmacológicas”, defini como objetivo promover autocontrolo e lidar com o TP através de:

- Melhorar a capacidade da parturiente no uso de dispositivos, como bola de parto e bola de amendoim;
- Melhorar a capacidade da parturiente em adotar posições e movimentos que a ajudem a lidar com a dor;
- Melhorar a capacidade da parturiente na utilização do calor como estratégia para lidar com a dor;

- Melhorar a capacidade da parturiente para pedir ao companheiro uma massagem;
- Promover o senso de controlo

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a parturiente refira/demonstre sentir-se capaz de lidar com a dor de trabalho de parto
- Que a parturiente refira/demonstre sentir-se capaz de utilizar dispositivos como a bola de parto e a bola de amendoim como estratégias facilitadoras do trabalho de parto e como estratégias para lidar com a dor;
- Que a parturiente demonstre sentir-se capaz de adotar posições e movimentos verticais que facilitem o TP e que a ajudem a lidar com a dor;
- Que a parturiente refira/demonstre sentir-se capaz de escutar o seu corpo e seguir a sua vontade;
- Que a parturiente refira/demonstre sentir-se capaz de utilizar estratégias como o calor (botija de água quente) e a massagem para lidar com a dor.

3.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

22-02-2023 11:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Parto

22-02-2023 08:30

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 22-02-2023 15:20

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 08:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Assistir no posicionar [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Gerir ingestão de líquidos [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 15:14 - Implementar medidas de proteção do períneo [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 14:30 - Assistir no parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Aplicar calor na região lombo-sagrada [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Massajar região lombo-sagrada [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de

trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 11:15 - Gerir analgesia [FIM] 22-02-2023 15:20

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 22-02-2023 15:20

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 11:15 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia [FIM] 22-02-2023 15:20

22-02-2023 08:30 - Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia [FIM] 22-02-2023 15:20

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 22-02-2023 13:00

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [FIM] 22-02-2023 13:00

22-02-2023 08:30 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 22-02-2023 13:00

22-02-2023 08:30 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 22-02-2023 13:00

22-02-2023 08:30 - Instruir estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 13:00

22-02-2023 08:30 - Treinar estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto [FIM] 22-02-2023 13:00

22-02-2023 13:45

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 22-02-2023 14:30

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 13:45 - Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [FIM] 22-02-2023 14:30

22-02-2023 15:14

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 15:17 - Executar clampeamento do cordão umbilical

22-02-2023 15:14 - Executar técnica de pele com pele

Nascimento

22-02-2023 15:14

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 15:17 - Executar clampeamento do cordão umbilical

22-02-2023 15:14 - Executar técnica de pele com pele

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

22-02-2023 15:17

Ligação mãe/pai-filho

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 15:17 - Incentivar o corte do cordão umbilical pelo companheiro da Maria

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

Intervenção: “Instruir e treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia”

A bacia é uma estrutura óssea constituída por 2 ilíacos, o sacro e o cóccix, unidos por ligamentos e músculos, permitindo desse modo que se mobilizem entre si.

Uma vez que o feto, para percorrer o canal de parto necessita realizar a escavação pélvia, se a parturiente realizar movimentos que facilitem a mobilidade dos ossos da bacia e consequente alteração dos seus diâmetros, permitirá ao feto uma maior facilidade em ir realizando a rotação interna e descida da apresentação ao longo do canal de parto.

Deste modo, não apenas de pé mas também com o uso da bola de parto, é importante e facilitador da progressão do trabalho de parto que a parturiente realize movimentos da bacia que pode ser lateral, para a frente e para trás, ou ainda desenhar o símbolo do infinito. O objetivo é realizar estes exercícios movimentando apenas a bacia, mantendo o tronco intacto o mais possível (Calais-German & Parés, 2013).

Intervenção: “Instruir e treinar posição facilitadora do trabalho de parto

A bacia apresenta diferentes diâmetros ao longo do canal de parto. A pelve de entrada tendo o maior diâmetro entre os ilíacos, o estreito médio e a pelve de saída que constitui o menor diâmetro formado entre a parte inferior da sínfise púbica, os ísquions e o cóccix (Calais-German & Parés, 2013).

Até a apresentação fetal descer ao 2.º plano de Hodge, as posições facilitadoras serão aquelas em que é possível aumentar o diâmetro do estreito superior da bacia realizando por exemplo a abdução ilíaca. Deste modo, se a parturiente for capaz de realizar os seus movimentos da bacia com os joelhos afastados, estará também a afastar as cristas ilíacas em direções opostas, facilitando assim a progressão da apresentação fetal para o 1.º plano de Hodge ou para o 2.º.

Se, por outro lado, a apresentação necessita descer para o 3.º plano, será facilitador uma posição em que a parturiente aproxime os joelhos, fazendo assim com que os ísquions se afastem, aumentando o diâmetro da pelve de saída (Calais-German & Parés, 2013).

Está explícito na conceção de cuidados os diferentes momentos do trabalho de parto em que a necessidade de realização da abdução ou adução ilíaca foi evidente. Bem como, aliando-se à adução ilíaca, também é possível a mobilidade do cóccix com a posição lateral da mulher, facilitando o aumento maior ainda do diâmetro do estreito inferior da bacia. Deste modo, este conceito de cóccix livre na fase adiantada do período expulsivo, é facilitador para a descida da apresentação fetal (Calais-German & Parés, 2013).

Intervenções: “Aplicar calor na região lombo-sagrada” e “Massajar região lombo-sagrada”

O tipo de dor e sua intensidade altera-se ao longo do TP. Durante o primeiro período de TP predomina a dor visceral onde estímulos nociptivos do colo do útero, útero e ligamentos pélvicos são transmitidos por fibras simpáticas aos gânglios da raiz nervosa posterior em T10-L1. Esta é uma dor transmitida por partes do copo e projetada sensações para outras como abdomen inferior e lombar (Zuarez-Easton et al., 2023).

No entanto, a percepção de dor pode ser influenciado por fatores emocionais, motivacionais, culturais e sociais. Um fator importante que tem impacto na percepção de dor é o senso de controlo que a mulher tem do seu corpo e da progressão do TP (Zuarez-Easton et al., 2023).

Deste modo, é importante compreender as características multidimensionais da dor e qual a experiência já vivenciada e significado atribuído à dor por cada mulher. Assim, a intervenção do EEESMO fará a diferença para ajudar as parturientes a lidar com a dor e contribuir para uma experiência de parto positivo.

Neste caso, a Maria desejava utilizar estratégias não-farmacológicas para lidar com dor. A aplicação de calor foi uma dessas estratégias bem como a massagem na região lombar.

Turkmen & Oran, num estudo publicado em 2020, demonstraram que a aplicação de calor e também a massagem durante o TP, mesmo na fase ativa, são eficazes na redução da percepção de dor da parturiente. Os resultados deste estudo evidenciam essa conclusão.

Outro estudo de 2020, realizado na Índia por Pawale & Salunkhe, demonstra nos seus resultados a eficácia da massagem na região lombar para lidar com a dor durante o TP, não só pelo aumento da libertação de endorfinas, mas também pela própria pressão aplicada na massagem que permite o alívio da tensão sentida nessa região.

3.8. Especificação das intervenções

Assistir no posicionar

- 08:30 - Ajudar a Maria a sentar-se na bola de parto e fazer movimentos circulares, laterais e do infinito
- 11:15 - Assistir a Maria a deitar-se na cama em decúbito dorsal e explicar a razão
- 13:45 - Assistir a Maria a deitar-se na cama em decúbito dorsal
- 14:30 - Assistir na mudança de posição que a Maria desejar (em 4 apoios apoiando-se na bola de parto, de lado com a bola de amendoim entre as pernas, de pé, no banco de parto)
- 15:00 - Assistir a Maria a posicionar-se em decúbito lateral esquerdo

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

- 08:30 - Demonstrar o uso da bola de parto
- 08:30 - Realizar e demonstrar a técnica de massagem na região lombo-sagrada
- 08:30 - Demonstrar a aplicação de calor na região lombo-sagrada

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

- 08:30 - Sugerir e respeitar que a Maria faça o que o seu corpo lhe pede
- 08:30 - Disponibilizar estratégias como o chuveiro de água quente, botija de água quente, uso da bola de parto e apoio no companheiro
- 10:00 - Sugerir o chuveiro como alternativa à botija de água quente
- 11:15 - Explicar que, pela presença do cateter epidural, não poderá utilizar o chuveiro, no entanto pode continuar a aplicar a botija de água se assim o desejar quando começar a sentir dor

Treinar estratégias de relaxamento

- 08:30 - Permitir à parturiente experienciar um padrão de respiração com efeito relaxante
- 08:30 - Permitir à parturiente experienciar uma respiração lenta, profunda e controlada

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

- 08:30 - Permitir que a Maria use a bola de parto
- 08:30 - Orientar no uso de dispositivos para aplicação de calor na região lombo-sagrada

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Dado - A Maria diz “ recordo-me do que foi falado na preparação para o parto mas agora de repente parece que nem sei como fazer”
- 08:30 - Encorajar o movimento da bacia em posições verticais
- 08:30 - Sugerir e respeitar que a Maria faça o que o seu corpo lhe pede
- 08:30 - Disponibilizar dispositivos facilitares de trabalho de parto
- 11:15 - Com a cabeceira um pouco elevada, colocar uma bola em amendoim no fundo da cama e posicionar os membros inferiores com os pés aproximados e os joelhos afastados
- 12:00 - Assistir a Maria no levante pelo risco de perda da sensibilidade dos membros

inferiores e pelo risco de hipotensão

- 12:00 - Encorajar o movimento da bacia e a deambulação
- 13:45 - Disponibilizar dispositivos facilitadores de trabalho de parto que pode usar na cama como treinado anteriormente
- 14:30 - Sugerir e respeitar que a Maria faça o que o seu corpo lhe pede
- 14:30 - Assistir a Maria a posicionar-se em 4 apoios, apoiando-se com os braços na bola de parto
- 15:00 - Sugerir à Maria que, na posição de lado, coloque a perna direita elevada e a realizar adução do fêmur, para facilitar a abertura dos isquions

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

- Dado - A Maria diz “ ...de tudo o que se falou nem sei bem o que usar agora nem como !”
- 08:30 - Aplicar calor na região lombar
- 08:30 - Orientar no uso da bola de parto

Instruir estratégias de relaxamento

- 08:30 - Orientar a Maria a encontrar um padrão de respiração com efeito relaxante
- 08:30 - Demonstrar à Maria a realização de uma respiração lenta, profunda e controlada, confortável e sem esforço
- 08:30 - Demonstrar a técnica de co-respiração com o companheiro

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 08:30 - Sugerir e demonstrar à Maria que se sente com os pés próximos e joelhos afastados, facilitando assim a passagem da apresentação fetal na parte superior da bacia
- 11:15 - Com a cabeceira um pouco elevada, sugerir colocar uma bola em amendoim no fundo da cama e posicionar os membros inferiores com os pés aproximados e os joelhos afastados
- 11:15 - Demonstrar que, na posição lateral e com a bola de amendoim entre as pernas, pode também manter os pés juntos e joelhos afastados
- 15:00 - Explicar a importância do aumento do diâmetro inferior da bacia e explicar como posicionar a perna de forma a juntar os joelhos

Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 08:30 - Permitir que a Maria se sente na bola de parto, com os joelhos afastados, para que a abdução facilite a descida da apresentação e sua entrada na bacia
- 08:30 - Questionar se está confortável na posição sugerida
- 11:15 - Orientar a Maria para que, com a cabeceira um pouco elevada e a bola de amendoim aos pés da cama, pousar os pés aproximados em cima da bola e afastar os joelhos
- 15:00 - Assistir na elevação da perna direita de forma a juntar os joelhos, afastando assim os isquions , facilitando a descida da apresentação

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 08:30 - Demonstrar o uso da bola de parto, fazendo movimentos com a bacia para a frente e para trás, para a esquerda e direita e também desenhar com a bacia o símbolo do infinito

- 11:15 - Demonstrar as posições que pode utilizar na cama, para facilitar o trabalho de parto, utilizando a bola de amendoim

Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 08:30 - Permitir que a Maria se sente na bola de parto com os joelhos afastados realize movimentos laterais, circulares e de infinito com a bacia
- 11:15 - Permitir que a Maria se posicione na cama usando a bola de amendoim de modo a facilitar o trabalho de parto

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- 08:30 - Demonstrar exercícios de pé, com os pés ligeiramente afastados e joelhos ligeiramente fletidos, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas e, com a pélve, desenhar movimentos circulares, para a esquerda e para a direita, para a frente e para trás e movimentos a desenhar o símbolo do infinito
- 08:30 - Demonstrar exercícios sentada na bola de parto, com pés aproximamos e joelhos afastados, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas ou a segurar-se na cama ou ainda encostada ao companheiro e, com a pelve, desenhar movimentos circulares, movimentos para esquerda e para a direita, para a frente e para trás e movimentos a desenhar o símbolo do infinito
- 11:15 - Explicar a alternância de posições que pode usar mesmo na cama, enquanto não é possível levantar-se. Sentada na cama ou de lado, utilizando a bola de amendoim de modo a realizar a abdução do fêmur

Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia

- 08:30 - Permitir que a Maria realize exercícios promotores da mobilidade da bacia de pé e também sentada na bola de parto
- 11:15 - Permitir que Maria alterne posições mesmo na cama, enquanto não é possível levantar-se. Sentada ou de lado, utilizando a bola de amendoim de modo a realizar a abdução do fêmur

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 08:30 - Promover ambiente calmo
- 08:30 - Reduzir a intensidade da luz
- 08:30 - Providenciar privacidade
- 08:30 - Incentivar a colocação de música ambiente se assim o desejarem
- 10:00 - Questionar como se sentem e se precisam de alguma alteração no ambiente da sala
- 11:15 - Providenciar privacidade
- 11:15 - Promover um ambiente calmo e seguro
- 12:00 - Questionar se precisam de alguma alteração no ambiente
- 13:00 - Promover um ambiente calmo
- 13:00 - Providenciar privacidade
- 13:45 - Manter um ambiente calmo, com privacidade e pouca luz
- 15:00 - Comunicar de forma calma, com empatia e compaixão

Massajar região lombo-sagrada

- 08:30 - Massajar, por pressão da mão, com movimentos circulares, a região lombo-sagrada

Aplicar calor na região lombo-sagrada

- 08:30 - Aplicar botija de água quente na região lombar
- 13:00 - Aplicar botija de água quente na região lombar, a pedido da Maria

Gerir ingestão de líquidos

- 08:30 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 10:00 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 12:00 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 13:00 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 14:30 - Oferecer água durante o período expulsivo, sempre que a Maria quiser

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 08:30 - Questionar o companheiro se tem alguma questão
- 08:30 - Sugerir ao companheiro que acompanhe a Maria nos movimentos na bola de parto ou de pé
- 08:30 - Incentivar o companheiro a utilizar a massagem como estratégia não farmacológica do alívio da dor
- 10:00 - Questionar como se sente e se tem alguma questão
- 11:15 - Sugerir ao companheiro que se coloque em frente à Maria, enquanto ela tem que estar sentada na cama para a colocação do cateter, e que a ajude a relaxar executando a técnica de respiração com ela, sempre que se encontre com dor da contração
- 11:15 - Enquanto está deitada, sugerir ao companheiro que se sente junto dela
- 12:00 - Encorajar o companheiro a acompanhar a Maria na diambulação e ser o seu “suporte” nos momentos em que ela quiser parar e fazer movimentos com a bacia
- 13:00 - Incentivar o companheiro a utilizar a massagem como estratégia não farmacológica do alívio da dor
- 13:45 - Elogiar o companheiro pelo envolvimento demonstrado
- 15:00 - Sugerir ao companheiro que assista na elevação da perna durante os esforços expulsivos
- 15:00 - Sugerir ao companheiro que respire com ela no intervalo das contrações
- 15:14 - Parabenizar o companheiro pelo nascimento do filho e pelo apoio à Maria

Gerir analgesia

- Dado 11:15 - A Maria solicitou colocação de cateter epidural para alívio da dor
- 11:15 - Referenciar ao médico anestesista a necessidade de colocação do cateter epidural e respetiva administração de medicação
- 13:45 - Administrar ropivacaína a pedido da Maria

Assistir no parto

- Dado 15:00 - A Maria diz “Não consigo mais, estou cansada e dói muito. Não aguento mais e ele não vem”
- Dado 14:30 - A Maria refere vontade de puxar e encontra-se com dilatação completa do colo

- 14:30 - Encorajar a Maria nos esforços expulsivos
- 14:30 - Estabelecer comunicação clara, calma e empática
- 14:30 - Preparar o material de parto na mesa de apoio
- 15:00 - Incentivar a Maria nos esforços expulsivos
- 15:00 - Colocar o espelho junto à região perineal para que a Maria visualize e se consciencialize da proximidade do nascimento
- 15:14 - Questionar se pretende mudar de posição ou se está confortável
- 15:14 - Assistir na mudança de posição para semi-sentada a seu pedido
- 15:14 - Explicar á Maria que a pressao e ardor que ela sente é a cabeça do bebé no canal vaginal e que ele vai nascer
- 15:14 - Questionar se quer sentir a cabeça do bebé
- 15:14 - Verificar presença de circular do cordão
- 15:14 - Incentivar a Maria a vir buscar o bebé
- 15:14 - Secar e estimular o bebé no colo da mãe
- 15:20 - Vigiar perda sanguínea

Executar técnica de pele com pele

- 15:14 - Posicionar o bebé de modo a evitar a compressão do toráx e a cabeça deverá estar lateralizada
- 15:14 - Cobrir o bebé com um lençol seco e quente e manter o rosto do bebé visível
- 15:14 - Lembrar a Maria e o companheiro para se concentrarem no bebé, seguirem o seu comportamento e dar tempo para as 9 fases do contacto pele com pele
- 15:14 - Avaliar o tónus, respiração, coloração e posição do bebé de 15/15 min.

Implementar medidas de proteção do períneo

- 15:14 - Incentivar a Maria a respirar no momento em que tiver vontade de puxar
- 15:14 - Aplicar a palma da mão direita no perineo junto à fúrcula e com a mão esquerda a controlar a saída da apresentação

Executar clampeamento do cordão umbilical

- 15:17 - Clampar o cordão umbilical com a distância de 2 dedos de modo a permanecer um coto

Incentivar o corte do cordão umbilical pelo companheiro da Maria

- 15:17 - Orientar o companheiro da Maria com o local onde cortar e explicar que é natural sentir resistência mas que não magoará o bebé

4. O EFEITO DA GRAVIDADE NA DESCIDA FETAL

Verticalidade no 2.º período de trabalho de parto

4.1. Enquadramento teórico

A Sofia é uma mulher primípara com idade gestacional de 39 semanas e 1 dia e que deu entrada no serviço durante a noite, acompanhada pelo companheiro Miguel e pela mãe Maria, por início de trabalho de parto. Teve rotura espontânea de membranas em casa pela 1h no entanto refere apresentar contrações dolorosas desde as 14h. Encontra-se com o cateter epidural por onde tem sido administrada medicação para aliviar a dor.

O rastreio do streptococcus está negativo e o seu grupo sanguíneo é ARh+.

No final do turno anterior foi verificado através do toque vaginal que a Sofia já se encontra na fase ativa de trabalho de parto.

Por se encontrar na cama no início do turno, a Sofia foi incentivada a deambular e a movimentar-se, caso fosse da sua vontade. Muitas mulheres sentem a necessidade de caminhar e alternar a posição durante o trabalho de parto no entanto, especialmente se for a primeira experiência de parto, muitas vezes não se sentem confiantes para fazê-lo por não saberem se é suposto seguirem essa vontade.

A OMS recomenda a alternância de posições durante o TP e, a possibilidade de movimento da parturiente e o incentivo a seguirem o que o seu corpo lhe pede, permite sentir-se mais confiante e com um maior senso de controlo do seu corpo (Ondeck 2019; Hacivelioglu et al.2022).

Deste modo, o papel do EEEMO é essencial para motivar as mulheres a escutarem o seu corpo e, fazendo-lhes sentido, a deambularem e a utilizarem posições verticais desde que sem contra-indicações.

As posições mais verticalizadas como de pé, sentada, cócoras ou mesmo em 4 apoios, apresentam diversas vantagens durante o TP. A ação da gravidade permite uma intensificação da contratilidade uterina, ajuda na dilatação cervical e ainda na descida da apresentação fetal. Diminuindo também a compressão da veia cava facilitando a circulação e perfusão uteroplacentar e, deste modo, promovendo o bem-estar fetal e materno (Aryani et al., 2022;

Hacivelioglu et al., 2022).

Estas vantagens promovem a diminuição do tempo de TP e também, como descreve a literatura, aumenta os níveis de satisfação das mulheres com a sua experiência de parto (Ondeck 2019; Aryani et al., 2022; Chauhan et al., 2023).

No 2.º período de trabalho de parto, após 1h de esforços expulsivos, a apresentação desceu do 1.º plano para o 2.º plano. Nessa altura a própria Sofia pede para se sentar e foi assistida a posicionar-se sentada no banco de parto. Após 25 minutos a apresentação encontrava-se de 3.º para 4.º plano, no entanto a Sofia pediu para voltar para a cama e pariu em menos de 10 minutos.

Após o parto a Sofia referiu que ter experienciado a posição sentada no banco de parto trouxe-lhe uma maior perceção do local onde teria de fazer força, como ela própria disse: “no banco parecia que sabia melhor o que estava a fazer”; “as vossas palavras de incentivo e o facto de me deixarem fazer as coisas como eu queria e sentia deu-me segurança”.

A conceção de cuidados deste caso permite compreender a importância da verticalidade na progressão do TP e o impacto disso na parturiente para uma experiência de parto positiva.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 29 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início

2023-04-23 09:15:00

2023-04-23 11:00:00

Medicação

Ropivacaina 0,2% 10ml

Ropivacaina 0,2% 10m

Fim

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

23-04-2023 08:30

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Intervenções de Enfermagem

23-04-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

23-04-2023 08:30 - Otimizar cateter venoso periférico

Cateter epidural

23-04-2023 13:00

Localização do cateter venoso periférico

Mão Esquerda(o)

Presença de dor (Não).

Presença de calor (Não).

Presença de rubor (Não).

Presença de tumefação (Não).

Presença de exsudado (Não).

Presença de infiltração (Não).

4.5. Domínios

Início

23-04-2023 08:30

23-04-2023 08:30

23-04-2023 08:30

23-04-2023 09:15

23-04-2023 13:34

23-04-2023 13:36

23-04-2023 13:45

Domínios

Eliminação urinária

Parto

Sondas, Drenos e Cateteres

Sistema cardiovascular

Nascimento

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

Pele

Fim

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

Pele

Este foco de atenção está identificado pelo facto de ter ocorrido uma laceração perineal.

As lacerações são classificadas quanto ao grau, consoante os tecidos atingidos. Neste caso, a laceração ocorrida foi classificada de grau 1 uma vez que atingiu a pele e tecido subcutâneo do períneo e da vagina.

4.6. Dados

Sistema cardiovascular

23-04-2023 09:15

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 109 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 68 mm Hg.

23-04-2023 11:00

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 107 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 69 mm Hg.

Eliminação urinária

23-04-2023 08:30

Sem globo vesical.

Eliminação urinária involuntária ausente.

23-04-2023 09:15

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sem globo vesical [MANTEVE].

23-04-2023 11:00

Reconhece a vontade de urinar [MANTEVE].

Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

Pele

23-04-2023 13:45

Laceração

Localização da laceração

Períneo

Parto

23-04-2023 08:30

Posição do colo do útero: anterior.

Extinção do colo do útero: 100%.

Dilatação do colo do útero: 5 cm.

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

Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.

Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

Apresentação fetal: cefálica.

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

Perda sanguínea vaginal - quantidade: escassa.

Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 23-04-2023 13:45

Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.

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

Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 23-04-2023 13:00

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 09:15

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

Duração da contração uterina: 60 Segundos.

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

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

Perda sanguínea vaginal - quantidade: escassa.

23-04-2023 10:15

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

Duração da contração uterina: 60 Segundos.

Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.

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

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

Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

23-04-2023 11:00

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

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

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

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

Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

23-04-2023 12:00

Extinção do colo do útero: 100%.

Dilatação do colo do útero: 10 cm.

Posição fetal: esquerda.

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

Frequência cardíaca fetal: 148.00 bpm.

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

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

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

Sem globo vesical.

Hora da rotura das membranas: 01:00:00.

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

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

23-04-2023 13:00

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

Descida do feto: 2.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

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

Duração da contração uterina: 60 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

Coping face à dor de trabalho de parto.

Sem globo vesical [MANTEVE].

Esforços expulsivos ineficazes.

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

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

23-04-2023 13:25

Variedade fetal: OEA.

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

Frequência cardíaca fetal: 135.00 bpm.

Descida do feto: 4.º plano de Hodge.

Esforços expulsivos eficazes.

23-04-2023 13:34

Posição no parto: semi sentada.

Tipo de parto: conforme a expectativa.

Nascimento

Hora do nascimento: 13:34:00.

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

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

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

23-04-2023 13:45

Tipo de dequitação: espontânea - Schultze.

Hora da dequitação: 13:45:00.

Características da placenta: sem alterações observáveis.

Estado do períneo: laceração 1.º grau.

Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Nascimento

23-04-2023 13:34

Nascimento

Hora do nascimento: 13:34:00.

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

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

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

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

23-04-2023 13:36

Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

Ligação mãe/pai-filho

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP”, defini como objetivo promover o autocontrolo e lidar com TP através de:

- Melhorar a capacidade da Sofia na utilização de dispositivos facilitadores do TP;
- Melhorar a capacidade da Sofia para realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia;
- Melhorar a capacidade da Sofia para escolher as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede;
- Melhorar a capacidade da Sofia para realizar esforços expulsivos
- Promover o senso de controlo;
- Promover a descida da apresentação fetal.

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não-farmacológicas”, defini como objetivo promover o autocontrolo e lidar com a dor de TP através de:

- Melhorar a capacidade da Sofia na realização de técnicas de relaxamento

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a Sofia referira/demonstre ser capaz de lidar com a dor de trabalho de parto;
- Que a Sofia referira/demonstre ser capaz de utilizar dispositivos como a bola de parto e a bola de amendoim como estratégias facilitadoras do TP;
- Que a Sofia demonstre ser capaz de adotar posições e movimentos que facilitem o TP;
- Que a Sofia demonstre ser capaz de escutar o seu corpo e seguir a sua vontade;
- Que a Sofia demonstre ser capaz de utilizar estratégias de relaxamento como a respiração como estratégias para lidar com a dor de TP.

4.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

23-04-2023 09:15 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Eliminação urinária

23-04-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

Pele

23-04-2023 13:45

Laceração

Intervenções de Enfermagem

23-04-2023 13:45 - Suturar laceração

23-04-2023 13:45 - Aplicar frio

Parto

23-04-2023 08:30

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 23-04-2023 13:45

Intervenções de Enfermagem

23-04-2023 08:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto [FIM] 23-04-2023 13:45

23-04-2023 09:15 - Assistir no posicionar [FIM] 23-04-2023 13:45

23-04-2023 09:15 - Gerir ingestão de líquidos [FIM] 23-04-2023 13:45

23-04-2023 08:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM]

23-04-2023 13:45

23-04-2023 08:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [FIM] 23-04-2023 13:45

23-04-2023 13:34 - Implementar medidas de proteção do períneo [FIM] 23-04-2023 13:45

23-04-2023 13:34 - Assistir no parto [FIM] 23-04-2023 13:45

23-04-2023 12:00 - Aplicar calor na região lombo-sagrada [FIM] 23-04-2023 13:34

23-04-2023 12:00 - Massajar região lombo-sagrada [FIM] 23-04-2023 13:34

23-04-2023 08:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [FIM] 23-04-2023 13:45

23-04-2023 08:30 - Gerir analgesia [FIM] 23-04-2023 13:45

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 23-04-2023 13:00

Intervenções de Enfermagem

23-04-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 08:30 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 08:30 - Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 10:15 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 10:15 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 10:15 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 09:15 - Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia [FIM] 23-04-2023 13:00

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 23-04-2023 13:00

Intervenções de Enfermagem

23-04-2023 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 09:15 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 11:00 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 23-04-2023 13:00

23-04-2023 13:34

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

23-04-2023 13:34 - Executar técnica de pele com pele

Nascimento

23-04-2023 13:34

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

23-04-2023 13:34 - Executar técnica de pele com pele

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

23-04-2023 13:36

Ligação mãe/pai-filho

Intervenções de Enfermagem

23-04-2023 13:36 - Incentivar o corte do cordão umbilical pelo companheiro da Sofia

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

Intervenção: “Instruir e treinar estratégias de relaxamento”

A técnica de respiração foi utilizada pela Sofia como estratégia de relaxamento no sentido de ajudar a lidar com a dor de trabalho de parto.

A literatura tem vindo a demonstrar a eficácia da técnica de respiração na redução da ansiedade e como estratégia para lidar com a dor.

O stress e ansiedade pela dificuldade de lidar com a dor e vice-versa pode acarretar consequências como TP prolongado, aumento do risco de parto instrumentado ou cesariana, criando um impacto emocional na mulher que estará presente em partos seguintes (Baljon et al., 2020).

A técnica de respiração consiste em inspirar lenta e profundamente pelo nariz e expirar lentamente pela boca, permitindo que a parturiente se foque na sua respiração retirando a atenção da dor. Este tipo de respiração aliado a um ritmo e padrão constante, intensifica esse foco ajudando a diminuir a ansiedade e stress, especialmente na fase ativa e segundo período de TP (Bal et al., 2020).

Alzurfi & Al-Ogaili, num estudo publicado em 2021, concluíram que de facto a técnica de respiração tem efeitos significativos como estratégia de relaxamento o que ajuda a lidar com a dor em diferentes fases do TP.

A respiração profunda estimula o sistema nervoso parasimpático e, como resultado, a circulação sanguínea passa pela oxigenação e desencadeia a libertação de endorfinas associadas à diminuição da frequência cardíaca e ao aumento de relaxamento. As endorfinas podem ainda suprimir o sistema simpático levando a uma diminuição da libertação de cortisol e consequentemente diminuindo o stress, facto inibidor da produção de ocitocina essencial para a progressão do trabalho de parto (Baljon et al., 2020).

Assim sendo, é crucial no incentivo à utilização de estratégias de relaxamento pelas mulheres em trabalho de parto por parte do EEESMO, criando uma relação terapêutica e de confiança para que a mulher consiga ter uma experiência de parto positiva.

Intervenção: “Aplicar frio”

A aplicação de gelo na região perineal após o parto, no caso de laceração ou episiotomia, tem sido uma prática comum uma vez que o efeito significativo no alívio da dor é relatado pelas puerperas.

Ainda existe pouca evidência científica nesta temática, mas existem estudos que demonstram essa eficácia. No estudo de Kim et al., de 2020, evidenciam que existe um alívio da dor perineal significativo mesmo na aplicação de gelo 24h após o parto.

Kirca et al. (2021), vêm a confirmar este resultado. Referem ainda que a aplicação de frio

aumenta a permeabilidade capilar reduzindo o edema e que, a diminuição da temperatura diminuí o risco de desenvolver inflamação ou mesmo infecção.

Apesar da temática beneficiar com mais estudos científicos, a evidência empírica também nos tem dado informação ao longo dos anos sobre os benefícios da aplicação de gelo no períneo após laceração ou episiotomia. Contudo, é necessário avaliar o conforto da puérpera com essa aplicação e explicar as diversas formas possíveis de aplicação de frio para que possa optar por aquela que lhe fizer mais sentido de acordo com o seu bem-estar.

4.8. Especificação das intervenções

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Dado - 08:30 - A Sofia encontra-se na fase ativa do TP e está deitada, necessitando também de adaptar as estratégias ao longo do TP
- Dado - 12:00 - A Sofia toca á campáinha questionando se poderá levantar-se pois precisa muito de ir á casa de banho. Realizado toque vaginal e encontra-se no 2º período de TP
- 8:30 - Encorajar a deambulação e movimentos da bacia assim como agaixamentos realizando a abdução do fémur
- 8:30 - Sugerir e respeitar que a Sofia faça o que o seu corpo lhe pede
- 10:15 - Encorajar a Sofia a manter-se numa posição vertical e a realizar exercícios de movimento da bacia na bola de parto
- 11:00 - Encorajar a Sofia a colocar os pés juntos em cima da bola de amendoim colocada no fundo da cama e afastar os joelhos
- 12:00 - Sugerir e respeitar que a Sofia faça o que o seu corpo lhe pede
- 12:00 - Sugerir á Sofia colocar a bola de amendoim entre as pernas, na posição lateral, de forma a afastar os joelhos
- 12:00 - Sugerir à Sofia que, sempre que aquela pressão se intensificar ou sempre que sentir vontade, pode fazer força para empurrar a apresentação
- 12:00 - Encorajar a Sofia a alternar posições sempre que o seu corpo pedir
- 13:00 - Encorajar a Sofia a perceber o que o seu corpo lhe pede
- 13:25 - Respeitar a alternância de posições que a Sofia escolher

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 08:30 - Sugerir e demonstrar que pode estar de pé apoiada na cama ou no companheiro e caminhar apoiada nele.
- 09:15 - Com a cabeceira um pouco elevada, sugerir colocar uma bola em amendoim no fundo da cama e posicionar os membros inferiores com os pés aproximados e os joelhos afastados
- 10:15 - Sugerir á Sofia que se levante da cama e que se mantenha numa posição vertical
- 11:00 - Com a cabeceira um pouco elevada, sugerir colocar uma bola em amendoim no fundo da cama e posicionar os membros inferiores com os pés aproximados e os joelhos

afastados

- 12:00 - Sugerir á Sofia colocar a bola de amendoim entre as pernas no sentido de afastar os joelhos e também melhorar o seu conforto
- 12:00 - Demonstrar a alternativa à posição de quatro apoios, apoiando os membros superiores na cabeceira elevada da cama, mantendo os joelhos afastados

Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 08:30 - Permitir que a Sofia caminhe apoiada no companheiro
- 09:15 - Orientar a Sofia para que, com a cabeceira um pouco elevada e a bola de amendoim no fundo da cama, pousar os pés aproximamos em cima da bola e afastar os joelhos
- 10:15 - Permitir que a Sofia se coloque na posição vertical que o seu corpo pedir, seja de pé ou sentada
- 11:00 - Permitir que a Sofia, com a cabeceira um pouco elevada e a bola de amendoim no fundo da cama, pouse os pés aproximados em cima da bola e afaste os joelhos
- 12:00 - Permitir que a Sofia coloque a bola de amendoim entre as pernas, afastando os joelhos, facilitando a abertura do diâmetro superior da bacia
- 12:00 - Permitir que a Sofia se coloque de joelhos na cama e apoiando os membros superiores na cabeceira da cama, mantendo os joelhos afastados

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 08:30 - Promover ambiente calmo
- 08:30 - Manter intensidade da luz baixa
- 08:30 - Providenciar privacidade
- 10:15 - Questionar a Sofia e os acompanhantes como se sentem e se precisam de alguma alteração no meio ambiente
- 10:15 - Incentivar a colocação de musica
- 12:00 - Promover um ambiente calmo, com privacidade e pouca luz
- 13:00 - Comunicar de forma calma e empática
- 13:25 - Manter a empatia e a relação terapêutica

Otimizar cateter venoso periférico

- 09:15 - Administrar bolos de cloreto de sódio 0,9%

Gerir analgesia

- Dado - Apresenta cateter epidural
- 09:15 - Administrar ropivacaína a pedido da Sofia
- 11:00 - Administrar ropivacaína a pedido da Sofia

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 08:30 - Questionar o companheiro e a mãe como se sentem e se têm alguma questão
- 08:30 - Encorajar o companheiro ou a mãe a acompanhar a Sofia na diambulação
- 09:15 - Sugerir ao companheiro que respire com a Sofia utilizando a técnica demonstrada
- 10:15 - Sugerir que o companheiro ou a mãe se sente atrás da Sofia quando ela estiver na bola de parto
- 11:00 - Sugerir ao companheiro ou mãe que respire com a Sofia

- 12:00 - Sugerir que o companheiro ou a mãe realize massagem na região lombo-sagrada
- 12:00 - Sugerir que o companheiro ou a mãe ofereçam água à Sofia sempre que ela pedir
- 12:00 - Sugerir ao companheiro que assista na elevação da perna durante os esforços expulsivos
- 12:00 - Sugerir ao companheiro que respire com a Sofia durante o intervalo das contrações
- 13:00 - Sugerir ao companheiro que se coloque sentado atrás de Sofia para que esta possa encostar-se se o desejar
- 13:00 - Elogiar o companheiro pelo envolvimento demonstrado
- 13:25 - Encorajar o companheiro e a mãe de Sofia a posicionarem-se junto dela
- 13:34 - Parabenizar o companheiro e a mãe pelo nascimento do filho e neto respectivamente

Assistir no posicionar

- Dado - 09:15 - A Sofia precisa deitar-se na cama por administração de analgesia via cateter epidural
- 09:15 - Assistir a Sofia a deitar-se na cama em decúbito dorsal e explicar a razão
- 10:15 - Assistir a Sofia a levantar-se da cama e a sentar-se na bola de parto
- 11:00 - Assistir a Sofia a deitar-se na cama em decúbito dorsal, cabeceira ligeiramente elevada e pés em cima da boa de amendoim
- 12:00 - Assistir a Sofia a colocar-se numa posição lateral , a seu pedido
- 12:00 - Assistir a Sofia a colocar-se em quatro apoios na cama, a seu pedido
- 13:00 - Assistir a Sofia a sentar-se no banco de parto , a seu pedido
- 13:25 - Assistir a Sofia a transferir-se para a cama, a seu pedido

Instruir estratégias de relaxamento

- Dado - A Sofia manifesta ansiedade e hiperventilação assim que a sua perceção de dor inicia
- 09:15 - Orientar a Sofia para uma respiração lenta, profunda e controlada. Inspirar lentamente pelo nariz e explicar muito lentamente pela boca
- 09:15 - Demonstrar a técnica de co-respiração com o companheiro

Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia

- 08:30 - Permitir que a Sofia realize agaixamentos, apoiando-se na cama com as mãos e afastando os joelhos á medida que desce
- 10:15 - Permitir que a Sofia realize movimentos da bacia sentada na bola de parto. Movimentos laterais, circulares e do infinito
- 12:00 - Permitir que a Sofia realize movimentos laterais com a bacia, estando na posição de dois apoios apoiada na cabeceira da cama

Gerir ingestão de líquidos

- 09:15 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 10:15 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 12:00 - Oferecer água, durante o período expulsivo, sempre que a Sofia quiser

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 09:15 - Demonstrar á Sofia como pode utilizar a bola de amendoim estando deitada na cama
- 10:15 - Demonstrar á Sofia como pode utilizar a bola de parto para movimentar a bacia
- 12:00 - Demonstrar à Sofia como pode utilizar a bola de amendoim entre as pernas, na posição de decúbito lateral

Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 09:15 - Permitir que a Sofia coloque os pés juntos em cima da bola de amendoim e afaste os joelhos
- 10:15 - Permitir que a Sofia utilize a bola de parto para realizar movimentos da bacia
- 11:00 - Permitir que a Sofia coloque os pés juntos em cima da bola de amendoim e afaste os joelhos
- 12:00 - Permitir que a Sofia utilize a bola de amendoim entre as pernas, na posição de decúbito lateral

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- 08:30 - Demonstrar á Sofia como pode realizar agaixamentos apoiada na cama ou no companheiro
- 10:15 - Sentada na bola de parto, demonstrar movimentos laterais com a bacia, circulares e do infinito
- 12:00 - Demonstrar à Sofia que, na posição de dois apoios e apoiada na cabeceira da cama, pode realizar movimentos da bacia lateralmente

Treinar estratégias de relaxamento

- 09:15 - Permitir que a Sofia Realize uma respiração lenta e profunda, inspirando pelo nariz e expirando pela boca
- 09:15 - Permitir que a Sofia realize a técnica de co-respiração com o companheiro
- 11:00 - Permitir que a Sofia Realize uma respiração lenta e profunda, inspirando pelo nariz e expirando pela boca
- 12:00 - Permitir que a Sofia Realize uma respiração lenta e profunda entre as contrações, inspirando pelo nariz e expirando pela boca
- 12:00 - Permitir que a Sofia realize a técnica de co-respiração com o companheiro

Massajar região lombo-sagrada

- Dado - No 2º período do TP, a Sofia sente pressão e dor lombar contínua
- 12:00 - Realizada massagem na região lombo-sagrada como estratégia para lidar com o desconforto

Aplicar calor na região lombo-sagrada

- Dado - No 2º período do TP, a Sofia sente pressão e dor lombar contínua
- 12:00 - Colocados lençóis quentes na região lombo-sagrada, como estratégia para lidar com o desconforto

Executar técnica de pele com pele

- 13:34 - Posicionar o bebé de modo a evitar a compressão do tórax e a cabeça deverá estar lateralizada

- 13:34 - Manter o bebê seco e quente com lençóis aquecidos e manter o rosto visível
- 13:34 - Incentivar os pais a concentrarem-se no bebê
- 13:34 - Avaliar a respiração, tônus, coloração e posição do bebê de 15/15 minutos após o 10º minuto

Assistir no parto

- Dado - A Sofia inicia os esforços expulsivos
- 12:00 - Preparar o material necessário
- 12:00 - Dar reforço positivo pelos esforços expulsivos
- 13:00 - Colocar o material de forma adequada à posição da Sofia
- 13:00 - Colocar o equipamento de proteção individual
- 13:00 - Elogiar e incentivar a Sofia nos esforços expulsivos
- 13:34 - Questionar se quer sentir a cabeça do bebê
- 13:34 - Verificar presença de circular do cordão
- 13:34 - Secar o bebê no colo da mãe
- 13:36 - Vigiar perda sanguínea

Implementar medidas de proteção do períneo

- 13:34 - Colocar a palma da mão direita no perineo junto à fúrcula dando suporte e, a mão esquerda na apresentação ajudando a controlar a sua saída

Incentivar o corte do cordão umbilical pelo companheiro da Sofia

- 13:36 - Orientar o companheiro da Sofia com o local para cortar
- 13:26 - Explicar que oferecerá resistência para cortar mas que é normal e não magoa o bebê

Suturar laceração

- Preparar material de sutura na mesa de apoio apropriada
- Prestar cuidados de higiene perineais

Aplicar frio

- Aplicar gelo na região perineal

5. CONSENTIMENTO INFORMADO

O impacto da intervenção dos profissionais na mulher e no trabalho de parto

5.1. Enquadramento teórico

A Ana recorreu ao serviço de urgência já ao final da manhã apesar de ter ocorrido rotura de membranas pelas 4h. O seu grupo de sangue é ORh+ e o rastreio do streptococcus do grupoB negativo.

A Ana desejava um parto fisiológico, com a utilização de estratégias não-farmacológicas para lidar com a dor e, por isso, permaneceu em casa durante toda a fase latente.

Ao longo do trabalho de parto a Ana foi utilizando várias estratégias para lidar com a dor e foi sempre incentivada pela EEESMO a seguir aquilo que o seu corpo lhe pedia, incluindo durante o período expulsivo.

Uma das posições escolhidas pela Ana durante o período expulsivo foi a de 4 apoios, no entanto, nesse momento um elemento da equipa médica entrou no quarto e pediu à Ana que se deitasse para ser examinada. Nesse momento compreendi que aquela situação teve um impacto emocional negativo na Ana, uma vez que começou a chorar. A ansiedade que demonstrou levou à dificuldade para lidar com a dor. Seguiu-se a sensação de perda de controlo em que ela refere não ser capaz de mais e parou com os esforços expulsivos.

Deste modo, foi considerado pela equipa médica a necessidade de aplicar uma ventosa.

Alguns autores dizem-nos que a necessidade de realização de um parto instrumentado pode ser reduzida com a adoção de algumas técnicas simples durante o trabalho de parto, nomeadamente: a posição vertical ou lateral; suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto, com a presença de um acompanhante; adoção de uma atitude mais fluída quanto à duração da segunda fase do trabalho de parto e a promoção da autonomia da parturiente.

O estudo de Silva et al.(2015), descreve que promover a autonomia na parturiente é contribuir para a sua dignidade e, neste sentido, é importante criar um ambiente adequado na sala de parto, com comunicação calma e empática, promovendo assim a confiança da mulher.

A dignidade e autonomia é alcançada se não existir pressão e manipulação perante a vontade da mulher, mas deve sim existir uma relação terapêutica e consentimento informado.

Foi experienciado pela Ana o quanto o medo e a insegurança criados nela pelo comportamento paternalista do profissional, teve um impacto negativo na progressão do trabalho de parto. A Ana sentiu-se inibida com a forma imperativa como o profissional de saúde lhe indicou que se deitasse, sem explicar o porquê e sem o seu consentimento.

Uma experiência de parto positiva é o objetivo de todas as mulheres que estão grávidas. A OMS (2018) define a experiência de parto positiva como sendo uma experiência que preenche ou ultrapassa os objetivos sociais, culturais e pessoais da mulher (o que inclui o nascimento de um bebê com boa saúde). O trabalho de parto e parto devem por isso ocorrer num bom contexto clínico e psicológico, com apoio prático e emocional contínuo de um ou mais acompanhantes, assim como profissionais competentes e que saibam estabelecer uma boa relação terapêutica (OMS 2018).

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

5.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-04-2023 11:30	Parto	
23-04-2023 17:54	Nascimento	

5.4. Dados

Parto

23-04-2023 11:30

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 80%.
Dilatação do colo do útero: 5 cm.
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 60 Segundos.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
Posição fetal: esquerda.
Apresentação fetal: cefálica.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.

Trabalho de parto

Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.
Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

23-04-2023 12:05

Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência cardíaca fetal: 147.00 bpm.
Padrão de contractilidade uterina normal.
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].
Sem globo vesical.
Hora da rotura das membranas: 03:45:00.

23-04-2023 14:10

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 50 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Sem globo vesical [MANTEVE].

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 23-04-2023 16:30

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 23-04-2023 16:30

23-04-2023 15:00

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

23-04-2023 15:30

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

Frequência cardíaca fetal: 146.00 bpm.

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

Duração da contração uterina: 60 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Sem globo vesical [MANTEVE].

23-04-2023 16:30

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

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

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

Frequência cardíaca fetal: 148.00 bpm.

Padrão de contractilidade uterina normal.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

23-04-2023 17:00

Extinção do colo do útero: 100%.

Dilatação do colo do útero: 10 cm.

Posição fetal: direita.

Apresentação fetal: cefálica.

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

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

Padrão de contractilidade uterina normal.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

Sem globo vesical [MANTEVE].

Esforços expulsivos eficazes.

23-04-2023 17:30

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

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

23-04-2023 17:54

Hora do nascimento: 17:54:00.

Tipo de parto: diferente da expectativa.

Nascimento

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

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

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

Nascimento

23-04-2023 17:54

Nascimento

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

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

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

5.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP”, defini como objetivo promover autocontrolo e lidar com o TP através de:

- Melhorar a capacidade da Ana para se posicionar de modo a facilitar o TP
- Melhorar a capacidade da parturiente para realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia;
- Melhorar a capacidade da parturiente para escolher as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede;
- Promover o senso de controlo

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para aliviar a dor de TP usando estratégias não-farmacológicas”, defini como objetivo promover autocontrolo e lidar com a dor de TP através de:

- Melhorar a capacidade da Ana para usar estratégias de relaxamento para lidar com a dor

5.4.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a Ana refira/demonstre ser capaz de lidar com a dor de trabalho de parto;
- Que a Sofia demonstre ser capaz de se posicionar de modo a facilitar o TP;
- Que a Sofia demonstre ser capaz de realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia, como movimentos laterais, para trás e para a frente e a desenhar o símbolo do infinito;
- Que a Sofia demonstre ser capaz de escutar o que o seu corpo lhe pede e alternar para posições que lhe façam sentido para promover o conforto;
- Que a Sofia demonstre ser capaz de utilizar a técnica de respiração como estratégia de relaxamento

5.5. Diagnósticos**Parto**

23-04-2023 11:30

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

- 23-04-2023 11:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto
- 23-04-2023 14:10 - Assistir no posicionar
- 23-04-2023 11:30 - Gerir ingestão de líquidos
- 23-04-2023 11:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto
- 23-04-2023 11:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto
- 23-04-2023 17:00 - Assistir no parto
- 23-04-2023 12:05 - Massajar região lombo-sagrada
- 23-04-2023 11:30 - Assistir no uso de hidroterapia
- 23-04-2023 12:05 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto
- 23-04-2023 11:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

23-04-2023 14:10

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 23-04-2023 16:30

Intervenções de Enfermagem

- 23-04-2023 14:10 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM]
- 23-04-2023 16:30
- 23-04-2023 14:10 - Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM]
- 23-04-2023 16:30
- 23-04-2023 14:10 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM]
- 23-04-2023 16:30
- 23-04-2023 14:10 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM]
- 23-04-2023 16:30
- 23-04-2023 14:10 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia [FIM] 23-04-2023 16:30
- 23-04-2023 14:10 - Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia [FIM]
- 23-04-2023 16:30

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 23-04-2023 16:30

Intervenções de Enfermagem

- 23-04-2023 14:10 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 23-04-2023 16:30
- 23-04-2023 14:10 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 23-04-2023 16:30

23-04-2023 17:30

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

Intervenções de Enfermagem

- 23-04-2023 17:30 - Treinar estratégias de relaxamento

23-04-2023 17:54

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

- 23-04-2023 17:54 - Executar técnica de pele com pele

Nascimento

23-04-2023 17:54

NascimentoIntervenções de Enfermagem

23-04-2023 17:54 - Executar técnica de pele com pele

5.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades**Intervenção: “Assistir no uso de hidroterapia”**

O uso de água quente através de imersão ou mesmo o chuveiro, como utilizado neste caso, tem sido evidenciado como uma das estratégias mais utilizadas para lidar com a dor durante o TP.

A sua utilização promove o relaxamento muscular, aumenta a circulação sanguínea e aumenta os níveis de endorfinas libertadas. Assim, a percepção de dor diminui e é relatada como uma experiência positiva para as parturientes (Ergin et al., 2023 ; Sharifipour et al., 2022).

Ergin et al., (2023) observaram ainda que existe uma diminuição do 1.º período de TP em cerca de 33min e ainda o facto de diminuir os níveis de hormonas do stress, aumenta a libertação de ocitocina tão importante para o desencadear e intensificação das contrações uterinas.

Deste modo, a utilização do chuveiro ou imersão, desde que não contra-indicada, pode ser uma estratégia eficaz para lidar com a dor de TP. Cabe então ao EEESMO sempre que possível assistir a parturiente na sua utilização se for a sua vontade.

5.6. Especificação das intervenções

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Dado 12:00 - A Ana está sentada na bola de parto apoiada com os braços na cama
- Dado 17:00 - A Ana refere que quer puxar
- 11:30 - Disponibilizar dispositivos facilitadores do trabalho de parto
- 11:30 - Sugerir à Ana que faça o que o seu corpo lhe pede
- 12:05 - Encorajar o movimento da bacia enquanto está sentada na bola de parto
- 15:30 - Encorajar a Ana a realizar movimentos da bacia enquanto está sentada na bola de parto
- 17:00 - Encorajar a Ana a fazer o que o seu corpo lhe pede

Assistir no uso de hidroterapia

- Dado 11:30 - A Ana solicitou o uso do chuveiro
- 11:30 - Preparar o local do chuveiro com medidas de segurança adequadas

- 11:30 - Disponibilizar toalhas
- 15:00 - Sugerir à Ana regressar ao chuveiro e providenciar material necessário

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 11:30 - Promover um ambiente calmo e seguro
- 11:30 - Promover a privacidade
- 12:05 - Sugerir a diminuição da intensidade da luz do quarto
- 12:05 - Incentivar a colocação de música ambiente
- 14:10 - Estabelecer uma relação terapêutica com comunicação clara, calma e empática
- 15:00 - Promover a privacidade
- 15:30 - Comunicar de forma calma e empática. Incentivar a Ana de que é capaz, que está a ser incrível na escuta do seu corpo, que tudo está bem e falta pouco para conhecer o seu bebé
- 17:00 - Incentivar a Ana a seguir o seu corpo, que chegou o momento de trazer o seu bebé e que está tudo bem. Pode puxar sempre que sentir essa vontade
- 17:30 - Comunicar com a Ana de forma calma e empática

Gerir ingestão de líquidos

- 11:30 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 12:05 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 14:10 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 15:30 - Oferecer água, chá ou gelatina
- 16:30 - Oferecer água, chá ou gelatina

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Dado 13:50 - A Sofia já teria saído da cama com a ajuda do marido e iniciou deambulação
- 11:30 - Incentivar o marido a permanecer junto da Ana enquanto ela está no chuveiro
- 12:05 - Sugerir ao marido que seja ele a aplicar a botija de água quente
- 14:10 - Sugerir ao marido respirar com a Ana com a técnica demonstrada
- 15:00 - Sugerir ao marido aplicar massagem na região lombo-sagrada
- 15:30 - Sugerir ao marido sentar-se atrás da Ana para que ela se possa encostar nele
- 15:30 - Sugerir ao marido manter a técnica de co-respiração com a Ana
- 16:30 - Sugerir ao marido que acompanhe a Ana na deambulação e que seja o apoio dela
- 17:54 - Parabenizar o marido pelo nascimento do filho

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

- Dado 12:05 - a Ana apresenta dor na região lombar e pediu ao marido uma botija de água quente
- Dado 16:30 - A Ana está a deambular pelo quarto
- 12:05 - Providenciar a botija com água quente
- 15:30 - Sugerir a colocação da botija de água quente
- 15:30 - Sugerir a realização da técnica de respiração e co-respiração como instruído e treinado anteriormente
- 16:30 - Sugerir à Ana apoiar-se no marido no momento da contração
- 17:30 - Respirar com a Ana neste momento de maior ansiedade

Massajar região lombo-sagrada

- Dado 14:10 - A Ana apresenta dor na região lombo-sagrada
- 14:10 - Massajar, por pressão da mão, com movimentos circulares, a região lombo-sagrada

Assistir no posicionar

- Dado 14:10 - A Ana refere querer colocar-se em 4 apoios na cama
- Dado 15:30 - A Ana saiu do chuveiro e regressou ao quarto
- Dado 17:00 - A Ana refere querer colocar-se em 4 apoios
- Dado 17:30 - A equipa médica entrou no quarto e disse à Ana para se colocar em decúbito dorsal para ser examinada
- 14:10 - Assistir a Ana a colocar-se em 4 apoios na cama
- 15:30 - Assistir a Ana a sentar-se na bola de parto e apoiar-se na para a frente na cama ou atrás no companheiro
- 17:00 - Assistir a Ana a colocar-se em 4 apoios na cama e sugerido apoiar-se na cabeceira da cama
- 17:30 - Assistir a Ana a posicionar-se em decúbito dorsal

Treinar estratégias de relaxamento

- 14:10 - Permitir que a Ana experiencie uma respiração lenta e profunda, com um padrão relaxante
- 14:10 - Permitir que a Ana experiencie a técnica de co-respiração com o marido

Instruir estratégias de relaxamento

- Dado 14:10 - A Ana está mais ansiosa e diz “está a doer muito, não sei se afinal vou conseguir”
- 14:10 - Orientar a Ana a encontrar um padrão de respiração com efeito relaxante
- 14:10 - Orientar a Ana para inspirar pelo nariz de forma lenta e profundamente e expirar pela boca muito lentamente
- 14:10 - Demonstrar técnica de co-respiração com o marido

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 14:10 - Sugerir à Ana que, na posição de 4 apoios, aproxime um pouco os pés e afaste os joelhos e deste modo ser possível aumentar o diâmetro superior da bacia
- 15:30 - Orientar a Ana para colocar os joelhos afastados enquanto sentada na bola de parto

Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 14:10 - Permitir que a Ana experiencie a posição de 4 apoios afastando os joelhos
- 15:30 - Permitir que a Ana experiencie sentar-se na bola de parto e manter os joelhos afastados enquanto se movimenta

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 14:10 - Orientar a Ana para colocar a bola de parto como apoio para os braços e tronco

Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 14:10 - Permitir que a Ana experiencie o uso da bola de parto enquanto apoio para os braços e tronco na posição de 4 apoios

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- 14:10 - Explicar à Ana que pode fazer movimentos laterais com a bacia e que pode também fazer movimentos de deslize para a frente e para trás

Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia

- 14:10 - Permitir que a Ana experiencie movimentos laterais com a bacia e movimentos de deslize para a frente e para trás

Assistir no parto

- 17:00 - Preparar o material de parto
- 17:00 - Incentivar e elogiar pelos esforços expulsivos
- 17:00 - Referir que pode alternar a sua posição sempre que desejar

Treinar estratégias de relaxamento

- Dado 17:30 - A Ana está ansiosa e com dificuldade em lidar com a dor. Chora e diz que não consegue mais
- 17:30 - Permitir que a Ana encontre um padrão de respiração relaxante e que respire lenta e profundamente como instruído anteriormente

Executar técnica de pele com pele

- 17:54 - Posicionar o bebé de modo a evitar compressão do toráx e a cabeça deverá estar lateralizada
- 17:54 - Cobrir e aquecer o bebe com um lençol seco e quente mantendo o rosto visível
- 17:54 - Avaliar a respiração, tonus, coloração e posição do bebé regularmente

6. A PROTAGONISTA

O parto é da mulher

6.1. Enquadramento teórico

A Mariana é uma primípara cuja idade gestacional é de 39 semanas e 6 dias. Rastreio do streptococcus do grupo B negativo e grupo sanguíneo ARh+.

Referiu “início de uma moedeira” desde as 3h da manhã no entanto, tendo o desejo de um parto fisiológico, foi lidando com a dor em casa utilizando estratégias aprendidas no programa de preparação para o parto.

Apesar de ter iniciado 3 contrações em 10 minutos pelas 16h, como referido pelo marido, mantinha a capacidade para lidar com a dor e considerou não ser necessário dirigir-se ao hospital, tendo o feito apenas após a rotura de membranas que ocorreu às 18h.

Deu entrada no serviço de urgência pelas 18:50, colo com 9cm de dilatação, toque vaginal realizado pela equipa médica.

Durante o período expulsivo a Mariana sentiu a necessidade de levantar-se e adotar uma posição vertical. Naquele momento fez-lhe sentido sentar-se no banco de parto.

Este foi um dos casos em que evidenciei com clareza o senso de controlo da parturiente, o benefício dela ter permanecido o mais tempo possível em casa e de como tudo isso contribuiu para uma experiência de parto positiva.

Foi ainda uma oportunidade de poder assistir um parto no banco, tendo contribuído assim para a minha aquisição de competências.

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 29 anos | Feminino

6.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
10-05-2023 18:50	Parto	
10-05-2023 20:05	Nascimento	
10-05-2023 20:08	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
10-05-2023 20:15	Pele	

6.3.1. Os domínios seleccionados; sua relação com o quadro teórico**Pele**

Este foco de atenção está identificado pelo facto de ter ocorrido uma laceração perineal.

As lacerações são classificadas quanto ao grau, consoante os tecidos atingidos. Neste caso, a laceração ocorrida foi classificada de grau 2, uma vez que atingiu a pele, tecido subcutâneo do períneo e da vagina e estendeu-se até ao músculo.

6.4. Dados**Pele**

10-05-2023 20:15

Laceração

Localização da laceração

Períneo

Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

Parto

10-05-2023 18:50

Posição do colo do útero: anterior.

Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 100%.

Dilatação do colo do útero: 9 cm.

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

Duração da contração uterina: 50 Segundos.

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

Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

Posição fetal: esquerda.

Apresentação fetal: cefálica.

Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

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

Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 10-05-2023 20:15

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

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

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 19:20

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

Frequência cardíaca fetal: 152.00 bpm.

Padrão de contractilidade uterina normal.

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

Duração da contração uterina: 60 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

Sem globo vesical.

Hora da rotura das membranas Hora da rotura das membranas: 18:00:00.

Esforços expulsivos eficazes.

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

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 19:45

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

Frequência cardíaca fetal: 143.00 bpm.

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

Duração da contração uterina: 60 Segundos.

Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg].

10-05-2023 20:05

Nascimento

Hora do nascimento: 20:05:00.

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

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

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

10-05-2023 20:15

Tipo de dequitação: espontânea - Schultze.

Hora da dequitação: 20:15:00.

Características da placenta: sem alterações observáveis.

Estado do períneo: laceração de 2.º grau.

Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Nascimento

10-05-2023 20:05

Nascimento

Hora do nascimento: 20:05:00.

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

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

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

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

10-05-2023 20:08

Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

Ligação mãe/pai-filho

6.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, defini como objetivo promover autocontrolo e lidar com o TP através de:

- Melhorar a capacidade da Mariana para escolher as posições e os movimentos que o seu corpo lhe pede;
- Melhorar a capacidade da Mariana para se posicionar de modo a facilitar o TP;
- Promover o senso de controlo

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade da Mariana para aliviar a dor de TP usando estratégias não farmacológicas”, defini como objetivo promover autocontrolo e lidar com a dor de TP através de:

- Melhorar a capacidade da Mariana para utilizar a técnica de respiração e co-respiração como estratégia de relaxamento para lidar com a dor de TP

6.4.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a Mariana seja capaz de escutar o seu corpo e seguir a sua vontade;
- Que a Mariana seja capaz de adotar posições que facilitem o TP;
- Que a Mariana seja capaz de utilizar a técnica de respiração e co-respiração como estratégia de relaxamento para lidar com a dor

6.5. Diagnósticos

Pele

10-05-2023 20:15

Laceração

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 20:15 - Suturar laceração (Períneo)

10-05-2023 20:15 - Aplicar frio

Parto

10-05-2023 18:50

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 10-05-2023 20:15

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 18:50 - Avaliar evolução do trabalho de parto [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 19:20 - Assistir no posicionar [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 18:50 - Gerir ingestão de líquidos [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 18:50 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 18:50 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 19:20 - Assistir no parto [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 18:50 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [FIM] 10-05-2023 20:15

Potencial para melhorar capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 10-05-2023 20:15

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 18:50 - Avaliar evolução da capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 18:50 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 18:50 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 19:20

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 10-05-2023 20:15

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 18:50 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 10-05-2023 20:15

10-05-2023 19:20 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM]
10-05-2023 20:15

10-05-2023 19:20 - Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM]
10-05-2023 20:15

10-05-2023 20:05

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 20:08 - Executar clampeamento do cordão umbilical

10-05-2023 20:05 - Executar técnica de pele com pele

Nascimento

10-05-2023 20:05

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 20:08 - Executar clampeamento do cordão umbilical

10-05-2023 20:05 - Executar técnica de pele com pele

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

10-05-2023 20:08

Ligação mãe/pai-filho

Intervenções de Enfermagem

10-05-2023 20:08 - Incentivar o corte do cordão umbilical pelo companheiro da Mariana

6.6. Especificação das intervenções

Treinar estratégias de relaxamento

- 18:50 - Permitir que a Mariana experiencie uma respiração relaxante, inspirando lenta e profundamente pelo nariz e expirando lentamente pela boca
- 19:45 - Permitir que a Mariana experiencie a técnica de co-respiração com o companheiro

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- 18:50 - Sugerir e respeitar que a Mariana faça o que o seu corpo lhe pede
- 18:50 - Disponibilizar dispositivos facilitadores do trabalho de parto
- 19:45 - Promover a verticalidade sugerindo à Mariana o uso do banco de parto

Instruir estratégias de relaxamento

- Dado 18:50 - A Mariana encontrava-se muito ansiosa e com maior dificuldade em lidar com a dor
- 18:50 - Orientar a Mariana para uma respiração lenta e profunda, com um padrão relaxante. Inspirar lenta e profundamente pelo nariz e expirar pela boca lentamente
- 19:45 - Demonstrar a técnica de co-respiração com o companheiro

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 18:50 - Promover a relação terapêutica, comunicando de forma calma e com empatia e escutar
- 18:50 - Questionar qual o plano do seu parto
- 18:50 - Reduzir a intensidade da luz
- 18:50 - Promover a privacidade
- 19:20 - Comunicar de forma calma, positiva e empática
- 20:05 - Parabenizar a Mariana pelo seu parto e nascimento do seu bebé

Gerir ingestão de líquidos

- 18:50 - Oferecer água ou gelatina
- 19:20 - Oferecer água durante o período expulsivo

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 18:50 - Questionar o companheiro como se sente e se tem alguma questão
- 19:20 - Sugerir ao companheiro elevar e segurar na perna da Mariana durante as contrações
- 19:45 - Sugerir ao companheiro que respire com a Mariana conforme técnica treinada
- 19:45 - Sugerir ao companheiro sentar-se na bola de parto, atrás da Mariana para esta se possa encostar
- 20:05 - Parabenizar o companheiro pelo nascimento do filho

Assistir no posicionar

- Dado 19:20 - A Mariana refere estar bem de pé e quer tentar uma posição na cama
- Dado 19:45 - A Mariana diz “preciso sair daqui, quero levantar-me”
- Dado 20:05 - A Mariana já está em contacto pele com pele com o seu bebé e aguarda saída da placenta
- 19:20 - Assistir a Mariana a colocar-se em decúbito lateral na cama
- 19:45 - Sugerir à Mariana sentar no banco de parto e assistir a posicionar-se
- 20:05 - Assistir a Mariana a transferir-se para a cama, com a cabeceira a um ângulo de 40, que permita permanecer em contacto pele com pele

Assistir no parto

- 19:20 - Preparar e organizar o material de parto na mesa de apoio adequada
- 19:20 - Incentivar a Mariana e dar reforço positivo pelos esforços expulsivos
- 19:45 - Reorganizar o material de parto de forma adequada à posição da Mariana
- 20:05 - Explicar à Mariana que a sensação de ardor que está a descrever é a cabeça do bebé e que ele vai nascer
- 20:05 - Verificar a presença de circular do cordão
- 20:05 - Incentivar a Mariana a vir buscar o seu bebé
- 20:05 - Secar e aquecer o bebé com lençóis quentes no colo da mãe

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 19:20 - Explicar que pode subir a perna levando o joelho ao peito, no momento da contração

- 19:45 - Explicar à Mariana para afastar os pé e aproximar ligeiramente os joelhos, para promover o aumento do diâmetro inferior da bacia

Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- 19:20 - Permitir que a Mariana experiencie a posição lateral com elevação da perna no momento da contração
- 19:45 - Permitir que a Mariana experiencie a posição no banco de parto, com os pé afastados e os joelhos ligeiramente aproximados

Executar técnica de pele com pele

- 20:05 - Posicionar o bebê de modo a evitar compressão no tórax e a cabeça lateralizada
- 20:05 - Manter o bebê quente com um lençol aquecido, sem cobrir o rosto
- 20:05 - Avaliar a respiração, tonus e posição do bebê de 15/15 min

Executar clampeamento do cordão umbilical

- 20:08 - Aguardar que deixe de existir pulsação, como desejado pela Mariana
- 20:08 - Clampar o cordão umbilical com a distancia de 2 dedos de modo a permanecer um coto

Incentivar o corte do cordão umbilical pelo companheiro da Mariana

- 20:08 - Indicar ao companheiro da Mariana o local do cordão que deve cortar
- 20:08 - Explicar que irá oferecer resistência mas que é o normal esperado e que não causa dor ao bebê

Suturar laceração

- 20:15 - Preparar material de sutura
- 20:15 - Aplicar tamponamento com compressas
- 20:15 - Proceder à higiene perineal

Aplicar frio

- 20:15 - Aplicar gelo na região perineal

7. DEPOIS DO PARTO

O desafio da amamentação

7.1. Enquadramento teórico

A Marina encontra-se no primeiro dia de puerpério após parto eutócico às 05:21 do dia 2 de julho. Sem antecedentes pessoais, é 2.^a gesta, 2 para, cuja gravidez permaneceu de baixo risco até às 39 semanas e 5 dias. Encontra-se com perda de lóquios em quantidade moderada e períneo íntegro. O rastreio do streptococcus do grupo B estava negativo e o seu grupo sanguíneo é ARh+.

A Marina, que está acompanhada pelo marido João, depara-se com alguns desafios na amamentação e, apesar de ser a segunda filha, tendo o primeiro parto ocorrido há 5 anos, a Marina e o João encararam também algumas inseguranças e falta de conhecimento relativamente a algumas questões relacionadas com os cuidados de higiene da Olívia.

A escolha deste caso prendeu-se com a oportunidade de intervir nas necessidades desta mulher relativamente à amamentação, observar a sua vontade e resiliência para amamentar a sua bebé apesar do desafio e, ter sido possível observar os resultados da minha intervenção, com ganhos em saúde e bem estar para ambas.

Amamentar apresenta diversos benefícios. Estimula a libertação de ocitocina essencial na diminuição de risco de hemorragia no pós-parto imediato pela contração uterina, promovendo a involução uterina. Contribui também para diminuição do risco de cancro da mama e do ovário, diabetes tipo 2 e doenças cardiovasculares. Contudo, existe um aumento do risco da depressão pós-parto quando as mulheres que desejam amamentar acabam por desistir (Pairman et al., 2019).

Muitas vezes, o depararem-se com um desafio que sentem que não controlam e/ou não conseguem dar resposta, é o motivo da desistência. Pode ser a dor mamilar dos primeiros dias inerente à adaptação da sucção do bebé, ou a dor mamilar pela necessidade de ajustar a posição da puérpera ou bebé ou mesmo, já no pós-parto em casa, deparando-se com a descida do leite, pode surgir o ingurgitamento mamário, obstrução de ductos ou mesmo mastite.

Deste modo, o apoio do EEESMO a estas mulheres que se deparam com desafios, mas que

desejam amamentar, deve ser obrigatório, mas é também muito importante nos casos em que a amamentação e o pós-parto decorrem sem qualquer fator dificultador. Muitas vezes para as mulheres e casais, o facto de terem o EEESMO para escutar e validar, ajuda a promover a auto-eficácia e a auto-confiança, para que este processo de transição decorra de forma facilitadora e, deste modo, possibilita a intervenção na prevenção.

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 30 anos | Feminino

7.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-07-2023 08:45	Puerpério	
03-07-2023 08:45	Comportamentos para amamentar	
03-07-2023 11:00	Adaptação à parentalidade	

7.3.1. Os domínios seleccionados; sua relação com o quadro teórico

Puerpério

É designado por puerpério, o período entre o parto e o momento em que os órgãos reprodutivos da mulher voltam ao seu estado não-gravídico. Pode ser chamado a este período de quarto trimestre, o que pressupõe uma continuidade dos três trimestres da gravidez sendo fundamental para a saúde materna e neonatal. Considera-se que essa fase tem a duração de 6 semanas, no entanto pode variar de mulher para mulher (Perry et al., 2018).

O puerpério divide-se em três períodos: o imediato (primeiras duas horas), o precoce (até ao final da primeira semana) e o tardio (até ao final da sexta semana).

Esta é uma fase de grande vulnerabilidade a problemas de saúde para as mulheres não só pela necessidade de resposta às exigências do RN, mas também porque é um momento de

transições, tais como a transformação no papel parental, a autopercepção da imagem corporal e mesmo as relações familiares e com a pessoa significativa.

A intervenção do EEESMO é fundamental no apoio à mulher/casal nas adaptações psicossociais que atravessam no puerpério, sendo um profissional com competências para dar resposta às necessidades inerentes a esta fase de transição, ajudando fundamentalmente na prevenção de possíveis complicações na saúde da mulher. Neste sentido, o EEESMO promove a adaptação à parentalidade, a recuperação pós-parto e a gestão saudável da conjugalidade pós-parto (OE 2022).

Adaptação à parentalidade

A CIPE 2019 TM define a adaptação à parentalidade como sendo os comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser mãe ou pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados.

A chegada de um novo elemento à família exige também uma reorganização individual, conjugal e profissional pelo que, representa uma transição no ciclo de vida. Esta transição é um processo irreversível, que inicia já durante a gravidez e que termina quando a mãe e o pai apresentam sentimentos de confiança, tranquilidade e mestria no desempenho do papel (Cardoso, 2011).

A intervenção do EEESMO é muito importante nesta transição uma vez que, um dos seus objectivos dos cuidados especializados é a promoção do desenvolvimento das competências parentais, não só através de programas de preparação para a parentalidade, mas fundamentalmente estando presente e intervindo mediante as necessidades que cada pessoa apresenta para desenvolver as competências e a mestria neste novo papel (OE 2022).

Comportamentos para amamentar

Os comportamentos para amamentar referem-se aqueles que a mãe apresenta cujos influenciam a eficácia da amamentação. São eles:

- O reconhecimento dos sinais de fome, como levar a mão à boca, movimentar a cabeça de um lado para o outro pela procura da mama e podendo chegar ao choro;
- A adoção de uma posição adequada para maior conforto e relaxe, bem como a adequada posição do bebé, virado para si e rosto para a mama, para facilitar a pega e a deglutição e direccionar a zona do nariz para o mamilo;
- Se a pega é eficaz, com uma boa abertura da boca, queixo a tocar na mama e lábio inferior virado para fora;

- Terminar a mamada apenas quando reconhece sinais de saciedade no bebé, como ter parado de mamar espontaneamente e estar relaxado e tranquilo;
- Utilização de estratégias para estimular o mamar, como retirar peças de roupa no caso de sonolência, contacto pele com pele e tocar com o mamilo entre o lábio superior e o nariz (NHS, 2022).

A recolha destes dados pelo EEESMO será fundamental na avaliação das necessidades da mulher e adequar as intervenções caso a caso, respeitando sempre a autonomia, a privacidade e a vontade, abstendo-nos sempre de juízos de valor.

7.4. Dados

Puerpério

03-07-2023 08:45

Puerpério

Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: facilitador.

Comportamentos para amamentar

03-07-2023 08:45

Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

Adota posição confortável para facilitar o mamar.

Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

Utiliza estratégias para estimular o mamar.

Pega adequada (Não).

Estado da mama

Bilateral: dor no mamilo.

Conhecimento sobre amamentação: facilitador.

Capacidade para amamentar

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para amamentar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar capacidade para amamentar [RESOLVIDO] 03-07-2023 15:30

Amamentação

Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

03-07-2023 12:15

Pega adequada (Não) [MANTEVE].

03-07-2023 15:30

Pega adequada [MELHOROU].

Capacidade para amamentar

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para amamentar: facilitadora.

Autoeficácia para amamentar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar

Adaptação à parentalidade

03-07-2023 11:00

Conhecimento sobre higiene do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

Significado atribuído ao dar banho: não dificultador.

Significado atribuído ao tratamento do coto umbilical: não dificultador.

Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho: facilitador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido

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

03-07-2023 14:30

Conhecimento sobre choro do recém-nascido: facilitador.

Capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido

7.4.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para amamentar”, defini como objetivos:

- Melhorar a capacidade da Marina para posicionar a Olívia de forma adequada, facilitando assim a pega e a deglutição.

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a autoeficácia para amamentar”, defini como objetivo:

- Melhorar a autoeficácia da Marina para amamentar a Olívia, elogiando o desempenho e analisando os resultados obtidos.

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento sobre higiene do recém-nascido”, defini como objetivos:

- Melhorar o conhecimento sobre a orientação adequada do banho da Olívia;
- Melhorar o conhecimento sobre forma adequada de secar a Olívia;
- Melhorar o conhecimento sobre a utilização de produtos de higiene;
- Melhorar o conhecimento sobre cuidados ao coto do cordão umbilical.

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido”, defini como objetivos:

- Melhorar a capacidade para dar banho à Olívia de forma adequada;
- Melhorar a capacidade para cuidar da pele da Olívia, secando de forma adequada,

evitando produtos de higiene ou seleciona-los com os critérios adequados;

- Melhorar a capacidade para realizar a limpeza ao coto do cordão umbilical.

Tendo em conta o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do RN”, defini como objetivos:

- Melhorar a capacidade da Marina na realização da técnica de swaddling, como uma das estratégias para lidar com o choro da Olívia.

7.4.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a Marina seja capaz de adequar a posição da Olívia para uma pega e amamentação eficazes;
- Que a Marina acredite na sua capacidade para amamentar com eficácia;
- Que a Marina e o João realizem pela orientação adequada o banho da Olívia;
- Que a Marina e o João sequem a bebé de forma adequada;
- Que a Marina e o João escolham utilizar ou não utilizar os produtos de higiene na Olívia de forma adequada;
- Que a Marina e o João prestem os cuidados ao coto do cordão umbilical de forma adequada;
- Que a Marina se capaz de realizar o swaddling na Olívia.

7.5. Diagnósticos

Puerpério

03-07-2023 08:45

Puerpério

Intervenções de Enfermagem

03-07-2023 08:45 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

03-07-2023 08:45 - Gerir ambiente

03-07-2023 11:00 - Executar escuta ativa

Comportamentos para amamentar

03-07-2023 08:45

Potencial para melhorar capacidade para amamentar [RESOLVIDO] 03-07-2023 15:30

Intervenções de Enfermagem

03-07-2023 08:45 - Avaliar evolução da capacidade para amamentar [FIM] 03-07-2023 15:30

03-07-2023 12:15 - Assistir na amamentação [FIM] 03-07-2023 15:30

03-07-2023 08:45 - Instruir a amamentar [FIM] 03-07-2023 15:30

03-07-2023 08:45 - Treinar amamentar [FIM] 03-07-2023 15:30

Amamentação

Intervenções de Enfermagem

03-07-2023 08:45 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

03-07-2023 12:15 - Assistir na amamentação

03-07-2023 15:30

Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar

Intervenções de Enfermagem

03-07-2023 15:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para amamentar

03-07-2023 15:30 - Elogiar o desempenho do cliente

Adaptação à parentalidade

03-07-2023 11:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre higiene do recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

03-07-2023 11:00 - Ensinar sobre higiene do recém-nascido

03-07-2023 11:00 - Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido

03-07-2023 11:00 - Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

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

Intervenções de Enfermagem

03-07-2023 11:00 - Instruir a dar banho

03-07-2023 11:00 - Instruir a tratar do coto do cordão umbilical

03-07-2023 11:00 - Treinar a dar banho

03-07-2023 11:00 - Treinar a tratar do coto do cordão umbilical

03-07-2023 14:30

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

03-07-2023 14:30 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias para lidar com o choro do recém-nascido

03-07-2023 14:30 - Instruir a usar estratégias para lidar com o choro

03-07-2023 14:30 - Treinar a usar estratégias para lidar com o choro

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

Intervenções “Instruir a amamentar” e “Treinar a amamentar”

Gomes et al. (2022), concluíram que um dos maiores desafios na amamentação nas primeiras horas pós-parto, prendia-se com dor mamilar, causada por posição e pega inadequada do bebé, observando a necessidade de intervenção por parte do profissional em 28% das puérperas.

A dor e trauma mamilar pode acontecer desde o primeiro contacto do bebé com a mama e a causa principal detetada é a inadequada posição e pega do bebé. Segundo Camargo e

colaboradores em 2023, o nível de dor é superior em traumas mamilares menores, deste modo, afirmam que não se deve partir-se do pressuposto que existe uma relação diretamente proporcional entre tamanho da lesão mamilar e a dor que a puérpera sente.

Contudo, Smith em 2016, referiu que além da importância da pega adequada do bebé, existe também o facto da percepção de dor aumentar com o cansaço e com o desconforto das contrações uterinas devido à sua involução. Assim sendo, é importante ter em consideração conversar com a puérpera e compreender como ela se sente, qual a causa da dor e intervir da forma mais adequada.

Desta forma, sendo o EEESMO um profissional com a competência para identificar as necessidades das puérperas relativamente à amamentação, deve colher os dados, formular o diagnóstico, intervir e avaliar os resultados da sua intervenção.

Intervenção “Ensinar sobre higiene do recém-nascido”

O banho do recém-nascido de termo deve ser realizado nunca antes das 24h de vida como recomenda a OMS (2018). Realiza-se da área mais limpa para a mais suja. Deste modo, como também refere Silva et al. (2020), o banho deve iniciar-se pelo rosto e cabeça e terminar nos genitais na direção antero-posterior, evitando assim a disseminação de microorganismos. Os autores referem também que, para secar o RN, devem ser realizados movimentos compressivos suaves para evitar a fricção da pele, favorecendo a sua integridade e manutenção da função protetora.

Intervenção “Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido”

O vernix caseosa é importante ser mantido pelo maior período de tempo possível pois, como abordam Johnson e Hunt, num artigo de 2019, o vernix protegeu a pele do bebé no meio aquático in-útero e protege também no meio extra-uterino. Este, ajuda na diminuição do risco de hipodérmica nas primeiras horas, mas também mantém a pele hidratada e protegida contra microorganismos. Estes e outros autores, como Schachner et al. (2023), defendem que devem ser utilizados produtos de pH ligeiramente ácido para manter o pH da pele e devem ser evitados produtos com sabão e glicerina pois remove a gordura natural e promove por esta via a desidratação. Recomendam também não utilizar produtos com fragrância, álcool e detergentes agressivos como lauril sulfato de sódio.

A OMS (2022) não recomenda o uso de emolientes por rotina, sendo o mais indicado utilizá-los se necessário, tendo sempre em conta os seus constituintes.

Intervenção “Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical”

Foi identificada a necessidade da aplicação desta intervenção, uma vez que a Marina pediu se seria possível fornecermos álcool a 70% para que ela utilizasse para limpeza do coto. Assim, foi explicado que actualmente a literatura demonstra que não existe benefício no seu uso diário e

sistemático. Silva et al., num artigo de 2020, menciona que a utilização de álcool pode inclusive provocar danos na pele do recém-nascido. O importante é limpar com água ou soro e fundamentalmente secar devidamente. Tal como recomenda a OMS (2022), o coto do cordão deve apenas ser mantido limpo e seco e a utilização de um anti-séptico deve ocorrer em circunstâncias específicas, como por exemplo, quando o RN está inserido num meio com risco de infeção aumentado.

O coto do cordão deve ainda ser mantido fora da fralda para se manter limpo e promover a sua mumificação, tal como refere Silva et al. (2020), bem como Johnson e Hunt (2019), que acrescentam ainda que a imersão do coto do cordão no banho não aumenta o risco de infeção.

Intervenções “Instruir a usar estratégias para lidar com o choro” e “Treinar a usar estratégias para lidar com o choro”

O choro é a forma de comunicação dos bebé. Pode ser por fome, dor ou simplesmente necessidade de conforto e de facto o contacto com a mãe é a melhor estratégia para acalmar o recém-nascido. Neste caso, a Marina demonstrava capacidade para utilizar essa estratégia, no entanto, solicitou a ajuda com a realização do swaddling, manifestando interesse em aprender.

Noor e Merchant (2023), referem que o swaddling apresenta o benefício do bebé acalmar-se por sentir-se em condições semelhantes às sentidas no meio intra-uterino, no entanto pode causar algum impacto negativo se a sua utilização não for a correta. Descrevem como riscos a displasia da anca, sobreaquecimento e risco de síndrome de morte súbita. Deste modo, referem que para o uso seguro do swaddling, o tecido utilizado deve ser de algodão e nunca utilizar mantas ou cobertores adicionais. O Swaddle não deve cobrir a cabeça e nem o pescoço e, apesar de ter que ser colocado de forma firme, não pode estar muito apertado nem largo. O ideal é que seja utilizado por curtos períodos, para que o bebé se acalme, e evitar a sua utilização durante o sono especialmente sem supervisão (Noor & Merchant, 2023).

7.6. Especificação das intervenções

Treinar amamentar

- 08:45 - Permitir que a Marina experiencie uma posição da bebé e uma pega adequadas

Instruir a amamentar

- Dado - A Marina sente dor nos mamilos e foi observada posição da bebé e pega inadequadas
- 08:45 - Demonstrar e explicar à Marina a importância de virar a Olívia para si, encostando a barriga dela na sua e cabeça virada para a mama
- 08:45 - Explicar que, ao tocar com o mamilo no lábio superior da Olívia ou perto do nariz,

ela fará uma abertura da boca mais ampla e de forma a que o mamilo fique a tocar no palato

- 08:45 - Explicar à Marina que, caso sinta dor e perceba que a pega não está adequada, deve colocar o dedo mindinho no canto da boca da Olívia para que esta liberte a mama sem vácuo

Gerir ambiente

- 08:45 - Promover a privacidade da Marina
- 08:45 - Promover uma relação terapêutica com o casal
- 11:00 - Promover a privacidade do casal com a bebé

Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

- Dado - A Marina pergunta se poderíamos fornecer álcool para que ela fizesse a limpeza do coto do cordão umbilical
- 11:00 - Explicar que a limpeza com álcool deixou de ser recomendada uma vez que está comprovado que não existe benefício. Deve ser limpo com compressas com água ou soro e secar muito bem após. Pode ser realizado uma vez ao dia ou sempre que estiver sujo
- 11:00 - Explicar que, caso se aperceba de vermelhidão na pele à volta, mau cheiro ou secreção, procurar apoio profissional e que, pode realizar então limpeza com compressas esterilizadas e álcool
- 11:00 - Lembrar da importância de não tapar o coto do cordão com nada e que a fralda deve ficar dobrada, mantendo-o de fora. Explicar que com a roupa não existe problema

Instruir a tratar do coto do cordão umbilical

- 11:00 - Demonstrar que não há problema em mergulhar o coto do cordão no banho e que pode ser seco com a toalha limpa ou com compressas
- 11:00 - Demonstrar como executar a limpeza do coto do cordão umbilical. Iniciar de baixo para cima e idealmente utilizar uma compressa para a base, outra para o restante coto e por uma ultima compressa para limpar o clampe. No final secar.

Treinar a tratar do coto do cordão umbilical

- 11:00 - Permitir que a Marina experiencie a realização da limpeza do coto do cordão umbilical

Instruir a dar banho

- 11:00 - Demonstrar por onde devem iniciar e terminar o banho
- 11:00 - Demonstrar como limpar os olhos da Olívia de forma adequada, do mais limpo para o mais sujo, trocando a compressa a cada movimento
- 11:00 - Demonstrar como secar a Olívia de forma adequada

Treinar a dar banho

- 11:00 - Permitir que experienciem a realização do banho com técnica adequada
- 11:00 - Permitir que a Marina experiencie a realização da limpeza dos olhos com técnica instruída
- 11:00 - Permitir que a Marina experincie secar a Olívia de forma adequada

Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido

- Dado - A Marina apresenta produtos para o banho da Olívia
- 11:00 - Explicar que os produtos de higiene que trouxe poderão ser utilizados se o desejarem, no entanto não é recomendada ou necessária a sua utilização no primeiro mês e especialmente nos primeiros banhos, permitindo também que o vernix seja absorvido pela pele e a hidrate. Explicar também que, caso opte pela sua utilização, os mesmos devem ser todos da mesma marca e que não contenham álcool, parabenos nem glicerina

Ensinar sobre higiene do recém-nascido

- Dado - A Marina apresenta insegurança sobre qual a parte do corpo da bebé a lavar primeiro
- Dado - A Marina e o João sabem como preparar a água, como verificar a temperatura e sabem como segurar e virar a Olívia em segurança
- Dado - A Marina sabe como preparar a roupa da Olívia e restante material
- Dado - A Marina sabe como trocar a fralda e como limpar de forma adequada e segura
- 11:00 - Explicar que o banho deve iniciar-se pelas partes do corpo mais limpas para as mais sujas. Deste modo, lavar primeiro o rosto e, excepcionalmente, lavar a cabeça por último uma vez que a Olívia apresenta no cabelo ainda muitos fluídos inerentes ao parto
- 11:00 - Explicar que os olhos devem ser lavados fora do banho, com compressas esterilizadas e soro fisiológico e, a cada movimento trocar a compressa
- 11:00 - Para secar a bebé, explicar que deve ser realizado de forma suave com a toalha, enxugar e não esfregar

Executar escuta ativa

- Dado - A Marina e o João apresentam questões relativamente à amamentação e aos cuidados de higiene da Olívia
- Ouvir atentamente
- Responder de forma simples e questionar se fui clara e repetir se necessário
- Não emitir juízos de valor
- Comunicar de forma calma, empática e com segurança

Assistir na amamentação

- Dado - A Marina mantém dor nos mamilos que descreve como “terrível” toda a mamada. Observada pega inadequada
- 12:15 - Orientar a Marina para posicionar a Olívia abaixo do mamilo, para que este se direcione para o nariz na bebé. Deste modo, a Olívia abre mais a boca e o mamilo entrará mais junto ao palato.
- 12:15 - Explicar à Marina que, o facto de sentir dor no mamilo, desde que não seja toda a mamada de forma insuportável como descreve, pode ser normal durante os primeiros dias, uma vez que a sucção da Olívia tão frequentemente é um estímulo a que o mamilo irá habituar-se ainda.
- 19:30 - Explicar que, sempre que tenha a oportunidade em casa, manter os mamilos ao ar e que está a fazer um trabalho incrível. Passado uns dias essa sensibilidade passará.

Treinar a usar estratégias para lidar com o choro

- 14:30 - Permitir que a Marina experiencie a realização da técnica de swaddle e seu efeito na Olívia

Instruir a usar estratégias para lidar com o choro

- Dado - A Marina refere que a Olívia chora mais que a filha mais velha e que costuma fazer massagem abdominal para evitar cólicas e acaba por colocar à mama para a acalmar. No entanto, diz que gostaria de aprender aquela técnica de “embrulhar” porque uma amiga faz e resulta
- 14:30 - Explicar à Marina que de facto colocar na mama ou a técnica de pele com pele são de facto estratégias que ajudam muito a confortar e acalmar o bebé, sendo mesmo as melhores estratégias
- 14:30 - Demonstrar à Marina e ao João a técnica de swaddle e demonstrar a sua associação com o ruído e embalo, fazendo-os sentir in-útero

Elogiar o desempenho do cliente

- Dado - A Marina refere que não tem a certeza de estar a fazer bem apesar de já não sentir dor nos mamilos enquanto amamenta
- 15:30 - Analisar com a Marina os sinais de uma pega eficaz, que estão presentes
- 15:30 - Elogiar a vontade, o empenho e os resultados
- 18:15 - Elogiar a Marina pela forma como orientou a Olívia para a mama, resultando numa pega eficaz
- 18:15 - Dizer à Marina para ter mais confiança em si e que está a fazer tudo de forma adequada para amamentar a Olívia
- 19:30 - Dizer à Marina que o pós-parto é uma altura de muitas adaptações e que ela é uma super mulher a fazer um trabalho incrível com a sua Olívia

8. O POTENCIAL PARA CRESCER E DESENVOLVER

O exame físico da recém-nascida

8.1. Enquadramento teórico

A Olívia nasceu as 05:21 do dia 2 de julho de 2023, por parto eutócico e com APGAR 9/10/10. Pesava 3090g, media 48cm e PC 33cm.

Realizou contacto pele com pele com a mãe imediatamente após o nascimento e iniciou a amamentação na primeira hora de vida.

8.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 1 dia | Feminino

8.3. Domínios

Início

03-07-2023 08:45
03-07-2023 08:45

Domínios

Reflexo de sucção
Recém-nascido

Fim

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

Reflexo de sucção

A capacidade de sucção do RN envolve a resposta dos lábios após contacto com o mamilo e o ato de sugar. O que antecipa a ativação do reflexo de sucção é o reflexo de procura que, é ativado se o bebé for tocado na bochecha ou no canto da boca, fazendo com que o RN vire a cabeça em direção ao estímulo (Salandy et al., 2019).

Estes reflexos estão presentes até ao 3.º ou 4.º mês e são importante não só para que facilite a nutrição e amamentação do RN mas também para testar a força e o controlo muscular da mastigação, tónus e força lingual. Deve, por isso, estar presente ao nascimento, no entanto pode estar ausente em prematuros ou por depressão do SNC devido à anestesia materna, anóxia ou defeitos congénitos (Salandy et al., 2019).

Recém-nascido

Com o nascimento, o bebé passa por uma transição fisiológica inerente à sua adaptação física ao meio extra-uterino. Essa adaptação passa pela função respiratória, cardiovascular e regulação da temperatura (Pairman et al., 2019).

8.4. Dados

Reflexo de sucção

03-07-2023 08:45

Acanolamento da língua ineficaz (Não).

Peristaltismo da língua ineficaz (Não).

Força de sucção ineficaz (Não).

Recém-nascido

03-07-2023 08:45

Recém-nascido

8.5. Diagnósticos

Recém-nascido

03-07-2023 08:45

Recém-nascido

Intervenções de Enfermagem

03-07-2023 08:45 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

03-07-2023 08:45 - Avaliar evolução do estado da pele peri-umbilical

03-07-2023 08:45 - Executar exame físico do recém-nascido

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

Intervenção “Executar exame físico do recém-nascido”

O exame físico do RN deve iniciar-se por uma observação geral, considerando que, no imediato, deve ter pele rosada, descansa com os membros superiores e inferiores em flexão simetricamente, chora com vigor e movimenta as extremidades de igual forma (Lewis et al., 2014).

O exame físico pormenorizado pode ser realizado pelo EEESMO em qualquer momento em que este esteja presente, como durante os cuidados de higiene ao RN, amamentação, entre outros. Este deve ser realizado no sentido cefalo-caudal e antero-posterior.

Se for observada qualquer alteração da normalidade pode indicar alguma patologia ou síndrome.

Cabeça

Crânio

É importante a palpação das suturas e fontanelas. Estas devem estar presentes e não devem exceder o seu tamanho esperado ou, pelo contrario, apresentares um tamanho diminuído. A fontanela anterior deve ter cerca de 3 a 6cm de diâmetro e a posterior deve ter entre 1 a 1,5cm de diâmetro. O crânio deve ainda estar simétrico (Lewis et al., 2014).

O escalpe deve ser verificado para o despiste de edema ou hematoma. Os cefalohematomas são normalmente resultado de um parto instrumentado e podem ser fator de risco para icterícia ou sepsis (Lewis et al., 2014).

Olhos

O que se observa de imediato nos olhos é a sua forma, o espaço entre eles e se existe algum exsudado, no entanto, é de extrema importância observarmos a cor, o tamanho das pupilas, a aparência da conjuntiva, a esclera e pálpebras (Lewis et al., 2014).

Nariz

Deve avaliar-se a permeabilidade do nariz.

Orelhas

O tamanho, forma e posição das orelhas também é importante ser verificado. O mais comum nalguns síndromes é a orelha estar posicionada mais abaixo que o que seria esperado. Essa avaliação pode ser realizada traçando uma linha horizontal imaginária do canto externo do olho até à proeminência occipital. Um terço da orelha deve estar acima dessa linha (Lewis et al., 2014).

Boca

Na boca, o importante a ser avaliado é a movimentação da língua, para despistar a existência de um freio mais curto e que pode causar impacto na amamentação. É ainda importante verificar o palato para despiste de alguma fenda ou anomalia (Lewis et al., 2014).

Pescoço

A simetria nos movimentos do pescoço é importante ser avaliada uma vez que, pode ser diagnosticado torcicolo no RN causados durante o parto. Pode ainda apresentar edema, hematoma ou massas, os quais devem ser avaliados. A assimetria anatômica do pescoço pode estar relacionado com tecido anormal de um dos lados, podendo também apresentar-se dos dois lados. Este facto pode estar associado ao síndrome de Turner (Lewis et al., 2014).

Tronco

Peito

Os movimentos respiratórios devem ser observados, não apenas pela avaliação da sua frequência, mas também pela simetria dos movimentos. Alguma assimetria pode ser sugestivo de pneumotorax , hernia diafragmática ou outra patologia (Lewis et al., 2014).

Existe a possibilidade de outras alterações anatômicas na grelha costal, como por exemplo “Pectus excavatum” ou “Pectus carinatum” que, apesar de causar preocupação estética, normalmente não estão associados a qualquer patologia, no entanto requer avaliação (Lewis et al., 2014).

Pode ainda ser verificado tecido mamário, tanto nos RN do sexo feminino como masculino, resultante das hormonas maternas (Lewis et al., 2014).

Abdomen

É importante verificar a existência de alguma assimetria e deve ainda observar-se o coto do cordão umbilical para despiste de sinais inflamatórios ou sangramento (Lewis et al., 2014).

Genitais

Nos genitais femininos deve ser avaliados os grandes e pequenos lábios para verificar se não há fusão e no clitóris para despistar possível clitoromegalia (Lewis et al., 2014).

Nos genitais masculinos a avaliação deverá ser na verificação do tamanho do saco escrotal e

presença dos testículos. É necessária a observação do pênis para avaliar a existência de alterações anatómicas (Lewis et al., 2014).

Ânus

Deve ser observada a presença do orifício anal, o seu local e quanto à permeabilidade (Lewis et al., 2014).

8.6. Especificação das intervenções

Executar exame físico do recém-nascido

- 08:45 - Movimentos espontâneos ativos; Choro vigoroso; Tônus muscular normal
- 08:45 - Reflexo de sucção presente
- 11:00 - Crânio sem assimetrias; Couro cabeludo sem alterações; Fontanelas presentes e sem alterações
- 11:00 - Olhos sem secreções ou outras alterações; Boca com movimentos ativos da língua e sem alterações
- 11:00 - Pescoço com movimento simétrico
- 11:00 - Pele e mucosas rosada e presença de lanugo e escaço vernix
- 11:00 - Movimentos dos membros superiores simétricos e ombros alinhados
- 11:00 - Movimentos respiratórios simétricos e ciclo ventilatório irregular a variar entre 30 e 50 cpm
- 11:00 - Coto do cordão umbilical em processo de mumificação e sem sinais inflamatórios
- 11:00 - Permeabilidade anal presente e genitais sem alterações
- 11:00 - Movimentos dos membros inferiores simétricos
- 11:00 - Pulseira de segurança presente

9. GRAVIDEZ

Diabetes gestacional e indução de trabalho de parto

9.1. Enquadramento teórico

A Sara é uma primigesta de 34 anos, com o diagnóstico de diabetes gestacional que tem vindo a ser gerida com acompanhamento nutricional e foi admitida para indução de trabalho de parto às 40 semanas de gestação.

O seu grupo sanguíneo é O+ e apresenta streptococcus do grupo B negativo.

Não apresenta outros antecedentes pessoais relevantes e encontra-se acompanhada pelo marido Carlos.

O diagnóstico de diabetes gestacional da Sara foi realizado ainda no primeiro trimestre e foi possível realizar a vigilância da gravidez com complicações pelas EEESMO deste hospital, através da consulta externa.

A Sara verbaliza que naquele momento não estava à espera do diagnóstico, tornando o significado dificultador face a essa complicação na gravidez. Ficou assustada pois não compreendia o que implicava e quais as consequências para a sua saúde e do seu bebé. Relata ainda que, especialmente na primeira consulta e nesse primeiro dia estava apreensiva inclusive com a “picada” e receava não ser capaz de fazê-lo diariamente.

Concluiu que a primeira consulta com a EEESMO foi muito importante não só pela relação terapêutica naquele momento de vulnerabilidade, mas por terem explicado o que é a DG e os cuidados necessários para prevenir complicações adjacentes. Para ela, essa e a consulta seguinte foram “valiosas” para que se sentisse capaz e acreditasse que iria correr bem e que estava tudo bem. Desta forma, foi criando motivação e foi possível realizar a gestão dos valores glicémicos apenas através da alimentação e exercício na gravidez.

Quando questionada relativamente à possibilidade de indução, a Sara refere que sempre esteve tranquila porque na verdade não teve espaço para idealizar o seu parto. Logo após o diagnóstico, percebeu que essa seria a maior possibilidade, não tendo interferido com o seu bem-estar.

A indução de trabalho de parto diz respeito ao processo de estimulação uterina com o objetivo

de iniciar o trabalho de parto. É indicação para indução de trabalho de parto se:

- Idade gestacional >41 semanas;
- Rotura prematura de membranas;
- Oligoamnios;
- Diabetes tipo 1 e tipo 2;
- Diabetes gestacional;
- Doenças hipertensivas;
- Pré-eclampsia;
- Colestase gravítica dependendo do nível de ácidos billares (Borovac-Pinheiro, 2023)

A indução de TP está contra-indicada se:

- Apresentação pélvica ou transversa;
- Prolapso do cordão umbilical;
- Placenta prévia/vasa prévia
- Herpes genital ativo;
- Antecedentes de rotura uterina;
- Cancro do colo do útero;
- Antecedentes de histerotomia ou cesariana (Borovac-Pinheiro, 2023)

Antes de iniciar-se a indução é necessário avaliar o colo do útero pelo índice de Bishop para determinar a necessidade de maturação cervical, confirmar a apresentação fetal, avaliar o bem-estar fetal através de cardiotocografia e avaliar se não existe contra-indicação para um parto vaginal.

Nos casos em que o índice de bishop é < 6 , considera-se que o colo é desfavorável à indução com ocitocina, sendo o mais indicado para maturação cervical a administração de prostaglandinas ou método mecânico. No entanto, pode existir a necessidade de maturação cervical se bishop < 8 em nulíparas (Carlson et al., 2021).

9.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 34 anos | Feminino

9.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-15 11:15:00	Misoprostol 50mcg vaginal	2023-05-15 15:15:00
2023-05-15 15:15:00	Misoprostol 50mcg VV	

9.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

As prostaglandinas têm como função amadurecer o colo do útero, tornando-o amolecido e ajudando de seguida na sua dilatação e extinção (Perry et al., 2018; Carlson et al., 2021).

Regulam também a expressão genética de proteínas associadas à contração e, deste modo, transformam o miométrico uterino para que ele possa gerar contrações com grande amplitude e rítmicas (Carlson et al., 2021).

Apresentam como efeito adverso o aumento da temperatura corporal, uma vez que são mediadores sistémicos da inflamação (Carlson et al., 2021).

O misoprostol é uma prostaglandina E1 e está indicado na indução de TP, devendo ser administrado após a avaliação do colo do útero utilizando o índice de bishop. Com um índice de bishop inferior a 8, considera-se que o colo do útero não está ainda nas condições favoráveis à administração de outros fármacos que estimularão apenas as contrações uterinas (Perry et al., 2018; Carlson et al., 2021).

Pode ser administrado por via vaginal, oral ou bucal, doses de 25mcg ou 50mcg e administrado em intervalos de 4 a 6 horas. Em nulíparas, antes de avançar para outro fármaco, realizar a administração máxima de 7 doses ou até bishop >8 (Carlson et al., 2021).

No entanto, existe literatura que demonstra controvérsia na dose que deve ser administrada (Tsakiridis et al., 2020). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda 25mcg com intervalos de 6/6h por via vaginal. Esta dose também é recomendada pela American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) em situações de maturação cervical e também em indução de trabalho de parto.

O misoprostol apresenta como efeitos adversos náuseas e vômitos, diarreia, febre, taquissístolia e alterações no padrão da frequência cardíaca fetal.

Antes da sua administração, deve ser explicado à mulher em que consiste a indução de TP, riscos, o que esperar do procedimento e obter o seu consentimento.

A Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal (SPOMMF), num documento de 2022, recomenda um traçado cardiotocográfico tranquilizador previamente à administração do misoprostol e monitorização cardiotocográfica durante 1 hora após. Esta monitorização deve também ser realizada quando existir contratilidade uterina dolorosa e regular. Recomendam ainda a possibilidade de monitorização contínua mediante avaliação do bem-estar fetal.

Antes da administração de uma nova dose, deve ser retirado qualquer vestígio de misoprostol por absorver e também verificar o índice de bishop (Perry et al., 2018).

9.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
15-05-2023 10:00	Gestação	
15-05-2023 10:00	Parto	
15-05-2023 10:00	Metabolismo	

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

Diabetes Gestacional

A DG está definida pela OMS como a intolerância aos hidratos de carbono e que é diagnosticada durante a gravidez.

Esta pode ser classificada em 2 subtipos: diabetes gestacional e diabetes na gravidez. A diabetes na gravidez, apesar de também ser diagnosticada durante a gestação, reflete a existência de diabetes não diagnosticada anteriormente. Esta é uma das complicações mais frequentes e que normalmente associa-se a aumento do risco de complicações maternas, fetais e do recém-nascido.

O diagnóstico deve ser realizado inicialmente por uma glicemia plasmática em jejum no 1.º trimestre. Se o valor for superior ou igual a 92mg/dl mas inferior a 126mg/dl, é realizado o diagnóstico de DG. Caso o valor seja igual ou superior a 126mg/dl, deve ser realizado o diagnóstico de diabetes mellitus na gravidez. No entanto, se o valor da glicemia plasmática em jejum for inferior a 92mg/dl, a grávida deve realizar a PTGO entre as 24 e 28 semanas de gestação com a ingestão de 75g de glicose. A sua realização implica um jejum de pelo menos 8 horas mas nunca excedendo as 12 horas.

Após o diagnóstico de diabetes, a autovigilância glicêmica é fundamental para avaliar o perfil glicêmico da grávida e a necessidade de intervenção. Esta deve realizar 4 pesquisas de glicemia capilar diárias, uma em jejum e 1 hora após o início das 3 principais refeições. O número de determinações glicêmicas diárias deverá ser ajustado ou não conforme o perfil glicêmico e a necessidade ou não de terapêutica farmacológica.

Gestação

A gravidez é um processo fisiológico incorporado na história de vida da mulher. Quando a sua evolução decorre dentro do esperado, sem intercorrências, não deve ser encarado como um estado de doença com necessidade de tratamento. A vigilância da gravidez de baixo risco insere-se nas competências do EEESMO. A gravidez é vivida de forma individual acarretando mudanças que são sentidas de forma única por cada mulher e em cada momento.

A gravidez, enquanto processo biológico e parte integrante do ciclo vital, traduz-se numa transição desenvolvimental (Meleis 2010). Contudo, na presença de uma classificação de gravidez de risco, a mulher encontra-se perante não apenas um evento transitório, mas um padrão de transição múltiplo. Se uma gravidez de curso dentro da normalidade se traduz em múltiplas necessidades físicas, emocionais, sociais, familiares e organizacionais por parte da mulher, é fácil compreender então a intensificação destas mesmas dificuldades inerentes a uma gravidez com complicações, nomeadamente com o diagnóstico de diabetes gestacional.

Por este motivo, a intervenção do EEESMO neste contexto torna-se fulcral para ajudar a mulher de modo a que o processo de transição seja o mais harmonioso possível.

9.5. Dados

Metabolismo

15-05-2023 14:00

Glicemia capilar: 125 mg/dl.

Gestação

15-05-2023 10:00

Data da última menstruação: 08-08-2022.

Gravidez

Idade gestacional: 40.00 Semanas.

Data provável de parto: 15-05-2023.

Local de avaliação da pressão sanguínea

Membro superior Direita(o)

Pressão sanguínea sistólica: 121 mm Hg.

Pressão sanguínea diastólica: 70 mm Hg.

Glicemia capilar: 103 mg/dl.

Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez: facilitador.

15-05-2023 11:15

Idade gestacional: 40.00 Semanas.

Data provável de parto: 15-05-2023.

Parto

15-05-2023 10:00

Posição do colo do útero: posterior.

Consistência do colo do útero: firme.

Extinção do colo do útero: inteiro.

Dilatação do colo do útero: 0 cm.

Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

Apresentação fetal: cefálica.

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

Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado.

15-05-2023 11:15

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

15-05-2023 12:30

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

Trabalho de parto

Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.

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

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

15-05-2023 15:15

Posição do colo do útero: posterior.

Consistência do colo do útero: firme.

Extinção do colo do útero: inteiro.

Dilatação do colo do útero: 0 cm.

Frequência da contração uterina: 0 Contrações uterinas/10 minutos .

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

9.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Considerando o diagnóstico “Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras de trabalho de parto”, defini como objectivo:

- Melhorar a capacidade da Sara para usar dispositivos facilitadores de trabalho de parto,

nomeadamente a bola de parto;

- Melhorar a capacidade da Sara para deambular e movimentar a bacia como estratégia facilitadora do trabalho de parto.

9.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

- Que a Sara demonstre ser capaz de usar a bola de parto e de deambular como estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

9.6. Diagnósticos

Metabolismo

15-05-2023 10:00 - Avaliar evolução da glicemia

Gestação

15-05-2023 10:00

Gravidez

Intervenções de Enfermagem

15-05-2023 11:15 - Gerir ambiente físico

Parto

15-05-2023 12:30

Trabalho de parto

Intervenções de Enfermagem

15-05-2023 12:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

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

Intervenções de Enfermagem

15-05-2023 12:30 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

15-05-2023 12:30 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

15-05-2023 12:30 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

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

Intervenção : “Instruir e treinar o uso de dispositivos facilitadores do TP”

A Sara, após iniciar a indução, manifestou vontade em querer movimentar-se assim que possível, referindo que não se imagina muito tempo na cama. Deste modo, para além da

deambulação, a Sara foi incentivada a usar a bola de parto não só para poder alternar posições e movimentos mas também porque a bola permite movimentos da bacia aliado à verticalidade e que facilita a progressão não só da fase de indução como também do trabalho de parto.

Shen et al., num estudo de 2021, verificou que o uso da bola durante a indução de trabalho de parto tem um impacto significativo na sua evolução. Os resultados do estudo demonstram que, após 30 minutos de uso da bola, o índice de bishop aumentou.

Foi também observado num estudo de 2023, de Jha e co-autores, que o uso da bola de parto diminuí a duração do trabalho de parto, promove a dilatação cervical e potencializa a indução de TP.

9.7. Especificação das intervenções

Gerir ambiente físico

- Dado - A Sara encontra-se na sala de parto para iniciar a medicação de indução
- 11:15 - Manter a persiana da janela aberta para que entre luz solar, a pedido da Sara
- 11:15 - Disponibilizar o comando da televisão
- 11:15 - Sugerir a colocação de música se o desejar
- 11:15 - Providenciar privacidade
- 11:15 - Estabelecer uma relação terapêutica

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Dado - A Sara encontra-se com vontade de sair da cama e mobilizar-se
- 12:30 - Sugerir à Sara que deambule conforme a sua vontade e conforto

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- Dado - A Sara encontra-se com vontade de sair da cama e mobilizar-se
- 12:30 - Demonstrar à Sara como pode usar a bola de parto. Pode sentar-se e apoiar-se na cama ou sem apoio e realizar movimentos circulares , laterais e para a frente e para trás

Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- 12:30 - Permitir que a Sara experiencie sentar-se na bola de parto e realize os movimentos que desejar

10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este capítulo ilustra de que forma as experiências vivenciadas ao longo dos diferentes estágios clínicos e a sua relação com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (artigo 4.º do Regulamento nº 391/2019) sustentaram o meu processo de aquisição de competências.

O processo sucessivo de obtenção de competências fez-se sentir a nível dos domínios :

- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal
- Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal

Contudo, é importante referir que todos os enfermeiros especialistas possuem ainda um conjunto de competências comuns definidas pelo Regulamento n.º 140/2019, que estão organizadas nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No estágio no bloco de partos, que decorreu entre o dia 8 de fevereiro de 2023 e 14 de junho de 2023, tive a oportunidade de assistir 40 partos eutócicos, sem episiotomia, e de prestar cuidados a 25 parturientes em trabalho de parto, cujo parto foi distócico, sendo 9 por ventosa e 16 por cesariana. Prestei também cuidados a mulheres em trabalho de parto, cujo parto decorreu no turno seguinte. Estas experiências permitiram-me desenvolver habilidades e competências neste contexto.

A aquisição de competências para cuidar a mulher inserida na família durante o trabalho de parto, foi gradual e evolutiva ao longo do estágio referido. A adaptação a este contexto clínico foi igualmente progressiva e consequentemente a autoconfiança por mim expressada também passou por um processo crescente de desenvolvimento. Esta realidade prendeu-se muito pelo facto da minha orientação ter sido realizada por diferentes enfermeiras tutoras, cada uma com a sua forma muito própria de trabalhar e cada qual com as suas especificidades. A cada turno experimentava uma enfermeira tutora diferente, a cada turno tinha de me adaptar às particularidades da enfermeira a quem tinha sido atribuída, à sua orientação e à sua prática. Apesar de ser uma verdade bastante desafiadora, acabou por enriquecer bastante a minha experiência e contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Permitiu-me desenvolver competências de adaptação e integração, bem como competências comunicacionais e relacionais tão importantes no trabalho de equipa que estabelecemos, estimulando habilidades de coordenação e cooperação, que permitem reduzir os tempos de

resposta e agir atempadamente em situações que assim o exigem. Assim, foram também aprofundadas as competências a nível do trabalho multidisciplinar neste contexto, que permite uma gestão mais eficiente das diferentes situações, tendo contribuído também para o desenvolvimento de habilidades para gerir o stress em equipa.

Os momentos de discussão com diferentes tutoras constituíram também uma aprendizagem pela reflexão, favorecendo a mudança de formas de pensar e agir.

As oportunidades de resposta ao informar a mulher, a pessoa significativa e os familiares foram também aprofundadas.

Assistir e prestar cuidados a parturientes sem patologia ou com patologias de baixa complexidade, deu-me a oportunidade de observar o parto fisiológico e de contribuir para o empoderamento das mulheres como protagonistas do seu parto. Este estágio permitiu-me compreender qual a importância do EEESMO neste contexto, promovendo a identificação das necessidades de cada parturiente e a implementação de intervenções individualizadas, respeitando, sempre que possível, o plano de parto.

O respeito pelo plano de parto da mulher foi evidente enquanto filosofia do serviço, sendo notória a frustração da equipa de EEESMOs quando era necessária qualquer alteração ao plano. Contudo, é importante controlar riscos e garantir assim uma intervenção de qualidade. Em situações de risco, é prioritário garantir um ambiente seguro para a mulher, mesmo que isso signifique desvios ao plano elaborado pela mesma. Estas situações promoveram o desenvolvimento de habilidades na construção de uma relação terapêutica assente numa comunicação e relação empática e assertiva, onde a transmissão de informação pertinente e atual é fulcral, e também favoreceram o ampliar das competências a nível do suporte emocional à mulher e pessoa significativa.

A existência de situações como estado fetal não tranquilizador que obrigaram a transferir parturientes para o bloco operatório, também propiciaram estas competências supracitadas a nível do suporte emocional.

Estes cenários, permitiram ainda o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO que implicam grande conhecimento e responsabilidade, a nível da diferenciação dos sinais de desvio da normalidade, como por exemplo um CTG não tranquilizador, e a nível de reportar à respetiva equipa médica, uma vez que pode ir além da área de atuação do EEESMO.

Foi extremamente enriquecedor para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO, ter a oportunidade de contribuir com estratégias não-farmacológicas para lidar com a dor, como calor, massagem, técnicas de acupressão, a promoção da mobilidade, hidroterapia, bola de parto, técnicas respiratórias, e outras técnicas de relaxamento, consolidando assim e colocando em prática, todo o conhecimento teórico adquirido durante o primeiro ano do respetivo mestrado.

Contudo, não deixaram de ser importantes, as situações em que as mulheres requereram analgesia para o controlo da dor, pois fizeram-me compreender que, para elas, esta estratégia farmacológica, é um fulcral contributo para uma experiência de parto positiva. Deste modo, uma intervenção individualizada, de acordo com as necessidades e desejos de cada parturiente, sem juízos de valor, é o mais relevante.

A ideologia desta instituição, que tem em consideração as especificidades particulares de cada mulher, indo ao encontro das recomendações do Guia Orientador De Boas Práticas: Preparação Para o Parto, desenvolvido pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023, estimulou-me ainda mais a observar e cuidar da mulher em trabalho de parto como um todo, de uma forma holística, centrando-a verdadeiramente nos cuidados. Desta forma, consolidei a grande importância de ter presente o contexto familiar e cultural da mulher, informando-a, respeitando-a nas suas escolhas ao longo de todo o processo e empoderando-a. Estes valores e convicções sustentam o meu percurso profissional e, incutiram ainda em mim, a aquisição de competências a nível das estratégias/contributos para cuidados de saúde mais competentes e inclusos, sem discriminações.

Os profissionais de saúde devem estar conscientes do impacto da discriminação social e preconceitos na prestação de cuidados, assim sendo, aumentar a sua competência profissional, passa também por aumentar a sua competência cultural (Gomes, 2020).

A prestação de cuidados à mulher em início de trabalho de parto proporcionou o desenvolvimento de competências no âmbito da instituição de estratégias facilitadoras do trabalho de parto, tais como o recurso à bola de parto e à deambulação, como contributos essenciais para a progressão do trabalho de parto em si (Perry et al., 2022; ACOG 2023).

Com a evolução do trabalho de parto para o 2º período tive a oportunidade de assistir a mulher a adotar a posição desejada, mesmo em posições verticais e com o uso do banco de parto como referi já anteriormente, proporcionando-me assim desenvolver as competências específicas do EEESMO nesta assistência às diferentes posições encorajada pela OMS (2018).

Como descrito já anteriormente no capítulo 4, sobre o Efeito da Gravidade na Descida fetal, a gravidade contribui para a redução do 2º período de TP, pois fomenta a contratilidade uterina, favorece a dilatação e descida fetal, viabiliza a mobilidade da bacia e amplifica os diâmetros pélvicos (Satone et al., 2023; Martín-Vázquez et al., 2024).

A prestação de cuidados no período expulsivo, proporcionou o desenvolvimento de competências na avaliação dos critérios que levam à decisão de colocar ou não as mãos para proteção do períneo, sendo que a recomendação da OMS (2018) aponta para a prática da técnica hands-on.

Ainda no contexto do bloco de partos, após o nascimento, foi-me proporcionado desenvolver

competências no campo dos cuidados imediatos ao recém-nascido e na prevenção de complicações. Este período oportunizou ainda a aquisição de competências relativas à promoção da prática do contato pele com pele, na primeira hora após o parto, a chamada *Golden Hour*, tão idealizada pelas mães e pessoas significativas e cujos inúmeros benefícios são retratados pela evidência científica na promoção do vínculo mãe-pai-filho e na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Monteiro et al., 2022; Cardoso et al., 2023), bem como no aumento da confiança da mulher e na redução da ansiedade e depressão (Kirca & Adibelli, 2021; Mehrpisheh et al., 2023). Nesta *Golden Hour* foi sempre promovida e favorecida a amamentação.

No entanto, constatei por vezes, a interrupção deste contato pele com pele, para prestação de cuidados de rotina ao recém-nascido como a monitorização do peso e administração de vitamina K, o que me faz reflectir sobre a necessidade de repensar no *timing* de execução destas rotinas.

O estágio no serviço de internamento de puérperas, que decorreu no período de 21 junho a 13 julho de 2023, promoveu a aquisição de competências para cuidar das mulheres e recém-nascidos, durante o período pós-natal. Proporcionou-me a prestação de cuidados a 100 puérperas e 100 recém-nascidos.

Assistir as mulheres neste período foi de extrema relevância para compreender as necessidades das mulheres e dos recém-nascidos no pós-parto e para implementar intervenções com o objetivo de promover a recuperação pós-parto e promover o bem-estar da puérpera e recém-nascido.

Este contexto clínico permitiu o desenvolvimento de habilidades relativas à realização do exame físico à puérpera e recém-nascido aquando da recepção no serviço, o desenvolvimento de competências a nível da avaliação da saúde física da puérpera, nomeadamente através da monitorização de lóquios, ferida perineal e involução uterina, bem como o desenvolvimento de competências na promoção da saúde mental através do reconhecimento de sinais de alarme para depressão pós-parto e respetiva referenciação e implementação de estratégias de suporte emocional.

Permitiu de igual forma o desenvolvimento de competências na promoção de conhecimento e capacidade das mulheres para cuidar do recém-nascido nomeadamente a nível da alimentação, amamentação, choro, cuidados de higiene, incluindo o banho e cuidados ao coto umbilical, bem como melhorar as competências na transmissão de conhecimentos às puérperas relativos ao autocuidado no pós-parto.

Não tive experiências de prestar cuidados a recém-nascidos com necessidades especiais, como em situações de prematuridade e/ou de baixo peso à nascença, que me permitissem aprofundar as competências no âmbito do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde

do recém-nascido, associadas a estas situações, que me permitissem colocar em prática neste campo, os conhecimentos teóricos adquiridos no primeiro ano do corrente mestrado.

Senti neste estágio que tive uma boa adaptação e uma boa aquisição de competências, no entanto o apoio à amamentação de algumas puérperas, constituiu um verdadeiro desafio. Foi indispensável intervir junto da puérpera para melhorar o seu conhecimento e capacidade para amamentar, nomeadamente a nível da pega, posições para amamentar, informações sobre sinais de fome e saciedade, e mesmo nos cuidados à mama.

Algumas puérperas esforçavam-se durante longos períodos, e mesmo estando ambos posicionados adequadamente e o recém-nascido com sinais de fome, este não realizava uma pega adequada. A resolução passava pela administração de leite adaptado, a pedido da puérpera, que verbalizava exaustão e ansiedade. Nestas situações, aprendi a considerar a saúde emocional da puérpera e a sua vontade. Embora seja importante investir na promoção do aleitamento materno, torna-se essencial avaliar caso a caso e não negligenciar a saúde mental da mulher, conforme indicado pela OMS (2018).

Por outro lado, constatei que frequentemente as puérperas requerem apenas uma validação por parte do EEESMO, especialmente no que está relacionado com os cuidados ao recém-nascido. Compreender a existência ou não da necessidade de qualquer intervenção nos cuidados à puérpera e ao recém-nascido, é o que determina a relevância do papel do EEESMO.

Neste contexto, tomei uma maior consciência de como o EEESMO prepara o momento da alta e como pode fazer a diferença pelas competências que apresenta, para que as puérperas se sintam confiantes enquanto mães e enquanto mulheres na sua preparação para o regresso a casa.

Apesar de não ter tido a oportunidade de estagiar num serviço específico para grávidas internadas por complicações da gravidez ou agravamento de patologia pré-existente, tive a oportunidade de ter o contacto na consulta externa hospitalar de obstetrícia, com mulheres a viverem a gravidez com patologia, visto que, dois dias da semana, eram destinados a grávidas nestas circunstâncias. Por outro lado, tive a oportunidade de vivenciar também esta experiência, durante o processo de indução de trabalho de parto por gravidez com patologia, no contexto de bloco de partos, sendo a patologia mais comum a diabetes gestacional.

Estas experiências e a oportunidade de acompanhar grávidas com patologias pré-existent, no âmbito da unidade curricular Assistência Pré-Natal, permitiram-me adquirir competências para cuidar da mulher durante o período pré-natal.

Na prestação de cuidados a estas grávidas aprofundei competências de monitorização do bem-estar materno-fetal (CTG), de avaliação da existência da perda de líquido amniótico, da perda hemática vaginal, e a nível da análise bioquímica da urina, compreendi a importância da monitorização da pressão arterial, da glicemia capilar e da análise bioquímica da urina, e

desenvolvi competências de promoção à adaptação da mulher à gravidez com complicações, no que diz respeito nomeadamente aos reconhecimento dos sinais de alarme de cada patologia distinta e da importância de procurar os serviços de saúde na sua existência, bem como da importância dos comportamentos de adesão ao regime terapêutico.

Neste contexto de grávida com patologia, e consequente indução de TP, os contactos experienciados durante o estágio, permitiram-me compreender como é para as mulheres viverem a gravidez com patologia, permitiram-me desenvolver competências de suporte à mulher tendo em conta o significado que ela atribuí ao diagnóstico, de forma a adquirir um significado facilitador que contribui assim para uma transição saudável. Desenvolvi assim competências para ajudar estas mulheres a reformular o significado dificultador que tinham no início do processo. Os casos das experiências de indução de trabalho de parto, permitiram-me perceber o significado que a mulher atribui à indução e desenvolver igualmente as competências para ajudar a reformular esse significado no caso de ser dificultador.

As experiências dos diferentes estágios clínicos permitiram-me compreender na prática, como realmente o senso de controlo emerge da visão particular de comando e domínio de cada mulher, bem como dos objetivos de cada uma. Assim sendo, desenvolvi efetivamente competências para manter as mulheres bem informadas, bem esclarecidas e capacitadas para lidar com as questões da sua saúde, especialmente as que estão diretamente envolvidas com o trabalho de parto, o que revelou verdadeiramente na prática, uma maior sensação de controlo e capacidade para a tomada de decisões sobre o seu corpo, sobretudo no período expulsivo do parto.

Existindo parturientes, que referem na literatura, que os profissionais de saúde que as acompanharam durante o TP não transmitiram disponibilidade, contribuindo este facto para que a mulher não se sentisse capacitada para o momento expulsivo (Gonçalves, 2020), esforcei-me por desenvolver esta valência e demonstrar esta disponibilidade tão necessária para empoderar a mulher e ajudá-la a adquirir o senso de controlo.

Desenvolvi estratégias de comunicação eficazes como a assertividade, para favorecer a segurança emocional e física da mulher.

Assim, desenvolvi competências-chave da interação EEESMO-parturiente que deverão estar presentes para uma relação terapêutica capaz de promover o senso de controlo e contribuir para uma experiência de parto positiva.

Estas competências relacionais desenvolvidas têm um impacto enorme na promoção do senso de controlo da mulher e consequentemente tem impacto na evolução do trabalho de parto e parto, contribuindo desta forma para uma vivência positiva.

Não posso deixar de referir que foi inerente a todo o processo, a reflexão sobre a ação a partir da análise dos casos clínicos concretos, tendo por base a observação das interações entre

EEESMO-parturiente e a discussão informal com as EEESMO dos serviços, no sentido de, através do conhecimento dos peritos, sistematizar as estratégias a usar para manter o senso de controlo da mulher durante o trabalho de parto. Deste modo, desenvolver habilidades de observação participante, tornou-se essencial, e para isto tive que desenvolver competências para eliminar deformações subjetivas que alterassem a compreensão de factos.

Todas estas experiências vivenciadas ao longo do Estágio de natureza profissional proporcionaram oportunidade de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde materna e obstétrica em diferentes contextos de cuidados, através, da identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas centradas nas necessidades em cuidados à mulher durante a gravidez com complicações, o trabalho de parto, o puerpério e ao recém-nascido (artigo 4.º do Regulamento nº 391/2019).

Para complementar, também não posso deixar de referir, a oportunidade de desenvolvimento de competências na pesquisa da literatura, proporcionada pela revisão narrativa da literatura que realizei, para analisar os achados obtidos por via da observação relativamente ao senso de controlo.

De facto, e como já referido anteriormente, a literatura aponta no sentido de que uma experiência de parto positiva pode ser um fator importante na promoção da saúde materna e neonatal, bem como na prevenção de traumas e complicações emocionais que podem ocorrer após um parto negativo ou traumático (OMS, 2018).

Assim sendo, a intervenção do enfermeiro EEESMO torna-se fulcral para ajudar a mulher a lidar com o trabalho de parto e a influenciar na forma como este é percebido pela mulher.

Refletindo sobre a temática emergiu a questão: quais os elementos-chave da interação EEESMO-parturiente que deverão estar presentes para uma relação terapêutica capaz de promover o senso de controlo e contribuir para uma experiência de parto positiva?

Com a técnica de revisão da literatura supracitada (revisão narrativa), desenvolvi assim habilidades de análise e sintetização de trabalhos já publicados, neste caso, sobre o senso de controlo durante o trabalho de parto, recorrendo a fontes bibliográficas e eletrónicas para obtenção dos resultados de pesquisa. Esta técnica permitiu-me identificar as lacunas existentes na literatura, os avanços já alcançados e as perspetivas futuras nesta área de estudo.

Consequentemente, aprofundei as habilidades de execução, das cinco etapas implícitas numa revisão narrativa da literatura (Green et al.,2006) :

- Etapa1. Formulação da questão de pesquisa: a pergunta que guiou a revisão narrativa - que tem que ser bem definida para otimizar a identificação dos estudos que serão incluídos na revisão.
- Etapa 2. Pesquisa dos estudos: utilização de diversas fontes de informação, como bases de

dados eletrónicas, revistas, livros, teses e dissertações. Neste tipo de revisão, não há critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. A seleção dos estudos é realizada de forma subjetiva, de acordo com a relevância e a pertinência dos estudos para o tema em questão.

- Etapa 3. Seleção dos estudos: não há critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, sendo a seleção dos estudos realizada de forma criteriosa e crítica, com base na qualidade metodológica, na originalidade e na relevância dos estudos para responder à questão de investigação.
- Etapa 4. Avaliação dos estudos: a avaliação crítica, utilizando critérios de qualidade metodológica, originalidade e relevância, é subjetiva tendo por referência a interpretação e análise dos resultados dos estudos pelo investigador.
- Etapa 5. Síntese dos resultados: os resultados devem ser sintetizados de forma descritiva e interpretativa, destacando as principais conclusões e contribuições dos estudos para responder à questão. Não existe um método padrão da síntese dos resultados, todavia a síntese dos resultados é essencial para obter uma visão geral e crítica dos estudos sobre o tema em questão .

Para Mendes-da-Silva e Yu (2009) o senso de controlo surge da percepção individual de poder de controlo sobre a criação, direção e resultados dos seus objetivos. García (2011) relata-nos uma perda de sensação de controlo e uma incapacidade de tomar decisões sobre o seu corpo em grávidas pouco informadas. Gonçalves (2020) destaca como o estado de ansiedade de uma parturiente levou a comportamentos inapropriados, e impactantes de tal forma, que impediram a realização de esforços expulsivos eficazes. A mesma autora faz ainda referência à conversa posterior com a parturiente, onde esta referiu que, sentiu que os profissionais de saúde que a acompanharam durante o TP não mostraram a disponibilidade necessária, contribuindo para que a mesma não se sentisse capacitada para o momento do expulsivo. Gonçalves (2020) utiliza este exemplo para salientar a importância do papel do EEESMO no estabelecimento de comunicação eficaz e na implementação de estratégias que favoreçam a segurança emocional e física da mulher.

A destacar ainda que, na realização de presente relatório foram obrigatoriamente desenvolvidas habilidades para manter o anonimato e a confidencialidade, tanto das EEESMO como das parturientes.

Deste modo, alarguei também as competências necessárias de respeito pelo código deontológico do enfermeiro, atendendo ao dever de sigilo, ao dever de respeito pela intimidade e ao dever de informação que me levou obrigatoriamente, a informar e partilhar este projeto com toda a equipa do serviço.

Por último e transversal a todos os estágios, foi o desenvolvimento de habilidades no âmbito dos registos de enfermagem no sistema informático. Considerando o sistema pouco intuitivo, a

adaptação e o domínio informático acarretou muito tempo dispendido, para diminuir a margem de erros, devido à impossibilidade de voltar atrás. Os registos realizados no bloco de partos, eram apontados num partograma de papel e num outro partograma digital, havendo assim duplicação de informação com tempo gasto desnecessário.

A sistematização da concepção de cuidados utilizando a plataforma e4Nursing, modelo C, com a explanação dos 4 casos relativos a experiências clínicas no bloco de partos, 2 casos no puerpério, sendo um relativo ao exame físico do recém-nascido e 1 no internamento de grávidas de risco, constituiu a oportunidade de concretização e colocação em prática de todo o conhecimento adquirido durante o primeiro ano do respectivo mestrado, relativamente ao manuseamento da plataforma, e assim oportunidade de desenvolvimento das habilidades do uso da mesma. Não obstante, considero que o facto de não ser possível alterar o plano de cuidados a partir do momento em que se dá “termo “ a determinado diagnóstico ou intervenção, causa muito gasto de tempo dispendido na reformulação, pois a plataforma não nos permite voltar atrás, sem apagar tudo até ao momento da alteração, o que sendo uma plataforma académica para aprendizagem, este obstáculo deveria ser contornado.

11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A aprendizagem proporcionada pelo primeiro ano letivo do presente mestrado, pelo Estágio de Natureza Profissional, com as experiências vivenciadas nos diferentes contextos clínicos e pela realização do presente relatório, constituiu-se um pilar fundamental para o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO.

A realçar a importância das Unidades Curriculares de Adaptação à Gravidez e Adaptação à Parentalidade, que não só proporcionaram conhecimento teórico que constitui um alicerce fundamental nos diferentes estágios, como oportunizaram também o treino no uso da plataforma e4nursing.

Ao longo de toda esta caminhada, confirmei a minha grande paixão pela Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, desejando fazer sempre mais e melhor pelas mulheres durante a gravidez, trabalho de parto/parto e pós-parto, e também pelos recém-nascidos .

Refletindo sobre o meu percurso, ao longo dos diversos estágios clínicos, posso concluir que existiram locais onde senti uma maior dificuldade na adaptação ao serviço, como mencionado já anteriormente, especialmente nas experiências no Bloco de Partos.

No entanto, com o acolhimento, suporte e incentivo que toda a equipa me forneceu, a minha autoconfiança foi evoluindo, e a aquisição de competências especializadas neste contexto, concluiu-se com sucesso. Esse incentivo passou pelos elogios e encorajamento que se refletiram a nível da minha autoeficácia. Assim sendo, foi uma mais valia, ter tido oportunidade de presenciar a diferente forma de trabalhar de diferentes EEESMO, no Bloco de partos, e aprender com toda a equipa multidisciplinar.

A filosofia do serviço, que tem em consideração as especificidades particulares de cada mulher e o respeito pelo seu plano de parto, facilitou a criação de relações terapêuticas assentes numa comunicação informada e assertiva, que muito contribuíram para participar em experiências de parto positivas.

Após a revisão narrativa da literatura, e dando resposta à questão colocada inicialmente, o senso de controlo das mulheres em trabalho de parto, tem um impacto importante na progressão do TP e contribui para uma experiência de parto positiva.

A intervenção do EEESMO é de extrema relevância para a promoção do senso de controlo da mulher, sendo necessário uma comunicação empática e assertiva e uma relação terapêutica respeitadora, bem como uma intervenção assente no consentimento informado. Explicar à mulher toda a intervenção que se mostre necessária realizar, pedirmos o seu consentimento, e

comunicarmos de forma calma e empática, vai transmitir a segurança e respeito indispensável, para que a parturiente percepcione o controlo do seu parto e se sinta autoconfiante. Tudo isso contribui para que a sua experiência de parto seja positiva (Baptie et al., 2021; Weng et al., 2022).

Uma vez que, o senso de controlo, surge da perceção individual do poder de controlo sobre os seus objetivos, é importante a contribuição do EEESMO para aumentar essa perceção da mulher sobre o controlo que tem do próprio corpo e do seu parto. Assim, é essencial informar corretamente as mulheres para que exista uma melhor gestão de expectativas face ao parto que desejam e respeitar as suas decisões (Mendes-da-Silva & Yu, 2009; Preis et al., 2019).

A sugestão de estratégias como o uso do espelho, a alternância de posições e mesmo o facto de questionar como se sentem e o que querem fazer ao longo do TP, contribui para que a mulher se sinta no centro dos cuidados e a protagonista do seu parto. Consequentemente, a parturiente sentir-se-á mais confiante e segura, escutará melhor o seu corpo e terá um melhor senso de controlo em todo o processo.

Deste modo, foi demonstrado neste relatório, de que forma a EEESMO pode contribuir para o senso de controlo da mulher durante o TP e para uma experiência de parto positiva, não só através de evidência científica, mas também através da evidência empírica demonstrada pela sistematização da concepção dos cuidados nos casos clínicos apresentados.

Todavia, a temática do senso de controlo e da contribuição do EEESMO, carece ainda de maior investigação.

Esta trajetória de dois anos de aprendizagem e desenvolvimento, permitiram, não só que me tornasse uma melhor profissional de saúde, com competências para prestar cuidados especializados na área da Saúde Materna e Obstétrica, mas também uma melhor pessoa e um ser humano mais desperto.

12. BIBLIOGRAFIA

Al Aryani, Z., Orabi, A., & Fouly, H. (2022). Examining the impact of upright and recumbent positions on labor outcomes in Saudi Arabia: A quasi-experiment. *Belitung Nursing Journal*, 8(4), 316-324. <https://doi.org/10.33546/bnj.2114>

Almeida, M., Dores J., Ruas, L., Vicente, L., Paiva, S., Neves, A. & Simões, J.A. (2017). Consenso “Diabetes Gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38.

Alzurfi, N. M., & Al-Ogaili, S. S. (2021). Effectiveness of breathing as a non-pharmacological method to reduce pain severity among woman during Labor. *Medico-Legal Update*, 21(1). <https://doi.org/10.37506/mlu.v21i1.2389>

American College of Obstetricians and Gynecologists (2021). Disponível em: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/exercise-during-pregnancy>

Bal, K., Rath, K., & Baxla, P. (2020). Assessing the effect of patterned breathing techniques for reducing pain during active stage of labour among pregnant women in Tertiary Care Hospital, Bhubaneswar. *Nursing Journal of India*, CXI(04), 176-179. <https://doi.org/10.48029/nji.2020.cxi406>

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

Baptie, G., Januário, E. M., & Norman, A. (2021). Empowered or powerless? contributing factors to women’s appraisal of traumatic childbirth. *British Journal of Midwifery*, 29(12), 674-682. <https://doi.org/10.12968/bjom.2021.29.12.674>

Becerra-Maya, E., Alonso-Ortega, V. and Lapuente-Jambrina, G. (2011) Using the mirror in the second stage of labor: evaluation by semantic differential, 1(1). doi:10.4321/S1132

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

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

- Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C. & Grilo A.R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO). Ordem dos Enfermeiros
- Carlson, N., Ellis, J., Page, K., Dunn Amore, A., & Phillippi, J. (2021). Review of evidence-based methods for successful labor induction. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(4), 459–469. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13238>
- Chauhan, J., Vyas, H., Singh, P., Sharma, M. C., & Thirunavukkarasu, D. (2023). Effect of supported sitting position during second stage of labor on its outcome in Primigravidae: A quasi-experimental study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(9), 2014–2019. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_359_23
- Diamond-Smith, N. et al. (2017) 'Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: Results from a cross-sectional study', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(S2). doi:10.1186/s12884-017-1501-7
- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., Collins, B. S., Hilliard, M. E., Isaacs, D., Johnson, E. L., Kahan, S., Khunti, K., Leon, J., Lyons, S. K., Perry, M. L., Prahalad, P., Pratley, R. E., Jeffrie Seley, J., Stanton, R. C., & Gabbay, R. A. (2022). Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*, 46(Supplement 1). <https://doi.org/10.2337/dc23-s015>
- Ergin, A., Aşci, Ö., Bal, M. D., Öztürk, G. G., & Karaçam, Z. (2023). The use of hydrotherapy in the first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>
- García, I. (2011). Empoderamento da grávida para o controlo e gestão da dor em trabalho de parto através de medidas não farmacológicas (Relatório de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Gonçalves, M.R. (2020). “A influencia da deambulação durante o trabalho de parto na percepção da dor materna”. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)
- Hacivelioglu, D., Tavşanlı, N. G., Şenyuva, İ., & Kosova, F. (2023). Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: A randomized control trial. *Open Medicine*, 18(1). <https://doi.org/10.1515/med-2023-0633>
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2023). Misoprostol ONLY Dosing Chart: Recommended Regimens 2023
- Jha, S., Vyas, H., Nebhinani, M., Singh, P., & T, D. (2023). The effect of birthing ball exercises on labor pain and labor outcome among Primigravidae parturient mothers at a tertiary care hospital. *Cureus*, 15(3). <https://doi.org/10.7759/cureus.36088>

- Kim, H.-J., An, J.-W., Lee, Y., & Shin, Y.-S. (2020). The effects of cryotherapy on perineal pain after childbirth: A systematic review and meta-analysis. *Midwifery*, 89, 102788. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102788>
- Lewis, M. (2014). A Comprehensive Newborn Exam: Part I. General, Head and Neck, Cardiopulmonary. *American family physician*. 90. 289-296.
- Lewis, M. (2014). A Comprehensive Newborn Exam: Part II. Skin, Trunk, Extremities, Neurologic. *American family physician*. 90. 297-302
- Martín-Vázquez, C., Goás-Gómez, N., Calvo-Ayuso, N., Rosón-Matilla, L., Quiroga-Sánchez, E., & García-Fernández, R. (2024). Analysis of maternal positions during the dilation and expulsive phase and their relationship with perineal injuries in EUTCIC deliveries attended by Midwives. *Healthcare*, 12(4), 441. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040441>
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situations Specific Theories in Nursing Research Practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Mendes-da-Silva, W., & Yu, A. S. (2009). Análise empírica do Senso de controle: Buscando Entender O excesso de Confiança. *Revista de Administração Contemporânea*, 13(2), 247-271. <https://doi.org/10.1590/s1415-65552009000200006>
- Monteiro, B. R., Silva, V. G., Andrade, A. S., Machado, L. S., Pinto, E. S., & Souza, N. L. (2022). Elements that influenced immediate mother-neonate contact during the Golden Hour. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 56. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2022-0015en>
- OMS. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.
- Ondeck, M. (2019). Healthy Birth Practice #2: Walk, move around, and change positions throughout Labor. *The Journal of Perinatal Education*, 28(2), 81-87. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.2.81>
- Ordem dos Enfermeiros (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO)*. Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Palompon, D. (2011) 'Visual biofeedback: Adjunct mirror intervention during stage two labor among primiparous women', *Asian Journal of Health*, 1(1). doi:10.7828/ajoh.v1i1.164.
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Cashion K., Alden A. R., Olshansky E. F., Rodger's C. C., & Wilson, D. (2018). *Maternal Child Nursing Care* (6th ed.). Elsevier
- Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Keenan-Lindsay, L., & Sams, C. (2022). *Maternal Child Nursing Care in Canada* (3rd ed.). Langara College.

- Posner, G.D., Dy, J., Black, A.Y. & Griffith, J. (2014). *Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote* (6th ed.). McGraw Hill.
- Preis, H., Lobel, M., & Benyamini, Y. (2018). Between expectancy and experience: Testing a model of childbirth satisfaction. *Psychology of Women Quarterly*, 43(1), 105–117. <https://doi.org/10.1177/0361684318779537>
- Regulamento no 391/2019 (2019). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. *Diário da República*, 2a série (No 85 de 3 de maio de 2019), p. 13560-13565. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Salunkhe, J., & Pawale, M. (2020). Effectiveness of back massage on pain relief during first stage of labor in Primi Mothers admitted at a tertiary care center. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(12), 5933. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_1189_20
- Satone, P. D., & Tayade, S. A. (2023). Alternative birthing positions compared to the conventional position in the second stage of Labor: A Review. *Cureus*, 15(4). <https://doi.org/10.7759/cureus.37943>
- Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., & Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: A randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06358-x>
- Shen, H.-C., Wang, H., Sun, B., Jiang, L.-Z., & Meng, Q. (2021). Birthing ball on promoting cervical ripening and its influence on the labor process and the Neonatal Blood Gas Index. *World Journal of Clinical Cases*, 9(36), 11330–11337. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i36.11330>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (2022) SPOMMF. Available at: <https://www.spommf.pt>
- Şolt Kirca, A., Korkut Öksüz, S., & Murat, N. (2021). The effect of cold application on Episiotomy pain: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(5–6), 559–568. <https://doi.org/10.1111/jocn.15912>
- Tsakiridis, I., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., & Dagklis, T. (2020). Induction of labor: An overview of guidelines. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 75(1), 61–72. <https://doi.org/10.1097/ogx.0000000000000752>
- Türkmen, H., & Oran, N. T. (2021). Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. *EXPLORE*, 17(5), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.002>
- Weng, M.-H., Chou, H.-C., & Liaw, J.-J. (2023). Women's sense of control during labour and birth with epidural analgesia: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 116, 103496. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103496>

Wheeler, V., Hoffman, A. & Bybel, M. (2022). Cervical Ripening and Induction of Labor. *American Family Physician*, 105(2).

World Health Organization (2013). Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy. World Health Organization.

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

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