

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A INFLUÊNCIA DA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO NA EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO
COM O PARTO - PROJETO DE ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS
CLÍNICAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Sandra Cristina Carvalho Couto

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A INFLUÊNCIA DA INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO NA EXPERIÊNCIA E SATISFAÇÃO COM O
PARTO - PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA
ÁREA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

THE IMPACT OF LABOR INDUCTION ON BIRTH EXPERIENCE AND SATISFACTION - AN
INTERSHIP PROJECT FOCUSED ON ADVANCING CLINICAL SKILLS IN
MATERNAL HEALTH AND OBSTETRIC NURSING

Estágio de natureza profissional com relatório

Orientadora

Sónia Maria Pereira Azevedo Brandão

Professora Adjunta, Doutora

Autor

Sandra Cristina Carvalho Couto

Porto, 2024

ABREVIATURAS

BPM – Batimentos por minuto

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

ITP – Indução de trabalho de parto

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

MESMO – Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

mmHg: milímetro de mercúrio

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Pré-eclâmpsia

RN – recém-nascido

SUOG – Serviço de urgência de obstetrícia e ginecologia

TP – Trabalho de parto

UCC – Unidade de cuidados na comunidade

ULS – Unidade Local de Saúde

RESUMO

O presente documento trata-se de um relatório de estágio, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. O seu conteúdo inclui a descrição e reflexão sobre os cuidados especializados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na assistência à grávida com complicações, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, visando consolidar uma prática baseada na evidência.

Na prestação de cuidados, procurei adquirir as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para poder proporcionar à mulher bem como à sua pessoa significativa uma experiência positiva na gravidez, parto e pós-parto, otimizando a saúde da mulher/parturiente e do recém-nascido à vida extrauterina.

O paradigma atual da Enfermagem baseada na evidência, justificou a inclusão de uma componente de investigação sob a forma de uma revisão integrativa da literatura com o tema: A Influência da indução de trabalho de parto na experiência e satisfação com o parto. Para a concretizar, foi realizada uma pesquisa abrangente de artigos nas seguintes bases de dados: PubMed, CINAHL Complete, *SCOPUS*. A seleção dos artigos foi realizada tendo por base os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e os resultados foram sistematizados num diagrama PRISMA e apresentados em formato narrativo. O nível de evidência e a qualidade metodológica dos estudos foram avaliados através dos instrumentos preconizados pelo Instituto Joanna Briggs.

A prestação de cuidados às mulheres/família durante o trabalho de parto e parto teve contributos significativos para aquisição de competências técnico-científicas, humanas e relacionais. Da análise dos estudos da revisão integrativa da literatura, observou-se que as mulheres submetidas à indução ficaram menos satisfeitas com a experiência de parto em comparação com as mulheres com início de trabalho de parto espontâneo.

PALAVRAS-CHAVE: Indução, satisfação, trabalho de parto, parto.

ABSTRACT

This document constitutes an internship report for the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. It encompasses a detailed description and critical reflection on the specialized care provided by Nurse Specialists in Maternal and Obstetric Health to pregnant women, pregnant women experiencing complications, women in labor, postpartum women, and newborns, with the aim of consolidating evidence-based practice.

Throughout the provision of care, I committed to acquire the competencies necessary for a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health. My goal was to ensure that women and their significant others had a positive experience during pregnancy, childbirth, and the postpartum period, thereby optimizing the health outcomes for both the mother and the newborn as they transition to extrauterine life.

Given the contemporary emphasis on evidence-based nursing, this internship included a research component in the form of an integrative literature review. The theme of this review was: "The Influence of Labor Induction on the Experience and Satisfaction with Childbirth. To conduct this review, an extensive search was performed in the following databases: PubMed, CINAHL Complete, and SCOPUS. Articles were selected based on predefined inclusion and exclusion criteria, and the results were organized using a PRISMA diagram and presented narratively. The level of evidence and methodological quality of the studies were evaluated using tools recommended by the Joanna Briggs Institute.

The experience of providing care to women and their families during labor and delivery significantly enhanced my technical-scientific, human, and relational skills. Analysis of the integrative literature review revealed that women who underwent labor induction reported lower satisfaction with their childbirth experience compared to those who experienced spontaneous labor.

KEYWORDS: Induction, satisfaction, labor, birth.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS.....	13
Assistência pré-natal	13
Estágio de natureza profissional	14
Medicina Materno-Fetal/ Internamento de grávidas	14
Bloco de Partos	15
Puerpério	16
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA FACE A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	18
CENÁRIO CLÍNICO	19
GESTAÇÃO	19
ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	20
PRÉ-ECLÂMPsia	20
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS	25
CENÁRIO CLÍNICO 1:	27
PARTO	27
NASCIMENTO	28
PELE.....	28
COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO	28
CENÁRIO CLÍNICO 2:	35
SENSAÇÕES SOMÁTICAS	36
PROCEDIMENTO INVASIVO - ANALGESIA EPIDURAL.....	37
CENÁRIO CLÍNICO 3:	48
CENÁRIO CLÍNICO 4:	53
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO	61
CENÁRIO CLÍNICO:	61
PUERPÉRIO	61
COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR	62
ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE	63
SENSAÇÕES SOMÁTICAS	63
ANÁLISE REFLEXIVA	72
CONCLUSÃO.....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	74
ANEXOS	78

INDICE DE TABELAS

Tabela I: Índice de Bishop54

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório”, integrada no segundo ano da primeira edição do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), relativo ao ano letivo 2022/2024. Nele, estão contemplados os seguintes contextos: assistência pré-natal, internamento de grávidas/medicina materno-fetal, puerpério e bloco de partos, com vista, à aquisição de competências para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Este relatório segue as orientações do Regulamento nº 140/2019 do Diário da República, que estabelece as competências comuns e específicas para Enfermeiros Especialistas, e do Programa Formativo publicado pela Ordem dos Enfermeiros em conformidade com a legislação nacional e europeia. Independentemente da sua área de especialidade, todos os Enfermeiros Especialistas compartilham um conjunto de domínios, designadas competências comuns, expressas através da sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados. Estas competências promovem a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

A visão dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica assenta em três pilares: a competência profissional, a prática baseada na evidência e, o respeito pelo cliente, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projetos de saúde. Esta visão dos cuidados especializados contribui para a preferência e reconhecimento de cada Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), enquanto profissional altamente qualificado para dar resposta às necessidades no âmbito da saúde reprodutiva, ginecológica e sexual e na promoção de transições saudáveis. Neste quadro, o EEESMO distingue-se pela formação (conhecimento aprofundado sobre os seus focos de atenção e intervenções de enfermagem) e pela experiência (desenvolvimento dos padrões de conhecimento pessoal, ético, estético e empírico) que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural e abster-se de juízos de valor (OE, 2021).

O enquadramento legal atual, nomeadamente a Lei n.º 9/2009, de quatro de março; o Regulamento n.º 391/2019, de três de maio; o Regulamento n.º 140/2019, de seis de fevereiro; o Aviso n.º 3917/2021, de três de março; e o Aviso n.º 3916/2021, de três de março. E a Lei n.º 26/2017, de 30 de maio, estabelece as experiências mínimas obrigatórias para que seja possível cumprir os pressupostos acima referidos e, desta forma, obter o título de Enfermeiro

Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. Estas experiências mínimas são: Efetuar consultas de grávidas, incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais, assistindo a 40 grávidas em situação de risco; Assistir a pelo menos, 40 parturientes; Realizar pelo menos, 40 partos, número que poderá ser reduzido para 30 partos se a falta de parturientes o justificar, e na condição de o estudante participar, para além daqueles, em mais 20 partos; Participar ativamente em partos de apresentação pélvica;; Realizar a prática de episiotomia/perineorrafia; Assistir a pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos normais; Assistir a pelo menos 40 puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais; Assistir mulheres que apresentem patologias no domínio de ginecologia/obstetrícia.

Para além do cumprimento dos objetivos de estágio, foram adquiridas as competências exigidas pela Ordem dos Enfermeiros, plasmadas no Regulamento n.º 391/2019, de 03 de maio, no âmbito do:

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

O programa formativo para a área de especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), integrado no ciclo de estudos do mestrado, foi publicado no Diário da República em três de março de 2021, através do Aviso n.º 3916/2021, pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Este programa está também sujeito à legislação europeia, nomeadamente à Diretiva 2005/36/CE, do Conselho e do Parlamento Europeu, de sete de setembro, transposta para o ordenamento jurídico português pela Lei n.º 9/2009, de quatro de março, na sua redação atual, e ao n.º 5 do artigo 37.º da mesma Lei, com a redação dada pela Lei n.º 26/2017, de 30 de maio, página 2601.

O programa formativo deve dotar o estudante de conhecimentos, de forma a serem reconhecidas as suas novas qualificações profissionais. Assim o estudante deve ser capaz de : Planear, executar e avaliar os cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Interpretar a complexidade da intervenção no âmbito da ESMO, sustentada na

evidência científica, na prestação e gestão de cuidados de enfermagem especializados à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade; Integrar os princípios éticos e legais que orientam a profissão com vista ao desenvolvimento de ações autónomas e/ou interdisciplinares adequadas a cada situação clínica na área de ESMO; Participar na construção, implementação e avaliação de programas de intervenção de Saúde Materna e Obstétrica nos diversos contextos; Sistematizar evidência e integrar o conhecimento técnico-científico, ético e relacional e capacidade de argumentação que fundamentem a tomada de decisão clínica, face a problemas complexos e imprevisíveis na área de ESMO.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes principais: contextualização dos locais de estágio, descrição das experiências e atividades desenvolvidas ao longo dos vários meses de estágio e respetiva análise, reflexão e fundamentação teórica que justifica o trilha percorrido e a tomada de decisão, consolidando as boas práticas e a prática baseada na evidência científica, de modo a adquirir competências específicas necessárias para a prática como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. A segunda parte é referente ao desenvolvimento das competências de investigação na forma de revisão integrativa da literatura. Segundo o artigo 8º, do Regulamento nº 140/2019, relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista, este deve basear a sua prática clínica especializada em evidência científica, sendo que deve investigar e colaborar em estudos de investigação de forma a contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada. Neste sentido, optei por estudar a influência da indução de trabalho de parto na experiência e satisfação com o parto. Esta temática resulta de uma inquietação que surgiu ao longo do estágio no Bloco de partos, com vista à melhoria dos cuidados. Por fim, a análise crítica e reflexiva do percurso académico durante o estágio de natureza profissional, abordando as características pessoais e dos contextos onde as experiências clínicas ocorreram, destacando os aspetos facilitadores e os obstáculos que surgiram na aquisição de competências.

Apesar da realização dos diferentes estágios na prática não ter ocorrido pela ordem natural dos acontecimentos (gravidez/trabalho de parto e pós-parto) a descrição das atividades neste relatório, será explanada de forma sequencial, mimetizando o percurso da mulher desde a permanência no serviço de gravidez com complicações, à passagem pelo bloco de partos, até ao internamento no serviço de puerpério.

O nascimento de um filho constitui um dos principais momentos de adaptação na dinâmica do casal, sendo responsável por várias mudanças a diversos níveis, nomeadamente conjugal, familiar e social (Bobak et al., 2009).

No contexto teórico, este relatório adota a Teoria das Transições de Afaf Meleis como referencial.

As transições, conforme descritas por Afaf Meleis na Teoria das Transições, devem ser entendidas como uma passagem de uma fase, condição ou estatuto para outra, ao longo da vida (Alves, 2018). Estas são experiências humanas caracterizadas por um conjunto de respostas moldadas ao longo do tempo por fatores pessoais e ambientais, pelas expectativas e percepções dos indivíduos, pelo significado atribuído às experiências, pelos conhecimentos essenciais na gestão das mudanças e pelo impacto destas no bem-estar dos indivíduos (Brito, 2012). A vivência da transição implica que a pessoa adquira novos conhecimentos, modifique comportamentos, reinterprete os significados associados aos eventos e, consequentemente, consiga redefinir a sua identidade no contexto social em que está inserida (Brito, 2012).

As transições podem ser de vários tipos: desenvolvimentais, relacionadas com mudanças no ciclo vital; situacionais, associadas a acontecimentos que implicam alterações de papéis; de saúde/doença, quando ocorre a transição do estado de bem-estar para o estado de doença; e organizacionais, quando relacionadas com o ambiente, mudanças sociais, políticas ou económicas. Neste contexto, a transição para a parentalidade pode ser descrita como uma transição desenvolvimental ou situacional, dado que envolve uma alteração dos papéis no seio familiar (Meleis, 2010).

Na transição para a parentalidade, o estado de vida como era conhecido é interrompido, podendo resultar em instabilidade, ansiedade, stresse e incerteza quanto à congruência entre as expectativas criadas e a realidade decorrente do exercício do novo papel (Kralik et al., 2006). Em resposta a situações diferentes, é necessário que a mãe e o pai reconheçam que novos comportamentos necessitam ser conhecidos e é necessário realizar ajustamentos nas responsabilidades, nos objetivos, na identidade e nos sentimentos acerca de si próprio. Uma vez que o processo de transição se caracteriza pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo (Guimarães, 2016).

A necessidade de apoio e de acompanhamento dos pais após a alta hospitalar é, por tudo isto, um desafio para os EEESMO, que devem ser agentes facilitadores nos processos de transição (Carvalho, 2020). Pois, esta é possivelmente uma das fases mais intensas e marcantes da vida de ambos. Traduz-se pela capacidade de superar as tarefas desenvolvimentais, transformando-

as em competências cuidativas e educativas, centradas no bem-estar do recém-nascido, contribuindo para o seu crescimento e desenvolvimento harmonioso e também para o seu projeto pessoal (Mendes, 2009).

Em suma, este relatório visa comprovar a aquisição das competências necessárias para a obtenção do título de Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, demonstrando não apenas a aplicação prática das mesmas, mas também uma reflexão crítica sobre o percurso formativo e as experiências vivenciadas durante o estágio profissional.

CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O desenvolvimento das competências abrangeu diferentes contextos, desde a assistência pré-natal, internamento de grávidas com patologia associada, acompanhamento no trabalho de parto e parto e puerpério. Teve lugar numa Unidade Local de Saúde (ULS) do norte do país, no período compreendido entre fevereiro e dezembro de 2023, num total de 1000 horas. As horas estão organizadas em quatro módulos: assistência pré-natal: 200h; internamento de grávidas/medicina materno-fetal: 200 horas; puerpério: 100 horas; bloco de partos: 500 horas. Estas experiências permitiram adquirir competências clínicas para cuidar da grávida com patologia da gravidez, da parturiente durante o trabalho de parto e parto, da puérpera e do recém-nascido, no sentido de otimizar a sua saúde e facilitar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Assistência pré-natal

Este módulo de estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do norte do país. Na sua missão procura garantir aos cidadãos da sua área de influência o acesso a cuidados de saúde primários de qualidade procurando obter ganhos em saúde.

A UCC é composta por uma equipa multidisciplinar, que engloba Enfermeiros de Cuidados Gerais, Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeiros Especialistas em Reabilitação e Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, cada um com o seu público-alvo, mas interagindo num todo.

O espaço físico conta com quatro consultórios e um ginásio onde são realizadas as sessões de preparação para a parentalidade que visam preparar o casal para a gravidez, parto e puerpério. As sessões destinam-se a grávidas a partir das 28 semanas de gestação e aos seus companheiros/as.

Durante este módulo, o objetivo, é a promoção da adaptação à parentalidade e preparação para o parto. As sessões de preparação para a parentalidade, são uma atividade com muita adesão na UCC e bastante importante no sentido de preparar os casais durante a gravidez, parto e pós-parto. No contexto de estágio, foi muito importante poder participar nas sessões porque além de ser uma oportunidade de consolidar conhecimentos previamente adquiridos ao longo do curso, pude desenvolver as minhas capacidades de comunicação perante um público-alvo considerável.

Relativamente à consulta externa, este módulo foi centrado no desenvolvimento de competências especializadas para o processo de diagnóstico das necessidades em cuidados, avaliação da evolução da gravidez e promoção da adaptação à gravidez (com ou sem complicações).

Estágio de natureza profissional

A ULS onde foi realizado este estágio, integra duas unidades hospitalares. A sua área de influência direta, abrange doze concelhos de quatro distritos.

Assume como missão a identificação das necessidades de saúde da sua população de referência e a garantia de uma resposta integrada a essas necessidades, procurando a melhoria dos níveis de saúde dessa mesma população, com ações focadas essencialmente na promoção da saúde e prevenção da doença.

No processo de integração nos diferentes serviços, foi imprescindível conhecer a sua estrutura física, funcional e dinâmica.

O estágio foi desenvolvido nos serviços de Medicina Materno – Fetal, Bloco de Partos e Puerpério, num total de 800 horas.

Medicina Materno-Fetal/ Internamento de grávidas

Esta unidade de internamento presta assistência a grávidas com patologia pré-existente ou induzida pela gravidez. É composto por uma equipa multidisciplinar de EEESMO, Médicos Obstetras, Médicos internos de formação específica, Auxiliares de ação médica, contando com a colaboração de Nutricionista e Psicólogo.

Uma gravidez é considerada de risco quando existem condições que criam uma maior probabilidade de comprometimento do bem-estar materno-fetal. Refere-se a uma série de fatores relacionados com as características individuais (idade, peso, consumo de substâncias nocivas para a saúde), história reprodutiva anterior (parto pré-termo, abortamento, cirurgia uterina, restrição de crescimento fetal) e as condições clínicas pré-existent (hipertensão arterial, cardiopatias, endocrinopatias, doenças auto-imunes). No entanto, o maior risco está relacionado com as doenças obstétricas que surgem na gravidez atual (ameaça de trabalho de parto pré-termo, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, diabetes gestacional, hemorragias na gestação).

As complicações incluem morbidade e mortalidade perinatal, nascimento prematuro e anomalias no feto (Lima et al., 2023). Por isso, é importante um acompanhamento adequado durante a gravidez para identificar possíveis riscos o mais precocemente possível.

O internamento de grávidas situa-se no mesmo espaço físico que o serviço de puerpério, com uma lotação de uma enfermaria de quatro camas e um quarto individual, onde é realizada a vigilância e a monitorização da grávida e do bem-estar fetal através da cardiotocografia. Sempre que há uma grávida com patologia internada, esta fica exclusivamente aos cuidados de um EEESMO.

Bloco de Partos

A equipa multidisciplinar do Bloco de Partos é constituída por EEESMO, Médicos Obstetras, Anestesiastas, Pediatras e Auxiliares de ação médica.

Em termos de estrutura física, o Bloco de Partos, dispõe de cinco salas de parto individuais, totalmente equipadas. Além destas, dispõe de seis quartos duplos, chamados de “quarto de expectantes” onde as parturientes permanecem quando estão em fase latente de trabalho de parto. Em qualquer das salas podem estar sempre acompanhadas pela pessoa significativa. Em alguns quartos existe cardiotocografia por telemetria o que facilita a mobilidade da parturiente.

O serviço Bloco de Partos é partilhado com o Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia, nele apenas prestam cuidados EEESMO. Neste contexto clínico, é possível acompanhar as mulheres desde o momento que se deslocam à urgência até ao puerpério imediato. Podem ser admitidas grávidas em trabalho de parto espontâneo, grávidas para indução de trabalho de parto ou ainda para cesariana eletiva.

As grávidas devem sempre dirigir-se em primeiro lugar ao Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), onde é realizada uma avaliação inicial da situação clínica e ainda uma avaliação do bem-estar fetal através da cardiotocografia. Durante este percurso podem estar sempre acompanhadas pela sua pessoa significativa.

Relativamente à sua organização por turnos, estão destacados cinco EEESMO e duas assistentes operacionais, com a seguinte distribuição: um em permanência no SUOG acompanhado de um assistente operacional, os restantes quatro ficam responsáveis por todas as mulheres admitidas neste serviço e posteriormente pelos recém-nascidos até serem transferidos para o serviço de Obstetrícia.

Segundo a OE (Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro), o rácio EEESMO/utente na assistência intraparto deve ser de 1:2 no 1º estadio e no 2º estadio de 1:1, sendo que no 3º e 4º estadios a responsabilidade da assistência é do EEESMO presente no 2º estadio. No caso das induções de trabalho de parto (ITP), o rácio é de 1:3.

O serviço possui, ainda, áreas de apoio logístico, como sala médica e de enfermagem, copa, sala para armazenamento de materiais, sala de sujos e uma casa de banho de serviço.

Puerpério

O puerpério abrange cuidados no âmbito da assistência à mulher no período pós-natal, incluindo o processo de transição e adaptação à parentalidade, bem como na assistência ao recém-nascido durante a sua adaptação à vida extrauterina.

Relativamente ao espaço físico, apresenta uma lotação de 24 camas (uma enfermaria de quatro camas, quatro quartos individuais e oito quartos duplos). Junto a cada cama existe um cadeirão reclinável para que o acompanhante possa permanecer junto da puérpera e do RN até ao momento da alta. Este apenas tem necessidade de se ausentar do serviço entre as 7H e as 11H, durante as rotinas da manhã e visita médica.

A equipa de Enfermagem é constituída por EEESMO e Enfermeiras Generalistas. O método de trabalho é o de cuidados integrais, estando os elementos distribuídos por turno da seguinte forma: Manhã (sete Enfermeiros, sendo pelo menos um deles EEESMO), Tarde (cinco Enfermeiros, sendo pelo menos um deles EEESMO), Noite (quatro Enfermeiros, sendo pelo menos um deles EEESMO).

Ao longo do estágio, em cada um dos módulos que o constituem, a orientação por parte de um EEESMO tutor foi fundamental. No bloco de partos e serviço materno-fetal/ internamento de grávidas, a equipa era constituída exclusivamente por EEESMO, sendo que o mesmo não se verificou no puerpério. Salienta-se, no entanto, que em todo o decorrer do estágio de Puerpério foi sempre possível o acompanhamento por um EEESMO.

Por forma a cumprir os objetivos delineados, e com o intuito de otimizar o tempo e maximizar as experiências em cada campo de estágio, a primeira semana foi destinada ao reconhecimento da estrutura orgânico-funcional de cada serviço, da dinâmica de trabalho dentro da equipa de Enfermagem, da atuação/envolvimento do EEESMO na mesma, bem como a identificação/conhecimento dos protocolos de serviço e projetos existentes. Desta forma, as

semanas seguintes permitiram uma integração mais facilitada dentro da equipa de Enfermagem, na prestação de cuidados especializados e na implementação de intervenções adaptadas a cada caso clínico e à singularidade de cada pessoa, na vivência da maternidade.

A reflexão sobre as práticas diárias e a busca de conhecimento, baseado em evidências científicas recentes, fez parte integrante de cada módulo do estágio. Desta reflexão, e de acordo com o previsto no plano de estudos da ESEP, no capítulo seguinte, descrevem-se as várias atividades desenvolvidas durante todo o estágio, que visaram a aquisição das competências específicas do EEESMO.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA FACE A GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

De acordo com o artigo 4.º do Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Regulamento n.º 391/2019), o EEESMO deve cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2019).

Integrando-se neste contexto específico da gravidez, o ensino clínico no âmbito da Gravidez com Complicações decorreu no serviço de Obstetrícia/Ginecologia numa ULS do norte do país, no período de 6 de novembro a 20 de dezembro de 2023, num total de 200h de contacto presencial e surge com o objetivo identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas centrados nas necessidades em cuidados à mulher na gravidez com complicações de forma a adquirir competências nesta área. Durante o ensino clínico foram prestados cuidados a grávidas com diversas patologias, entre elas, ameaça de parto pré-termo (APPT), restrição de crescimento intra-uterino (RCIU), pré-eclâmpsia (PE), colestase gravídica, diabetes gestacional (DG) e rotura prematura de membranas (RPM). Assim, de seguida, será apresentado um caso clínico bem como uma reflexão sobre as experiências vivenciadas e a relação com as competências adquiridas.

CENÁRIO CLÍNICO

Sendo a pré-eclâmpsia, a patologia/motivo de internamento mais frequente na gravidez que comporta alto risco materno-fetal, optei por explorar um caso clínico relativamente a uma grávida com PE.

Por uma questão de confidencialidade, não será mencionada a identificação da utente em causa, sendo que ao longo dos próximos parágrafos terá o nome fictício de Maria.

Identificação: Maria, 36 anos, G1P0, grávida de 37 semanas e 2 dias.

Antecedentes pessoais de saúde: Grupo sanguíneo ARh +. Streptococcus do grupo B negativo. Sem alergias medicamentosas.

História da doença atual: Recorreu ao serviço de urgência obstétrica e ginecológica por cefaleias e edemas nos membros inferiores. Foi realizada monitorização da tensão arterial: 153/94 mmHG. Após avaliação médica, foi realizado colheita de sangue e urina para análise e iniciou monitorização cardíaca fetal.

Aquando do resultado das análises, estas revelaram proteinúria (>350mg/dl).

Assim, ficou internada no serviço de internamento de grávidas de risco com o diagnóstico clínico de pré-eclâmpsia.

Relativamente a este cenário clínico, foram identificados os seguintes domínios: Gestação e Adaptação à gravidez com complicações.

GESTAÇÃO

A concepção, definida como a união de um único óvulo com um espermatozoide, marca o início de uma gravidez, período de aproximadamente 266 dias, durante o qual se desenvolve um novo ser. Entre todos os períodos do ciclo vital, a gravidez pode ser caracterizada como um dos mais decisivos e singulares. Quando a mulher se torna grávida, todas as experiências do seu passado se reúnem com as do presente para lançar os alicerces de uma nova vida. Durante o período gestacional a mãe e o seu bebé têm um relacionamento íntimo e inseparável. A saúde física e mental da mãe, antes e durante a gravidez, tem efeitos profundos sobre o estado do seu filho no útero e o seu nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008).

ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez, é um processo fisiológico, natural e parte integrante do ciclo vital, contudo, durante esta fase, a mulher apresenta uma série de modificações físicas e psicológicas que exigem que o EEESMO mobilize competências e conhecimentos para um acompanhamento individualizado e adequado às necessidades diagnosticadas para a grávida em questão, principalmente quando a gravidez apresenta alguma complicação. As medidas preventivas e informativas adotadas durante o ciclo gravídico revestem-se de uma importância fundamental para se garantir um bom prognóstico materno-fetal. Assim, o EEESMO deve aperfeiçoar as suas competências na utilização da comunicação terapêutica, de modo a estabelecer o relacionamento com a grávida e pessoas significativas de forma efetiva, com o objetivo de proporcionar apoio, conforto, informação e estimular a confiança, só assim, será possível colocar em prática estratégias para a resolução das necessidades diagnosticadas (Graça, 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 que decorre 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 PE.

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

PRÉ-ECLÂMPSIA

De acordo com a International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), a PE é definida como pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões medidas com intervalo de quatro horas em mulheres previamente normotensas. Segundo Poon et al., (2019), é acompanhada por uma ou mais das seguintes condições de início novo durante ou após as 20 semanas de gestação:

- Proteinúria: $\geq 30\text{mg/mol}$; rácio proteína/creatinina: $\geq 300\text{mg}/24$ horas ou $\geq 2+$ na tira de reagente do teste de combur. (utilizado apenas quando não há outro teste quantitativo);

- Evidência de disfunção de outros órgãos maternos, incluindo: lesão renal aguda (creatinina $\geq 90 \mu\text{mol/L}$; 1 mg/dL); envolvimento hepático (por exemplo, transaminases elevadas; alanina aminotransferase ou aspartato aminotransferase $>40 \text{ IU/L}$) com ou sem dor epigástrica no quadrante superior direito; complicações neurológicas (alteração do estado mental, cegueira, acidente vascular cerebral, diplopia ou cefaleias intensas);
- Complicações hematológicas: trombocitopenia (contagem de plaquetas $< 150\,000 /\mu\text{L}$, hemólise);
- Disfunção útero-placentária (restrição de crescimento fetal, análise anormal da onda forma de onda Doppler da artéria umbilical).

Segundo Poon et al. (2019), a pré-eclâmpsia é uma doença multissistêmica que afeta tipicamente 2 a 5% das mulheres grávidas. Apesar de a sua incidência variar muito nas diferentes regiões do globo (3% a 5% na Europa e 5% a 7% nos EUA), alguns autores consideram que cerca de 10% das gestações podem ser complicadas por distúrbios hipertensivos da gravidez. São um dos principais contribuintes para a morbidade e mortalidade materna e fetal implicando uma monitorização apropriada e medidas terapêuticas atempadas (Farahi et al., 2024).

Existem vários fatores de risco materno associados ao desenvolvimento de PE: idade materna avançada, nuliparidade, história prévia de PE, uso de tecnologias de reprodução assistida; história familiar de PE, obesidade, hipertensão crónica pré-existente e doença renal (Poon et al., 2019).

As razões subjacentes à estreita relação entre gravidez e hipertensão arterial não estão completamente esclarecidas, no entanto, sabe-se, que em grande parte dos casos, a vigilância adequada durante a gravidez pode impedir ou atenuar o aparecimento de complicações graves, bem como a instituição de atitudes terapêuticas nos momentos corretos permite preservar as vidas da mãe e do feto (Graça, 2010). A terapia diária com doses baixas de aspirina, iniciada entre as 12 e 16 semanas de gravidez, é segura e eficaz para reduzir o risco de pré-eclâmpsia em grávidas com fatores de risco. Já a PE com critérios de gravidade requer estabilização imediata e tratamento hospitalar com sulfato de magnésio para profilaxia de convulsões (Farahi et al., 2024). Por outro lado, a previsão da PE a termo e pós-parto é limitada e não existem tratamentos preventivos (Dimitriadis et al., 2023).

Os distúrbios hipertensivos da gravidez podem piorar ou apresentar-se inicialmente após o parto e são responsáveis por até 44% das mortes relacionadas com a gravidez nos primeiros seis

dias após o parto, assim, deve manter-se uma vigilância no pós-parto. Estão ainda associados a maus resultados maternos e fetais a longo prazo, incluindo aumento de risco materno de doenças cardiovasculares ao longo da vida (Farahi et al., 2024). Para os bebés os riscos são de morte perinatal, incapacidade de desenvolvimento neurológico, doenças cardiovasculares e metabólicas (Dimitriadis et al., 2023).

A PE pode apresentar-se inicialmente com sinais e sintomas comuns a outras situações como, por exemplo, epigastralgias, púrpura ou alterações visuais; o não reconhecimento da situação de base pode resultar num adiamento das medidas terapêuticas necessárias ao controlo precoce do quadro, agravando o prognóstico materno-fetal. Quer o síndrome hipertensivo seja desencadeado pelo estado gravídico, quer seja agravado por este é, em geral, acompanhado por proteinúria e/ou edemas significativos (Graça, 2010).

A PE é uma doença muito mais frequente na primeira gravidez do que nas múltiparas e tem maior incidência e maior gravidade nas grávidas pertencentes a estratos sociais mais baixos, uma vez que são aquelas em que os cuidados pré-natais tendem a ser menos eficientes (Farahi et al., 2024).

Plano de cuidados relativo ao turno da manhã.

Domínio	Processo cardiorrespiratório
Diagnóstico	Hipertensão
<u>Objetivo(s):</u> Detetar precocemente sinais de complicações relacionados com a elevação tensional.	
<u>Intervenções:</u> Monitorizar pressão sanguínea; Avaliar evolução da pressão sanguínea 9H15 - Pressão arterial sistólica: 149 mmHg - Pressão arterial diastólica: 89 mmHg 9H30 - Pressão arterial sistólica: 141 mmHg - Pressão arterial diastólica: 82 mmHg 9H45 - Pressão arterial sistólica: 139 mmHg - Pressão arterial diastólica: 81 mmHg Referenciar hipertensão ao médico	

Domínio	Processo do sistema regulador
<u>Dado(s):</u> A Maria refere que sente os pés bastante edemaciados.	
Diagnóstico	Edema
<u>Objetivo(s):</u> Detetar precocemente sinais de complicações relacionados com a elevação tensional.	
<u>Intervenções:</u> Avaliar edema: Sinal de Godet ligeiro nos membros inferiores. Vigiar edema	

Apesar da sua frequência, já foi referida a sua diminuta importância clínica atualmente atribuída ao edema nos membros inferiores, quer como sinal, quer como índice prognóstico da PE. O edema na PE está relacionado com a retenção de sódio no espaço intersticial e pode ter, como manifestação inicial, o súbito aumento de peso (superior a 2kg por semana), aparecendo, depois, como edema matutino da face e da metade superior do corpo. Em situações graves de PE pode ocorrer anasarca (Graça, 2010).

Domínio	Conhecimento sobre auto-vigilância de complicações
<u>Dado(s):</u> A Maria demonstra dificuldade na identificação de sinais de alerta	
Diagnóstico	Potencial para melhorar conhecimento sobre auto-vigilância de complicações
<u>Objetivo(s):</u> Ensinar sobre sinais de alerta.	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução do conhecimento sobre auto-vigilância de complicações durante a gravidez. Ensinar sobre sinais de alerta. Algumas mulheres com PE não têm nenhum sintoma, contudo é importante estar atenta a alguns sinais que podem surgir: edema generalizado, petéquias, cefaleias, confusão, diplopia, epigastrias, náuseas, vômitos e diminuição da eliminação urinária.	

Domínio	Adaptação à gravidez
<u>Dado(s):</u> A Maria colocou algumas questões acerca da indução nomeadamente se iria sentir muita dor.	
Diagnóstico	Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> Promover empoderamento para lidar com o trabalho de parto.	
<u>Intervenções:</u> Ensinar sobre trabalho de parto;	

Ensinar sobre dor de trabalho de parto.

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE BLOCO DE PARTOS

Neste módulo de estágio, o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas, técnico-científicas e clínicas, traduziu-se na implementação de cuidados especializados à mulher durante o trabalho de parto e parto, à puérpera e ao recém-nascido.

De acordo com as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros preconiza-se que o EEESMO preste cuidados à mulher e à família de uma forma culturalmente congruente durante o trabalho de parto e parto, em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019).

O trabalho de parto e o parto além de representarem o final da gravidez, e o início da vida extrauterina para o recém-nascido (RN), acarretam consigo uma mudança na vida familiar, pelo que o aproximar do momento do nascimento, tantas vezes idealizado, desencadeia sentimentos inexplicáveis no casal.

Durante as 500 horas que compõem este módulo do estágio, foram inúmeras as experiências vividas e as oportunidades de aprendizagem em várias vertentes, sendo que a minha atuação se pautou continuamente pela otimização do atendimento ao casal e ao RN, objetivando atingir as suas expectativas nesta fase do ciclo de vida, promovendo sempre um ambiente seguro na prestação de cuidados. Assim, e apesar da prática clínica ter sido assente em protocolos existentes no serviço, os cuidados prestados foram adaptados individualmente e foi tido em consideração o plano de parto estabelecido por cada casal.

Neste sentido, a existência do plano de parto torna-se uma mais-valia no conhecimento e satisfação das expectativas da mulher/casal em relação ao parto. Apesar da constatação de que a maioria das mulheres não definiu o seu plano de parto, muitas delas tinham conhecimento da sua existência. Assim, apesar de não haver um documento formal, frequentemente assisti a situações que a parturiente expressou os seus desejos/vontades em relação a determinados procedimentos, pelo que tentei ir ao encontro das suas expectativas, dentro dos limites dos protocolos promovidos pela instituição.

Um aspeto que mereceu a minha atenção é que na generalidade, as mulheres em trabalho de parto possuem uma postura passiva, demonstrando pouca capacidade para debater assuntos relacionados com o seu estado, remetendo frequentemente a decisão para o profissional de

saúde. Para contrariar esta tendência, é necessário apostar nas práticas educativas no período pré-natal, nomeadamente nas sessões de preparação para a parentalidade, para que as mulheres se sintam mais empoderadas e com uma melhor capacidade de decisão.

Outro aspeto bastante importante é o suporte familiar da mulher em trabalho de parto (TP). Diversos estudos de investigação demonstram benefícios importantes para as mães e bebés, atribuídos ao apoio contínuo durante o parto, fornecido por uma pessoa significativa. Este apoio contínuo é uma prática segura e efetiva, recomendada pela OMS. No Bloco de Partos da ULSTS, é permitido a permanência contínua de acompanhante durante o TP.

A OMS, reconhecendo a interferência deste paradigma na experiência de parto e nascimento das grávidas e/casais, sublinha a importância de utilizar práticas que garantam não só um parto seguro, mas também uma experiência positiva para as mulheres e as suas famílias (OMS, 2019). Menciona os cuidados centrados na mulher como promotores da qualidade do trabalho de parto e parto, advogando o desenvolvimento de modelos assistenciais neste sentido e reforçando também vantagens financeiras ao reduzir-se o número de intervenções desnecessárias, entre estas intervenções são referidas como não recomendadas a episiotomia por rotina, a realização de amniotomia, enema de limpeza ou tricotomia em caso de parto vaginal (OMS, 2019). Por outro lado, recomenda-se a promoção do contacto pele a pele, amamentação na primeira hora de vida, presença de uma pessoa significativa e da assistência aos partos de baixo risco pelas EEESMO (OMS, 2019).

A OMS define ainda a experiência de parto positiva como aquela que preenche ou excede as convicções e expectativas pessoais e socioculturais de uma mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade do apoio prático e emocional (OMS, 2019).

Posteriormente, serão explanados quatro cenários clínicos referentes ao Bloco de Partos. Por uma questão de confidencialidade, não será mencionada a identificação de nenhuma utente. Assim, os nomes utilizados bem como todas as datas são fictícios.

CENÁRIO CLÍNICO 1:

Identificação: Joana, 32 anos, G3P2, grávida de 38 semanas e 2 dias;

Antecedentes pessoais de saúde: Grupo sanguíneo ARh+. Rastreio Streptococcus grupo B negativo. Sem alergias medicamentosas.

História atual: Recorreu ao serviço de urgência obstétrica por rotura espontânea de membranas, com saída de grande quantidade de líquido amniótico claro. Refere sensação de contrações uterinas regulares dolorosas. A Joana não tem plano de parto mas referiu que deseja um parto fisiológico, com a utilização de estratégias não-farmacológicas para lidar com a dor. Está acompanhada pelo marido.

Relativamente a este cenário clínico, foram identificados os seguintes domínios: Parto, Nascimento, Pele e Comportamentos de ligação mãe/pai-filho.

PARTO

O trabalho de parto é um 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).

A placenta e as membranas fetais desempenham o papel principal no início de trabalho de parto, enquanto o feto pode modular a evolução do trabalho de parto. A causa exata do início do trabalho de parto e do mecanismo do parto não é conhecida, no entanto, existem evidências que o fator hormonal desempenha um papel fundamental (Posner et al., 2014).

O trabalho de parto está dividido em quatro estadios:

- **Primeiro estadio:** Abrange a fase latente e ativa. Inicia-se com contrações dolorosas e regulares e estende-se até à dilatação completa do colo do útero. Dura, em média, seis a dezoito horas na mulher nulípara e de dois a 10 horas nas múltiparas;
- **Segundo estadio:** A partir da dilatação completa do colo do útero até ao nascimento do RN. Em média, tem a duração de trinta minutos até três horas na nulípara e entre cinco a trinta minutos na múltipara.

- **Terceiro estadio:** A partir do nascimento, até à expulsão da placenta. Tem duração entre cinco a trinta minutos;
- **Quarto estadio:** É caracterizado até duas horas após a expulsão da placenta, sendo o período de recuperação imediata. (Posner et al., 2014).

NASCIMENTO

O nascimento corresponde ao termo de uma gravidez, é a transição para a vida extra-uterina independentemente da idade gestacional. Corresponde a um momento de transformação tanto para a mãe como para o recém-nascido.

PELE

Este foco de atenção foi identificado pelo facto de ter ocorrido uma laceração perineal de segundo grau.

As lacerações perineais são roturas não intencionais de tecidos moles durante o parto. São considerados fatores de risco: nuliparidade, parto distócico por ventosa ou fórceps, segundo período do trabalho de parto longo, RN macrossómico e distócia de ombros. (Posner et al., 2014).

Podemos classificar as lacerações em quatro tipos:

- **Primeiro grau:** Lesão da pele e mucosa vulvovaginal;
- **Segundo grau:** Estende-se pelos músculos perineais;
- **Terceiro grau:** Envolve lesão no períneo e esfíncter anal;
- **Quarto grau:** Envolve lesão do períneo, esfíncter anal e mucosa retal (Posner et al., 2014).

COMPORTAMENTOS DE LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO

O envolvimento emocional refere-se à ligação emocional especial que o prestador de cuidados desenvolve com o seu bebé durante o primeiro ano de vida, é um processo essencial à sobrevivência da espécie humana, uma vez que estes nascem seres vulneráveis. Assim, a díade mãe/pai funciona como refúgio seguro, fonte de conforto e proteção (Delfino, 2012). Neste sentido, a gravidez e o parto interferem significativamente no desenvolvimento afetivo da mãe com o bebé (Figueiredo et al., 2003). O momento do nascimento envolve uma carga emocional

para todos os intervenientes, neste sentido, representa um marco importante nos laços que se estabelecem na tríade. Existem fatores que podem inibir ou promover esta ligação, e quanto mais cedo a mãe contacta com o recém-nascido nos momentos que se seguem ao parto, mais rapidamente se observa o seu envolvimento emocional ao filho (Figueiredo et al. 2003). Desta forma, o contacto precoce pais/recém-nascido, desde as primeiras horas de vida e durante a estadia na maternidade com a promoção de um ambiente calmo, íntimo e protetor são propícios ao desenvolvimento da relação precoce entre pais/filho (Figueiredo et al. 2003). Assim, o EEESMO que presta cuidados à mulher e RN durante o trabalho de parto e parto, deve desenvolver intervenções de incentivo e apoio à vinculação entre a tríade, neste que é considerado por muitos um período especial na construção de laços emocionais.

De acordo com Delfino (2012), o RN durante os primeiros 30 minutos permanece num estado de alerta total, chora vigorosamente, apresenta o reflexo de sucção desenvolvido, os olhos permanecem abertos, tornando-se uma oportunidade única para a vinculação. Este é também o momento ideal para iniciar o processo de amamentação, que promove o vínculo afetivo mãe/bebé (UNICEF, 2012).

Torna-se preponderante proporcionar ao casal um ambiente promotor de vinculação durante o período perinatal e pós-natal. Desta forma, o EEESMO deve conceber, planejar e implementar intervenções com a finalidade de promover comportamentos de ligação da tríade.

Plano de cuidados da parturiente:

Na admissão, realizou CTG e toque vaginal:

- Bem-estar fetal: normal (linha de base: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas);
- Frequência cardíaca fetal: 145 bpm;
- Posição do colo do útero: centrado;
- Consistência do colo do útero: mole;
- Extinção do colo do útero: 100%/extinto;
- Dilatação do colo do útero: 9cm;
- Tempo de rotura da bolsa: 1H;
- Padrão de contractilidade uterina: normal;
- Frequência da contração uterina: 6 contrações uterinas/10minutos;
- Duração da contração uterina: 60 segundos;

- Dor de trabalho de parto: Dor de período de dilatação;
- Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal;
- Descida do feto: 3º plano de Hodge;
- Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado

Deu entrada no Bloco de Partos, diretamente para a sala de partos.

Plano de partos relativo ao turno da noite (20H-8H).

20H20:

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> • A utente refere aumento de dor.	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar evolução do trabalho de parto e monitorização do bem-estar fetal;	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução do trabalho de parto: • Dilatação do colo do útero: 10cm; • Variedade fetal: ODA; • Bem-estar fetal: normal (linha de base: 110-160bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas); • Frequência cardíaca fetal: 135 bpm; • Descida do feto: 4º plano de Hodge	

20H30:

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> • A parturiente começa a sentir vontade de iniciar esforços expulsivos.	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal;	

- Facilitar trabalho de parto/ nascimento;
- Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento;
- Prevenir laceração do períneo;
- Promover parto eutócico

Intervenções:

Assistir no posicionar:

- Assistir a Joana a colocar-se em quatro apoios, na cama;

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto:

- Encorajar a alternar de posições sempre que o corpo pedir;
- Respeitar a alternância de posições que escolher.

Envolver a pessoa significativa no trabalho de parto:

- Questionar o companheiro como se sente e se tem alguma questão;
- Sugerir que o companheiro respire com a Joana utilizando a técnica demonstrada no intervalo das contrações;
- Sugerir que o companheiro ofereça água à Joana sempre que ela pedir;
- Elogiar o companheiro pelo envolvimento demonstrado.

Aplicar calor na região lombo-sagrada:

- A Joana refere que sente pressão e dor lombar contínua;
- Foram colocados lençóis quentes na região lombo-sagrada, como estratégia para lidar com o desconforto.

Massajar região lombo-sagrada:

- A Joana refere que sente pressão e dor lombar contínua;
- Realizada massagem na região lombo-sagrada como estratégia para lidar com a dor

Gerir ambiente físico para promover relaxamento:

- Promover ambiente calmo;
- Manter intensidade da luz baixa;
- Providenciar privacidade;
- Comunicar de forma calma;
- Manter empatia e a relação terapêutica;

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 a perfusão uteroplacentária e, deste modo, promovendo o bem-estar materno-fetal (Aryani et al., 2022).

21H:

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Facilitar trabalho de parto/ nascimento; • Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento; • Prevenir laceração do períneo; • Promover parto eutócico	
<u>Intervenções:</u> Assistir no parto: • Preparar o material necessário/ kit de parto; • 21H: Inicia os esforços expulsivos; • Dar reforço positivo pelos esforços expulsivos; • Colocar o material de forma adequada; • Colocar o equipamento de proteção individual; • Questionar se quer sentir a cabeça do bebé; • Verificar a presença de circular do cordão; • Secar o bebé no colo da mãe; • Vigiar perda sanguínea Incentivar o corte do cordão umbilical pelo companheiro: • Orientar para o local a cortar; • Explicar que oferecerá resistência ao cortar, mas que é normal e não magoa o bebé.	

21H47

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Prevenir principais complicações do 3º estágio do trabalho de parto	
<u>Intervenções:</u> Assistir na expulsão da placenta: • Palpar fundo uterino e perceber se o útero está bem contraído. Se não estiver, massajar até estar bem contraído; • Solicitar à parturiente que realizasse pequenos esforços expulsivos; • Manter uma atitude expectante. Administrar ocitocina: • 10 UI diluídas em 1000mL de Soro fisiológico a um ritmo de 250ml/h de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto. Inspecionar placenta, cordão umbilical e membranas: • Colocar placenta na mesa de parto; • Com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo os coágulos, de forma a assegurar que não houve retenção de fragmentos ou cotilédones; • Observar forma, tamanho e bordos da placenta, a fim de detetar vasos ou cotilédones aberrantes e a inserção da mesma; • Observar membranas fetais, verificando se tem dois folhetos (amnion e córion) e reconstituir câmara âmnica; • Observar inserção e característica do cordão umbilical, nomeadamente existência de duas artérias e uma veia, presença de anomalias, como nós verdadeiros ou falsos, comprimento e presença da geleia de Wharton. Inspecionar canal de parto: • Se necessário colocar compressa no canal de parto de forma a realizar hemóstase e permitir melhor inspeção • Começar a observar desde o clitóris e visualizar meato urinário, pequenos lábios e carúnculas; • Remover compressa.	

Domínio	Pele
<u>Dado(s):</u> • Apresenta laceração de segundo grau no períneo. • Lesão com sangramento moderado.	
Diagnóstico	Laceração
<u>Intervenções:</u> Suturar laceração: • Informar e solicitar o consentimento sobre o procedimento; • Executar lavagem das mãos, antes e após o procedimento; • Preparar material de sutura na mesa de apoio apropriada; • Utilizar equipamento de proteção individual; • Posicionar adequadamente a puérpera; • Proceder à analgesia local com lidocaína 1%. Injetar anestésico ao longo dos bordos com pequenas picadas, exteriorizando a agulha à medida que injeta. Não injetar mais do que 5ml de volume. Aguardar 15 minutos até a anestesia produzir efeito; • Efetuar corretamente a sutura do traumatismo perineal, de forma a restabelecer e manter a continuidade dos tecidos lesionados, controlar a hemorragia e facilitar o processo de cicatrização por primeira intenção. • Examinar a sutura efetuada para despistar eventuais complicações; • Prestar cuidados de higiene perineais, de forma a facilitar a cicatrização, evitar infecção e promover conforto da puérpera; • Colocar penso higiénico. Aplicar frio: • Aplicar gelo na região perineal de forma a reduzir o edema. Avaliar evolução da laceração: • Detetar possíveis alterações como sangramento ou dor.	

Domínio	Pós-parto
<u>Dado(s):</u> • Posição do parto: quatro apoios;	

• Tipo de parto: eutócico – conforme a expectativa; • Hora de nascimento: 21H47; • Hora da dequitação: 22H04; • Tipo de dequitação: espontânea – Shultze; • Características da placenta: sem alterações observáveis, incluindo cordão sem alterações observáveis; • Estado do períneo: laceração 2º grau. • Perda sanguínea vaginal: moderada • Contração do útero pós-parto: útero contraído.	
Diagnóstico	Puerpério
Objetivo(s): • Determinar evolução do pós-parto.	
Intervenções: Avaliar evolução do pós-parto Durante as primeiras duas horas pós-parto, a Joana. esteve hemodinamicamente estável, globo de segurança de Pinard bem formado na região peri-umbilical, lóquios hemáticos em quantidade moderada, períneo com edema. <u>22h30:</u> 134/77mmHg; FC: 64bpm; SPO2: 98% em ar ambiente; FR: 18cpm; Tª 37,3ºC. Sem dor. Útero bem contraído. Perda sanguínea moderada. <u>22h45:</u> 131/73mmHg; FC: 73bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 20cpm. Sem dor. Útero bem contraído. Perda sanguínea moderada. <u>23h:</u> 132/69mmHg; FC: 79bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 17cpm. Sem dor. Útero bem contraído. Perda sanguínea moderada. <u>23h15:</u> 128/74mmHg; FC: 69bpm; SPO2: 100% em ar ambiente; FR: 18cpm. Dor perineal 1/10 (segundo escala numérica). Útero bem contraído. Perda sanguínea moderada. <u>23h45:</u> 126/70mmHg; FC: 80bpm; SPO2: 99% em ar ambiente; FR: 19cpm. Dor perineal 3/10 (segundo escala numérica). Útero bem contraído. Perda sanguínea moderada. <u>0h15:</u> 129/67mmHg; FC: 73bpm; SPO2: 98% em ar ambiente; FR: 21cpm. Sem dor. Útero bem contraído. Perda sanguínea moderada.	

Domínio	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho
Diagnóstico	Ligação mãe/pai-filho
<u>Objetivo(s):</u> Promover a ligação mãe/pai-filho.	
<u>Intervenções:</u> Incentivar o corte do cordão umbilical pelo pai do RN.	

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> Hora de nascimento: 21H47	
Diagnóstico	Nascimento
<u>Objetivo(s):</u> - Promover adaptação à vida extrauterina; - Detetar precocemente alterações à vida extrauterina.	
<u>Intervenções:</u> Gerir ambiente: - Temperatura entre os 25-28°C; - Promoção de um ambiente calmo com baixo nível de ruído e luminosidade. Estimulação tátil: - No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. Avaliar índice de Apgar: 1º minuto: 9; 5º minuto: 10; 10º minuto: 10 Executar clampeamento do cordão umbilical: - Aguardar pelo menos 1 minuto para clampar o cordão com um clamp descartável; - Colocar pinça de Kocher afastada do clamp; - Permitir que seja o pai a cortar o cordão. Executar técnica pele com pele:	

- Mãe numa posição confortável, semi-reclinada e com apoio sob os braços;
- Posicionar recém-nascido no abdómen da mãe, evitando compressão do tórax e tendo em atenção a posição do clamp do cordão umbilical;
- Cobrir com lençol seco e quente, mas manter o rosto visível;
- Lateralizar cabeça do recém-nascido, com o nariz e boca desobstruídos pela mama ou cobertor;
- O mamilo deve estar acessível ao recém-nascido;
- Mostrar à mãe como apoiar a mama para manter as vias aéreas permeáveis durante o período em que o recém-nascido começa a procurar o mamilo;

Monitorizar dados antropométricos:

- Peso: 2775 gr;
- Comprimento: 47 cm;
- Perímetro cefálico: 33 cm

Administrar vitamina k:

- 1 mg intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo.

Aplicar pomada oftálmica

Vestir o RN

CENÁRIO CLÍNICO 2:

Identificação: Júlia, 28 anos, G1P0, grávida de 39 semanas e 3 dias.

Antecedentes pessoais de saúde: Grupo sanguíneo B-. Rastreio Streptococcus grupo B negativo. Sem alergias medicamentosas.

História atual: Recorreu ao serviço de urgência obstétrica, por contrações fortes e dolorosas. Bolsa amniótica íntegra.

Na admissão, encontrava-se bastante queixosa, sem capacidade de gerir a dor.

Frequentou as sessões de preparação para o parto na sua UCC mas não elaborou plano de parto.

Está acompanhada pelo marido.

Na admissão, realizou CTG e toque vaginal:

- Bem-estar fetal: normal (linha de base: 110-160bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas);
- Frequência cardíaca fetal: 154 bpm;
- Posição do colo do útero: posterior;
- Consistência do colo do útero: mole;
- Extinção do colo do útero: 80%;
- Dilatação do colo do útero: 6cm;
- Padrão de contractilidade uterina: normal;
- Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10minutos;
- Duração da contração uterina: 60 segundos;
- Dor de trabalho de parto: Dor de período de dilatação;
- Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal;
- Descida do feto: 3ºplano de Hodge;
- Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado

Deu entrada no bloco de partos e solicitou analgesia epidural. Foi chamado o anestesista. Após explicação do procedimento, assinou o consentimento informado. De seguida, foi preparada para o procedimento, nomeadamente foi colocado em perfusão um lactato de ringer e auxiliei a parturiente a mudar de posição. Neste caso, ficou em posição sentada, com as pernas fletidas, costas arqueadas, queixo junto ao peito, braços a abraçar a almofada. Foi pedido para não

mexer e sempre que sentisse uma contração para avisar para o médico anestesista poder parar o procedimento.

Relativamente a este cenário clínico, para além de identificado o domínio Parto, já descrito no cenário clínico anterior, foi também identificado o domínio Sensações somáticas, através do diagnóstico dor e o domínio Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

SENSAÇÕES SOMÁTICAS

A dor durante o trabalho de parto é um processo fisiológico e está relacionada com as contrações do útero. É uma dor intermitente, começa à medida que o útero se contraí, fica mais forte quando a contração atinge o pico e desaparece quando o útero relaxa (Posner et al., 2014). Durante o trabalho de parto, a dor aumenta com a evolução da dilatação e parece ser diretamente relacionável com a intensidade, duração e frequência das contrações uterinas. Provavelmente, será esta a explicação lógica para o aumento da intensidade da dor, que muitas mulheres experimentam à medida que o trabalho de parto avança (Freixo, 2015).

O grande desafio do controlo da dor inicia-se com a mensuração, já que a dor é subjetiva e de carácter individual variando em função de vivências culturais, emocionais e ambientais (Aveiro & Velosa, 2022). Assim sendo, a dor de trabalho de parto e os métodos para aliviá-la constituem um dos cuidados prioritários do EEESMO, uma vez que é crucial para o bem-estar holístico da parturiente.

Entre as alternativas disponíveis para controlar a dor do parto encontram-se métodos farmacológicos e não farmacológicos.

O EEESMO possui conhecimentos para ajudar as mulheres a gerir a dor do trabalho de parto através dos métodos não farmacológicos, dos quais, exercícios respiratórios, hidroterapia: banho morno, bola de parto, liberdade de movimentos: andar e musicoterapia.

PROCEDIMENTO INVASIVO - ANALGESIA EPIDURAL

Como anteriormente referido, a dor, deve ser um foco de atenção do EEESMO.

A analgesia ideal baseia-se no equilíbrio entre a eficácia analgésica e a redução dos efeitos colaterais materno-fetais (Freixo, 2015). Durante a primeira e segunda fase do trabalho de parto, predomina a dor visceral, com os estímulos nociceptivos a serem causados pela distensão mecânica do segmento inferior do útero e respetivo colo. Não há estudos que indiquem que a dor do trabalho de parto seja benéfica, pelo contrário, a dor e a incapacidade de lidar com ela podem ter repercussões na homeostasia materna e provocar efeitos nocivos sobre a parturiente e o feto, bem como afetar a evolução normal do trabalho de parto. Para além disso, pode ser interpretada como uma má experiência e trazer eventuais efeitos psicológicos importantes para a parturiente.

A analgesia epidural é a técnica “mais clássica” da analgesia e a mais utilizada, é uma técnica que exige experiência por parte de quem a executa (Pais Martins, 2006). Constitui um método versátil que permite uma técnica analgésica contínua durante toda a duração do trabalho de parto (Freixo, 2015).

Inicialmente, é importante explicar o procedimento e obter o consentimento informado da parturiente. É necessário colocar acesso venoso e fazer preenchimento vascular, geralmente com lactato de Ringer 500mL para prevenção contra a hipotensão aquando da instalação do bloqueio. A parturiente deve estar em posição sentada ou decúbito lateral com as apófises espinhosas alinhadas no mesmo plano e com o máximo de flexão. Durante todo o procedimento e até ao momento do nascimento, deverá haver uma monitorização contínua das funções vitais da parturiente. A vigilância é de extrema importância e envolve a determinação da eficácia analgésica, dos efeitos secundários relacionados com os fármacos utilizados e das complicações com a presença do cateter (Freixo, 2015).

O cateter epidural é utilizado para administrar doses adicionais de analgésicos de forma intermitente ou contínua durante todo o trabalho de parto. Pode ser deixado *in situ* para controlar a dor no pós-parto. O modo de administração e as doses necessárias para analgesia epidural variam consoante o tipo e a intensidade da dor, a idade, o estado físico, o local de injeção e a região que se pretende analgesiar pelo que as doses e modo de administração devem ser individualizados (Freixo, 2015).

Em alternativa, a *Walking Epidural*, oferece à mulher oportunidade de alívio da dor com analgesia epidural, permitindo, contudo, que ela se continue a mover. Nesta técnica, são utilizadas concentrações muito baixas de anestésicos locais que permitem um bloqueio motor-

sensorial diferencial, sendo possível a analgesia com pouco ou nenhum bloqueio motor. É uma técnica eficaz e segura que parece diminuir a incidência de parto instrumentado (Freixo, 2015).

Ambas as técnicas apresentam possíveis efeitos secundários e complicações: hipotensão, alterações do ritmo cardíaco, náuseas e vômitos, prurido, retenção urinária, depressão respiratória, tremores, convulsões, alterações do estado de consciência, parestesias, lombalgias, lesão neurológica, infecção, hematoma epidural, entre outras (Freixo, 2015).

Na ULSTS a vigilância dos sinais vitais, realizava-se de cinco em cinco minutos na primeira meia hora após o procedimento e posteriormente de 30 em 30 minutos até ao parto.

Em todas as parturientes foi realizada *walking epidural*.

8h20:

Domínio	Procedimento de diagnóstico e terapêutica médica
Diagnóstico	Procedimento invasivo: Analgesia epidural
<u>Objetivo(s):</u> Determinar sinais de complicações relacionados com a analgesia epidural	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução de sinais de complicações: 8:30: - Tensão arterial: 117/71 mmHg; - Frequência cardíaca: 92 bpm; - Saturação de oxigénio: 99%; - Bloqueio motor: Sem bloqueio. Sem sensibilidade nos pés. 8:35: - Tensão arterial: 109/61 mmHg; - Frequência cardíaca: 75 bpm; - Saturação de oxigénio: 98%; - Bloqueio motor: Sem bloqueio. Sem sensibilidade nos pés. 8:40: - Tensão arterial: 109/67 mmHg; - Frequência cardíaca: 76 bpm;	

- Saturação de oxigénio: 98%;
- Bloqueio motor: Sem bloqueio. Refere “sensação de formigueiro” nos pés.

8:45:

- Tensão arterial: 111/68mmHg;
- Frequência cardíaca: 80 bpm;
- Saturação de oxigénio: 98%;
- Bloqueio motor: Sem alterações da função sensitiva.

8:50:

- Tensão arterial: 121/75mmHg;
- Frequência cardíaca: 83 bpm;
- Saturação de oxigénio: 98%;
- Bloqueio motor: Sem alterações da função sensitiva

8H30

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar bem-estar fetal	
<u>Intervenções:</u> Monitorizar bem-estar fetal • Normal (linha de base: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm, sem desacelerações repetitivas).	

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> A Júlia refere que pretende ir para a bola de parto para realizar alguns exercícios.	
Diagnóstico	Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> Melhorar a capacidade da parturiente para realizar movimentos que promovam a mobilidade da bacia de acordo com a fase do trabalho de parto.	
<u>Intervenções:</u> Demonstrar uso de dispositivos facilitadores de parto: - Demonstrar exercícios que pode realizar na bola de parto Demonstrar exercícios promotores da mobilidade da bacia: - Demonstrar exercícios sentada na bola de parto, com pés aproximados e joelhos afastados, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas ou a segurar-se na cama ou ainda encostada ao companheiro e, com a pelve, desenhar movimentos circulares, movimentos para esquerda e para a direita, para a frente e para trás e movimentos a desenhar o símbolo do infinito. Envolver pessoa significativa no trabalho de parto: - Sugerir ao companheiro que acompanhe a Júlia nos movimentos na bola de parto; na deambulação, sendo o seu “suporte” quando a Júlia sentir necessidade de parar e fazer movimentos com a bacia.	

10H

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> A Júlia referiu dor e saída de grande quantidade de líquido claro.	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal;	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução do trabalho de parto: - Dilatação do colo do útero: 9cm; - Extinção do colo do útero: 100% - Variedade fetal: OEA; - Bem-estar fetal: normal (linha de base: 110-160bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas); - Frequência cardíaca fetal: 135 bpm; - Descida do feto: 3º plano de Hodge; - Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10 minutos; - Duração da contração uterina: 60 segundos; - Dor de trabalho de parto: Ligeira pressão/desconforto; - Globo vesical: Sem globo vesical; - Líquido amniótico de características normais.	

11H

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> A parturiente começa a sentir vontade de iniciar esforços expulsivos.	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> - Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal; - Prevenir laceração do períneo;	

- Facilitar trabalho de parto/ nascimento;
- Prevenir complicações durante o trabalho de parto/ nascimento.

Intervenções:

Avaliar evolução do trabalho de parto:

- Dilatação do colo do útero: 10cm;
- Extinção do colo do útero: 100%
- Variedade fetal: OEA;
- Bem-estar fetal: normal (linha de base: 110-160bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas);
- Frequência cardíaca fetal: 135 bpm;
- Descida do feto: 3º plano de Hodge;
- Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10 minutos
- Duração da contração uterina: 60 segundos;
- Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo;
- Globo vesical: Sem globo vesical, urinou espontaneamente na aparelheira;
- Líquido amniótico de características normais;
- Esforços expulsivos eficazes.

Assistir no posicionar:

- Assistir a Júlia a ajustar a sua posição;
- Elevar grades da cama para ter um suporte para agarrar no momento de fazer esforços expulsivos.

Implementar medidas de proteção do períneo:

- Aplicar óleo de amêndoas doces no períneo antes do coroamento;
- Aplicar calor no períneo com recurso a compressas embebidas em água quente, tendo sempre em consideração a sensibilidade e preferência da mulher.

Segundo Couto & Carneiro (2017), a aplicação de compressas quentes no períneo reduz significativamente as lacerações de terceiro e quarto grau, a dor perineal no trabalho de parto, assim como no pós-parto, bem como a incontinência urinária. Assim, esta prática simples e económica deve estar associada na assistência ao segundo período de trabalho de parto.

Devemos aplicar compressas limpas, imersas em água da torneira, com temperatura nunca superior a 70°C. Iniciar a aplicação no abaulamento do períneo ou se descida fetal ativa (Sousa et al., 2023).

12H12

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Facilitar trabalho de parto/ nascimento; • Prevenir complicações durante o período expulsivo	
<u>Intervenções:</u> Assistir no parto: • Preparar o material de parto na mesa de apoio; • Incentivar a Júlia nos esforços expulsivos; • Explicar que a pressão que sente é o seu bebé no canal vaginal e que ele vai nascer; • Questionar se quer sentir a cabeça do bebé; • Verificar presença de circular do cordão: Identificada uma circular larga que foi removida do pescoço; • Amparar a cabeça do feto, auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros no menor diâmetro biacromial; • Após a exteriorização dos ombros, voltar a proteger o períneo com a mão direita e com a esquerda proceder à restante exteriorização fetal; • Incentivar a Júlia a vir buscar o seu bebé.	

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Promover comportamentos de ligação mãe/pai-filho.	
<u>Intervenções:</u> Incentivar o corte do cordão umbilical pelo companheiro Executar técnica pele com pele:	

- Posicionar o bebé de modo a que possa completar as 9 fases do contacto pele a pele;
- Cobrir o bebé com lençol quente e seco mas manter o rosto visível;
- Avaliar tónus, respiração e coloração do bebé de 15 em 15 minutos.

O contacto pele a pele deve iniciar-se imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado e estabelecido entre toda a mãe - filho saudáveis. Não há nenhuma razão que impeça a grande maioria dos bebés saudáveis a estabelecer contacto pele a pele com a mãe logo após o nascimento, uma vez que as rotinas hospitalares não devem prevalecer sobre o mesmo. Porém, de entre os fatores que podem condicionar a realização do contacto pele a pele, há um essencial, que se sobrepõe a todos os outros: o Índice de Apgar. No caso de um valor de Apgar inferior a 7, o contacto precoce pele a pele não se realiza e, nesta situação, este contacto deve ser incentivado logo que possível. Assim como, quando a saúde da mulher não se encontra nas condições ideais (Mechas, 2017).

Os EEESMO possuem um papel determinante na promoção e realização do contacto pele a pele precoce pelo conhecimento que possuem e pela aproximação e intimidade que estabelecem com os casais durante todo este processo de se tornar mãe/pai. Para que isto seja possível, é preciso tempo para proporcionar ao casal um ambiente tranquilo, auxiliar a mãe a posicionar-se confortavelmente, atentar para o estado de alerta e procura do bebé destacando os comportamentos positivos, favorecer a confiança materna e evitar manobras que apressem o bebé na amamentação.

12H40

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Prevenir principais complicações do 3º estadio do trabalho de parto	
<u>Intervenções:</u> Assistir na expulsão da placenta: • Solicitar à parturiente que realize pequenos esforços expulsivos; • Executar manobra de Jacob Dublin, realizando torção suave da placenta, de forma a evitar a retenção de membranas na cavidade uterina; • Apoiar a placenta durante a sua exteriorização;	

- Palpar o fundo uterino para verificar se está formado o globo de segurança de Pinard.

Administrar ocitocina:

- 10U diluídas em 1000mL de soro fisiológico, a um ritmo de 250ml/H de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto.

Inspecionar placenta, cordão e membranas:

- Colocar a placenta na mesa de apoio ao parto;
- Com compressas, limpar a face materna da placenta, removendo os coágulos de forma a assegurar que não houve retenção de fragmentos ou cotilédones;
- Observar forma, tamanho e bordos da placenta;
- Observar membranas fetais, verificando se tem dois folhetos (amnion e córion) e reconstituir câmara âmnica;
- Observar inserção e características do cordão umbilical, nomeadamente a existência de duas artérias e uma veia, presença de anomalias, como nós verdadeiros os falsos, comprimento e presença de geleia de Wharton.

Inspecionar canal de parto:

- Se necessário, colocar compressa no canal de parto de forma a realizar hemóstase e permitir melhor inspeção;
- Começar a observar desde o clitóris, meato urinário, pequenos lábios e carúnculas;
- Remover compressa.

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> • Hora de nascimento: 12H12; • Tipo de parto: Eutócico - conforme a expectativa; • Hora da dequitação: 12H40; • Tipo de dequitação: Espontânea - Schultz; • Características da placenta: Sem alterações observáveis, incluindo cordão sem alterações observáveis; • Perda sanguínea vaginal: moderada; • Estado do períneo: íntegro	
Diagnóstico	Nascimento

Objetivo(s):

- Determinar evolução pós-parto.

Intervenções:

Avaliar evolução do pós-parto

12H30

- Sinais vitais: TA: 133/71 mmHg; FC: 69 bpm; T: 37,1°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

12H45

- Sinais vitais: TA: 127/72 mmHg; FC: 75 bpm; T: 37,1°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

13H

- Sinais vitais: TA: 131/83 mmHg; FC: 75 bpm; T: 37°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

13H15

- Sinais vitais: TA: 127/61 mmHg; FC: 70 bpm; T: 37°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

13H30

- Sinais vitais: TA: 124/65 mmHg; FC: 70 bpm; T: 37°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

13H45

- Sinais vitais: TA: 131/71 mmHg; FC: 69 bpm; T: 37,1°C;

- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

14H

- Sinais vitais: TA: 127/65 mmHg; FC: 70 bpm; T: 36,9°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

14H15

- Sinais vitais: TA: 131/61 mmHg; FC: 69 bpm; T: 37,1°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

13H

Domínio	Comportamentos para amamentar
<u>Dado(s):</u> • A Júlia adotou uma posição confortável estabelecendo uma pega adequada do recém-nascido.	
Diagnóstico	Amamentação
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar evolução da amamentação; • Promover o amamentar/ mamar.	
<u>Intervenções:</u> Assistir na amamentação: • Ajudar a Júlia a colocar-se numa posição confortável para amamentar; • Ajudar a Júlia a colocar o seu bebé na posição correta para mamar: corpo alinhado, cabeça livre para realizar extensão; • Garantir uma boa pega: Nariz livre, boca bem aberta, lábio superior revirado, queixo encostado;	

- Explicar como deve interromper a mamada: Se necessário, usar o dedo mindinho, colocá-lo junto à boca do bebé, introduzir aos poucos, para posteriormente poder afastá-lo da mama, com calma.

Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar:

- Após assistir a mamada, foi perceptível que o bebé fez uma boa pega, mamou durante 30 min, de seguida largou espontaneamente a mama e adormeceu.

A OMS e a UNICEF recomendam a amamentação exclusiva até aos 6 meses de vida e complementada com outros alimentos até aos 2 anos ou mais (OMS, 2011).

O leite materno é considerado pela OMS o alimento ideal para o RN, vai alterando a sua composição desde colostro até ao leite maduro, de acordo com as necessidades. Está sempre disponível à temperatura adequada. O primeiro leite é o colostro, cuja composição se ajusta perfeitamente às necessidades do bebé, com mais proteínas e minerais do que gordura, o que o torna facilmente digerível, adequado a um aparelho digestivo ainda imaturo. O seu baixo valor calórico estimula o apetite do bebé e as suas propriedades laxantes favorecem a eliminação de mecónio. É rico em imunoglobulinas (IgA, IgM, IgG), lisozimas, lactoferrina, fatores bífidos, linfócitos, granulócitos, neutrófilos e células epiteliais (Galvão, 2006).

Os seus benefícios estão amplamente comprovados e difundidos, dentre os quais importa salientar um menor risco infeccioso, com diminuição no risco de infeções gastrointestinais, respiratórias, muitas vezes com necessidade de hospitalização. Confere proteção contras as alergias, principalmente das proteínas do leite de vaca, leucemia linfocítica aguda e síndrome de morte súbita do lactente. A longo prazo é importante para a prevenção do desenvolvimento de doenças crónicas e contribui para a diminuição do risco de obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares (Aguar e Silva, 2011). Além de todos estes benefícios, a amamentação tem um papel fundamental ao favorecer o estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe-bebé, fortalecendo a relação entre ambos. É um processo que implica interação profunda entre mãe e filho, com repercussões importantes no desenvolvimento cognitivo e emocional do bebé e na saúde física e psíquica da mãe. A amamentação é o primeiro contacto entre mãe e filho e representa um dos cuidados primordiais com o bebé, é uma experiência determinante na organização da personalidade da criança. Pode-se até afirmar que a amamentação é um elemento essencial para o desenvolvimento saudável da criança (Müller e Donelli, 2017). Assim, a amamentação permite a interação do bebé com a mãe, em que há trocas de afeto, olhares e alimento.

Para que haja sucesso na amamentação, é imprescindível prestar apoio quer às mães que amamentam quer às mães que decidem não o fazer. De acordo com Nelas, Ferreira e Duarte (2008) cabe aos EEESMO respeitar a decisão tomada pela mãe, mas também, garantir que essa decisão é consciente e informada. Assim, os pais devem ser informados sobre os benefícios da amamentação, as dificuldades mais comuns, as contraindicações e a legislação existente neste âmbito. Assim, a promoção da amamentação, deve constituir um dos focos de atenção do EEESMO.

Segundo Hockenberry e Wilson (2014) as intervenções promotoras da amamentação passam pelo contacto pele com pele precoce, amamentação na primeira hora de vida, alojamento em conjunto e amamentação em horário livre.

A amamentação é um dos poucos comportamentos de saúde positivos mais prevalente nos países pobres do que nos ricos, contribuindo para a redução das disparidades em saúde entre crianças de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (Victora et al, 2016).

Plano de cuidados – Recém-Nascido

12H12

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> • Hora de nascimento: 12H12	
Diagnóstico	Nascimento
<u>Objetivo(s):</u> • Promover adaptação à vida extrauterina; • Detetar precocemente alterações à vida extrauterina.	
<u>Intervenções:</u> Gerir ambiente: • Temperatura entre os 25-28°C; • Promoção de um ambiente calmo com baixo nível de ruído e luminosidade. Estimulação tátil: • No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. Avaliar índice de Apgar: • 1º minuto: 9; • 5º minuto: 10; • 10º minuto: 10 Executar clampeamento do cordão umbilical: • Aguardar pelo menos 1 minuto para clampar o cordão com um clamp descartável; • Colocar pinça de Kocher afastada do clamp; • Permitir que seja o pai a cortar o cordão. Executar técnica pele com pele: • Mãe numa posição confortável, semi-reclinada e com apoio sob os braços; • Posicionar recém-nascido no abdómen da mãe, evitando compressão do tórax e tendo em atenção a posição do clamp do cordão umbilical; • Cobrir com lençol seco e quente, mas manter o rosto visível;	

- Lateralizar cabeça do recém-nascido, com o nariz e boca desobstruídos pela mama ou cobertor;
- O mamilo deve estar acessível ao recém-nascido;
- Mostrar à mãe como apoiar a mama para manter as vias aéreas permeáveis durante o período em que o recém-nascido começa a procurar o mamilo;

Lembrar a mãe para se concentrar no recém-nascido e seguir o seu comportamento, dando tempo para as 9 fases.

Monitorizar dados antropométricos:

- Peso: 2975 gr;
- Comprimento: 47 cm;
- Perímetro cefálico: 32 cm

Administrar vitamina k:

- 1 mg intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo.

Aplicar pomada oftálmica

Vestir o RN

CENÁRIO CLÍNICO 3:

Identificação: Sofia, 33 anos, G3P2, grávida de 41 semanas e 1 dias de gestação.

Antecedentes pessoais de saúde: Grupo sanguíneo AB+. Rastreio Streptococcus grupo B negativo. Sem alergias medicamentosas.

História atual: Recorreu ao serviço de urgência obstétrica, por contrações fortes e dolorosas. Bolsa amniótica íntegra.

Na admissão, encontrava-se bastante queixosa com vontade de iniciar esforços expulsivos.

Não elaborou plano de parto, mas refere que tem o desejo de um parto eutócico. Está acompanhada pelo marido.

Relativamente a este cenário clínico, foi identificado o domínio parto já explicado anteriormente.

21H15

Domínio	Trabalho de parto
<u>Dado(s):</u> - Dilatação do colo do útero: 10cm; - Extinção do colo do útero: 100% - Variedade fetal: OEA; - Bem-estar fetal: não tranquilizador (linha de base: 110-160bpm; variabilidade: 5-25 bpm; com uma desaceleração que reverteu espontaneamente); - Frequência cardíaca fetal: 141 bpm; - Descida do feto: 4º plano de Hodge; - Frequência da contração uterina: 5 contrações uterinas/10 minutos - Duração da contração uterina: 60 segundos; - Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo. - Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal;	

- Facilitar trabalho de parto/nascimento;
- Prevenir laceração do períneo;
- Promover parto eutócico.

Intervenções:

Avaliar evolução do trabalho de parto:

- Avaliar características do colo do útero através do toque vaginal;
- Avaliar características da contração uterina, através do CTG – frequência e duração;
- Avaliar bem-estar fetal, através de CTG contínuo;

Após avaliação através do toque vaginal, a Sofia teve rotura da bolsa amniótica com saída de líquido amniótico meconial.

A incidência de mecónio no líquido amniótico é de 8% a 25% das gestações, a sua presença aumenta a morbilidade e mortalidade materno-fetal. A etiologia da passagem para o líquido amniótico ainda não é totalmente conhecida, alguns autores acreditam que é um fenómeno fisiológico, sendo que as idades gestacionais avançadas apresentam maior ocorrência de líquido amniótico meconial, ao passo que outros acreditam que ocorre em razão de fatores de stresse fetal, a causa mais comum é a resposta fetal à hipoxia. Quando isto acontece, há um relaxamento do esfíncter anal o que resulta na passagem de mecónio para o líquido amniótico, formando um fluido esverdeado e espesso (Filho et al., 2003).

O mecónio é um líquido esverdeado viscoso, composto por água (72-80%), secreções gastrointestinais, hepáticas e pancreáticas, vérnix caseoso e líquido amniótico. Quando aspirado pelo feto, pode obstruir as vias áreas levando a encefalopatia hipóxico-isquêmica, infeção, síndrome de aspiração de mecónio, traçados anormais da frequência cardíaca fetal e desfechos neurológicos graves (Souza, 2022).

A síndrome de aspiração de mecónio é a principal complicação. É um quadro grave, caracterizada por taquipneia, sibilos, cianose e dessaturação. Os efeitos mecânicos e químicos e as respostas inflamatórias ocasionadas pela síndrome de aspiração de mecónio podem interferir com a transição normal para a vida extrauterina, causando obstrução das vias aéreas, danos no tecido pulmonar, inativação do surfactante e pneumonite química (Osava et al., 2012).

Aproximadamente um terço a metade dos recém-nascidos necessita de ventilação mecânica (Balest, 2023).

Perante este cenário clínico, como a Sofia apresentava dilatação completa e vontade de iniciar esforços expulsivos, foi incentivada a fazê-lo.

21H30

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Facilitar trabalho de parto/ nascimento; • Prevenir complicações durante o período expulsivo	
<u>Intervenções:</u> Assistir no parto: • Preparar o material de parto na mesa de apoio; • Incentivar a Sofia nos esforços expulsivos; • Explicar que a pressão que sente é o seu bebé no canal vaginal e que ele vai nascer; • Verificar presença de circular do cordão: não tem • Amparar a cabeça do feto, auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros no menor diâmetro biacromial; • Após a exteriorização dos ombros, voltar a proteger o períneo com a mão direita e com a esquerda proceder à restante exteriorização fetal.	

22H

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Prevenir principais complicações do 3º estadio do trabalho de parto	
<u>Intervenções:</u> Assistir na expulsão da placenta: • Solicitar à parturiente que realize pequenos esforços expulsivos e realizar manobra de Brandt-Andrews, que consiste na tração cuidadosa do cordão, no sentido descendente, com uma mão e pressão supra-púbica com a outra;	

- Executar manobra de Dublin, realizando torção suave da placenta, de forma a evitar a retenção de membranas na cavidade uterina;
- Apoiar a placenta durante a sua exteriorização;
- Palpar o fundo uterino para verificar se está formado o globo de segurança de Pinard.

Administrar ocitocina:

- 10U diluídas em 1000mL de soro fisiológico, a um ritmo de 250ml/H de forma a diminuir o risco de hemorragia pós-parto.

Inspecionar placenta, cordão e membranas:

- Colocar a placenta na mesa de apoio ao parto;
- Com compressas esterilizadas, limpar a face materna da placenta, removendo os coágulos de forma a assegurar que não houve retenção de fragmentos ou cotilédones;
- Observar forma, tamanho e bordos da placenta;
- Observar membranas fetais, verificando se tem dois folhetos (amnion e córion) e reconstituir câmara âmnica;
- Observar inserção e características do cordão umbilical, nomeadamente a existência de duas artérias e uma veia, presença de anomalias, como nós verdadeiros os falsos, comprimento e presença de geleia de Wharton.

Inspecionar canal de parto:

- Se necessário, colocar compressa no canal de parto de forma a realizar hemóstase e permitir melhor inspeção;
- Começar a observar desde o clitóris, meato urinário, pequenos lábios e carúnculas;
- Remover compressa.

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> • Hora de nascimento: 21H30; • Tipo de parto: Eutócico; • Hora da dequitação: 22H • Tipo de dequitação: Espontânea - Schultz; • Características da placenta: Sem alterações observáveis, incluindo cordão sem alterações observáveis;	

• Perda sanguínea vaginal: moderada; • Estado do períneo: íntegro	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar evolução pós-parto.	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução do pós-parto 12H30 • Sinais vitais: TA: 139/78 mmHg; FC: 89 bpm; T: 37,1°C; • Contração do útero: Contraído; • Involução uterina: peri-umbilical; • Perda sanguínea: moderada 12H45 • Sinais vitais: TA: 136/78 mmHg; FC: 90 bpm; T: 37,1°C; • Contração do útero: Contraído; • Involução uterina: peri-umbilical; • Perda sanguínea: moderada 13H • Sinais vitais: TA: 131/83 mmHg; FC: 75 bpm; T: 37°C; • Contração do útero: Contraído; • Involução uterina: peri-umbilical; • Perda sanguínea: moderada 13H15 • Sinais vitais: TA: 131/75 mmHg; FC: 74 bpm; T: 37°C; • Contração do útero: Contraído; • Involução uterina: peri-umbilical; • Perda sanguínea: moderada 13H30 • Sinais vitais: TA: 129/68 mmHg; FC: 85 bpm; T: 37°C; • Contração do útero: Contraído; • Involução uterina: peri-umbilical;	

- Perda sanguínea: moderada

13H45

- Sinais vitais: TA: 121/71 mmHg; FC: 69 bpm; T: 37,1°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

14H

- Sinais vitais: TA: 126/65 mmHg; FC: 70 bpm; T: 36,9°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

14H15

- Sinais vitais: TA: 127/71 mmHg; FC: 66 bpm; T: 37,1°C;
- Contração do útero: Contraído;
- Involução uterina: peri-umbilical;
- Perda sanguínea: moderada

Plano de cuidados – Recém-Nascido

21H30

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> • Hora de nascimento: 21H30	
Diagnóstico	Nascimento
<u>Objetivo(s):</u> • Promover adaptação à vida extrauterina; • Detetar precocemente alterações à vida extrauterina.	
<u>Intervenções:</u> Gerir ambiente: • Temperatura entre os 25-28°C; • Promoção de um ambiente calmo com baixo nível de ruído e luminosidade. Estimulação tátil: • No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. Avaliar índice de Apgar: • 1º minuto: 5; • 5º minuto: 7; • 10º minuto: 8 Executar clampeamento do cordão umbilical: • Cortar o mais precocemente possível, uma vez que o recém-nascido apresenta sinais de sofrimento fetal.	

O recém-nascido foi transferido de imediato para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais em ventilação por pressão positiva com máscara facial.

CENÁRIO CLÍNICO 4:

Identificação: Inês, 35 anos, G2P1, grávida de 41 semanas e 2 dias de gestação.

Antecedentes pessoais de saúde: Grupo sanguíneo A+. Rastreio Streptococcus grupo B negativo. Sem alergias medicamentosas.

História atual: Recorreu ao serviço de urgência obstétrica com a indicação da sua médica obstetra assistente para indução de trabalho de parto.

Está sozinha.

A indução de trabalho de parto é a estimulação artificial das contrações uterinas antes do início de trabalho de parto espontâneo. Deve ser considerado quando os benefícios da antecipação do parto superam os riscos potenciais para a mãe e para o feto associados à indução do trabalho de parto e ao prolongamento da gravidez. A parturiente deve receber informações claras através de um diálogo sobre a razão e o método para a indução e os riscos associados à indução do trabalho de parto. Existem evidências que sustentam a recomendação de indução de trabalho de parto a partir das 41 semanas de gestação (Posner et al., 2014).

Existem algumas contraindicações para a indução de parto, tais como: Placenta prévia ou vasa prévia, apresentação não cefálica (a indução de parto é contraindicada na situação fetal transversa e na apresentação fetal modo pés. Em geral, não é recomendada na apresentação pélvica), cirurgia uterina prévia (ex: miomectomia), rutura uterina prévia, herpes genital ativo e carcinoma invasivo do colo do útero (Posner et al., 2014).

Como já tinha referido, existem alguns riscos associados à indução do parto, dos quais: aumento de parto prolongado e instrumentado, taquissistolia, rutura uterina, padrões anormais de frequência cardíaca fetal, aumento de incidência de cesariana e prolapso do cordão umbilical (Posner et al., 2014).

Antes de induzir o trabalho de parto, deve-se distinguir um colo do útero não preparado e um que já está maduro. O método mais utilizado para avaliar as condições cervicais é o índice de Bishop. O sistema está baseado em critérios que incluem a dilatação, a extinção, a consistência e a posição do colo, para cada critério, é dada uma pontuação numérica. O *Score* máximo é 13,

quando o score é maior que nove, há alta probabilidade de sucesso na indução do trabalho de parto, em contrapartida, quando o score é 4 ou menos, a falha na indução é comum, assim, quanto mais alto for o score, maior probabilidade de sucesso da indução (Posner et al., 2014).

	0	1	2	3
<i>Dilatação (cm)</i>	0	1-2	3-4	>5
<i>Extinção (%)</i>	0-30	40-50	60-70	>80
<i>Consistência</i>	Firme	Intermédio	Amolecido	
<i>Posição</i>	Posterior	Central	Anterior	
<i>Altura da apresentação</i>	-3	-2	-1	+1,+2

Tabela 1: Índice de Bishop

As prostaglandinas mostram-se efetivas no amadurecimento do colo uterino e, algumas vezes, podem induzir o trabalho de parto ativo. A sua ação ocorre através de dois mecanismos, em primeiro provocam mudanças bioquímicas na matriz do colagénio cervical, que resultam em amolecimento cervical, em segundo, estimulam a contração uterina discreta, levando à retração e à dilatação parcial do colo. Não está definido qual a melhor via, dose e frequência na administração, no entanto, as prostaglandinas de aplicação local (intravaginal ou endocervical) parecem ter boa resposta clínica e minimizam os efeitos colaterais sistêmicos. Estes efeitos incluem febre, calafrios, vômito, diarreia, atividade uterina excessiva, o que requer que seja feita a monitorização da frequência cardíaca fetal após administração de prostaglandinas (Posner et al., 2014).

A ocitocina é eficaz na indução das contrações uterinas, mas não foi comprovada como agente eficaz na preparação do colo. A administração de ocitocina por via endovenosa pode melhorar o score do Índice de Bishop, mas o efeito é muito menor do que o alcançado com o uso de prostaglandina (Posner et al., 2014).

A amniotomia, pode ser um meio simples e eficaz de induzir o trabalho de parto quando o colo do útero é favorável e a apresentação está insinuada. Contudo, pode não ser suficiente para desencadear o início de trabalho de parto, sendo necessário o uso de ocitocina. A sua execução gera bastante controvérsias (Posner et al., 2014).

Por volta das 8H a Inês deu entrada no Bloco de Partos para iniciar indução de trabalho de parto. Após lhe ser feito o acolhimento ao serviço, a sua médica Obstetra introduziu o propess para iniciar o processo de indução, simultaneamente iniciou monitorização cardíaca fetal.

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> Sinais vitais antes de colocar propess: • Tensão arterial: 120/65 mmHg; • Frequência cardíaca: 73 bpm; • Saturação de oxigénio: 99%; • Temperatura: 36,4°C Colocação de propess pelo médico Obstetra. Repouso nos primeiros 30 minutos após colocação de propess. Inicia monitorização cardíaca fetal. Toque vaginal: • Posição do colo do útero: Posterior; • Consistência do colo do útero: Intermédio; • Extinção do colo do útero: 30%; • Dilatação do colo do útero: 2 cm;	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar sinais de complicações relacionados com o propess; • Monitorizar bem-estar fetal.	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução de sinais de complicações: 8:30: • Tensão arterial: 117/71 mmHg; • Frequência cardíaca: 92 bpm; • Saturação de oxigénio: 99%; • Temperatura: 36,7°C • Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)	

Após colocação de propess, a Inês foi incentivada a deambular e fazer exercícios na bola de parto.

Passado algumas horas, tocou à campainha e referiu que sentia dores que já não eram controladas com os métodos não farmacológicos que vinha a utilizar até então.

Solicitei que se deitasse na cama para a poder avaliar. Esperei que a dor estivesse mais controlada e após obter o seu consentimento, realizei toque vaginal.

12H

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> A utente refere dor.	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> - Determinar evolução em relação ao trabalho de parto; - Monitorizar bem-estar fetal.	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução do trabalho de parto: - Posição do colo do útero: Posterior; - Consistência do colo do útero: Mole; - Extinção do colo do útero: 70%; - Dilatação do colo do útero: 5 cm; Monitorizar bem-estar fetal: - Frequência cardíaca fetal – 146bpm - Variabilidade – 5-25bpm - Acelerações - apresenta acelerações - Desacelerações - sem desacelerações Avaliar contratilidade uterina: 3 contrações em 10 minutos; - Duração média: 60 segundos	

Após avaliação, a Inês, refere que pretende analgesia epidural por não estar a conseguir lidar com a dor. Foi chamado o Anestesta e após lhe ser dada toda a informação e ter assinado o consentimento informado, foi colocado cateter epidural.

12H30

Domínio	Procedimento de diagnóstico e terapêutica médica
<u>Dado(s):</u> Sinais vitais antes da administração de analgesia: • Tensão arterial: 111/69 mmHg; • Frequência cardíaca: 89 bpm; • Saturação de oxigénio: 99% Colocação de cateter epidural e administração de analgesia pelo anestesta. Repouso nos primeiros 30 minutos após colocação de cateter epidural.	
Diagnóstico	Procedimento invasivo: Analgesia epidural
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar sinais de complicações relacionados com a analgesia epidural	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução de sinais de complicações: 12.30: • Tensão arterial: 117/71 mmHg; • Frequência cardíaca: 92 bpm; • Saturação de oxigénio: 99%; • Bloqueio motor: Sem bloqueio. Sem sensibilidade nos pés. 12:35: • Tensão arterial: 109/61 mmHg; • Frequência cardíaca: 75 bpm; • Saturação de oxigénio: 98%; • Bloqueio motor: Sem bloqueio. Sem sensibilidade nos pés. 12:40: • Tensão arterial: 109/67 mmHg; • Frequência cardíaca: 76 bpm;	

- Saturação de oxigénio: 98%;
- Bloqueio motor: Sem bloqueio. Refere “sensação de formigueiro” nos pés.

12:45:

- Tensão arterial: 111/68mmHg;
- Frequência cardíaca: 80 bpm;
- Saturação de oxigénio: 98%;
- Bloqueio motor: Sem alterações da função sensitiva.

12:50:

- Tensão arterial: 121/75mmHg;
- Frequência cardíaca: 83 bpm;
- Saturação de oxigénio: 98%;
- Bloqueio motor: Sem alterações da função sensitiva

15H

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> A Inês, tocou à campainha por aumento da intensidade da dor.	
Diagnóstico	Dor de trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar evolução da dor; • Controlar dor de trabalho de parto; • Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
<u>Intervenções:</u> Avaliar dor de trabalho de parto: • A Inês refere dor abdominal e pélvica de intensidade 6. Gerir analgesia: • Administrados 10mL de ropivacaína por indicação do anestesista.	

15H15

Domínio	Parto
Diagnóstico	Dor de trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> - Determinar evolução da dor; - Controlar dor de trabalho de parto; - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto	
<u>Intervenções:</u> Avaliar dor de trabalho de parto: A Inês refere melhoria da dor.	

16H

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> A Inês refere sentir muita pressão, como se precisasse de ir à casa de banho.	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal.	
<u>Intervenções:</u> Monitorizar bem-estar fetal: - Frequência cardíaca fetal: 143 bpm; - Variabilidade: 5-25 bpm; - Acelerações: Com acelerações; - Desacelerações: Sem desacelerações Avaliar contratilidade uterina: 5 contrações em 10 minutos; - Duração média: 60 segundos Avaliar evolução do trabalho de parto: - Dilatação: 10cm; - Extinção: 100%;	

- Apresentação fetal: 4º plano de Hodge;
- Variedade: OEA

Assistir no parto:

- Assistir a posicionar-se na posição que deseja (semi-sentada);
- Encorajar a realizar esforços expulsivos durante a contração;
- Preparar o material de parto na mesa de apoio;
- Elogiar os esforços expulsivos.

17H

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> A Inês começa a sentir vontade de iniciar vontade de iniciar esforços expulsivos.	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar evolução do trabalho de parto e bem-estar fetal; • Facilitar trabalho de parto/ nascimento; • Prevenir complicações durante o período expulsivo/nascimento.	
<u>Intervenções:</u> Monitorizar bem-estar fetal: • Frequência cardíaca: 151 bpm; • Variabilidade: 5-25bpm; • Acelerações: apresenta acelerações; • Desacelerações: sem desacelerações Avaliar contratilidade uterina: • 5 contrações em 10 minutos; • Duração média: 60 segundos Avaliar evolução do trabalho de parto: • Dilatação: 10cm; • Extinção: 100%; • Apresentação fetal: 4º plano de Hodge; • Variedade: OEA	

Assistir ao parto:

- Explicar que a pressão que sente é a cabeça do seu bebé no canal de parto;
- Elogiar esforços expulsivos;
- Questionar se quer sentir a cabeça do seu bebé;
- Envolver pessoa significativa no parto

18H10

Domínio	Parto
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s):</u> • Facilitar trabalho de parto/ nascimento; • Prevenir complicações durante o período expulsivo	
<u>Intervenções:</u> Executar técnica de parto: • Controlar a saída da apresentação fetal; • Verificar presença de circular do cordão umbilical	

18H15

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> A Inês manifestou vontade de realizar contacto pele a pele e cortar o cordão umbilical.	
Diagnóstico	Nascimento
<u>Intervenções:</u> Executar clampeamento do cordão umbilical; Envolver pessoa significativa; Executar técnica de contacto pele com pele	

18H40

Domínio	Parto
<u>Dado(s)</u> : Dequitação: 18H40	
Diagnóstico	Trabalho de parto
<u>Objetivo(s)</u> : • Determinar evolução da recuperação pós-parto.	
<u>Intervenções</u> : Avaliar perda hemática: moderada, sem coágulos Avaliar estado da placenta e membranas: Dequitação tipo Shultz, placenta íntegra e completa, membranas completas, cordão de inserção normal, com duas artérias e uma veia, geleia de Wharton com aparência normal Avaliar canal de parto e períneo: íntegro	

Plano de cuidados – Recém-Nascido

12H12

Domínio	Parto
<u>Dado(s):</u> • Hora de nascimento: 18H10	
Diagnóstico	Nascimento
<u>Objetivo(s):</u> • Promover adaptação à vida extrauterina; • Detetar precocemente alterações à vida extrauterina.	
<u>Intervenções:</u> Gerir ambiente: • Temperatura entre os 25-28°C; • Promoção de um ambiente calmo com baixo nível de ruído e luminosidade. Estimulação tátil: • No dorso, enquanto se realiza a secagem, com movimentos suaves. Avaliar índice de Apgar: • 1º minuto: 9; • 5º minuto: 10; • 10º minuto: 10 Monitorizar dados antropométricos: • Peso: 2975 gr; • Comprimento: 47 cm; • Perímetro cefálico: 32 cm Administrar vitamina k: • 1 mg intramuscular, no terço médio do músculo vasto lateral externo do membro inferior esquerdo. Aplicar pomada oftálmica Vestir o RN	

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE UM SERVIÇO DE PUERPÉRIO

Neste módulo de estágio, o desenvolvimento e a aquisição de competências específicas, técnico-científicas e clínicas, traduziu-se na implementação de cuidados especializados à mulher e ao recém-nascido neste período tão especial e simultaneamente tão complexo.

Por uma questão de confidencialidade, não será mencionada a identificação da puérpera nem da sua filha, sendo que ao longo do próximo capítulo, a puérpera terá o nome de Joana e a sua filha Ariana.

CENÁRIO CLÍNICO:

A Joana tem 30 anos, encontra-se internada no serviço de puerpério, após parto eutócico sob analgesia epidural. Não tem antecedentes pessoais, o seu grupo sanguíneo é ABRh+, e é o seu primeiro filho. Encontra-se nas primeiras 24 horas pós-parto. Apresenta puerpério de evolução normal, hemodinamicamente estável, apresenta pele corada e hidratada, mamas moles com presença de colostro, útero bem contraído na região peri-umbilical, perda de lóquios em quantidade escassa, períneo íntegro. Já urinou espontaneamente.

A Joana refere que pretende amamentar, contudo, encontra-se com alguns desafios na amamentação. Refere ainda que se sente ansiosa em relação à prestação de cuidados de higiene da sua bebé, Ariana.

Perante este cenário clínico, foram identificados os seguintes domínios: Puerpério, sensações somáticas, comportamentos para amamentar, adaptação à parentalidade e comportamentos de ligação mãe/pai-filho.

PUERPÉRIO

O puerpério diz respeito ao período que engloba as primeiras semanas subsequentes ao parto. Define-se como o período de seis semanas após o parto e pode ser dividido em: Puerpério imediato: primeiras 24h; puerpério precoce: até ao fim da primeira semana e puerpério tardio: até ao final da sexta semana (Graça, 2017). O internamento dura, em média, 48 horas depois de um parto eutócico sem intercorrências e 72 horas no caso das cesarianas. Este período assume-se como uma fase em que a mulher experimenta um conjunto de modificações físicas e psíquicas que ocorrem na mulher após o parto, com o objetivo de regressão até ao estado

anatômico e fisiológico pré-gravídico e de preparação da mulher para a amamentação (Nené et al., 2016). Estas alterações implicam reorganização a vários níveis na mulher e no casal, tendo o EEESMO um papel fundamental na promoção de uma transição saudável para o papel de se tornarem pais.

Apesar de todas as mulheres apresentarem, por norma, alterações anatómicas e fisiológicas semelhantes no período pós-parto, há fatores que fazem com que cada experiência seja única, assim, avaliar uma puérpera implica olhar a três dimensões: o seu estado emocional, a sua recuperação física e a sua adaptação ao papel de mãe.

É certo de que as alterações nos níveis hormonais, o cansaço pelo esforço no parto, pela perda de volume sanguíneo e a privação de sono contribuem para as alterações de humor, o que se fazia notar no contacto com as puérperas, contudo, o puerpério constata-se como um período de maior vulnerabilidade ao desenvolvimento ou agravamento de perturbações psiquiátricas (Nené et al., 2016).

COMPORTAMENTOS PARA AMAMENTAR

Os comportamentos para amamentar referem-se às técnicas adotadas pelas mães e que têm um impacto direto no sucesso da amamentação, são elas: adoção de uma posição confortável e adequada para ambos, de maneira que não interfira com a capacidade de amamentar, o bebé deve estar totalmente alinhado junto ao corpo da mãe (barriga do bebé na direcção da barriga da mãe) de forma a facilitar uma pega adequada, para isto acontecer, tem de abocanhar o mamilo de baixo para cima, não se deve ver o mamilo, o lábio de baixo tem de estar bem aberto e revirado, o queixo encostado à mama e o nariz livre; reconhecimento dos sinais de fome, como levar a mão à boca, movimentar a cabeça de um lado para o outro pela procura da mama; a duração da mamada é variável, reconhecer sinais de saciedade no bebé, como ter parado de mamar espontaneamente e estar relaxado ou até mesmo adormecer; utilização de estratégias para estimular o mamar, como retirar peças de roupa no caso de o bebé estar mais sonolento, contacto pele com pele e tocar com o mamilo entre o lábio superior e o nariz (NHS, 2022).

A recolha destes dados pelo EEESMO é fundamental na avaliação das necessidades da mulher e adequação individual das intervenções.

ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que provoca, pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança sempre provoca no seio da família. A adaptação à parentalidade é um processo de transição que tem riscos associados, porque a qualidade da interação e relação pais/filhos pode ser afetada ou posta em causa, sendo necessário compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição. É um período de vulnerabilidade que resulta do facto de perante um novo acontecimento, as pessoas se sentirem inseguras e incapazes de lidar com a nova situação (OE, 2015).

A intervenção do EEESMO é muito importante nesta transição uma vez que, um dos seus objetivos 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).

SENSAÇÕES SOMÁTICAS

A principal queixa reportada pelas mulheres nos partos eutócicos, é a dor perineal. Quando não controlada, é considerada geradora de stress para as mulheres, o que acarreta más experiências no pós-parto. Outra queixa frequentemente referida pelas puérperas é a dor mamilar aquando das primeiras mamadas. A ferida e a dor mamilar são as principais razões reportadas pelas mulheres que deixaram de amamentar prematuramente (Morgado, 2020).

No serviço de Puerpério, a dor é avaliada sempre que é verbalizado pela puérpera ou verificado pelo EEESMO. A gestão da terapêutica é da responsabilidade do Enfermeiro responsável pela puérpera, de acordo com a sua prescrição médica.

O domínio referente aos comportamentos de ligação mãe/pai-filho, já foi explicado no capítulo anterior.

Plano de cuidado relativo ao turno da manhã.

Domínio	Puerpério
<u>Dado(s):</u> • A puérpera refere que se sente bem, sem dor.	
Diagnóstico	Puerpério
<u>Objetivo(s):</u> • Determinar a evolução da recuperação pós-parto; • Promover autogestão da recuperação pós-parto	
<u>Intervenções:</u> Ensinar sobre complicações no pós-parto: • Os lóquios têm um cheiro <i>suis generis</i>, caso apresente cheiro fétido, é um sinal de alerta; • Deve trocar regularmente o penso higiénico e apostar numa boa higiene da zona perineal após as idas à casa de banho; • A perda sanguínea vai diminuindo ao longo dos dias, caso note uma perda de sangue vivo abundante, é um sinal de alerta. Ensinar sobre evolução dos lóquios: • Explicar que deve estar atenta aos seus lóquios. Estes podem durar até cerca de três semanas após o parto, podendo, em alguns casos, ir até às seis semanas. Progressivamente o volume das perdas será cada vez menor e a sua coloração também irá mudando, passando de um encarnado vivo para um tom mais acastanhado; • É normal que, após dar de mamar, a saída de lóquios se intensifique um pouco, pois, a mesma hormona que faz o leite sair (ocitocina) faz o útero contrair. Por essa razão, também pode sentir um ligeiro desconforto na zona suprapúbica. Avaliar evolução da recuperação pós-parto Referenciar complicação pós-parto ao médico Executar escuta ativa	

Domínio	Comportamentos para amamentar
<u>Dado(s):</u> A Joana tem dificuldade na amamentação.	
Diagnóstico	Potencial para melhorar conhecimento para amamentar
<u>Objetivo(s):</u> Melhorar o conhecimento da Joana.	
<u>Intervenções:</u> Ensinar sobre pega adequada: - Explicar que a boa pega é essencial para o sucesso na amamentação, uma vez que permite uma extração efetiva do leite e o esvaziamento total da mama, evitando o aparecimento de fissuras nos mamilos e zona areolar, a dor durante a mamada, e permitindo o aporte nutricional adequado ao recém-nascido; - Explicar que os sinais de uma boa pega são: o bebé deve abocanhar a aréola e não o mamilo, o queixo do bebé deve tocar na mama, lábio inferior evertido, bochechas arredondadas. Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar: - Informar e exemplificar que existem várias posições para amamentar, deve ser escolhida aquela que lhe traz mais conforto; - Explicar que, independentemente da posição adotada, o recém-nascido deve estar sempre bem apoiado, com o corpo totalmente alinhado ao corpo da mãe. Ensinar sobre cuidados à mama: - Explicar que deve aplicar colostro no mamilo depois das mamadas, devido às suas propriedades anti-inflamatórias e cicatrizantes; Ensinar sobre padrão de sucção - Explicar que o bebé apresenta dois tipos de sucção: no início da mamada, os movimentos de sucção são rápidos e curtos, para estimular a saída de leite. De seguida, quando o leite começa a fluir, os movimentos de sucção passam a ser mais profundos e lentos, existindo momentos de pausas para a deglutição do leite.	

Domínio	Comportamentos para amamentar
<u>Dado(s):</u> Oferece a mama quando reconhece sinais de fome, mas tem dificuldade no posicionamento.	
Diagnóstico	Potencial para melhorar capacidade para amamentar
<u>Objetivo(s):</u> Melhorar a capacidade da Joana para posicionar a sua bebé de forma adequada facilitando a pega.	
<u>Intervenções:</u> Avaliar evolução da capacidade para amamentar; Assistir na amamentação; Instruir a amamentar: Explicar à puérpera que deve estar posicionada de forma confortável e relaxante; o recém-nascido, deve estar totalmente lateralizado, barriga com barriga; deve segurar a mama em forma de C; deve estimular o reflexo de procura do bebé, tocando com o mamilo na bochecha e no lábio inferior, para o incentivar a abrir a boca e que no momento em que o bebé tenha a boca bem aberta, o queixo do bebé deve estar encostado à mama e o nariz desobstruído; no final da mamada, deve executar uma ligeira pressão na aréola, com o polegar e o indicador, abrindo e fechando os dedos, para estimular a saída de colostro para colocar à volta do mamilo.	

Domínio	Adaptação à parentalidade
<u>Dado(s):</u> A Joana refere dúvidas na forma de cuidar da higiene da sua filha, principalmente como vai tratar do coto do cordão umbilical.	
Diagnóstico	Potencial para melhorar o conhecimento sobre higiene do recém-nascido
<u>Objetivo(s):</u> - Melhorar o conhecimento sobre a higiene do recém-nascido. - Melhorar o conhecimento sobre a utilização de produtos de higiene; - Melhorar o conhecimento sobre cuidados ao coto do cordão umbilical.	

Intervenções:

Ensinar sobre higiene do recém-nascido

- Explicar aos pais que é aconselhável, durante o primeiro mês de vida, utilizar, apenas, água para o banho do recém-nascido;
- Explicar que cerca de 2 a 3 banhos por semana são suficientes, podendo dar banho ao recém-nascido em dias alternados, o horário poderá ser o que os pais considerarem mais adequado, tendo em conta se pretendem estimular o recém-nascido ou que este potencie um efeito calmante;
- Explicar que a duração do banho não deve ultrapassar os 5 a 10 minutos, uma vez que os recém-nascidos perdem calor rapidamente.

Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido:

- Explicar que se optarem por utilizar produtos de higiene estes devem ser da mesma marca para o caso de acontecer algum tipo de alergia, conseguirem identificar o produto;

Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical:

- Informar que o tratamento ao coto deverá ser realizado uma vez por dia, ou sempre que estiver sujo com urina ou fezes;
- Explicar que as características do coto vão se alternando, ficando cada vez mais escuro e endurecido até cair. A sua queda por ocorrer entre o 4 e o 14 dia;
- Explicar que pode utilizar o método de água e sabão, ou seja, utilizar uma compressa com água tépida e sabão, depois uma compressa apenas com água tépida e, por fim uma compressa seca com o objetivo de o manter seco;
- Explicar que deve estar atenta as características do coto, e caso este apresente rubor, edema, calor, cheiro fétido ou exsudado purulento é um sinal de alerta e deve dirigir-se ao centro de saúde.

Ensinar sobre vestuário:

- Explicar que a roupa do recém-nascido deve ser lavada a parte da roupa da restante família, as etiquetas devem ser sempre retiradas.

Domínio	Adaptação à parentalidade
Diagnóstico	Potencial para melhorar a capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido
<u>Objetivo(s):</u> - Melhorar a capacidade para dar banho ao RN de forma adequada; - Melhorar a capacidade para cuidar da pele do RN, secando de forma adequada evitando produtos de higiene ou seleccioná-los com os critérios adequados; - Melhorar a capacidade para realizar a limpeza ao coto do cordão umbilical.	
<u>Intervenções:</u> Instruir/treinar a dar banho: - Explicar que em primeiro lugar deve reunir todo o material que necessita para o banho e dispô-lo pela ordem de utilização. É necessária toalha, fralda, produtos de higiene (caso utilizem), compressas, roupa para o bebé (deve desapertar todos os botões), - Explicar que o ambiente deve estar quente e isento de correntes de ar; - A temperatura da água deve rondar os 36-37°C, se não tiver termómetro, pode utilizar a face interna do punho ou o cotovelo e a sensação deve ser de uma água quente e confortável, sem queimar; - Explicar que antes de colocar o bebé na banheira deve-se verificar a fralda, se a mesma tiver micção ou dejeção, deve-se iniciar o banho pela higiene perineal e só depois colocar na banheira; - Explicar que a lavagem do corpo se faz no sentido cefalocaudal, primeiro lava-se a cara, depois a cabeça, o resto do corpo e só no fim a região perineal; - Explicar que devem envolver o RN na toalha e limpar por pressão e não por fricção; - Explicar aos pais que para a limpeza dos olhos deve utilizar uma compressa esterilizada com soro fisiológico num movimento único e unidirecional e limpar da zona mais limpa para a mais suja. Para a limpeza do nariz pode fazer um torcido com uma compressa assim como para os pavilhões auriculares. Instruir/treinar a tratar do coto do cordão umbilical: - Explicar que em primeiro lugar, devemos utilizar a compressa com água e sabão e limpar a base do coto, seguindo-se a parte mediana do coto e, por fim, o clamp, descartando as compressas utilizadas em cada parte. De seguida realizar os mesmos movimentos com a compressa seca;	

- Explicar que ao colocar a fralda, esta deverá ficar abaixo do coto, nunca o cobrindo, de modo a evitar que o coto fique em contacto com urina ou fezes.

Plano de cuidados relativo ao recém-nascido

A Ariana nasceu por parto eutócico, com índice de Apgar 9/10/10. Pesava 2,708g, 47 cm de comprimento e o 32 cm de perímetro cefálico.

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

Domínio	Recém-nascido
<u>Intervenções:</u> Executar exame físico do recém-nascido: • Deve ser realizado nas primeiras 24 horas após o nascimento pelo EEESMO no sentido cefalo-caudal e ântero-posterior. • Cabeça: É importante a palpação das suturas e fontanelas. Estas devem estar presentes e não devem exceder o seu tamanho esperado ou, pelo contrário, apresentarem um tamanho diminuído. A fontanela anterior deve ter cerca de 3 a 6 cm 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 cefalematomas são normalmente resultado de um parto instrumentado e podem ser fator de risco para icterícia ou sepsis; • 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 e pálpebras; • Nariz: Deve avaliar-se a permeabilidade; • Orelhas: O tamanho, forma e posição também é importante ser verificado. O mais comum nalgumas síndromes é a orelha estar posicionada mais abaixo do 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; • Boca: É importante 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; • Pescoço: A simetria nos movimentos do pescoço é importante ser avaliada uma vez que, pode ser diagnosticado torcicolo no RN causado 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;

- **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 pneumotórax, hérnia diafragmática ou outra patologia. Pode ainda ser verificado tecido mamário, tanto nos RN do sexo feminino como masculino, resultante das hormonas maternas;
- **Abdómen:** 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;
- **Genitais:** Nos genitais femininos deve ser avaliado os grandes e pequenos lábios para verificar se não há fusão e no clitóris para despistar possível clitoromegalia; Nos genitais masculinos a avaliação deverá ser na verificação do tamanho do saco escrotal e presença dos testículos. É necessária a observação do pénis para avaliar a existência de alterações anatómicas;
- **Ânus:** Deve ser observada a presença do orifício anal, o seu local e quanto à permeabilidade

(Lewis et al., 2014)

DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO NO ÂMBITO DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Esta revisão integrativa da literatura surge no sentido de dar resposta ao objetivo de mobilizar conhecimentos teóricos assentes na prática baseada na evidência científica. Sendo as induções de trabalho de parto uma realidade frequente na ULSTS, 30,84% de induções de trabalho de parto no ano 2023 segundo os indicadores obstétricos da ULSTS, ao longo do desenvolvimento do estágio no bloco de partos fui-me questionando sobre este tema. Assim, problematizou-se uma temática de interesse pessoal – a influência da indução de trabalho de parto na experiência e satisfação com o parto.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura cujo processo seguiu as seis etapas, descritas em por Botelho et al., 2011. Assim, foi definida a questão de investigação baseada no problema identificado, formulado o objetivo para o estudo, definida a base de dados e por fim os descritores. Na segunda etapa procedeu-se à pesquisa e foram criados critérios de inclusão e exclusão para os estudos encontrados, tendo-se já, na terceira etapa, procedido à seleção dos estudos a incluir. Nas etapas seguintes, analisaram-se criticamente os artigos resultantes do processo de seleção, tendo sido interpretados e discutidos os respetivos resultados de modo a construir o presente relatório, relativos à sexta e última etapa do processo.

De forma mais detalhada, apresento a formulação da questão de investigação: “Qual a influência da indução de trabalho de parto na experiência e satisfação com o parto?” para a qual foi utilizada a metodologia PICO, descrita em anexos, rentabilizando a pesquisa uma vez que permite que a mesma seja realizada de forma mais clara, objetiva e focada na melhor evidência científica disponível (Santos et al., 2007).

A pesquisa foi realizada no dia 21 de Novembro de 2021 na PubMed, onde obtive 609 artigos, CINAHL Complete, onde obtive 215 artigos e SCOPUS 122 artigos. Os critérios de inclusão da revisão foram artigos de idioma português, inglês ou espanhol.

Nesta revisão sistemática, foram avaliados oito artigos que confluíam com os critérios desta pesquisa. Os dados obtidos após a análise das publicações foram sistematizados no anexo III, com base nas seguintes variáveis: Nome do artigo; autores; país; participantes; objetivo; tipo de estudo; resultados e qualidade metodológica do artigo pela JBI.

O parto é um evento físico, social e emocional, é uma experiência multifacetada para a futura mãe, com implicações essenciais imediatas e de longo prazo na saúde e no bem-estar da mãe e de toda a família (Joensuu et al., 2022). É frequentemente descrito como o momento mais feliz, mas também a experiência mais dolorosa da vida (Adler et al., 2020).

A experiência e satisfação com o parto influencia profundamente a saúde da mãe. Todas as mulheres desejam uma experiência de parto positiva, na qual a sua segurança e o bem-estar psicossocial sejam valorizados, uma experiência de parto positiva é um bom indicador para mulheres que decidem ter um filho subsequente e está positivamente correlacionada com o vínculo mãe-bebê e com a confiança na amamentação (Schaal et al., 2019).

A indução de trabalho de parto é uma intervenção crescente em todo o mundo sendo atualmente quase um terço dos partos induzidos. Contudo, é um conhecido fator de risco para uma experiência de parto insatisfatória. Estas taxas crescentes de indução de trabalho de parto podem ser explicadas pela idade materna avançada (>37 anos) e obesidade (IMC > 30) (Adler et al., 2020).

A satisfação com o parto é essencial para o bem-estar físico e psicológico (Nilvér et al., 2021). Segundo Adler et al. (2020), a experiência negativa do parto é influenciada por uma variedade de fatores sociais e de cuidados de saúde, dos quais: indução de parto falhada, trabalho de parto prolongado, parto distócico, uso de ocitocina, cesariana não planeada, falta de apoio dos profissionais de saúde, complicações maternas no parto e pós-parto como infecção e hemorragia pós-parto e consequentemente internamento hospitalar prolongado e complicações neonatais como internamento em unidade de cuidados intensivos neonatal e consequentemente separação com o bebê.

As indicações para indução de parto incluem gravidez pós-termo, rutura prolongada de membranas, diabetes, hipertensão ou pré-eclâmpsia, oligodrâmnio, polidrâmnio, colestase gravídica, condição materna não relacionada com a gravidez como o uso de substâncias ou a própria solicitação materna. Ao passo que os motivos fetais são a macrosomia, restrição de crescimento intrauterino e diminuição dos movimentos fetais (Place et al., 2021).

As mulheres submetidas a indução de trabalho de parto têm mais frequentemente uma má experiência de parto em comparação com mulheres com início de trabalho de parto espontâneo. As mulheres submetidas a indução de trabalho de parto expressam frequentemente preocupação com o impacto que a indução tem no seu bebê e em si mesmas,

fadiga, ansiedade, maior dificuldade na gestão de expectativas, uma vez que precisam de reconsiderar o seu plano de parto para um plano mais medicalizado, esforço desnecessário e decepção quando a indução não tem sucesso, pois, em geral, o progresso da indução de parto é um dos fatores mais importantes que afetam a satisfação materna bem como o papel ativo e esclarecido na tomada de decisão (Adler et al., 2020).

O alívio insuficiente da dor, teve o impacto mais forte na insatisfação com a experiência geral do parto. A experiência da dor do parto é um processo altamente individual e complexo, com muitos aspetos fisiológicos e psicossociais, assim, o momento perfeito para o alívio da dor pode ser difícil de avaliar e a analgesia pode ser retardada devido principalmente ao medo dos efeitos negativos do bloqueio epidural no progresso do trabalho de parto, Makel et al. (2023), descobriu que em partos induzidos com prostaglandinas havia necessidades analgésicas significativamente maiores.

Maket et al. (2023) também mostrou que o apoio das EEESMO durante a gravidez e parto teve um impacto significativo na experiência global do parto.

No entanto, em gestações pós-termo, esta diferença não era assim tão óbvia, uma vez que a indução pode ser percebida com um alívio dos sintomas de desconforto e uma forma de conhecer o seu filho mais cedo, aliviando alguns sentimentos de incerteza (Nilvér et al., 2021) o mesmo acontece com induções bem-sucedidas, sendo que uma indução bem-sucedida que resulta em parto eutócico não arruína a experiência positiva de parto (Joensuu et al., 2022).

A indução de parto produz uma experiência de parto negativa tanto para primíparas como para multíparas. A má experiência do parto desempenha um papel no bem-estar pós-parto, planeamento familiar e gravidez subsequente. Assim, considerando o aumento das taxas de indução de trabalho de parto, é importante otimizar a experiência do parto em trabalho de parto induzido (Adler et al., 2020).

Concluindo que uma experiência de parto negativa afeta o planeamento familiar futuro e existem fatores modificáveis, é preciso que haja uma consciencialização perante os profissionais de saúde, especialmente as EEESMO, na medida em que as mulheres submetidas a indução de trabalho de parto necessitam de um apoio emocional adicional durante o processo de parto bem como de informações claras sobre todo o processo. Portanto, está nas nossas mãos ajudar a melhorar a experiência e satisfação com induções de trabalho de parto.

ANÁLISE REFLEXIVA

O desenvolvimento do presente relatório de estágio proporcionou uma reflexão global sobre todas as situações e experiências vivenciadas. Experiências essas bastante enriquecedoras quer a nível pessoal quer a nível profissional pois permitiram a aquisição de novos conhecimentos, impulsionando a busca constante de conhecimento e mobilização e desenvolvimento de conhecimentos teóricos previamente adquiridos, baseando sempre a minha prática na evidência científica mais recente.

A realização deste estágio possibilitou o desenvolvimento e aprimoramento de competências, tanto comuns como específicas do EEESMO, necessárias para oferecer cuidados de qualidade a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Tive o privilégio de prestar cuidados a 63 parturientes, sendo que 41 culminaram em partos eutócicos, 20 em partos distócicos por ventosa e 2 partos de apresentação pélvica, 123 puérperas e recém-nascidos e 40 grávidas em situação de risco, o que me permitiu cumprir a exigência imposta pela Lei nº26/2017, de 30 de maio, que transpõe para o direito interno a Diretiva 2013/55/EU, no que concede ao número de experiências clínicas mínimas para a obtenção do título profissional de EEESMO, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros.

Para além da aquisição de competências específicas na assistência à mulher no período pré-natal, trabalho de parto e pós-parto, desenvolvi competências de investigação ao realizar uma revisão integrativa da literatura, onde procurei analisar a evidência mais recente sobre a influência da indução de trabalho de parto na experiência e satisfação com o parto. Sendo a Enfermagem uma ciência em constante evolução, estas competências são essenciais para a formação e consolidação da identidade profissional.

Ao longo do estágio, foram várias as dificuldades sentidas, o facto de o meu primeiro estágio ser no Bloco de Partos, gerou muitos momentos de stresse e ansiedade, talvez pelo facto de até então não ter contacto com a área de saúde materna e obstétrica ou pelo facto de ter um número mínimo exigido de experiências a cumprir, certo é que com o desenrolar do estágio a ansiedade foi diminuindo, e o número de partos foi, não só atingido, como superado.

CONCLUSÃO

A realização deste estágio e relatório de estágio possibilitou o desenvolvimento e aprimoramento de competências essenciais, tanto comuns quanto específicas do EEESMO, necessárias para oferecer cuidados de qualidade a mulheres, recém-nascidos, bem como às suas famílias durante as diferentes fases da gravidez, trabalho de parto e pós-parto, bem como em situações de urgência obstétrica e ginecológica. Neste sentido, o relatório final reflete a compilação das aprendizagens, conhecimentos e aptidões desenvolvidas ao longo das diversas fases do mestrado.

A variedade de casos clínicos que tive a oportunidade de vivenciar permitiu-me fazer o presente relatório de estágio que de modo crítico e reflexivo, apresenta a trajetória percorrida nos variados contextos clínicos, a elaboração dos planos de cuidados e uma revisão integrativa da literatura sobre um tema pertinente à prática clínica.

Durante todo o ensino clínico, procurei aplicar os conhecimentos teóricos e práticos, tendo sempre por base o pensamento crítico e a prática baseada na evidência. Todo este ensino clínico foi indispensável para a aquisição de competências práticas indispensáveis para o exercício da especialidade, por forma a promover a excelência no cuidar especializado da mulher no decorrer do seu processo de maternidade e transição para a parentalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adler, K., Rahkonen, L., & Kruit, H. (2020). *Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study*. BMC Pregnancy and Childbirth. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03106-4>
- Aguiar, H. & Silva, A. I. (2011). Aleitamento Materno a Importância de Intervir. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 889-896.
- 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>
- Bobak, I., Lowdermilk, D. & Perry S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. 7^a edição. Loures: Lusodidacta.
- Brito, M. (2012). *A Reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado* (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Carvalho, J. (2020). *Adaptação à Maternidade: Influência de uma intervenção de educação parental em mães primíparas* (Tese de Doutoramento). Universidade Porto, Porto.
- Couto, C., Carneiro, M. (2017). *Prevenção do traumatismo perineal: uma revisão integrativa da literatura*. Enfermeria global. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412017000300539&script=sci_arttext&tlng=pt
- Dimitriadis, E., Rolnik, D., Zhou, W., Estrada-Gutierrez, G., Koga, K., Francisco, R., Whitehead, C., Hyett, J., Costa, F., Nicolaides, & Menkhorst, E. (2023). Pre-eclampsia. *Nat Dis Primers*, 16;9 (1), 10.1038/s41572-023-00417-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36797292/>
- Farahi, N., Oluyadi, F., & Dotson, A. (2024). Hypertensive disorders of pregnancy. 109 (3), 251-260. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38574215/>
- Figueiredo, et al (2003.) *Vinculação materna: contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé*, Minho, Revista Internacional de psicóloga clínica y de la salud. Vol. 3 Págs. 521- 539.ISBN1576-7329

Freixo, M. L. (2015). *Implicações da utilização da analgesia epidural na evolução do trabalho de parto*. (Tese de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/30774/1/TESE.pdf>

Guimarães, M. (2016). *Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Retirado de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>.

Graça, L., (2010). *Medicina Materno-Fetal*. Lidel

Galvão, D. G. (2006). *Amamentação Bem Sucedida: alguns fatores determinantes*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da criança e do Adolescente*. (9a ed.). Loures: Lusociência.

Joanna Briggs Institute. (2013). *JB I Levels of Evidence*. October, 2–6.

Joanna Briggs Institute. (2017). *Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*. <https://synthesismanual.jbi.global/>

Joensuu, J., Saarijärvi, H., Rouhe, H., Gissler, M., Ulander, V., Heinonen, S., Torkki, P., & Mikkola, T. (2022). *Maternal childbirth experience and induction of labour in each mode of delivery: a retrospective seven-year cohort study of 95,051 parturients in Finland*. BMC Pregnancy and Childbirth. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-04830-9>

Kralik, D., Visentin, K. & Loon, V. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55(3), 320–329.

Lima, J., Morais, S., Dirane, V., Mestriner, L., Sampaio, R., Santos, C., Nascimento, T., & Rocha, M. (2023). Principais riscos e complicações da gestação de alto risco: uma revisão da literatura. *Brazilian journal of implantology and health sciences*, 5. 4079-4091. <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/974/1196>

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidata

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: 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>

Müller, Patrícia W. & Donelli, Tagma M. S. (2017). Maternidade, Relação Mãe-Bebé e Amamentação – Contribuições para o Desenvolvimento Emocional Infantil. In Carvalho, Marcus R. & Gomes, Cristiane F. *Amamentação: bases científicas*. (pp. 212 – 224). (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Nelas, P. A., Ferreira, M., & Duarte, J. C. (2008). Motivação para a Amamentação: construção de um instrumento de medida. *Referência*, II Série (6), 39-56. Acedido em: 14-07-2017. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008/3956.php>.

Nilvér, H., Wessberg, A., Dencker, A., Hagberg, H., Wennerholm, U., Fadl, H., Wesström, J., Sengpiel, V., Lundgren, I., Bergh, C., Wikström, A., Saltvedt, S., & Elden, H. (2021). *Women's childbirth experiences in the Swedish Post-term Induction Study (SWEPIIS): a multicentre, randomised, controlled trial*. *BMJ Open*.

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Diário da República, 2.a Série – No35 – 18 de Fevereiro de 2011, Pág. 8662. Acedido em: 10/02/2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.o 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário Da República, 2.a Série, 85, 13560–13565.

Organização Mundial da Saúde (2021). *Who recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience*.

Poon, L., Shennan, A., Hyett, J., Kapur, A., Hadar, E., Divakar, H., McAuliffe, F., Costa, F., Dadelszen, P., McIntyre, H., Kihara, A., Renzo, G., Romero, R., D'alton, M., Berghella, V., Nicolaides, K., & Hod, M. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention (Abstract). Suppl, 1 (1), 1-33. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111484/>

Posner, G.D., Dy, J., Black, A.Y. & Griffith, J. (2014). Trabalho de Parto & Parto de Oxorn e Foote (6th ed.). McGraw Hill.

Place, K., Rahkonen, L., Adler, K., & Kruit, H. (2023). *Women's subjective perceptions and background factors associated with poor maternal childbirth experience among induced and spontaneous onset of labour: a two-year tertiary hospital cohort study*. BMC Pregnancy and Childbirth. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-05665-8>

Regulamento nº 391/2019, de 03 de maio. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Diário da República, 85. Série II. <https://dre.tretas.org/dre/3698261/regulamento-391-2019-de-3-de-maio>

Sousa, C., Oliveira, F., Ramos, F. (2023). *Guia de boas práticas na prevenção do trauma perineal nos partos vaginais do bloco de partos do CHTS*. (Poster em conferência). Congresso de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Porto, Portugal.

Victora, C. G., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Bahl, R., Rollins, N. C., Horton, S. ... Walker, N. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanism, and lifelong effect. *The Lancet*, 387 (10017), 475-490.

ANEXOS

ANEXO I: Metodologia PICO e expressão de pesquisa

PICO	Definição	Descritores/ Termos Mesh	Termos DeCS
Participantes	Parturientes		
Intervenção	Indução de trabalho de parto	Induction of Labor; Labor Inductions Induced Labor Labor Induced Induced, Labor Labor Induction Induction, Labor Inductions, Labor	Induced Labor; Induced, Labor; Induction of Labor; Induction, Labor; Inductions, Labor; Labor Induced; Labor Induction; Labor Inductions
Comparação	Mulheres em trabalho de parto espontâneo		
<i>Outcomes/</i> Resultados	Experiência e satisfação com o parto	Childbirth satisfaction; Childbirth experience	Childbirth satisfaction; Childbirth experience

Expressão de pesquisa PubMed: (((((((Induction of Labor[Title/Abstract]) OR (Labor Inductions[Title/Abstract])) OR (Induced Labor[Title/Abstract])) OR (Labor Induced[Title/Abstract])) OR (Induced, Labor[Title/Abstract])) OR (Labor Induction[Title/Abstract])) OR (Induction, Labor[Title/Abstract]))) OR (Inductions,

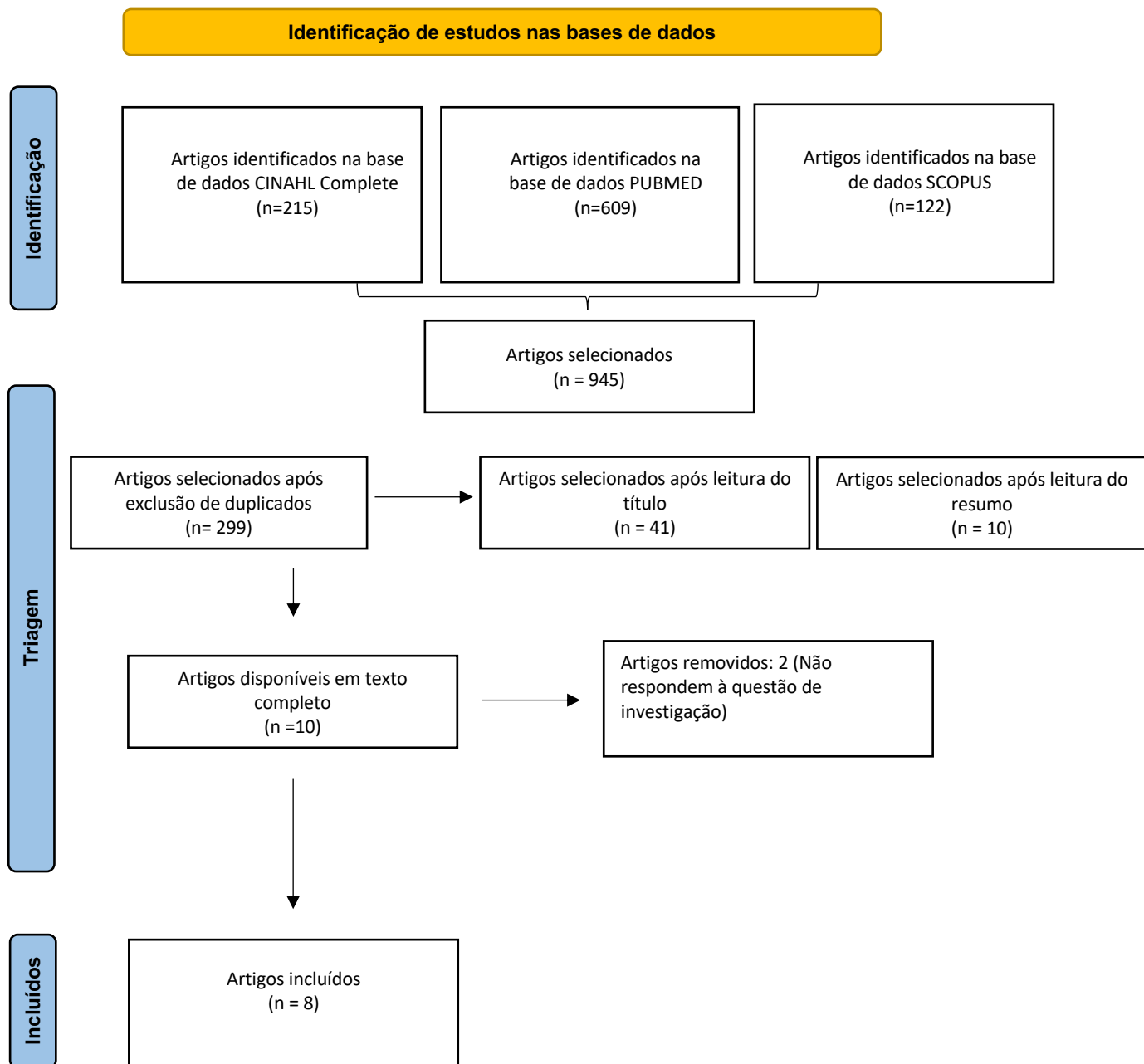
Labor[Title/Abstract])) AND (Childbirth satisfaction[Title/Abstract])) OR (Childbirth experience[Title/Abstract]))

Expressão de pesquisa CINAHL Complete: TI Induced Labor OR TI Induced, Labor OR TI induction of labour AND TI childbirth satisfaction OR TI childbirth experience

Expressão de pesquisa SCOPUS: childbirth AND satisfaction OR childbirth AND experience AND induced AND labor OR induced AND labour

A pesquisa foi realizada no dia 21 de Novembro de 2021 na PubMed, onde obtive 609 artigos, CINAHL Complete, onde obtive 215 artigos e SCOPUS 122 artigos. Os critérios de inclusão da revisão foram artigos de idioma português, inglês ou espanhol.

ANEXO II: Diagrama de obtenção de resultados usando as bases de dados e critérios adotados nesta revisão integrativa. Joanna Briggs Institute. (2020).



Resultados

Nesta revisão sistemática, foram avaliados 8 artigos que confluíam com os critérios desta pesquisa. Os dados obtidos após a análise das publicações foram sistematizados na tabela 1 com

base nas seguintes variáveis: Nome do artigo; autores; país; participantes; objetivo; tipo de estudo; resultados e qualidade metodológica do artigo pela JBI.

ANEXO III: Caracterização das publicações avaliadas

Nome do artigo	Autores	País	Participantes/ Amostra	Objetivo	Tipo de estudo	Resultados	Qualidade metodológica do artigo pela JBI
Maternal childbirth experience in induced and spontaneous labour measured in a visual analog scale and the factors influencing it; a two-year cohort study	Adler et al. (2020)	Finlândia	18396 partos (5322 induzidos, 13074 de início espontâneo, 1727 cesarianas)	Comparar as experiências de parto em trabalho de parto induzido e espontâneo e investigar os fatores que influenciam a experiência do parto.	Estudo de coorte	As mulheres submetidas à indução ficaram menos satisfeitas com a sua experiência de parto em comparação com as mulheres com início espontâneo de trabalho de parto. A tentativa frustrada de indução de trabalho de parto é relatada como um fator negativo de uma experiência negativa de parto.	Score: 7/11

Women's childbirth experiences in the Swedish Post-term Induction Study (SWEPIS): a multicentre, randomised, controlled trial.	Nilvér el al. (2021)	Suécia	Mulheres com gravidez única sem complicações, feto em apresentação cefálica com 40 semanas + 6 dias a 41 semanas + 1 dia.	Comparar experiências de parto em mulheres designadas aleatoriamente para indução do parto às 41 semanas ou manter uma atitude expectante até 42 semanas.	Estudo randomizado	Não houve diferenças significativas nas experiências de parto nas mulheres para indução às 41 semanas e mulheres para atitude expectante e indução do parto às 42 semanas. A indução pode ser percebida como um alívio dos sentimentos de desconforto numa gravidez prolongada e uma forma de conhecer o bebê mais cedo.	Score: 9/13
Childbirth experience in induced labor: A prospective study using a validated childbirth experience questionnaire (CEQ) with a focus on the first birth.	Place et al., (2021)	Finlândia	711 mulheres submetidas à indução de parto.	Investigar se a nuliparidade ou fatores relacionados com a indução de parto ou o próprio parto	Estudo de coorte prospectivo	As mulheres cujo trabalho de parto foi induzido vivenciaram o trabalho de parto e o nascimento como uma experiência relativamente positiva.	Score: 7/11

				explicam a experiência negativa de parto.			
Satisfaction and dissatisfaction with pain relief and birth experience among induced and spontaneous-onset labours ending in vaginal birth: A prospective cohort study.	Makel et al., (2023)	Finlândia	2042 mulheres, 575 em trabalho de parto induzido e 1467 em trabalho de parto espontâneo.	Avaliar o alívio da dor e a experiência geral do parto em partos induzidos <i>versus</i> partos espontâneos e esclarecer as variáveis entre parturientes induzidas que determinam a satisfação e insatisfação.	Estudo de coorte	A indução do parto não piorou a experiência média de alívio da dor, mas a proporção de mulheres insatisfeitas com o alívio da dor foi ligeiramente maior após a indução do parto em comparação com o trabalho de parto espontâneo.	Score: 8/11

Women's subjective perceptions and background factors associated with poor maternal childbirth experience among induced and spontaneous onset of labour: a two-year tertiary hospital cohort study.	Place et al., (2023)	Finlândia	836 mulheres	Investigar as razões e percepções maternas subjetivas que levam a uma má experiência de parto no trabalho de parto induzido em comparação com o início de trabalho de parto espontâneo.	Estudo de coorte	As razões maternas subjetivas para uma má experiência de parto foram: dor, trabalho de parto prolongado, falta de apoio dos profissionais, cesariana não planeada.	Score: 7/11
Maternal childbirth experience and induction of labour in each mode of delivery: a retrospective seven-year cohort study of	Joensuu et al., (2022)	Finlândia	95.051 partos	Avaliar a experiência do parto entre mães com partos	Estudo de coorte	A indução do parto gera experiências negativas tanto para primíparas como para multíparas.	Score: 8/11

95,051 parturients in Finland.				espontâneos e induzidos.			
Comparing birth experience and birth outcome of vaginal births between induced and spontaneous onset of labour: a prospective study.	Schaal et al., (2019)	Alemanha	205 mulheres (com mais de 18 anos, em que o parto ocorreu após as 37 semanas com idade gestacional mínima de 37+0)	Estudar o impacto da indução do parto	Estudo de coorte	A indução bem sucedida do parto que resultou num parto vaginal não influenciou negativamente o nascimento e os resultados fetais e apenas afetou parcialmente a experiência do parto das mulheres.	Score:9/11

