

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

O ACOLHIMENTO: O PRIMEIRO PASSO PARA A RELAÇÃO
TERAPÊUTICA NA ASSISTÊNCIA DURANTE O TRABALHO DE
PARTO

Desenvolvimento de competências especializadas na área da
Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Joana Rita Bessa e Silva

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

O ACOLHIMENTO: O PRIMEIRO PASSO PARA
A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA ASSISTÊNCIA
DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Desenvolvimento de competências
especializadas na área da Enfermagem
em Saúde Materna e Obstétrica

WELCOME: THE FIRST STEP TOWARDS
THERAPEUTIC RELATIONSHIP IN LABOR CARE

Development of Specialized Skills in Maternal
and Obstetric Health Nursing

Relatório de Estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Alexandrina
Maria Ramos Cardoso.

Autora: Joana Rita Bessa e Silva

Porto, 2024

RESUMO

O presente relatório contempla o processo de desenvolvimento de competências nas diversas áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, gravidez, trabalho de parto e pós-parto, desenvolvido durante a realização do estágio de natureza profissional e do estágio de assistência pré-natal, num hospital de apoio perinatal diferenciado e numa Unidade de Cuidados na Comunidade, previsto no Regulamento do 2.º ciclo de estudos, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

A realização do estágio possibilita vivenciar experiências junto de mulheres/casal, no âmbito do trabalho de parto e pós-parto; da gravidez com complicações e na promoção da adaptação à gravidez e parentalidade, visando a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias no contexto da enfermagem de saúde materna e obstétrica. A descrição e reflexão destas experiências encontram-se descritas neste relatório e fundamentadas com a evidência científica mais atual.

O processo terapêutico é um caminho delicado, que requer confiança, empatia e respeito mútuo. O acolhimento surge como um elemento fundamental para a criação e estabelecimento de uma relação terapêutica entre o profissional de saúde e o(a) cliente. No âmbito da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, o(a) Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é o profissional de saúde responsável por este cuidado, desempenhando um papel crucial na prestação de cuidados de excelência à mulher a vivenciar o processo de gravidez, trabalho de parto e pós-parto. A sua intervenção neste contexto deve ter por base evidência científica atual disponível sobre esta temática e ir ao encontro das necessidades/preferências de cada mulher/casal. Neste sentido, com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde em enfermagem de saúde materna e obstétrica efetuou-se uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de identificar os requisitos necessários para concretizar o acolhimento na assistência à mulher em trabalho de parto.

Palavras-chave: enfermagem de saúde materna e obstétrica, acolhimento, relação terapêutica.

ABSTRACT

This report contemplates the process of competency development in various areas of practice for Specialist Nurses in Maternal and Obstetric Health Nursing, including pregnancy, labor, and postpartum care. This development occurred during professional internships and prenatal care assistance internships in a specialized perinatal support hospital and a Community Care Unit, as outlined in the regulations of the 2nd cycle of studies at the Porto Nursing School.

The internships provided opportunities to experience with woman/couple, labor and postpartum care, pregnancy complications, and promotion of adaptation to pregnancy and parenthood, aiming at acquiring and developing the necessary competencies in the context of maternal and obstetric health nursing. These experiences are described and reflected upon in this report, supported by the most current scientific evidence.

The therapeutic process is a delicate path, requiring trust, empathy, and mutual respect. Welcoming the patient is fundamental for establishing a therapeutic relationship between the healthcare professional and the client. In the field of Maternal and Obstetric Health Nursing, the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing plays a crucial role in providing excellent care to women experiencing pregnancy, labor, and postpartum processes. Their intervention should be based on current scientific evidence and meet the needs/preferences of each woman/couple.

In this regard, to contribute to the improvement of maternal and obstetric health nursing care, a narrative literature review was conducted to identify the requirements for implementing welcoming practices in labor care for women.

Keywords: maternal and obstetric health nursing, welcoming, therapeutic relationship.

SIGLAS/ACRÓNIMOS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

BP - Bloco de Partos

CTG - Cardiotocografia

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção Geral da Saúde

DPPNI - Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

FCF- Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - International Federation of Gynaecology and Obstetrics

HELLP - Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets

IASP - International Association for the Study of Pain

ICN - International Council of Nurses

ISSHP - Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez

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

Mesh - Medical Subject Headings

NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

PA - Pressão Arterial

PQCEESMO - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

QI - Quociente de inteligência

RCF - Restrição de Crescimento Fetal

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RPM - Rotura Prematura de Membranas

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

UI - Unidades Internacionais

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

| | |
|---|-----|
| NOTA INTRODUTÓRIA..... | 14 |
| CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)..... | 16 |
| 1. ASSISTÊNCIA À MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES | 19 |
| 1.1. Adaptar-se à gravidez com diagnóstico de pré-eclâmpsia | 21 |
| 2. ASSISTÊNCIA À MULHER EM TRABALHO DE PARTO | 31 |
| 2.1. Assistência à mulher no 2.º período do trabalho de parto | 33 |
| 2.2. O efeito da água e da verticalidade na fase latente do meu trabalho de parto | 61 |
| 2.3. O efeito do uso de dispositivos (bola de parto e bola de amendoim) na evolução do parto | 74 |
| 2.4. Assistência à mulher no 2.º período do trabalho de parto sem analgesia epidural | 83 |
| 3. ASSISTÊNCIA À MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO | 99 |
| 3.1. Promoção da autoconfiança no exercício parental..... | 102 |
| CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS | 129 |
| APROFUNDAR BOAS PRÁTICAS: O ACOLHIMENTO DA MULHER E DA PESSOA QUE ELA ESCOLHEU PARA A ACOMPANHAR..... | 130 |
| SÍNTESE FINAL..... | 145 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 150 |
| ANEXOS | 166 |

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 - Experiências obtidas ao longo do estágio..... | 129 |
|--|-----|

NOTA INTRODUTÓRIA

O relatório de estágio de natureza profissional integrado no 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica enquadra-se no Regulamento do 2.º Ciclo de estudos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com o objetivo de promover a aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE).

O EEESMO, no exercício da sua profissão, contempla a prestação de cuidados à mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, período pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal, assegurando os cuidados do recém-nascido no sentido de potenciar o seu crescimento e desenvolvimento normais. Tem ainda como competências cuidar a mulher durante o período do climatério; cuidar a mulher de modo a promover uma transição saúde/doença (ginecológica) saudável; cuidar a mulher, em situações de risco e luto perinatal (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

Conforme Despacho n.º 9607 de 2021 de 1 outubro, o 2.º ano do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica concretiza-se em duas unidades curriculares: Assistência pré-natal (15 ECTS) e Estágio de natureza profissional com relatório (45 ECTS), habilitando ao título de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O estágio de natureza profissional decorreu num hospital de apoio diferenciado perinatal no norte do país entre o período de fevereiro de 2023 e janeiro de 2024, com o objetivo de promover a aquisição de competências específicas como EEESMO conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros. Neste contexto foi possível a intervenção em três áreas de atuação distintas: assistência à mulher em trabalho de parto que decorreu no Bloco de Partos (BP), num total de 500 horas; assistência à mulher/casal no pós-parto e parentalidade que decorreu no Serviço de Puerpério, contemplando um total de 100 horas; assistência à mulher na gravidez com complicações que decorreu no Serviço de Internamento de Medicina Materno-Fetal, num total de 200 horas.

Neste relatório incluo uma breve caracterização dos contextos clínicos, no que diz respeito à estrutura física e organização de trabalho e relativamente ao cumprimento das dotações seguras preconizadas pela OE.

A conceção de cuidados, através da qual foram explanados vários casos clínicos em diferentes contextos de atuação, teve por base a Ontologia de Enfermagem. Foram abordados quatro casos clínicos que se centraram nos cuidados à mulher durante o trabalho de parto e parto; um caso

clínico que aborda os cuidados prestados ao casal e à família, no âmbito da promoção do exercício parental com vista à promoção de mestria da prestação de cuidados ao recém-nascido; e, por fim, um caso clínico onde são descritos os cuidados de enfermagem prestados à grávida a vivenciar uma complicação da gravidez, em contexto de internamento hospitalar.

O processo de gravidez e de adaptação à parentalidade constituem focos de atenção do EEESMO. A transição para a parentalidade é considerada uma transição desenvolvimental, na medida em que ser mãe/pai e se encontrar a conhecer o seu novo bebé e as suas necessidades, são situações associadas a um estadio do desenvolvimento do seu ciclo vital. A transição desenvolvimental está associada a eventos de desenvolvimento, individual ou familiar. São exemplos de transições desenvolvimentais tornar-se mãe e tornar-se pai (Cardoso, 2011).

O EEESMO tem um papel fundamental no processo de transição, contribuindo para a aquisição de conhecimentos e competências que permitem o desenvolvimento de mestria para o desempenho do seu novo papel. No âmbito do trabalho de parto, esta aquisição de conhecimento deve iniciar na fase gravídica para que, em contexto de sala de partos, a mulher possua todas as competências que a permitam tomar decisões informadas e conscientes, a fim de obter uma experiência positiva de parto.

O acolhimento, no contexto da assistência durante o trabalho de parto, representa o primeiro elo entre o profissional de saúde e a parturiente/casal. Esta prática transcende a mera receção, envolve empatia, escuta e compreensão das necessidades da grávida. Conforme observado em contexto da prática clínica, e corroborando Medeiros (2015), o acolhimento habitualmente limita-se apenas à receção e encaminhamento ao leito, com indicação do local onde fica a casa de banho, mas que o mesmo é realizado de forma superficial e rotineira. O mesmo autor salienta que a ausência de um protocolo de acolhimento poderá estar na lista das causas para a superficialidade com que a parturiente é acolhida num ambiente que não lhe é familiar como a sala de partos.

Ao estabelecer um acolhimento efetivo, cria-se a base sólida para a construção de uma relação terapêutica, onde a confiança mútua e o suporte emocional tornam-se fundamentais. Essa relação não apenas impacta positivamente a experiência do parto, mas também contribui para a qualidade dos cuidados prestados, destacando a relevância crítica do tema no contexto da assistência durante o trabalho de parto. Esta é uma área na qual o EEESMO pode fazer a diferença, contribuindo para a promoção do conforto e satisfação das mulheres e dos casais. Assim, com vista a contribuir para a prestação de cuidados humanizados e individualizados foi desenvolvida uma revisão narrativa da literatura com o objetivo de identificar os requisitos necessários para concretizar o acolhimento na assistência à mulher em trabalho de parto.

O relatório termina com uma síntese crítico-reflexiva sobre o percurso formativo realizado, permitindo a reflexão sobre os aspetos promotores e dificultadores do processo de aprendizagem.

CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A instituição hospitalar onde decorreu o estágio de natureza profissional caracteriza-se por ser um hospital central de grau III e no âmbito da Saúde Materna e Pediatria é considerado um hospital de apoio perinatal diferenciado do Norte.

De acordo com os níveis de diferenciação hospitalar, segundo a Direção Geral da Saúde (DGS) (2023a), os hospitais com a classificação de nível III implicam a realização de pelo menos 1.500 partos anuais e estão sediados em Hospitais Universitários. Possuem um Departamento de Obstetrícia e Ginecologia, um Serviço de Obstetrícia, um Serviço de Ginecologia e uma Unidade de Neonatologia. Esses hospitais garantem todos os cuidados de saúde descritos para os hospitais de nível I e nível II (para a população da sua área de influência direta), além de serem centros de referência para a resolução de patologia obstétrica e ginecológica de elevada complexidade. A unidade de cuidados intensivos neonatais desses hospitais recebe recém-nascidos de qualquer idade gestacional e presta cuidados agudos a recém-nascidos gravemente doentes, garantindo acesso rápido a subespecialidades pediátricas, como cirurgia pediátrica e cardiologia pediátrica.

A assistência à mulher em trabalho de parto foi realizada no serviço de Bloco de Partos, que se encontra dividido em duas subunidades, onde consta a urgência de obstetrícia/ginecologia. O serviço de urgência era composto por dois gabinetes médicos, uma sala de enfermagem para realização de triagem e uma sala de observação com capacidade para três pessoas, onde era possível a permanência das mulheres, quer para realização de cardiotocografia (CTG), para administração de terapêutica e para vigilância. Quando uma grávida dava entrada no serviço de urgência era realizada, inicialmente, a triagem pelo EEESMO e de seguida era observada pela(o) médica(o). Perante a decisão clínica, as mulheres eram encaminhadas para os respetivos serviços ou, até mesmo para o domicílio e, no caso das parturientes, se estas se encontrassem em fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto eram encaminhadas para a sala designada de “Cuidados Intermédios”, que possui três camas e uma casa de banho. As parturientes que se encontravam em fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto ou, até mesmo, no segundo período do trabalho de parto eram direcionadas para a Sala de Partos. Este espaço físico possui 6 quartos individuais, um deles com banheira, cada um com casa de banho e com um reanimador neonatal e respetivo material de reanimação. No mesmo corredor está localizado o Bloco Operatório de apoio à Sala de Partos que contempla dois blocos operatórios e duas salas de recobro para a realização de cesarianas programadas ou para situações de urgência e emergência.

A presença de um acompanhante de forma permanente com a grávida/parturiente era permitida em todos os contextos, exceto na sala de observação do serviço de urgência quando esta estivesse com a lotação cheia, uma vez que dificultava a prestação de cuidados de saúde dada a restrição do espaço físico. No Bloco Operatório a presença de um acompanhante também era permitida, desde que devidamente equipado dado o alto risco de infecção proveniente de procedimentos invasivos.

O Bloco de Partos dispunha, em todos os turnos de cinco EEESMO para a assistência à mulher em trabalho de parto e parto, cumprindo com as dotações seguras preconizadas pela OE. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, define que na assistência intraparto o rácio EEESMO/utente deve ser um EEESMO para duas parturientes no primeiro estadió do trabalho de parto e um EEESMO por parturiente no segundo estadió do trabalho de parto (OE, 2019).

O serviço de puerpério, que presta assistência à mulher e recém-nascido no período pós-parto, é composto por dez quartos. Cada quarto permitia o alojamento de duas ou três puérperas e respetivos recém-nascidos, estando equipados com berços e armários individuais para guardar os pertences da puérpera. Apenas um dos quartos era individual e utilizado para situações de isolamento. Cada quarto dispunha ainda de uma bancada com uma banheira e um local de apoio aos cuidados de higiene e conforto do recém-nascido. A presença de uma pessoa significativa, habitualmente o pai, no serviço de puerpério era permitida de forma contínua, exceto das 08:00h às 11:00h para higienização do serviço.

No serviço de Puerpério estavam presentes três enfermeiros independentemente do turno, garantindo, pelo menos, a presença de um EEESMO, cada um responsável por 6 puérperas e respetivos recém-nascidos. A OE (2019) define um rácio de 1 EEESMO para 3 puérperas com puerpério patológico e de 1 EEESMO para 6 puérperas com puerpério fisiológico. Neste serviço, não há distinção entre puerpério normal ou patológico.

Este serviço dispõe ainda de uma sala destinada ao “Cantinho da Amamentação” e de uma linha telefónica de apoio à amamentação para todas as puérperas após a alta hospitalar.

O serviço de medicina materno-fetal onde decorreu o estágio de assistência à mulher com complicações da gravidez, situava-se no mesmo piso do serviço de puerpério. Este serviço dispunha de 6 quartos (1 quarto com 2 camas, 2 quartos com 3 camas, 1 quarto com 4 camas destinado às induções de trabalho de parto e 1 quarto individual para situações de isolamento ou internamento para processos de abortamentos, interrupções médicas da gravidez e situações de morte fetal). Possui também uma sala de exames, que permite a observação de grávidas admitidas para indução do trabalho de parto, assim como para procedimentos médicos e intervenções de enfermagem. Neste serviço a permanência de uma pessoa significativa apenas era permitida entre as 11:00h e as 23:00h.

Neste serviço prestavam cuidados de enfermagem 2 EEESMO, sendo que a OE (2019) preconiza um EEESMO por 3 grávidas de alto risco ou um EEESMO por 6 grávidas de médio risco, contudo esta distinção não era realizada.

1. ASSISTÊNCIA À MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

A gravidez, enquanto processo corporal, constitui parte relevante da transição para a parentalidade. O acompanhamento da(o) EEESMO ao longo da gravidez, para além da vigilância da gravidez, visa a promoção e incorporação de conhecimentos, o desenvolvimento de capacidades e autoeficácia para as usar e reformulação dos significados que poderão perturbar a adoção de comportamentos saudáveis (Cardoso et al., 2023a). A promoção da adaptação à gravidez é centrada na mulher-grávida e na(s) pessoa(s) com quem partilha o projeto de maternidade (OE, 2021).

A gravidez é um período repleto de expectativas e sonhos por parte da mulher/casal que projeta uma representação imaginária do seu filho e um conjunto de expectativas durante este percurso. A notícia do diagnóstico de uma doença na gravidez desencadeia uma série de emoções complexas. A esperança e a alegria são substituídas pela incerteza e pelo medo do desconhecido. O EEESMO, enquanto profissional com formação especializada, num momento da vida em que a mulher/casal se encontram mais fragilizados, deve ser capaz de garantir o bem-estar da mãe e do feto, preparando a mulher para o parto e para a maternidade, enquanto promove a esperança no decorrer de um diagnóstico de uma complicação da gravidez (OE, 2015).

Uma das dimensões dos cuidados do EEESMO no que se refere à gravidez é a *“assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal”* (OE 2019, p.13561). Pretende-se, por isso, que o EEESMO, no âmbito da prestação de cuidados na assistência à mulher com complicações, seja capaz de:

- Informar e orientar a grávida e conviventes significativos sobre os sinais e sintomas de risco.
- Identificar e monitorizar a saúde materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.
- Identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- Identificar e monitorizar desvios ao padrão de adaptação à gravidez, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- Avaliar o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados.
- Informar e orientar sobre medidas de suporte para alívio dos desconfortos da gravidez.
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez.

- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez.
- Cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante (OE, 2019).

1.1. Adaptar-se à gravidez com diagnóstico de pré-eclâmpsia

CENÁRIO CLÍNICO

Grávida de 31s + 3d, com história obstétrica 2G 0P 1 Aborto, grupo sanguíneo A+, internada a 23/11 no serviço de Medicina Materno-Fetal com o diagnóstico de Hipertensão Gestacional, a cumprir Nifedipina ao jantar no domicílio desde 13/11.

Tem como antecedentes pessoais Hemoglobinopatia. Realizou maturação pulmonar com dexametasona, tendo terminado ciclo a 26/11.

A 25/11 é diagnosticada, em contexto de internamento, com pré-eclâmpsia.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

A escolha do caso clínico deveu-se ao facto dos cuidados prestados à cliente terem permitido a aquisição de competências no âmbito da prestação de cuidados à mulher grávida em diversos domínios, nomeadamente na conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez, neste caso em particular após o diagnóstico de pré-eclâmpsia e na adaptação à parentalidade, em contexto de internamento.

Ao longo do estágio foram estabelecidos múltiplos contactos com a cliente, uma vez que esta permaneceu internada no serviço durante um longo período. Contudo, dada a recente notícia de um diagnóstico de pré-eclâmpsia, optei por identificar as necessidades da grávida que se encontrava a vivenciar um processo de transição situacional.

Dada a minha fragilidade no que toca a abordagem a esta temática, optei por fazê-lo no sentido de melhorar os meus conhecimentos e aprimorar as minhas competências no que toca à assistência à grávida a vivenciar um processo de transição.

Tendo em consideração que o local onde foi realizado o estágio é um hospital perinatal diferenciado, o número de gravidezes de médio/alto risco sobrepõem-se ao número de gravidezes de baixo risco, o que na minha opinião foi uma mais-valia na aquisição de competências e habilidades na prestação de cuidados diferenciados.

Dado que o caso clínico em questão aborda uma grávida com diagnóstico de pré-eclâmpsia, achei pertinente fazer um breve enquadramento teórico sobre a temática.

CONDIÇÃO DE SAÚDE: PRÉ-ECLÂMPسيا

A pré-eclâmpسيا é uma doença grave e multissistêmica da gravidez que afeta entre 2 e 5% das mulheres, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal em todo o mundo. Globalmente, 76 000 mulheres e 500 000 recém-nascidos morrem todos os anos devido a esta doença, sendo que nos países subdesenvolvidos, as mulheres têm um risco aumentado de desenvolver pré-eclâmpسيا comparativamente às mulheres de países mais desenvolvidos (Poon et al., 2019).

Carateriza-se como sendo um distúrbio da gravidez associado a hipertensão e proteinúria, que ocorre após as 20 semanas de gestação (FIGO, 2019; ACOG, 2020a).

Desconhece-se ao certo a fisiopatologia inerente à pré-eclâmpسيا, contudo estudos indicam que a pré-eclâmpسيا resulta de uma invasão superficial do trofoblasto que provoca um remodelamento inadequado das artérias espiraladas, mantendo o seu calibre reduzido e com elevada resistência, resultando numa diminuição da perfusão da placenta com conseqüente stress oxidativo e hipóxia placentária. A placenta, insuficientemente irrigada, liberta citocinas próinflamatórias que, ao atingirem a circulação materna, provocam disfunção endotelial sistêmica (Correa, 2016; Poon et al., 2019).

De acordo com o ISSHP (Sociedade Internacional para o Estudo da Hipertensão na Gravidez), a pré-eclâmpسيا define-se por pressão arterial (PA) sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg em pelo menos duas ocasiões medidas com intervalo de 4 horas em mulheres previamente normotensas e é acompanhada por um ou mais das seguintes condições de início recente durante ou após 20 semanas de gestação:

1. Proteinúria (ou seja, relação proteína:creatinina ≥ 30 mg/mol; ≥ 300 mg/24 horas; ou ≥ 2 + tira reagente);
2. Evidência de outras disfunções orgânicas maternas, incluindo: lesão renal aguda (creatinina ≥ 90 μ mol/L; 1 mg/dL); envolvimento hepático (transaminases elevadas, por exemplo, alanina aminotransferase ou aspartato aminotransferase >40 UI/L) com ou sem quadrante superior direito ou dor abdominal epigástrica; complicações neurológicas (por exemplo, eclâmpسيا, alteração do estado mental, cegueira, acidente vascular cerebral, clônus, fortes dores de cabeça e escotomas visuais persistentes); ou complicações hematológicas (trombocitopenia-contagem de plaquetas $<150.000/\mu$ L, coagulação intravascular disseminada, hemólise);
3. Disfunção útero-placentária (como restrição de crescimento fetal, análise anormal da forma de onda Doppler da artéria umbilical ou natimorto). (FIGO, 2019; ACOG, 2020a; NICE, 2023a).

Os sintomas mais comuns associados a pré-eclâmpسيا, segundo a NICE (2023) incluem cefaleia severa, alterações visuais, dor epigástrica, edema da face, mãos e pés e vômitos.

Vários são os fatores de risco associados ao desenvolvimento de pré-eclâmpsia, destacando-se como fatores de risco major a história de HTA crônica, doença renal, doenças autoimunes, história prévia de PE e como fatores de risco *minor* a idade materna avançada (superior a 35 anos), nulíparas, intervalos entre gestações curtos ou longos, reprodução medicamente assistida, obesidade, etnia, história familiar de pré-eclâmpsia (FIGO, 2019; ACOG, 2020a; NICE, 2023a).

A pré-eclâmpsia pode ser subclassificado em:

1. pré-eclâmpsia de início precoce (com parto <34⁺⁰ semanas de gestação);
2. pré-eclâmpsia pré-termo (com parto <37⁺⁰ semanas de gestação);
3. pré-eclâmpsia de início tardio (com parto ≥34⁺⁰ semanas de gestação);
4. pré-eclâmpsia a termo (com parto ≥37⁺⁰ semanas de gestação) (Poon et al., 2019).

A pré-eclâmpsia de início precoce está associada a maior risco de morbidade e mortalidade materna e perinatal a curto e longo prazo. Os médicos obstetras enfrentam o desafio de encontrar um equilíbrio entre a necessidade de atingir a maturação do feto in útero e os riscos inerentes para a mãe e para o feto em prolongar a gravidez, entre os quais, progressão para eclâmpsia, Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI) e síndrome de HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas, plaquetas baixas) (Poon. et al., 2019).

Por outro lado, a pré-eclâmpsia está associada a altas taxas de morbidade e um aumento da morbidade perinatal relacionado com a idade gestacional e o peso ao nascimento, essencialmente em casos de pré-eclâmpsia precoce. A FIGO enumera algumas complicações perinatais a curto prazo como Restrição de Crescimento Fetal (RCF), oligoâmnios, morte fetal intrauterina, parto prematuro, índice de APGAR baixo ao nascimento, frequência cardíaca fetal (FCF) diminuída durante o parto e necessidade de internamento em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. A longo prazo há risco de desenvolvimento de paralisia cerebral, Quociente de inteligência (QI) baixo, défices auditivos e visuais, resistência à insulina, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares como hipertensão e obesidade (Poon et al., 2019).

Os recém-nascidos nascidos de mães que sofrem de pré-eclâmpsia correm o risco de nascer prematuramente, uma vez que o parto é a única cura para a pré-eclâmpsia. A esperança média de vida em mulheres com diagnóstico de pré-eclâmpsia é reduzida em média 10 anos pelo risco de doenças que pode vir a desenvolver no futuro como: doenças cardiovasculares, hipertensão, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, síndrome metabólica e diabetes (FIGO, 2019).

O diagnóstico da pré-eclâmpsia, segundo a ISSHP, baseia-se em hipertensão gestacional acompanhada por ≥1 das seguintes condições de início recente durante ou após 20 semanas de gestação:

- Proteinúria: proteína na urina de 24 horas ≥ 300 mg/d ou relação proteína/creatinina na urina spot $\geq 0,30$ mg/mg ou teste de urina com tira reagente $\geq 1+$
- Outras disfunções de órgãos maternos:
 - Lesão renal aguda (creatinina ≥ 90 $\mu\text{mol/L}$; 1 mg/dL);
 - Envolvimento hepático (alanina aminotransferase ou aspartato aminotransferase elevados >40 UI/L) com ou sem quadrante superior direito ou dor epigástrica);
 - Complicações neurológicas (incluindo eclâmpsia, estado mental alterado, cegueira, acidente vascular cerebral ou, mais comumente, hiperreflexia quando acompanhada de mioclonias, dores de cabeça intensas e escotomas visuais persistentes);
 - Complicações hematológicas (trombocitopenia - contagem de plaquetas $<150.000/\mu\text{L}$, coagulação intravascular disseminada, hemólise);
 - Disfunção uteroplacentária (restrição de crescimento fetal, forma de onda Doppler da artéria umbilical anormal ou natimorto).

O tratamento da pré-eclâmpsia depende da idade gestacional e da sintomatologia associada. Em casos menos graves, o repouso, monitorização da PA e exames laboratoriais regulares podem ser suficientes. No entanto, em casos graves, a hospitalização, monitorização regular da PA, monitorização do débito urinário, auscultação cardíaca fetal e administração de terapêutica anti hipertensora e corticoides para maturação pulmonar fetal podem ser necessários de forma a controlar o estado de saúde da grávida até que seja viável o parto, visto ser a único tratamento efetivo para a pré-eclâmpsia. Em casos extremos, o parto prematuro pode ser indicado para evitar complicações maternas e fetais (NICE, 2023a).

De acordo com as recomendações da NICE (2023a), se gravidez inferior a 34 semanas de gestação o tratamento consiste na vigilância contínua, a menos que haja indicações para um parto prematuro planeado. Oferecer sulfato de magnésio intravenoso e um ciclo de corticosteróides pré-natais de acordo com as diretrizes do NICE sobre trabalho de parto e nascimento prematuro. A partir das 34 semanas e até às 36s+6d o tratamento engloba a vigilância contínua a menos que haja indicação para um parto prematuro e ao considerar-se a opção de parto prematuro planeado, ter em consideração a condição materna e fetal, os fatores de risco e a disponibilidade de camas em unidades neonatais. Das 37 semanas para a frente deve-se programar o parto entre 24 a 48h.

A aquisição de conhecimentos por parte da grávida e das pessoas que lhe são significativas assume um papel fundamental, na medida em que a autogestão de vigilância de complicações contribui para um melhor controlo da doença e deteção precoce de possíveis complicações. Assim, o EEESMO é o principal responsável por avaliar as necessidades das grávidas e intervir de forma a proporcionar-lhe mestria para lidar com a gravidez com complicações.

Posto isto, torna-se de extrema importância o acompanhamento regular das grávidas com diagnóstico de pré-eclâmpsia por uma equipa multidisciplinar composta por obstetras,

enfermeiros, e outros profissionais de saúde para garantir o melhor desfecho para mãe e recém-nascido.

PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA MÉDICA

- ATITUDES TERAPÊUTICAS

- Cateter venoso periférico
- Registo de Diurese
- TA de 4/4h
- CTG 1x Turno

A colocação de cateter venoso periférico era uma intervenção realizada a todas as grávidas em contexto de internamento para administração de terapêutica.

Uma vez que a pré-eclâmpsia tem repercussões a nível renal, importa avaliar o débito urinário nas 24h, a fim de precocemente detetar alterações na função renal.

Uma vez que a pré-eclâmpsia se caracteriza, também, por alterações nos valores da PA importa a monitorização constante deste parâmetro vital, para identificar precocemente complicações.

A avaliação do bem-estar fetal era uma intervenção resultante de prescrição, sendo realizado CTG 1x turno conforme prescrito.

PLANO DE CUIDADOS

A descrição deste caso reporta ao turno da manhã, entre as 8:00h e as 14:30h, em contexto de internamento.

| | |
|---|-----------------|
| FOCO | Gestação |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Idade gestacional: 31s + 3d | |
| DIAGNÓSTICO | GRAVIDEZ |

| | |
|--|-------------------------------|
| DOMÍNIO | SISTEMA CARDIOVASCULAR |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> 09:00h: TA: 119/80 mmHg, FC: 87bpm 13:00h: TA: 132/82 mmHg, FC: 94bpm | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Avaliar pressão sanguínea [4/4h] | |

Fundamentação Teórica:

- Intervenção: Avaliar pressão sanguínea**

A NICE (2023) recomenda que na grávida com diagnóstico de pré-eclâmpsia e com PA de 140/90 a 159/109 mmHg (hipertensão), a avaliação da PA ocorra “*pelo menos a cada 48 horas e com maior frequência se a mulher for internada no hospital*” (p.22). Já na grávida com PA de 160/110mmHg ou mais (hipertensão grave), a mesma fonte recomenda a avaliação de PA “*a cada 15 a 30 minutos até a PA inferior a 160/110mmHg, depois pelo menos 4 vezes ao dia enquanto a mulher estiver internada, dependendo das circunstâncias clínicas*” (p.22).

| | |
|---|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Gestação - Gravidez |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> À questão “Tem ideia do que é a pré-eclâmpsia?”, a grávida refere que a pré-eclâmpsia resulta da elevação das tensões e que pode fazer com que o recém-nascido precise de nascer prematuro. | |
| DIAGNÓSTICO | CONHECIMENTO SOBRE COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ FACILITADOR |

| | |
|------|-------------|
| FOCO | Significado |
|------|-------------|

| | |
|--|--|
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Como foi para si receber o diagnóstico de pré-eclâmpsia? R: “Confesso que inicialmente fiquei preocupada porque não sabia o que isso significava, e preocupou-me quando a médica me disse que a Valentina poderia ter de nascer antes do tempo. Mas o facto de estar internada tranquilizou-me porque estou sempre vigiada e não há melhor sítio para estar nestas situações”. | |
| DIAGNÓSTICO | SIGNIFICADO FACILITADOR ATRIBUÍDO À PRÉ-ECLÂMPZIA |

| | |
|---|---|
| FOCO | Conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico médico: pré-eclâmpsia • Grávida apresentou cefaleias frontais pelas 10:00h. • Questionada “Tem ideia de outros sinais que deve ter em consideração para comunicar ao/à enfermeiro(a)?”, a grávida refere apenas cefaleias. • Disponibilidade para aprender: Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc. | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AUTOVIGILÂNCIA DE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover autogestão de complicações da gravidez | |
| CRITÉRIOS DE RESULTADO: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Que a grávida seja capaz de reconhecer sinais de complicações da pré-eclâmpsia | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez • Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p><i>Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar outros sinais que devem levar a grávida a informar o(a) enfermeiro(a): epigastralgias (dores de estômago), visão turva, edemas (inchaço) que não revertem com o repouso. | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Ensinar sobre autovigilância: sinais de complicações durante a gravidez**

Os sintomas mais comuns associados a pré-eclâmpsia, segundo NICE (2023a) são: cefaleia severa, alterações visuais, dor epigástrica, edema face, mãos e pés e vômitos.

| | |
|---|---|
| FOCO | Adaptação à parentalidade |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico médico: Pré-eclâmpsia • Referiu anteriormente que com o diagnóstico de pré-eclâmpsia há probabilidade de a Valentina nascer prematura. Tem ideia da aparência e estado de saúde esperado de um recém-nascido prematuro? R: Sei que será muito pequenina, até porque a médica já o disse na última ecografia. Mas na verdade não sei muito bem como poderá ser um recém-nascido prematuro. Nesta fase o que é que o recém-nascido já tem desenvolvido? • Disponibilidade para aprender: Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc. | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO SOBRE PROMOÇÃO DA LIGAÇÃO MÃE/PAI-FILHO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover a ligação mãe/pai-filho • Melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal | |
| CRITÉRIOS DE RESULTADO: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Que a grávida seja capaz de reconhecer o desenvolvimento fetal com 31 semanas de gestação • Que a grávida seja capaz de reconhecer a aparência de um recém-nascido prematuro | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre desenvolvimento fetal • Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p>Ensinar sobre desenvolvimento fetal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar desenvolvimento fetal às 31 semanas <p>Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar aparência normal de um recém-nascido prematuro • Informar sobre o funcionamento e a aparência do serviço de Neonatologia | |

- Informar os pais que podem realizar uma visita ao serviço de Neonatologia

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Ensinar sobre desenvolvimento fetal**

O recém-nascido com 31 semanas já tem a grande maioria dos órgãos formados. É capaz de abrir os olhos, reconhecer o cheiro e sabor do líquido amniótico e consegue ouvir sons externos, respondendo com movimentos. A partir da 34.º semana, a audição encontra-se desenvolvida e o feto é capaz de diferenciar os sons e reagir a estímulos. É capaz de, visualmente, distinguir entre o claro e o escuro. O cabelo já tem cor definida. Nesta fase, os pulmões preparam-se para a expandir através da produção do surfactante (Cardoso et al., 2023b).

- **Intervenção: Ensinar sobre ligação mãe/pai-filho**

- **Explicar aparência normal de um recém-nascido prematuro**

As mães e os pais devem ser informados sobre a aparência de um recém-nascido prematuro, visto que esta difere do recém-nascido nascido a termo. De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN) (2007), o recém-nascido prematuro apresenta várias características distintas devido à sua imaturidade fisiológica. Primeiramente, a pele é mais fina, o que torna os vasos sanguíneos mais visíveis e facilita o arrefecimento do corpo, tornando imperativa a sua colocação em incubadoras para garantir o aquecimento adequado. Além disso, estes recém-nascidos geralmente nascem com peso inferior a 2500 gramas, uma vez que não possível o desenvolvimento total de todos os órgãos.

A imaturidade pulmonar, natural da prematuridade, pode fazer com que o recém-nascido não consiga respirar de forma autónoma, sendo por vezes é necessário a administração de oxigénio suplementar ou a utilização de outros aparelhos para facilitar a respiração.

Os prematuros podem, também, enfrentar dificuldades na alimentação, uma vez que podem ter problemas de sucção e/ou deglutição e coordenação dos movimentos.

- **Informar sobre como é constituído o serviço de Neonatologia**

O serviço de Neonatologia é composto por vários quartos individuais, equipados com berços ou incubadores e com dispositivos específicos para o tratamento de recém-nascidos que necessitam de cuidados especiais. A vigilância contínua dos sinais vitais é frequente, e, por vezes, esses aparelhos emitem sinais sonoros que permitem uma rápida intervenção por parte dos profissionais.

Este serviço dispõe de enfermeiros especializados em cuidados neonatais, que irão ajudar os pais a prestar os cuidados necessários ao recém-nascido, sempre que tal for possível, tendo em conta o estado clínico do mesmo.

Neste tipo de serviço, é incentivado o aleitamento materno e o contato precoce entre o recém-nascido e a mãe ou pai, promovendo o contato pele a pele assim que o recém-nascido esteja estável (Osório, 2019).

2. ASSISTÊNCIA À MULHER EM TRABALHO DE PARTO

O trabalho de parto encontra-se dividido em três períodos. O primeiro período corresponde à fase de dilatação, que integra a fase latente e a fase ativa. A fase latente do 1.º estágio do trabalho de parto define-se como o intervalo que decorre desde o início das contrações uterinas rítmicas e os 5 cm de dilatação e a fase ativa desde os 6cm de dilatação até à dilatação completa. O segundo período corresponde ao período entre a dilatação completa e a expulsão do feto e o terceiro período envolve o espaço de tempo entre a expulsão do feto e a expulsão da placenta (dequitação) (WHO, 2018a; DGS, 2023b).

Uma das dimensões dos cuidados do EEESMO prende-se com a assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto e pretende-se que o EEESMO, no contexto da assistência à mulher em trabalho de parto e parto, seja capaz de:

- Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado.
- Garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação mãe/pai/recém-nascido/conviventes significativos.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
- Cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.
- Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.
- Identificar e monitorizar o trabalho de parto.
- Identificar e monitorizar o risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- Identificar e monitorizar desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar de intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto.
- Avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto.

- Aplicar técnicas adequadas durante o parto de apresentação cefálica.
- Assegurar a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.
- Assegurar *reanimação* do recém-nascido em situação de emergência.
- Cooperar com outros profissionais no tratamento do recém-nascido com alterações morfológicas e funcionais.
- Identificar alterações morfológicas e funcionais do recém-nascido, referenciando as que estão para além da sua área de atuação.
- Providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou com o trabalho de parto.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico à parturiente e à mulher em trabalho de parto, incluindo conviventes significativos.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto.
- Conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta, efetuando em caso de urgência, extração manual e revisão uterina.
- Avaliar a integridade do canal de parto e aplicar de técnicas de reparação.
- Realizar avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina.
- Cooperar com outros profissionais no tratamento da parturiente com complicações da gravidez e do parto (OE, 2019).

Quando a mulher não apresenta plano de parto deve ser encorajada a pronunciar-se sobre as suas preferências, tendo a oportunidade de as discutir, iniciando-se desta forma uma relação de confiança entre a mulher/casal e o EEESMO, em que a mulher se sente valorizada e envolvida na tomada de decisão sobre si própria e o seu parto (OE, 2015).

2.1. Assistência à mulher no 2.º período do trabalho de parto

CENÁRIO CLÍNICO

Grávida de 41 semanas + 1 dias, com história obstétrica 2G 0P 1IVG, com grupo sanguíneo A Rh + e Estreptococcus do grupo B negativo. Foi uma gravidez vigiada, desejada e planeada por ambos. Desconhece alergias e não tem antecedentes pessoais relevantes. Deu entrada no hospital para indução do trabalho de parto. À entrada apresentava membranas íntegras, colo posterior, inteiro e fechado, com índice de Bishop de 2. Iniciou indução do trabalho de parto com Dinoprostona (Propess) pelas 10:30h.

Segundo informações do processo clínico, pelas 19:00h desce à sala de partos por se encontrar “queixosa” e removeu o Propess pelas 20:00h. Colocou Cateter Epidural pelas 20:35h, altura em que foi algaliada por indicação da equipa médica.

À chegada ao turno, a informação transmitida indicou que a parturiente realizou a última administração de Ropivacaína por Cateter Epidural pelas 20:45h. O último toque vaginal foi realizado às 20:00h e encontrava-se com 8cm de dilatação, 90% extinção, com a apresentação cefálica no 1.º plano de Hodge. Estava acompanhada pelo marido.

Apresenta plano de parto: idealiza parto vaginal com recurso a analgesia epidural, executar contacto pele com pele e amamentar o recém-nascido na primeira hora de vida, pretende que seja o pai a cortar o cordão umbilical, não pretende realização de episiotomia sem o seu consentimento.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

Tendo em consideração que o local onde foi realizado o estágio é um hospital perinatal diferenciado, o número de gravidezes de médio/alto risco sobrepõem-se ao número de gravidezes de baixo risco e que se iniciam de forma espontânea e, conseqüentemente, com uma atitude expectante por parte dos profissionais.

A escolha do caso prendeu-se com o número elevado de parturientes que eram admitidas na sala de partos provenientes de um processo de indução do trabalho de parto, tendo permitido a aquisição de conhecimentos nesta área. Assim, uma vez que o caso descrito reporta-se a uma indução de trabalho de parto com maturação cervical recorrendo a prostaglandinas, a dinoprostona, foi realizada uma breve fundamentação teórica sobre a temática.

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A indução consiste no processo de estimulação artificial do útero para iniciar o trabalho de parto. Pode ser realizada através da administração de ocitocina, prostaglandinas ou através da rutura artificial de membranas amnióticas. Durante o processo de indução do trabalho de parto há uma maior limitação de movimento e o procedimento em si pode causar desconforto. Para evitar potenciais riscos associados ao procedimento, a mulher e o feto precisam de ser monitorizados de forma mais intensiva (WHO, 2018b; Dekker, 2020; ACOG, 2021).

Um trabalho de parto induzido implica a realização de mais exames vaginais para avaliação do colo do útero, antes e durante a indução. Estas avaliações são necessárias para determinar o método de indução mais apropriado e permitem monitorizar o progresso durante o processo de indução. O trabalho de parto induzido pode ser mais doloroso em comparação com o trabalho de parto espontâneo (ACOG, 2021). A intervenção pode estar associada a um aumento dos riscos de complicações, especialmente, hemorragias, aumento da taxa de cesarianas, hiperestimulação uterina, rotura uterina, repercussões no desenvolvimento fetal devido à exposição a longo prazo dos fármacos, taquissístolia, aumento de taquissístolia e consequente aumento da probabilidade de rotura uterina e de sofrimento fetal intraparto), aumento do risco de hemorragia, aumento da intensidade da dor das contrações e consequentemente aumento dos pedidos por analgesia epidural (que aumenta a probabilidade de parto instrumentado) (Dekker, 2020; WHO, 2018b).

As indicações para a maturação cervical e indução do trabalho de parto incluem complicações maternas ou fetais que exigem a terminação da gravidez, sem intervenção imediata. Em todos os casos, presume-se que os riscos associados à continuação da gravidez superem os associados à maturação cervical e/ou indução do trabalho de parto. Há consenso sobre os motivos para a terminação da gravidez, que incluem condições médicas ou obstétricas graves que colocam em risco a saúde da mãe ou do feto como oligoâmnios em gestações a termo, restrição do crescimento fetal intrauterino com alterações no fluxo sanguíneo, morte fetal e gravidez que ultrapassa as 41 semanas (DGS, 2015).

Em dois ensaios clínicos randomizados realizados em 2019, em serviços de obstetrícia, evidenciaram que a indução eletiva do trabalho de parto às 41 semanas de gestação em comparação com uma atitude expectante até às 42 semanas, reduz a taxa de morte perinatal e não traduz aumento na taxa de cesarianas (Keulen et al., 2019; Wennerholm, 2019).

Dos dois estudos acima referidos, juntamente com um ensaio clínico randomizado realizado em 2018 - ARRIVE, foi possível evidenciar algumas vantagens e desvantagens da indução eletiva às 39 e 41 semanas de gestação em comparação com uma atitude expectante até às 42 semanas, em primíparas. Como vantagens destacaram: redução do risco de morte neonatal, redução ligeira da taxa de cesarianas (3%), redução do risco de hiperbilirubinemia, hipertensão na gravidez, macrossomia fetal e permite a escolha por parte da mãe de induzir o trabalho de

parto por desconfortos intensos associados à gravidez ou qualquer outro motivo pessoal/familiar.

Como contra-indicações para a utilização da indução do trabalho de parto destaca-se a existência de cesariana anterior com incisão não segmentar, duas ou mais cesarianas anteriores, cirurgia uterina prévia envolvendo o miométrio e todas as situações que contra-indicam o parto vaginal (Dekker, 2020).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que seja oferecida às mulheres a possibilidade de indução de trabalho de parto a partir das 41 semanas de gestação, não sendo recomendado a sua realização antes desta data para mulheres com gravidez sem complicações (WHO, 2018b).

PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA MÉDICA

- SONDAS, DRENOS E CATETERES

CATETER EPIDURAL

Os cateteres epidurais são amplamente utilizados em ambientes cirúrgicos, obstétricos e de dor crônica como tratamento adjuvante à anestesia geral. Através do cateter epidural, pode proceder-se à administração de anestésicos que inibem os sinais de dor na raiz nervosa. A sua colocação no espaço epidural é realizada por um anesthesiologista pelo que o EEESMO apenas presta assistência à grávida durante a sua colocação (Holladay & Sage, 2023).

A sua colocação pode resultar em complicações como: injeção intravascular, toxicidade sistêmica dos anestésicos locais, cefaleia pós-punção da dura-máter, infecção, abscesso, hematoma e bloco incompleto (Holladay & Sage, 2023).

Intervenções:

- Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural
- Avaliar evolução da temperatura corporal
- Otimizar cateter epidural
- Executar tratamento ao local de inserção do cateter epidural
- Avaliar a temperatura

A analgesia epidural também pode causar aumento da temperatura materna, resultando em taquicardia fetal (Ayres-de-Campos et al., 2015).

CATETER URINÁRIO

- Sonda de Foley, 14 Fr

Intervenções:

- Avaliar evolução de sinais de infecção do sistema urinário
- Otimizar cateter urinário
- Remover cateter urinário

PLANO DE CUIDADOS

CONTACTO 1: 21:30h

Grávida encontrada deitada no leito, acompanhada pelo marido. À chegada ao turno realizada apresentação ao casal, indicando o meu nome e referindo que era estudante do mestrado de enfermagem de saúde materna e obstétrica que estaria presente no turno até às 08:00h. Pedido consentimento ao casal para participar na prestação de cuidados sob supervisão da enfermeira orientadora, à qual o casal consentiu.

| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
|---|--|
| DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: <ul style="list-style-type: none">• Posição do colo do útero: anterior• Consistência do colo do útero: amolecido• Extinção do colo do útero: 90%• Dilatação do colo do útero: 8cm• Frequência da contração uterina: 3 contrações/10min• Duração da contração uterina: 45 segundos• Dor de trabalho de parto: moderada• Integridade das membranas amnióticas: íntegras• Posição fetal: esquerda• Apresentação fetal: cefálica• Variedade fetal: ---• Descida do feto: 1.º plano de Hodge• Bem-estar fetal: CTG tranquilizador• Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea• Expectativa face ao parto: eutócico, medicalizado• Grávida em fase ativa do trabalho de parto, com toque vaginal realizado às 20:00h: 8cm de dilatação, 90% extinção, com a apresentação cefálica no 1.º plano de Hodge (bordo superior da sínfise púbica).• Nível de Bromage: 0 (Ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés)• TA: 114/67mmHg• Após a realização da apresentação enquanto estudante, questionada à parturiente sobre como se encontrava, à qual a grávida refere “Estou bem, ansiosa por conhecer a Maria. Vim para a cama porque precisei de medicação para as dores, mas agora estou bem e já recuperei a sensibilidade nas pernas. Será que posso voltar à bola? Que exercícios aconselha nesta fase? | |

- Questionada, tendo em conta a realização prévia de exercícios na bola de partos, quais os exercícios que a parturiente tinha como preferência e que eram mais confortáveis para si.
- Disponibilidade para aprender/experienciar - Revela interesse em aprender/experienciar: envolve-se ativamente no treino; faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc.

| | |
|--------------------|--------------------------|
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
|--------------------|--------------------------|

- OBJETIVOS:**
- Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto
 - Facilitar trabalho de parto/nascimento
 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

- INTERVENÇÕES:**
- 21:30h - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto
 - 21:30h - Gerir ambiente físico para promover relaxamento
 - 21:30h - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto
 - 21:30h - Gerir ingestão de líquidos
 - Avaliar evolução do trabalho de parto

- ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:**
- Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto***
- 21:30h - Ajudar a mulher a sentar-se na bola com os joelhos afastados com o objetivo de aumentar o diâmetro da pelve superior e favorecer o encravamento da apresentação fetal.
 - Sugerir movimentos circulares, movimentos em 8, movimento laterais para ambos os lados, movimentos para a frente e para trás (Calais-German & Vives, 2009).
- Gerir ambiente físico para promover relaxamento***
- 21:30h - Assegurar a privacidade - manter as portas fechadas.
 - 21:30h - Adequar a iluminação às preferências da parturiente - reduzir intensidade da luz.
- Envolver pessoa significativa no trabalho de parto***
- 21:30h - Apoiar a parturiente, através de apoio nas costas à parturiente e realização de massagem livre nos ombros.
 - 21:30h - Elogiar o desempenho do acompanhante.
- Avaliar evolução do trabalho de parto [Sem horário]***

- Interpretação do traçado cardiotocográfico - vigiar FCF, variabilidade, presença ou ausência de acelerações e desacelerações e número de contrações em cada 10 minutos. Apresenta 3 contrações a cada 10 minutos, com acelerações e ausência de desacelerações.

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto***

Dado que à chegada ao quarto, a parturiente solicitou o apoio para a realização de exercícios da bola, foi assistida no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto, recorrendo à bola de parto, através da realização de exercícios promotores do encravamento da apresentação fetal.

A evidência salienta que se deve encorajar a verticalidade e a liberdade de movimentos durante o trabalho de parto (WHO, 2018a). A mobilidade e verticalidade durante o trabalho de parto influenciam positivamente a sua evolução e permite uma participação ativa da parturiente ao longo do processo.

A adoção de posições verticais proporciona a eficácia dos esforços expulsivos, diminuído a duração do trabalho de parto, as taxas de parto assistido e de episiotomia. Ao beneficiarem do efeito da gravidade, as posições verticalizadas melhoram a perfusão tecidual pela ausência de compressão da veia cava comparativamente a posições horizontais, proporcionam uma sensação de maior conforto e alívio da dor, aumentam a eficácia da contratilidade uterina diminuindo o tempo de trabalho de parto e favorecem a descida fetal através da modificação dos diâmetros da bacia (Amaro et al., 2021).

Quando a apresentação fetal se apresenta no 1.º plano de Hodge (bordo superior da sínfise púbica) ou acima, importa adotar posições e comportamentos que favorecem o encravamento da apresentação fetal na pelve materna. As posições verticais, pelo efeito da gravidade, associadas às contrações uterinas, contribuem favoravelmente para o encravamento. A adoção de posições privilegiando a rotação externa do fémur, contribui para aumentar os diâmetros superiores da pelve, uma vez que, esta posição permite que as articulações sacroilíacas se juntem por trás e a sínfise púbica separa-se pela frente, favorecendo a abertura do estreito superior (Cardoso et al., 2023b).

Exercícios como básculas (movimentos rotativos), movimentos assimétricos dos membros inferiores, exercícios verticais e deambulação ajudam a progressão fetal ao longo da bacia materna (Calais-German & Vives, 2009).

O uso da bola de parto possui resultados positivos no que diz respeito à redução da intensidade dor durante o trabalho de parto. Por ser um método de baixo custo e que não interfere no bem-estar materno e fetal pode ser utilizada como estratégia complementar durante o trabalho de

parto, garantindo a mobilidade e a verticalidade (Mascarenhas et al., 2019; Mendes et al., 2022; Grenvik et al., 2023).

- ***Intervenção: Gerir ambiente físico para promover relaxamento***

Tendo por base as preferências da parturiente, foi questionada sobre a intensidade da luz, tendo esta optado por reduzir a mesma. De forma a garantir a privacidade, as portas da sala de partos encontravam-se fechadas.

Segundo a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), importa conhecer as preferências de cada mulher e ajustar o ambiente às suas preferências (OE, 2022). É recomendada a prestação de cuidados durante o trabalho de parto e parto com dignidade, privacidade e confidencialidade (WHO, 2018a).

A importância da privacidade é fundamental para tranquilizar o neocórtex e facilitar a libertação de hormonas necessárias ao trabalho de parto, como a ocitocina. A sensação de se sentir observado está intimamente relacionada com a ativação da atividade neocortical e consequente libertação de adrenalina (Lothian, 2004; Forbes et al., 2008). A criação de um ambiente familiar, através da privacidade e controlo da intensidade da luz, proporciona à mulher uma sensação de maior relaxamento e segurança, controlo sobre o ambiente do seu parto e aumento da confiança e sensação de controlo pessoal (Stenglin e Foureur, 2013). A luz artificial brilhante proporciona estimulação do neocórtex provocando a libertação de adrenalina e hormonas de stress (Lothian, 2004).

Odent (2009) no seu estudo, salienta a importância do ambiente onde ocorre o parto, considerando que a falta de privacidade, excesso de intervenções e excesso de luminosidade, podem influenciar negativamente o trabalho de parto, através da ativação do neocórtex da mulher, região cerebral responsável pelo raciocínio. Sendo o parto um processo instintivo, onde a parte primitiva do cérebro está mais ativada (sistema límbico - responsável pelas emoções e comportamentos), a promoção de um ambiente acolhedor, confortável e com privacidade permite respeitar a fisiologia do parto. Rodrigues e Shimo (2019) salientam que a baixa luminosidade oferece maior tranquilidade, aumentando o envolvimento da mulher para o momento que está a vivenciar e consequente autonomia.

- ***Intervenção: Envolver pessoa significativa no trabalho de parto***

A evidência recomenda a presença de um acompanhante à escolha da mulher ao longo do trabalho de parto e parto (WHO, 2018a). Dado que a parturiente se encontrava acompanhada pelo marido e após este ter solicitado ajudar e participar, foi orientado a fornecer apoio à parturiente, sentando numa cadeira por trás dela e incentivado a realizar massagem livre nos ombros.

Segundo o Despacho n.º 5344-A/2016 - Diário da República n.º 76/2016, 1.º Suplemento, Série II de 2016-04-19 e Lei n.º 15/2014 - Diário da República n.º 57, Série I de 2014-03-21, a mulher grávida tem direito ao acompanhamento durante todas as fases do trabalho de parto.

Vários são os estudos que salientam os benefícios da presença do pai/pessoa significativa durante o trabalho de parto. Descrevem que a sua presença está associada a uma maior tranquilidade e segurança por parte da parturiente, fortalece a ligação mãe-pai-filho, reduz a intensidade da dor e conseqüente necessidade de medicação e, por fim, associa-se a uma diminuição do tempo de trabalho de parto (Costa et al., 2016a; Amorim et al., 2020; Nogueira et al., 2020; Pereira et al., 2022).

- ***Intervenção: Avaliar evolução do trabalho de parto [Sem horário]***

Para além do exame vaginal e das reações e comportamentos maternos que podem ajudar a compreender a evolução do trabalho, também a CTG é um contributo para avaliar o bem-estar fetal ao longo do trabalho de parto, através do registo concomitante da FCF e das contrações uterinas. Pode ser realizado de forma contínua ou intermitente, sendo que na primeira existe uma monitorização contínua da FCF, contudo implica uma maior restrição de movimentos por parte da parturiente em relação à monitorização intermitente (Souza & Amorim, 2008).

A WHO (2018a) não recomenda CTG contínua em grávidas saudáveis, com início espontâneo do trabalho de parto.

Este exame é realizado colocando um transdutor acoplado ao ventre materno, sobre o dorso fetal, após a sua determinação com recurso às manobras de Leopold, para a captação dos batimentos cardíacos fetais. Um segundo dispositivo é posicionado próximo do fundo uterino para registar a contratilidade uterina. Esses sinais são transmitidos a um monitor que gera um registo gráfico da FCF e das contrações uterinas em simultâneo (Néné et al., 2016; Oliveira & Sá, 2020).

Para a sua realização é recomendado que a grávida se posicione de forma a não comprometer a perfusão sanguínea podendo optar por decúbito lateral, posição de *semi-fowler* (30°C), *fowler* (45°C) ou sentada; garantir que a grávida se alimentou evitando grandes períodos de jejum; a avaliação através da CTG deve ser realizada por um período de 30 minutos para permitir que todos os parâmetros sejam avaliados (FCF basal - linha de base, oscilações da FCF - variabilidade da FCF, acelerações e desacelerações da FCF). Por fim, após a sua realização é necessário a sua classificação (Oliveira & Sá, 2020).

A FCF basal, também designada de linha de base, é definida como a FCF média estimada num período de 10 minutos, com exclusão de acelerações, desacelerações e períodos de variabilidade marcada. Pode ser considerada normal (110-160 bpm), bradicardia (<110 bpm) e taquicardia (>160 bpm). A taquicardia, valor basal acima de 160 bpm com duração superior a

10 minutos, geralmente advém de febre materna, no entanto, outras causas podem estar na sua origem como: infecção intrauterina, hipoxia fetal, secreção de catecolaminas ou por doenças cardíacas fetais, arritmias fetais. Outras causas menos frequentes são a administração de medicamentos beta-agonistas e bloqueadores parassimpáticos. A bradicardia, valor basal abaixo de 110 bpm com duração superior a 10 minutos, está associada a hipoxia fetal, doenças cardíacas fetais e como efeito secundário do uso de drogas pela mãe (Ayres-de-Campos et al., 2015; Néné et al, 2016; Oliveira & Sá, 2020).

A variabilidade, diz respeito à oscilação da FCF avaliada como a amplitude média da largura de banda do sinal em segmentos de 1 minuto. A variabilidade normal considera uma amplitude entre 5 e 25 bpm. A variabilidade é considerada reduzida quando a amplitude é inferior a 5bpm por mais de 50 minutos em segmentos de linha de base ou por mais de 3 minutos durante desacelerações. Esta redução da variabilidade pode ocorrer por hipóxia fetal, processo infeccioso, administração de depressores do sistema nervoso central ou bloqueadores parassimpáticos. Durante o sono profundo, a variabilidade geralmente está na faixa inferior da normalidade, mas a amplitude da largura de banda raramente é inferior a 5 bpm, sendo que o ciclo de sono fetal normalmente dura 20 a 40 minutos e praticamente nunca ultrapassa 90 minutos no feto normal e saudável (Ayres-de-Campos et al., 2015; Oliveira & Sá, 2020). A variabilidade aumentada implica um valor de largura de banda superior a 25 bpm com duração superior a 30 minutos (Ayres-de-Campos et al., 2015).

As acelerações da FCF correspondem a aumentos abruptos na FCF acima da linha de base, de mais de 15 bpm em amplitude e com duração superior a 15 segundos, mas inferior a 10 minutos. A maioria das acelerações coincide com movimentos fetais e é considerado um sinal de bem-estar fetal (Ayres-de-Campos et al., 2015).

As desacelerações da FCF correspondem a diminuições da FCF abaixo da linha de base, de mais de 15 bpm de amplitude e com duração superior a 15 segundos. Podem ser classificadas como precoces, variáveis ou tardias. As desacelerações precoces são desacelerações superficiais e de curta duração com variabilidade normal dentro da desaceleração e coincidentes com contrações. Estão habitualmente associados à compressão fetal aquando das contrações e não indicam hipóxia/acidose fetal. As desacelerações variáveis, habitualmente em forma de V, exibem uma queda rápida, boa variabilidade dentro da desaceleração, recuperação rápida até a linha de base. São comumente associadas à compressão do cordão umbilical. Por último, as desacelerações tardias, geralmente em forma de U, e ocorrem quando o nadir da desaceleração ocorre após o pico da contração uterina e são altamente sugestivas de comprometimento da oxigenação fetal. As desacelerações podem também ser consideradas de natureza repetitiva quando estão associadas a mais de 50% das contrações uterinas (Ayres-de-Campos et al., 2015; Oliveira & Sá, 2020).

Tendo por base estes conhecimentos teóricos, a CTG pode ser classificado, segundo as orientações da FIGO, em normal ou tranquilizador, suspeito ou patológico/não tranquilizador, resultante da avaliação dos parâmetros anteriormente descrito.

- CTG normal/tranquilizador: linha de base 110-160 bpm; variabilidade 5-25 bpm; presença ou ausência de acelerações; ausência de desacelerações repetitivas; feto sem hipóxia/acidose; não é necessária qualquer intervenção para melhorar a oxigenação fetal.
- CTG suspeito: sem pelo menos uma característica de normalidade, mas sem características patológicas no que diz respeito à linha de base, variabilidade e desacelerações; baixa probabilidade de hipóxia/acidose; é necessário agir para corrigir as causas reversíveis identificadas, monitorização mais apertada ou utilização de métodos adjuvantes.
- CTG patológico: linha de base <100 bpm; variabilidade reduzida, aumentada ou com padrão sinusal; desacelerações repetitivas (tardias ou prolongadas) num intervalo de tempo superior a 30 min ou se baixa variabilidade superior durante > 20 min ou desaceleração superior a 5 minutos; alta probabilidade de hipóxia/acidose; é necessária ação imediata para corrigir causas reversíveis, métodos adjuvantes ou se não for possível parto imediato (Ayres-de-Campos et al., 2015).

A evidência recomenda a monitorização fetal intermitente em grávidas de baixo risco (WHO, 2018a; DGS, 2023b). Contudo, no BP do hospital onde se realizou o estágio é preconizada a monitorização fetal contínua durante o trabalho de parto. Por esse motivo a parturiente esteve monitorizada com CTG de forma contínua durante o trabalho de parto sendo apenas suspensa para as idas à casa de banho.

CONTACTO 2: 21:43h

| | |
|--------------------|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Pelas 21:43h, a parturiente refere que se está a sentir molhada. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto • Expectativa face ao parto: eutócico, medicalizado |

INTERVENÇÕES:

- Avaliar evolução do trabalho de parto

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:***Avaliar evolução do trabalho de parto***

- Realizar exame vaginal - lavar as mãos; solicitar consentimento e explicar a necessidade de realizar o exame; explicar o procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos e afastados; assegurar privacidade; realizar toque vaginal.
 - Dados de avaliação: observada saída de líquido amniótico de cor clara, cheiro sui generis. Constata-se, dilatação completa e apresentação fetal ao nível do 2.º plano de Hodge, apresentação cefálica e posição fetal esquerda.
Hora da rotura de membranas: 21:43h
- Interpretação do traçado cardiotocográfico: presença de 3 contrações/10min, com duração média de 45 segundos.

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Avaliar evolução do trabalho de parto***

Na fase latente do 2.º período do trabalho de parto, a WHO (2018a) recomenda a realização de exame vaginal de 2/2 horas se nada ocorrer que justifique exame imediato. A realização do exame vaginal permite determinar o plano da apresentação fetal, ao nível dos planos de Hodge, a posição fetal, a extinção e dilatação do colo e o estado das membranas amnióticas (NICE, 2023b).

No exame vaginal, para além dos aspetos mencionados anteriormente, é possível avaliar a estática fetal que se define como a relação entre o feto, o útero e a bacia, conseguindo descrever-se a apresentação, ponto de referência, posição e variedade do feto. O termo apresentação refere-se à parte fetal acessível ao toque e pode ser considerada cefálica, pélvica ou transversa. O ponto de referência é a parte fetal identificável pelo toque vaginal e que é utilizado para identificar a posição e a variedade: pode ser a escama do occipital na apresentação cefálica, o mento na de face ou o sacro na apresentação de nádegas. A posição baseia-se na relação do ponto de referência fetal com a pélvis materna e pode ser esquerda ou direita. A variedade refere-se à relação do ponto de referência da apresentação fetal com as regiões anterior, posterior e transversa (Nené et al., 2016).

A progressão fetal ao longo da bacia materna pode ser avaliada com recurso aos planos de Hodge. O 1.º plano de Hodge baseia-se numa linha imaginária que passa entre o bordo superior da sínfise púbica e o promontório; o 2.º plano passa pelo bordo inferior da sínfise púbica e entre a primeira e segunda vértebra sagrada; o 3.º plano é paralelo aos anteriores e passa ao nível

das espinhas isquiáticas e, por fim, o 4.º plano de Hodge é paralelo ao anterior e passa pela ponta do cóccix (Nené et al., 2016).

A monitorização cardiotocográfica nunca deve ser considerada como um substituto para uma boa observação e julgamento clínico, ou como uma desculpa para deixar a mãe sozinha durante o trabalho de parto (Ayres-de-Campos et al., 2015).

O segundo período do trabalho de parto contempla o período entre a dilatação completa e a expulsão do feto. Este período tem uma duração variável e pode, em nulíparas durar três horas, e em múltiparas duas horas, na ausência de analgesia epidural. Na presença de analgesia epidural este período aumenta, sendo que em nulíparas com analgesia epidural a duração do segundo período pode ser de quatro horas, enquanto em múltiparas dura três horas (Lee & Azzam, 2016; WHO, 2018a).

| | |
|---|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação fetal ao nível do 2.º plano de Hodge. • Foi questionada sobre a sua preferência em alimentar-se uma vez que se encontra no segundo período do trabalho de parto e necessita de energia para o período expulsivo. • Parturiente solicita colocar-se de pé curvando-se e apoiando os braços sobre a cama. | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar trabalho de parto/nascimento | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gerir ingestão de líquidos <p>Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p>Gerir ingestão de líquidos</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21:30h - Oferecer líquidos claros - água, gelatina ou chá - a parturiente optou por gelatina <p>Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • 21:43h - Otimizar posição das pernas - orientar a colocação dos joelhos juntos para aumentar o diâmetro da pelve de saída | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Gerir ingestão de líquidos**

É recomendada a ingestão de líquidos claros (água, chá com ou sem açúcar, colas, sumos sem polpa de fruta), gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, conforme a parturiente desejar, se a evolução do trabalho de parto e a monitorização fetal forem normais (WHO, 2018a; DGS, 2023b).

- **Intervenção: Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto**

Após o encravamento fetal, quando a apresentação fetal se apresenta ao nível do 2.º e 3.º plano de Hodge, importa adotar posicionamentos que favoreçam o aumento do diâmetro da pelve de saída e que permitam o movimento das espinhas isquiáticas para facilitar e progressão do feto ao longo do canal de parto e, conseqüentemente, a expulsão. Nesta fase importa adotar estratégias que incluam posições com movimentos assimétricos dos membros inferiores, posicionamentos promotores da rotação interna o fémur, nutação do sacro e alternância de movimentos do fémur, exercícios basculantes e promoção da deambulação. Podem ser realizados de pé, na bola de pilates ou deitada. Através da rotação interna do fémur as articulações sacroilíacas separam-se por detrás e a sínfise púbica comprime-se pela frente (separa as espinhas isquiáticas) (Calais-German & Vives, 2009; Cardoso et al., 2023b).

CONTACTO 3: 22:30h

| | |
|----------------------|---|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none">• Pelas 22:30h solicita analgesia. Refere dor no fundo da barriga e um aumento de pressão a nível vaginal. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none">• Facilitar trabalho de parto/nascimento• Controlar dor de trabalho de parto• Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto |
| INTERVENÇÕES: | <ul style="list-style-type: none">• Assistir a posicionar• Gerir analgesia• Gerir ambiente físico para promover relaxamento |

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:***Assistir a posicionar***

- Ajudar a parturiente a posicionar-se no leito na posição que lhe for mais confortável

Gerir analgesia

- Administrar 10mg de Ropivacaína por cateter epidural conforme protocolo

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Reduzir intensidade da luz

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Assistir a posicionar***

Segundo as recomendações da DGS (2023b), no segundo período do trabalho de parto, a parturiente deve adotar a posição que preferir.

CONTACTO 4: 22:45h

Após a administração de analgesia pelo cateter epidural a DGS (2023b) recomenda avaliar pulso radial e PA cada 5 minutos após a administração do bólus epidural, até 20 minutos após o estabelecimento do bloqueio, e posteriormente a cada 15 minutos.

| DOMÍNIO | SISTEMA CARDIOVASCULAR |
|--|------------------------|
| DADOS: <ul style="list-style-type: none">• 22:35h - Avaliação da PA: 106/53mmHg; FC: 96bpm.• 22:40h - Avaliação da PA: 112/76mmHg; FC: 90bpm.• 22:45h - Avaliação da PA: 118/76mmHg; FC: 85bpm. | |

| | |
|--|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: <ul style="list-style-type: none">• Pelas 22:45h, a parturiente refere aumento de pressão, com conseqüente vontade de evacuar. | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |

| |
|--|
| <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar trabalho de parto/nascimento • Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto |
| <p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22:45h - Assistir a posicionar • 22:45h - Avaliar evolução do trabalho de parto |
| <p>ATIVIDADES POR INTERVENÇÃO:</p> <p><i>Assistir a posicionar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar a posicionar-se na cama, adotando a posição de semi-sentada com os joelhos juntos, a fim de facilitar a progressão da apresentação fetal. <p><i>Avaliar evolução do trabalho de parto [22:45h]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar monitorização cardiotocográfica - 4 contrações a cada 10 minutos, presença de acelerações, desacelerações precoces. • Realizar exame vaginal - lavar as mãos; solicitar consentimento e explicar a necessidade de realizar o exame; explicar o procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos e afastados; assegurar privacidade; realizar toque vaginal. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dados de avaliação:</u> Dilatação completa, apresentação fetal ao nível do 3.º plano de Hodge. |

| | |
|--------------------|---|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Exame vaginal: Dilatação completa, apresentação fetal ao nível do 3.º plano de Hodge. • Grávida idealiza parto vaginal. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar trabalho de parto/nascimento • Prevenir laceração do períneo • Promover parto eutócico • Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto |

INTERVENÇÕES:

- 22:50h - Implementar medidas de proteção do períneo
- 22:50h - Assistir no parto
- 23:20h - Assistir na expulsão da placenta
- 23:40h - Avaliar evolução do trabalho de parto

ATIVIDADES POR INTERVENÇÃO:***Gerir ambiente físico***

- Garantir a privacidade - fechar as portas
- Reduzir a intensidade da luz
- Permitir um ambiente calmo, respeitando a vontade da parturiente quanto ao número de pessoas presentes na sala de parto

Implementar medidas de proteção do períneo

- Posicionar a mão dominante no períneo, com o polegar e o indicador em ambos os lados da fúrcula e realizar um movimento de aproximação entre os dedos; aplicar pressão no períneo com o resto da mão para auxiliar na saída da cabeça do recém-nascido; usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça, auxiliando na flexão da mesma exercendo pressão sobre o occipital para baixo em direção ao períneo e ajudar a desencravar as bossas parietais - Manobra de Ritgen.

Assistir no parto

- 22:50h - Explicar que a pressão que sente é a cabeça do recém-nascido no canal vaginal
- 22:50h - Preparar o material - dispor o kit de parto numa mesa
- 22:50h - Monitorizar a FCF e contrações uterinas de forma contínua até exteriorização da cabeça
- 22:58h - Remover sonda vesical
- 22:50h - Incentivar esforços expulsivos quando sentir vontade
- 22:50h - Elogiar esforços expulsivos e dar reforços positivos
- 22:50h - Orientar para respiração calma e profunda, relaxando no intervalo das contrações
- 22:50h - Colocar campo esterilizado (bolsa de parto) sobre as nádegas
- 22:50h - Manter atitude expectante, observando a elasticidade dos tecidos perineais e a alteração da coloração dos tecidos
- 22:58h - Questionar se quer sentir a cabeça do recém-nascido no coroamento
- 22:58h - Auxiliar a saída da cabeça fetal
- 22:58h - Verificar presença de circular do cordão após exteriorização da cabeça
- 22:58h - Aguardar restituição da apresentação fetal

- 22:58h - Registrar a hora de nascimento: 22:58h
- 22:58h - Secar e estimular o recém-nascido no abdômen da mãe
- 22:58h - Tapar a cabeça (gorro) e cobrir o resto do corpo com lençol aquecido deixando o rosto exposto
- 22:58h - Colocar perfusão de Ocitocina segundo protocolo do serviço - 10UI em 1000mL SF/Glicose 5%
- 22:58h - Avaliar índice de APGAR ao 1.º minuto, 5.º e 10.º minuto

Assistir na expulsão da placenta

- 23:30h - Inspeccionar a placenta - placenta completa, bordos regulares, cotilédonos íntegros, bolsa amniótica com 2 folhetos, presença de 2 artérias e 1 veia, inserção marginal do cordão umbilical
- 23:30h - Inspeccionar o períneo - períneo íntegro
- 23:40h - Realizar a higiene perineal após a dequitação - lavar vulva e vagina com soro fisiológico

Avaliar evolução do trabalho de parto [23:30h]

- Posição no parto: semi-sentada
- Esforços expulsivos eficazes
- Hora do nascimento: 22:58h
- Tipo de parto: conforme a expectativa.
- Posição: OEA
- Tipo de dequitação: espontânea - mecanismo de Schultze
- Hora da dequitação: 23:20h
- Características da placenta: sem alterações observáveis
- Estado do períneo: íntegro
- Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada
- Contração do útero pós-parto: útero contraído

Fundamentação Teórica:

O segundo período do trabalho de parto que contempla o período entre a dilatação completa e a expulsão do feto. Este período tem uma duração variável e pode, em nulíparas durar três horas, e em multíparas duas horas (WHO, 2018a).

A progressão e os movimentos do feto ao longo dos diferentes planos, adaptando-se e ajustando-se aos diâmetros pélvicos, são denominados mecanismos do trabalho de parto. Estes mecanismos são divididos nos seguintes movimentos cardinais: Encravamento ou insinuação; Descida; Flexão; Rotação interna; Extensão; Rotação externa e Expulsão (Nené et al., 2016). Mais recentemente, Iversen et al. (2021), assumem apenas quatro mecanismos de parto em vez

dos sete anteriormente descritos, considerando apenas: Flexão, Rotação Interna, Extensão e Rotação Externa.

A insinuação é o processo pelo qual o maior diâmetro transversal do feto, o biparietal, atravessa a entrada pélvica e pode ocorrer durante as últimas semanas de gestação ou apenas após o início do trabalho de parto. A descida, essencial para o nascimento, começa com a insinuação e é impulsionada pelas contrações uterinas e os esforços maternos, ocorrendo após o início do segundo período do trabalho de parto. A flexão acontece quando a cabeça fetal encontra resistência, levando o queixo do feto a aproximar-se do tórax, diminuindo os diâmetros fetais. A rotação interna é a rotação da cabeça de forma que a parte occipital se desloque em direção à sínfise púbica, sendo essencial para o trabalho de parto. Durante a extensão, a apresentação fetal pressiona o assoalho pélvico, direcionando-a para a vulva, emergindo gradualmente sobre a borda anterior do períneo e culminando na expulsão da cabeça. Após a expulsão da cabeça fetal, ocorre a restituição ou rotação externa, onde o corpo fetal roda para adaptar o diâmetro biacromial à pelve materna. Quando o ombro anterior aparece sob a sínfise púbica, o períneo distende sob o ombro posterior, e o resto do corpo é rapidamente expulso, culminando na expulsão completa (Nené et al., 2016). Estes mecanismos permitem facilitar a passagem do feto pelo canal de parto ajustando os maiores diâmetros fetais aos maiores diâmetros da bacia materna.

- ***Intervenção: Assistir a posicionar***

Para as mulheres com analgesia epidural, recomenda-se encorajar a adoção de uma posição de parto à escolha de cada mulher, incluindo posições verticais (WHO, 2018a). Embora esteja recomendado a escolha da posição por parte da mulher durante o parto, o hospital onde se realizou o estágio preconiza a adoção da posição semi-sentada no período expulsivo, pelo que foi essa a posição adotada na assistência ao parto.

A posição de semi-sentada consta na lista de posições verticais, definindo-se como tal, qualquer posição em que haja um ângulo superior a 45° entre o tronco e os membros inferiores (Nené et al., 2016).

- ***Intervenção: Implementar medidas de proteção do períneo***

A conduta para evitar o trauma perineal durante o estágio foi a de proteção do períneo através da realização da proteção ativa do períneo com a mão e controlo da descida da apresentação, quando esta última começa a distender a vulva, conforme preconiza a DGS (2023b).

A WHO (2018a) recomenda a utilização de técnicas para reduzir o traumatismo perineal e facilitar o nascimento espontâneo (incluindo massagem perineal, aplicação de compressas

mornas e proteção ativa do períneo com a mão) para mulheres na segunda fase do trabalho de parto, de acordo com a preferência das mulheres e com as opções disponíveis.

As técnicas de proteção perineal demonstraram reduzir o risco de lacerações perineais graves durante o parto. Assim, se a posição da mulher o permitir, é recomendável posicionar a mão dominante no períneo, com o polegar e o indicador em ambos os lados da fúrcula. Em seguida, realizar um movimento de aproximação entre os dedos. Ao mesmo tempo, aplicar pressão no períneo com a outra mão para auxiliar na saída da cabeça do recém-nascido. A mão não dominante deve ser utilizada para controlar a velocidade de saída da cabeça e facilitar sua extensão (WHO, 2018a; Ducarme et al., 2019; Kleprlikova et al., 2020; Zang et al., 2023).

- ***Intervenção: Assistir no parto***

Durante o período expulsivo a WHO (2018a) recomenda encorajar e apoiar as mulheres a seguirem o seu próprio impulso para a realização de esforços expulsivos.

Após a saída da cabeça fetal, a parturiente foi instruída a suspender os esforços expulsivos, e foi pesquisada a existência de circulares do cordão umbilical. Quando existiram circulares largas à volta da cabeça fetal, estas passaram sobre a mesma, e as restantes manobras do parto foram realizadas (libertação do ombro anterior, do ombro posterior e do corpo). De seguida, foi colocado de imediato o recém-nascido em contacto pele com pele.

- ***Intervenção: Assistir na expulsão da placenta***

O terceiro período do trabalho de parte contempla a dequitação, expulsão da placenta, e decorre desde a expulsão do feto até à expulsão completa da placenta, processo que decorre de um mecanismo fisiológico. Durante o estágio realizou-se uma gestão ativa do 3.º período do trabalho cuja intervenção incluiu a administração de 10UI IV de Ocitocina (a 500mL/h em 1000mL de SF 0,9% ou Glicose 5%) imediatamente após a expulsão fetal (WHO, 2018a; DGS, 2023b). A ocitocina é segundo a WHO (2018a), o fármaco uterotónico de eleição na prevenção da hemorragia pós-parto.

Após a administração da ocitocina aguarda-se o descolamento da placenta. Neste período, o útero continua a contrair-se, o que favorece a separação da placenta e todo o processo de hemóstase que deve ocorrer nesta fase, para prevenir a hemorragia, formando-se o globo de segurança de Pinard. O terceiro estágio do trabalho de parto (dequitação) é variável, podendo durar entre 5 minutos e 1 hora. A expulsão da placenta ocorre em dois tempos: no primeiro tempo, dá-se a separação da placenta da parede uterina e a sua descida para o segmento uterino inferior e/ou vagina; no segundo tempo, ocorre a expulsão completa da placenta através do canal de parto.

Os profissionais de saúde devem ter uma atitude expectante neste terceiro estágio do trabalho de parto, respeitando o tempo fisiológico da dequitação e estando atentos aos sinais de separação da placenta como a hemorragia de separação (repentina perda de sangue escuro oriunda do introito vaginal); elevação do fundo uterino 2-3 cm acima do umbigo; o aparecimento de contrações uterinas; e o prolongamento evidente do cordão umbilical (Amaral et al., 2020). Durante o estágio a confirmação do descolamento da placenta foi realizada com recurso à manobra de Krustner, que consiste em colocar o bordo externo da mão não dominante acima da sínfise púbica, fazer pressão na vertical, em direção à coluna vertebral, e fazer a correção da anteversão do útero (se o cordão umbilical retrai, ainda não se deu o descolamento; se o cordão umbilical se mantém estático, é sinal de que se deu o descolamento da placenta) (Amaral et al., 2020). Após o descolamento placentário realizou-se tração controlada do cordão com ligeira massagem do fundo do útero, conjugando com os esforços expulsivos maternos conforme recomendações (WHO, 2018a; DGS, 2023b).

Na expulsão da placenta são descritos na literatura dois mecanismos de descolamento: o mecanismo de Schultze em que surge pelo canal vaginal a superfície fetal (parte brilhante da placenta), em que a separação da placenta inicia-se pela zona central e, portanto, a maior quantidade de sangue, proveniente da formação do hematoma retroplacentar, só se exterioriza após a expulsão da placenta. Este mecanismo de descolamento da placenta corresponde a 75% dos casos. No mecanismo de Duncan, surge em primeiro lugar a face rugosa e avermelhada, correspondente à superfície materna. O descolamento da placenta inicia-se pela periferia, fazendo com que a placenta deslize lateralmente até à vagina acompanhada por um sangramento contínuo (Amaral et al., 2020).

Após a saída da placenta importa avaliar as suas características de forma a garantir que o útero não fica impedido de contrair pela presença de restos placentares. A avaliação macroscópica da placenta implica observar a inserção e número de vasos do cordão, comprimento do cordão, peso, inspeção da face materna e face fetal e presença das duas membranas amnióticas (âmnio e córion) (DGS, 2023b).

Logo após a dequitação importa avaliar a frequência cardíaca, PA, temperatura, perda hemática vaginal e altura e tônus uterino a fim de deter precocemente qualquer complicação (WHO, 2018a; DGS, 2023b). Esta avaliação regular é recomendada pela WHO (2018a) de forma rotineira nas primeiras 24h, a partir da primeira hora após o nascimento.

São também cuidados após o terceiro período do trabalho de parto, a avaliação da integridade vulvar e perineal. No caso clínico, observou-se uma laceração vaginal, sem sangramento ativo pelo que não houve necessidade de suturar, considerando-se o períneo como íntegro. Após observação do períneo foi realizada limpeza vulvar e perineal com soro fisiológico (DGS, 2023b).

| | |
|---|--|
| FOCO | Comportamento interativo - Comportamentos de ligação mãe-pai-filho |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> No plano de parto o pai pretendia cortar o cordão umbilical. | |
| DIAGNÓSTICO | LIGAÇÃO MÃE-PAI-FILHO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Promover a ligação mãe-pai-filho | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Planejar a participação do pai nos cuidados | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p><i>Planejar a participação do pai nos cuidados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ajudar o pai a executar o corte do cordão umbilical - Fornecer ao pai uma tesoura; segurar no clampe e numa porção mais distal do cordão indicando ao pai o local onde cortar o cordão umbilical. | |

Fundamentação Teórica:

Nogueira e Ferreira (2012) realizaram um estudo transversal e qualitativo, cujo objetivo era verificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas, o envolvimento na gravidez ou o corte do cordão umbilical com a ligação emocional do pai com o recém-nascido, e constataram que os pais que cortaram o cordão umbilical obtiveram uma maior ligação emocional com o recém-nascido.

O plano de parto contemplava o corte do umbilical pelo pai, decisão essa que foi respeitada.

| | |
|--|-------------------------------|
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Parto eutócico às 22:58h Pulso rítmico, simétrico com amplitude mediana e regular. Frequência do pulso: 90 bpm. PA: 127/84 mm Hg. | |
| DIAGNÓSTICO | SISTEMA CARDIOVASCULAR |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> Avaliar pressão arterial - imediatamente após o parto e a cada 15 min após o parto nas primeiras 2h | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Avaliar pressão arterial**

São recomendações da DGS (2023b), a avaliação da perda hemática, PA e pulso imediatamente após o parto e a avaliação da perda hemática vaginal, pulso radial, PA, e estado de contratatura uterina a cada 15 minutos durante as primeiras 2 horas após a parto.

CONTACTO 5: 22:58h

| | |
|--|---|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto - Nascimento |
| DADOS | <ul style="list-style-type: none">• Hora do nascimento: 22:58h• Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9• Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10• Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10 |
| DIAGNÓSTICO | NASCIMENTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none">• Promover adaptação à vida extrauterina |
| INTERVENÇÕES: | <ul style="list-style-type: none">• Executar clampeamento do cordão umbilical• Executar técnica de pele com pele |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | <p><i>Executar clampeamento do cordão umbilical</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Clampar o cordão umbilical do recém-nascido ao fim de 60 segundos <p><i>Executar técnica de pele com pele</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Colocar o recém-nascido despido sobre o peito materno, em decúbito ventral, com os membros inferiores ligeiramente fletidos e o tórax levantado, rosto destapado e face lateralizada. |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Executar clampeamento do cordão umbilical**

As evidências apontam para os benefícios da laqueação tardia do cordão umbilical, ao fim de 60 segundos (WHO, 2018a; DGS, 2023b; SPN, 2023).

A evidência existente é robusta relativamente aos benefícios significativos deste procedimento para os recém-nascido sendo um procedimento seguro tanto para os recém-nascidos como para as mães. A laqueação do cordão umbilical após 1 minuto permite a passagem de sangue da placenta para o recém-nascido após o início da ventilação permitindo uma transição mais fisiológica à vida extrauterina, aumenta o valor de hemoglobina ao nascimento, melhora o armazenamento de ferro e diminui a anemia por défice de ferro durante o primeiro ano de vida quando comparado com a laqueação antes de 1 minuto. Estes efeitos traduziram-se em melhores resultados no que respeita ao desenvolvimento neurológico aos 4 anos de idade. Além dos benefícios neonatais, não se verificou aumento da morbimortalidade materna. Os dados demonstraram um aumento de 1,6% de probabilidade na necessidade de fototerapia, sendo este risco largamente ultrapassado pelos benefícios da laqueação tardia (ACOG, 2020b; SPN, 2023).

- ***Intervenção: Executar técnica de pele com pele***

A SPN (2023), recomenda que todos os recém-nascidos de idade gestacional superior a 35 semanas, com tónus, respiração e cor adequados devem ser colocados em contacto pele com pele precoce com a mãe, durante a 1.ª hora de vida.

A evidência é robusta quanto os benefícios do contacto pele com pele logo após o nascimento quer para o recém-nascido, quer para a mãe. A redução do stress, a regulação da temperatura, a coordenação dos cinco sentidos, a estimulação natural dos reflexos que conduzem à amamentação, a promoção do início da mamada autonomamente, a redução do choro e a promoção do sono são alguns dos benefícios para o recém-nascido. Relativamente à mãe, os benefícios também são inúmeros, desde a promoção do relaxamento, a promoção da ligação mãe-filho, início precoce da amamentação, promoção do sono e mostra-se importante na involução uterina diminuindo o risco de hemorragia pós-parto (Widstrom, 2019; Antunes et al., 2022; SPN, 2023).

Após o parto, os cuidados imediatos ao recém-nascido podem ser realizados enquanto se aguarda a laqueação tardia do cordão umbilical, incluindo a secagem e a estimulação da primeira respiração ou choro, mantendo a temperatura através do contacto com a pele materna. De forma a garantir um contacto pele com pele precoce, o recém-nascido deve ser posicionado no abdómen ou peito da mãe, seco com panos aquecidos e colocado gorro na cabeça. A determinação do Índice de Apgar não implica a separação do recém-nascido da mãe (SPN, 2023).

A técnica de realização de contacto pele com pele implica algumas considerações para que apresente segurança para o recém-nascido e para a mãe. Importa, por isso, certificar que a mãe está em uma posição semi-reclinada, confortável e com apoio sob os braços; colocar o recém-nascido em contacto direto e em decúbito ventral sobre o peito materno de modo a evitar a compressão do tórax; os membros inferiores do recém-nascido devem estar em flexão e a cabeça lateralizada para a face da mãe ou do acompanhante permitindo que a face, nariz e boca estejam sempre destapados, bem visíveis e não ocluídos, para melhor vigilância; secar

o recém nascido e cobri-lo com um cobertor/lençol seco e aquecido e colocar um gorro para evitar as perdas de calor; o recém-nascido deve estar posicionado de modo a conseguir levantar a cabeça para que o nariz e a boca fiquem livres (em particular, se mamas volumosas); o mamilo deve estar acessível ao recém-nascido; mostrar à mãe ou ao pai como apoiar a mama para manter vias aéreas permeáveis durante o período em que o recém-nascido começa a procurar o mamilo; assegurar que o recém-nascido mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus, vitalidade e resposta aos estímulos adequados; avaliar também o risco de queda, o estado de consciência e a capacidade de atenção da mãe. Solicitar a colaboração do acompanhante na vigilância constante da mãe e do recém-nascido. Importa validar a compreensão da informação e lembrar a mãe e o pai para se concentrarem no recém-nascido e seguirem o seu comportamento, dando tempo para as 9 fases do contacto pele com pele (SPN, 2023; DGS, 2023b).

Iniciar o contacto pele com pele com a mãe logo após o parto estimula o recém-nascido a passar pelos 9 períodos instintivos:

1. Choro de nascimento - choro intenso após o nascimento, transição para a respiração;
2. Relaxamento - Recém-nascido relaxado, sem atividade da boca, cabeça, braços, pernas ou corpo;
3. Despertar - o recém-nascido começa a mostrar sinais de atividade: pequenos impulsos com a cabeça e pequenos movimentos com os braços e os ombros;
4. Estádio ativo - o recém-nascido apresenta movimentos dos membros e da cabeça mais definidos - movimentos de rotação, “empurrar com os braços sem mover o corpo”;
5. Descanso - o recém-nascido descansa com alguma atividade, como atividade da boca e sugar as mãos;
6. Rastejar - inicia movimentos de rastejar com o corpo;
7. Familiarização - o recém-nascido alcança a areola/mamilo com a boca posicionada para lambe a areola/mamilo;
8. Sucção - inicia a sucção na mama;
9. Sono - o recém-nascido fecha os olhos e adormece.

O período de descanso pode ser intercalado com todos os estádios (Widstrom, 2019).

O período de transição entre a vida intrauterina e extrauterina decorre nas primeiras 4 a 6 horas de vida. Durante este período em que ocorrem várias mudanças fisiológicas, o estado clínico do recém-nascido deve ser verificado a cada 30-60 minutos, para confirmar o sucesso desta transição (SPN, 2023). A DGS (2023b), recomenda a observação do recém-nascido a cada 15 minutos, durante a primeira hora de vida.

23:30h

| | |
|---|--|
| FOCO | Processo Corporal - Processo do sistema reprodutor - Pós-parto |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Parto eutócico às 22:58h • Dequitação às 23:30h • Contração do útero pós-parto: útero contraído, peri-umbilical • Quantidade de lóquios: hemáticos, em quantidade moderada | |
| DIAGNÓSTICO | PUERPÉRIO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da recuperação pós-parto | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a evolução da recuperação pós-parto | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p><i>Avaliar a evolução da recuperação pós-parto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar contração do útero, posição do útero e perda hemática vaginal | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Avaliar a evolução da recuperação pós-parto**

Todas as puérperas devem fazer uma avaliação regular do sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo uterino, temperatura e frequência cardíaca de forma rotineira, durante as primeiras 24 horas, a partir da primeira hora após o nascimento. A tensão arterial deve ser avaliada logo após o nascimento. Se normal, a segunda avaliação deve ser feita dentro de 6 horas. O esvaziamento vesical deve ser registado nas primeiras 6 horas (WHO, 2018a).

Após o parto é importante vigiar a eliminação vesical para evitar a presença de globo vesical que impede a contração uterina.

Avaliar perda hemática vaginal, pulso radial, PA, e contratilidade uterina a cada 15 minutos (DGS, 2023b).

| | |
|---|---|
| FOCO | Ação - Comportamento interativo - Comportamentos para amamentar |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • A puérpera deseja amamentar na 1.^a hora de vida. | |
| DIAGNÓSTICO | AMAMENTAÇÃO |

| |
|--|
| OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> Promover o amamentar/mamar |
| INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> Executar técnica de pele com pele Assistir no amamentar |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: <p><i>Executar técnica de pele com pele</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Permitir realização dos 9 estádios do contacto pele com pele. <p><i>Assistir no amamentar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar a puérpera a amamentar o recém-nascido após os 9 estádios do contacto pele com pele. |

Fundamentação Teórica:

Segundo a SPN (2023), o recém-nascido deve ser amamentado na primeira hora de vida, se essa for a opção materna.

O contacto pele com pele e o início da amamentação precoces são fundamentais para o sucesso do aleitamento materno. Estudos científicos comprovaram que a amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido é considerada como fator protetor para a mortalidade neonatal, devido à colonização intestinal de bactérias encontradas no leite materno e aos fatores imunológicos adequados para o recém-nascido presentes no colostro materno (SPN, 2023).

Segundo as orientações da DGS (2023b) recomenda-se incentivar e assistir na amamentação, respeitando a opção materna, assim que o recém-nascido evidencie espontaneamente comportamentos de abocanhar o mamilo.

| | |
|--------------------|--|
| FOCO | Transição de desenvolvimento - Desenvolvimento Humano |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none"> Parto eutócico às 22:58h |
| DIAGNÓSTICO | RECÉM-NASCIDO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none"> Prevenir complicações no recém-nascido |

INTERVENÇÕES:

- Executar administração de vitamina K
- Executar a administração de profilaxia ocular tópica

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:***Executar administração de vitamina K***

- Administrar vitamina K, 1 mg intramuscular na coxa esquerda do recém-nascido

Executar a administração de profilaxia ocular tópica

- Colocar pomada oftálmica em ambos os olhos

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Executar administração de vitamina K***

Está recomendada a administração de vitamina K por via intramuscular a todos os recém-nascidos após o parto, para profilaxia da doença hemorrágica por défice de vitamina K no primeiro ano de vida. A administração pode ocorrer após o nascimento ou ao final da primeira hora de vida. Uma única injeção intramuscular (IM) de vitamina K após o nascimento tem sido demonstrada como eficaz na redução da doença hemorrágica por défice de vitamina K em 98% dos recém-nascidos (SPN, 2023).

- ***Intervenção: Executar a administração de profilaxia ocular tópica***

O diagnóstico e tratamento das infeções por *Neisseria gonorrhoeae* e por *Chlamydia trachomatis* nas grávidas é a melhor forma de prevenção da oftalmia neonatal. A profilaxia antibiótica universal não está recomendada. Nas situações de risco recomenda-se a aplicação de antibiótico tópico oftálmico em ambos os olhos, durante a 1.^a hora de vida (SPN, 2023).

Em contexto de estágio, após a primeira hora de vida foram realizados os procedimentos ao recém-nascido, que incluíam a identificação do recém-nascido com a colocação de uma pulseira, o registo do peso e comprimento, administração de 1 mg de vitamina K intramuscular na coxa esquerda do recém-nascido e a colocação de pomada oftálmica para profilaxia da infeção ocular, conforme preconiza a DGS (2023b).

2.2. O efeito da água e da verticalidade na fase latente do meu trabalho de parto

CASO CLÍNICO

Grávida de 38 semanas + 4 dias, com história obstétrica 1G, grupo sanguíneo A+, SGB negativo, deu entrada no serviço de urgência pelas 9:00h por contratilidade uterina regular desde as 06:00h. À entrada, apresentava 3 cm de dilatação, colo intermédio, 50% extinção, apresentação cefálica acima do 1.º plano de Hodge, membranas íntegras. No momento da entrada apresentava dor ligeira aquando das contrações uterinas, com uma frequência de uma contração de 10 em 10 minutos.

Idealiza parto vaginal medicalizado, executar contacto pele com pele e amamentar o recém-nascido na primeira hora de vida.

O pai pretendia realizar o corte do cordão umbilical.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

Optei por abordar um caso clínico que retratasse a fase latente do 1.º estágio do trabalho de parto com o objetivo de adquirir novas competências tendo por base a evidência mais atual existente sobre esta etapa do trabalho de parto.

MEDICAÇÃO PRESCRITA

ROPIVACAÍNA

Ropivacaína é um anestésico local pertencente ao grupo das amino-amidas. Atuam inibindo a geração e a condução de impulsos nervosos através da inibição dos canais de sódio das membranas de células nervosas.

Efeitos secundários:

- Hipotensão;
- Elevação da temperatura, Tremores, Arrepios, Tremores;
- Náuseas e vômitos;
- Retenção urinária;
- Parestesias, Tonturas, Cefaleias;
- Bradicardia, Taquicardia.

Complicações:

- Analgesia parcial ou ineficaz;
- Cefaleias;
- Parestesias (ex.: formigueiros dos membros inferiores) (INFARMED, 2022).

SUFENTANIL

Sufentanil pertence a um grupo de medicamentos denominados anestésicos opiáceos que aliviam ou evitam a dor durante e depois da narcose.

Efeitos secundários:

- Muito frequentes (pode afetar mais de 1 em 10 doentes) - prurido
- Frequentes - diminuição da tensão arterial, náuseas, vômitos, batimento cardíaco acelerado, palidez, contorção muscular, dificuldade em reter ou excretar a urina, febre, cefaleia e tonturas (INFARMED, 2019).

PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA MÉDICA

➤ SONDAS, DRENOS E CATETERES

• CATETER EPIDURAL

A analgesia epidural para alívio da dor durante o trabalho de parto é recomendada segundo a WHO (2018a).

Evidências de qualidade moderada sugerem que a duração do primeiro estágio do trabalho de parto provavelmente aumenta em aproximadamente 30 minutos para mulheres que recebem analgesia epidural em comparação com uso esporádico de opióides. Evidências de baixa qualidade sugerem que a duração do segundo estágio pode ser aumentada em aproximadamente 15 minutos e que a analgesia epidural pode aumentar o parto vaginal instrumentado (WHO, 2018a).

A utilização de analgesia epidural requer algumas vigilâncias, particularmente pelos fármacos administrados (ropivacaína e sufentanil) para alívio da dor. A avaliação da PA a cada 5 minutos após a administração de medicação pelo cateter epidural até 20 min após o estabelecimento do bloqueio, e posteriormente a cada 15 minutos é recomendado pela DGS (2023b). Esta recomendação advém da hipotensão potencialmente provocada pela administração dos dois fármacos acima referidos.

Também a eliminação urinária constitui uma vigilância inerente aos cuidados de enfermagem. A colocação do cateter epidural implica um bloqueio das raízes nervosas ao nível de S2-S4, raízes responsáveis por enervar o abdômen e a cavidade pélvica, que tem como consequência a diminuição do tônus da bexiga e inibição do reflexo de esvaziamento vesical. A utilização de medicação analgesia por longos períodos aumenta o risco de retenção urinária (Baldini, 2009).

Após a colocação do cateter epidural as intervenções de enfermagem, para além das mencionadas, incluem a vigilância do local de inserção do cateter e do efeito da medicação após a sua administração, garantindo a correta localização do cateter.

PLANO DE CUIDADOS

CONTACTO 1: 08:45h

À minha chegada ao quarto, a grávida encontra-se com CTG e deitada no leito. Encontra-se acompanhada pelo marido.

| | |
|--|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: <ul style="list-style-type: none">• Questionada a grávida sobre como se sentia, dizendo “Encontro-me bem, no momento da contração sinto uma ligeira dor a nível lombar, mas depois da contração passar fico bem.” Observa-se no momento da contração, a Beatriz a pôr as mãos na barriga, fechar os olhos e respirar fundo durante a contração.• Questionada sobre como está a ser para si lidar com esta dor, a Beatriz refere que para já tem feito respiração profunda e que como as contrações ainda são curtas a dor é suportável, mas que não sabe durante quanto tempo funcionará. Questiona se há algo que possa fazer que a ajude a relaxar, uma vez que para já não pretende recorrer a medicação para já.• Questionada sobre o que a costuma relaxar habitualmente em casa, afirmando “Um uso de água de água quente costuma ajudar, mas aqui não sei se posso.”• Observa-se traçado cardiotocográfico tranquilizador, com 2 contrações a cada 10 min com uma duração média de 20 segundos.• Exame vaginal realizado na admissão à urgência: 3cm de dilatação, colo intermédio, amolecido, 50% extinto, apresentação cefálica acima do 1.º plano de Hodge, membranas íntegras• Expectativa face ao parto: eutócico, medicalizado | |
| DIAGNÓSTICO | Trabalho de Parto |
| OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Facilitar trabalho de parto/nascimento• Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto• Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto | |
| INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto (09:00h)• Gerir ambiente físico para promover relaxamento (09:00h)• Envolver pessoa significativa (10:00h)• Gerir ingestão de líquidos (10:00h)• Avaliar evolução do trabalho de parto | |

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:

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

- 09:00h - Questionar a grávida sobre como tem lidado com a dor até ao momento - a grávida refere o uso de água quente

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

- 09:00h - Assistir no uso de água quente

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 09:00h - Garantir privacidade - manter as portas fechadas e as cortinas corridas
- 09:00h - Colocar música durante o uso de água, de acordo com preferência da grávida para promover o relaxamento
- 10:00h - Reduzir a luminosidade no quarto

Envolver pessoa significativa

- 09:00h - Sugerir presença do companheiro durante o uso de água pela parturiente
- 10:00h - Sugerir massagem à grávida pelo companheiro
- 10:00h - Apoiar nos posicionamentos durante a utilização da bola de partos, sentando-se numa cadeira atrás da grávida

Gerir ingestão de líquidos (10:00h)

- Oferecer água, chá açucarado ou gelatina - a grávida aceitou tomar um chá açucarado

Avaliar evolução do trabalho de parto [Sem horário]

- Interpretar cardiocotografia - vigiar FCF, variabilidade, presença ou ausência de acelerações e desacelerações e número de contrações em cada 10 minutos.

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto***

O uso de água quente induz a vasodilatação periférica e redistribuição do fluxo sanguíneo promovendo o relaxamento muscular e melhorando a perfusão uterina; diminui os níveis sistêmicos de adrenalina reduzindo a ansiedade; contribui para o aumento da produção endógena de ocitocina, fazendo com que a contratilidade uterina aumente e o tempo de trabalho de parto diminua; aumenta a sensação de controlo da dor e satisfação e reduz significativamente o uso de analgesia epidural, a taxa de partos cirúrgicos e o bem estar neonatal (Santos et al., 2021; Serafim et al., 2023). O uso de água está também associado a

uma maior liberdade de movimentos (Rodríguez-Blanke et al., 2020). A água aquecida provoca uma diminuição da libertação de catecolaminas, elevação das endorfinas culminando na redução da ansiedade e promoção da satisfação da parturiente. Este efeito de relaxamento proporciona aumento da elasticidade da musculatura pélvica (Klein & Gouveia, 2022; Serafim et al., 2023).

Quando combinada com outras estratégias não farmacológicas tem resultados satisfatórios na redução da dor provocada pelo trabalho de parto (Serafim et al., 2023). Ouvir música durante o trabalho de parto pode alterar a percepção que a grávida tem sobre a dor, diminuindo a sua tonalidade desagradável, uma vez que a música pode ativar processos mentais que tornam as sensações do parto mais confortáveis. A música durante o trabalho de parto, estimula a hipófise a libertar endorfinas e aumentar os níveis de serotonina, promovendo o alívio da dor, sensação de relaxamento, redução da ansiedade e proporciona uma fonte positiva de distração durante o trabalho de parto (Cardoso et al., 2023b).

Além do fácil acesso ao chuveiro pelas parturientes este é um método económico e que possibilita a participação ativa do acompanhante no trabalho de parto (Klein, 2022).

A WHO (2018) recomenda o uso de técnicas de relaxamento para alívio da dor, dependendo das preferências da mulher.

Numa meta-análise desenvolvida por Benfield et al. (2010), que comparou os resultados da imersão em água e sem imersão durante a primeira fase do trabalho de parto constatou reduções significativas no uso da analgesia epidural e na dor referida pelas mulheres que usaram a imersão na água durante o trabalho de parto.

A temperatura da água deve rondar os 37-38°C, com duração mínima de 20 minutos, direcionando a água sobre as regiões dolorosas, habitualmente, região lombar e abdominal. A liberdade de movimentos e a adoção de posições que sejam confortáveis para a mulher podem ser combinadas com o uso de água (Serafim et al., 2023).

- ***Intervenção: Gerir ambiente físico para promover relaxamento***

Uma vez que a grávida ainda se encontrava na sala de “cuidados intermédios”, a privacidade era apenas conseguida através de cortinas a separar as unidades.

Dado ser uma intervenção comum em todos os casos, a justificativa teórica consta no primeiro caso clínico de assistência à mulher em trabalho de parto.

CONTACTO 2: 10:00h

Questionada sobre o efeito do uso de água, à qual a parturiente referiu “Era mesmo isto que precisava, soube bem e agora estou muito mais relaxada e a dor parece que passou”.

| | |
|--|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| <p>DADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exame vaginal: 3cm, colo intermédio, 50% extinto, apresentação cefálica acima do 1.º plano de Hodge, membranas íntegras • Refere que gostaria de ficar de pé, mas que não sabe se pode por estar ligada às “cintas”. • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto. | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar trabalho de parto/nascimento • Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto | |
| <p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto • Envolver pessoa significativa | |
| <p>ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:</p> <p><i>Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 10:00h - Incentivar deambulação - realizada troca de aparelhos e colocada CTG por telemetria • 10:40h - Demonstrar exercícios basculantes promotores do encravamento da apresentação fetal em pé: - movimentos basculantes da pelve (movimento da pelve de anteversão e retroversão, inclinação lateral, infinito, movimentos circulares) e abdução e rotação externa do fémur (joelhos afastados e pernas abertas). <p><i>Envolver pessoa significativa (10h40)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 10:00h - Incentivar a acompanhar a grávida na deambulação • 10:40h - Encorajar o marido a participar nos exercícios, permitindo que a grávida se apoie nele | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto**

A utilização de posições verticais e movimentos corporais durante o trabalho de parto contempla múltiplos benefícios na progressão do trabalho de parto pelo efeito da gravidade, reduzindo a sua duração, diminuindo a percepção da dor, potenciando o efeito das contrações uterinas e melhorando a circulação materno-fetal, reduzindo o risco de hipotensão provocada pela compressão da artéria aorta e veia cava (Lawrence et al., 2013). Além disso, as mulheres que se mantêm ativas durante o trabalho de parto referem uma experiência de parto mais positiva.

As posições verticais facilitam os mecanismos de encravamento e de descida fetal, permitem o relaxamento do períneo e os ossos sacroilíacos podem deslocar-se de forma a aumentar os diâmetros da pelve, através de movimentos que facilitam a passagem do feto (Cardoso et al., 2023b).

Quando a apresentação fetal se apresenta no 1º. plano de Hodge (bordo superior da sínfise púbica) ou acima, importa adotar posições e comportamentos que favorecem o encravamento da apresentação fetal na pelve materna. As posições verticais, pelo efeito da gravidade, associadas às contrações uterinas, contribuem favoravelmente para o encravamento. A adoção de posições privilegiando a rotação externa do fémur, contribui para aumentar os diâmetros superiores da pelve, uma vez que, esta posição permite que as articulações sacroilíacas se juntem por trás e a sínfise púbica separa-se pela frente, favorecendo a abertura do estreito superior da bacia (Cardoso et al., 2023b).

Exercícios como básculas, movimentos assimétricos dos membros inferiores, exercícios verticais e deambulação ajudam a progressão fetal ao longo da bacia materna. Podem ser realizados de pé, apoiando-se na cama, na cadeira ou no companheiro (Calais-German & Vives, 2009).

CONTACTO 3: 12:30h

| | |
|---|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: <ul style="list-style-type: none">• Pelas 12:30h, refere que as contrações estão mais prolongadas no tempo e mais intensas. Solicita medicação para a dor.• Interpretação do traçado cardiotocográfico: observa-se 3 contrações em cada dez minutos. <p>A parturiente no momento da contração curva o tronco, colocando uma das mãos na barriga e outra apoia-se no companheiro.</p> | |

| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
|--|-------------------|
| OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Controlar dor de trabalho de parto • Promover autocontrole: lidar com a dor de trabalho de parto | |
| INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Gerir analgesia • Gerir ambiente físico para promover relaxamento | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: <p><i>Gerir analgesia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 12:30h - Administrar Petidine IM <p><i>Gerir ambiente físico para promover relaxamento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir a privacidade • Reduzir intensidade da luz | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Gerir analgesia**

A petidina é um analgésico opióide utilizado mundialmente no tratamento da dor do parto (Smith et al., 2018).

A administração de opióides pode ter efeitos colaterais significativos para as mulheres (depressão respiratória, sonolência, náuseas e vômitos) e para os recém-nascidos (depressão respiratória e alteração da FCF) uma vez que estes fármacos atravessam a placenta (NICE, 2023b; Smith et al., 2018). A sua utilização não é recomendada em padrões de FCF não tranquilizadores, problemas respiratórios maternos ou saturações de oxigênio maternas inferiores a 95% (Kadirogullari et al., 2021). A administração de um antiemético concomitantemente com a administração intramuscular ou endovenosa de um opióide é recomendada pela NICE (2017).

Num estudo de coorte, realizado por Cho et al. (2024), cujo objetivo foi avaliar o efeito da administração de petidina na duração do trabalho de parto e nos resultados maternos concluíram que o uso de petidina reduz a dor e a duração da fase ativa do trabalho de parto tanto em primíparas como em múltiparas. A administração de petidina não foi eficaz na redução do segundo estágio do trabalho de parto, constatando-se assim o seu efeito nas alterações cervicais. O estudo demonstrou que o uso de petidina não teve influência no índice de APGAR e não aumentou o internamento de recém-nascidos em unidades de cuidados intensivos neonatais por insuficiência respiratória. Nenhuma complicação materna, incluindo náuseas,

vômitos ou dificuldade respiratória, foi associada ao uso de petidina. Concluíram, por isso, que a petidina pode ser administrada com segurança às mulheres durante o trabalho de parto para ajudar a reduzir a duração da fase ativa, promovendo a dilatação do colo do útero. De salientar que o estudo em questão considera fase ativa do trabalho de parto entre os 4-10cm de dilatação e que a administração de petidina foi realizada com dilatação cervical entre os 3 e 5 cm e, por isso, consideram que o momento adequado para a administração de petidina seja neste período.

Kadirogullari et al. (2021), no seu estudo com o objetivo de avaliar o efeito da petidina na duração da fase ativa do trabalho de parto, na dor do parto e nos resultados materno-neonatais, concluíram que a fase ativa do trabalho de parto foi significativamente mais curta no grupo que recebeu petidina assim como o nível de dor. Os valores de Apgar neonatal foram semelhantes em ambos os grupos. Nenhum dos recém-nascidos apresentou depressão respiratória que necessitasse de reanimação ou internamento em unidade de terapia intensiva neonatal. Também neste estudo a fase ativa do trabalho de parto era considerada entre os 4-10cm de dilatação.

| | |
|---|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Questiona que outras técnicas pode usar para conseguir controlar melhor a dor uma vez que já experimentou o uso de água e não quer estar sempre a recorrer a medicação. • Observou-se períodos de respiração ofegante no momento da contração. • Disponibilidade para aprender/ experienciar - Revela interesse em aprender/experienciar: envolve-se ativamente no treino; faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito. | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar trabalho de parto/nascimento | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <i>Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a realizar técnica da respiração - inspirações profundas e expirações lentas | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor - técnica da respiração**

A técnica da respiração é recomendada pela WHO (2018a) como uma das técnicas de relaxamento para lidar com a dor do trabalho de parto. Os exercícios de respiração permitem o aumento do aporte de oxigénio da grávida e para o feto, reduzem o desconforto, aumentam o relaxamento e a autoconfiança proporcionando à parturiente sentimentos de tranquilidade e satisfação (Pereira et al., 2020; Cardoso et al., 2023b). É considerada uma das ferramentas mais eficazes à disposição das mulheres em trabalho de parto para aumentar o relaxamento e desviar a sua atenção da dor (Cardoso et al., 2023b).

Os exercícios de respiração, respiração abdominal, durante o segundo estágio de trabalho de parto, mostram-se eficazes no alívio da dor, auxiliam a progressão fetal na bacia materna e reduzem a pressão que é exercida ao nível do períneo. Yuksel et al. (2017) consideram a realização da técnica respiratória da seguinte forma: primeiro, encha o estômago e só depois os pulmões com ar enquanto inspira; sinte a expansão no estômago; certifique-se de que os músculos estão relaxados, como se estivesse a urinar enquanto expira.

As técnicas de respiração e relaxamento podem auxiliar a mulher durante o trabalho. Durante a fase latente a respiração deve ser lenta e diafragmática com inspirações e expirações lentas e profundas mantendo um ritmo respiratório natural; na fase ativa a respiração deve ser torácica com inspiração e expiração profundas e longas; na fase de transição a respiração deve ser lenta com inspiração sustentada por maior tempo possível durante o puxo contrátil, a fim de manter o diafragma a exercer força sobre o útero, seguido de expiração longa; no período expulsivo realizar respiração de pressão com execução de força abdominal (contração da musculatura) no momento dos esforços expulsivos (Almeida et al., 2005).

CONTACTO 4: 13:30h

| | |
|--------------------|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS | <ul style="list-style-type: none">• Refere maior intensidade da dor.• Observa-se fácies de dor, referindo dor lombar.• Interpretação do traçado cardiotocográfico: 4 contrações a cada 10 min. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS | <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto |

| |
|--|
| <p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução do trabalho de parto |
| <p>ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:</p> <p><i>Avaliar evolução do trabalho de parto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar exame vaginal - lavar as mãos; solicitar consentimento e explicar a necessidade de realizar o exame; explicar o procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos e afastados; assegurar privacidade; realizar toque vaginal. <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dados de avaliação:</u> dilatação de 6cm, colo anterior, amolecido, apresentação cefálica no 1.º plano de Hodge, membranas íntegras. |

Fundamentação Teórica:

- *Intervenção: Avaliar evolução do trabalho de parto*

A WHO (2018a) recomenda o exame vaginal digital de 4/4h, para avaliar a evolução do trabalho de parto em mulheres de baixo risco, a partir da fase ativa do 1.º estágio de trabalho de parto.

| | |
|--|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Pelas 13:40h a grávida refere maior intensidade da dor e solicita colocação do cateter epidural. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Controlar dor de trabalho de parto |
| INTERVENÇÕES: | <ul style="list-style-type: none"> • Referenciar à equipa de anestesia |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | <p><i>Referenciar a equipa de anestesia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicar à equipa de anestesia a decisão da mulher • Colaborar no procedimento médico de colocação de cateter epidural |

Fundamentação Teórica:

- A analgesia epidural para alívio da dor, está recomendada na 1.ª fase do trabalho de parto dependendo das suas preferências, em mulheres saudáveis em trabalho de parto (WHO, 2018a).

| FOCO | ELIMINAÇÃO URINÁRIA |
|---|---------------------|
| INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução dos sinais de retenção urinária | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: <i>Avaliar evolução dos sinais de retenção urinária</i> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a importância de urinar pelo menos de 2/2 horas para não impedir a descida da apresentação fetal | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Avaliar evolução de sinais de retenção urinária**

A bexiga distendida durante o trabalho de parto pode impedir a descida da apresentação fetal e inibir as contrações (Graça, 2017).

É importante registrar as micções da grávida e incentivar a micção espontânea. Quando esta não ocorre há mais de 6 horas, avaliar a presença de um globo vesical e caso este seja volumoso, propor à grávida o esvaziamento vesical com cateter urinário (DGS, 2023b).

A utilização de medicação analgesia por longos períodos aumenta o risco de retenção urinária, pelo efeito provocado pelo bloqueio das raízes nervosa ao nível do abdómen e cavidade pélvica, diminuindo o tónus da bexiga e consequente reflexo de esvaziamento vesical (Baldini, 2009).

2.3. O efeito do uso de dispositivos (bola de parto e bola de amendoim) na evolução do parto

CENÁRIO CLÍNICO

Grávida de 38 semanas + 4 dias, com grupo sanguíneo O Rh positivo, Estreptococcus do grupo B negativo e história obstétrica 1G.

Recorreu ao serviço de urgência por diminuição da percepção dos movimentos fetais. Fica internada para indução do trabalho de parto com Dinoprostona colocado pelas 19:15h do dia 5/06. Pelas 00:30h há exteriorização do Propess e fica em atitude expectante. Pelas 05:40h foi realizada amniotomia com saída de líquido amniótico claro. Pelas 09:00h, observada pela equipa médica com toque vaginal de 3cm, 50%, membranas rotas e apresentação acima do 1.º plano de Hodge, pelo que iniciou indução do trabalho de parto com ocitocina.

Antecedentes obstétricos: Oligoâmnios, Anemia ferropénica.

Pelas 14:20h colocou Cateter Epidural, tendo a última administração de medicação sido realizada pelas 14:20h.

À entrada no turno, grávida com perfusão de ocitocina a 90mL/h, algaliada e com toque vaginal das 14:00h de 5cm, extinto, apresentação cefálica acima do 1.º plano de Hodge, membranas rotas.

Idealiza parto vaginal medicalizado, executar contacto pele com pele e amamentar o recém-nascido.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

A opção por este caso partiu da necessidade de desenvolver e aprimorar competências e habilidades no âmbito da assistência à mulher em fase ativa do trabalho de parto e também na utilização da bola de amendoim como uma estratégia facilitadora do trabalho de parto.

PLANO DE CUIDADOS

CONTACTO 1: 15:00h

| | |
|------------------------------------|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none">• Grávida encontra-se sentada na bola a realizar movimentos circulares. Está acompanhada pelo marido que se encontra sentado numa cadeira.• Encontra-se a conversar com o companheiro, com rosto calmo e corpo relaxado.• Exame vaginal das 14:00h: 5cm, extinto, apresentação cefálica acima do 1.º plano de Hodge, membranas rotas. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none">• Facilitar trabalho de parto/nascimento• Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto• Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto |
| INTERVENÇÕES: | <ul style="list-style-type: none">• Envolver pessoa significativa• Gerir ambiente físico para promover o relaxamento• Avaliar evolução do trabalho de parto |
| ATIVIDADES POR INTERVENÇÃO: | <p><i>Envolver pessoa significativa</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Posicionar-se por trás da grávida, colocar as mãos sobre a grávida e acompanhar os movimentos <p><i>Gerir ambiente físico</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Garantir privacidade - manter as portas fechadas <p><i>Avaliar evolução do trabalho de parto</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Observar monitorização cardiotocográfica (CTG) - vigiar FCF, variabilidade, presença ou ausência de acelerações e desacelerações e número de contrações em cada 10 minutos.• Observar comportamentos da parturiente |

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Envolver pessoa significativa***

O acompanhante deve ser encarado pelo EEESMO como um parceiro na prestação de cuidados à mulher. Deve ser envolvido no apoio à grávida e as suas atividades podem incluir massagens, disponibilizar comida, apoiar na respiração e relaxamento, nos movimentos, no duche ou imersão e apoiar nas decisões tomadas pela mulher (OE, 2015).

- **Intervenção: Avaliar evolução do trabalho de parto**

A evidência recomenda a monitorização fetal intermitente em grávidas de baixo risco (WHO, 2018a; DGS 2023b), contudo, no Bloco de Partos do hospital onde se realizou o estágio é preconizada a monitorização fetal contínua durante o trabalho de parto. Por esse motivo a parturiente esteve monitorizada com CTG de forma contínua durante o trabalho de parto, sendo suspenso apenas para as idas à casa de banho.

| | |
|--|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Pelas 15:50h, a grávida solicita analgesia pelo cateter epidural. Apresenta fácies de dor. Solicita ir para o leito. |
| DIAGNÓSTICO | Trabalho de Parto |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Controlar dor de trabalho de parto |
| INTERVENÇÕES: | <ul style="list-style-type: none"> • Gerir analgesia |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | <p><i>Gerir analgesia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar 10 mg de ropivacaína pelo cateter epidural (16:00h). |

| | |
|---|-------------------------------|
| DOMINIO | SISTEMA CARDIOVASCULAR |
| <p>PA 16H00: 136/88mmHg, FC: 87bpm, T: 36,7°C.</p> <p>PA 16H05: 131/86mmHg, FC: 79bpm, T: 36,6°C.</p> <p>PA 16H10: 127/89mmHg, FC: 78bpm, T: 36,1°C.</p> <p>PA 16H15: 129/86mmHg, FC: 85bpm, T: 36,5°C.</p> | |

Após a administração de analgesia pelo cateter epidural a DGS (2023b) recomenda avaliar pulso radial e PA cada 5 minutos após a administração do bólus epidural, até 20 minutos após o estabelecimento do bloqueio, e posteriormente a cada 15 minutos.

CONTACTO 2: 16:15h

| | |
|--|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Questionada se pretendia alimentar-se. | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar trabalho de parto/nascimento | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Gerir ingestão de líquidos (16h15) | |
| ATIVIDADES POR INTERVENÇÃO: | |
| <i>Gerir ingestão de líquidos (16h15)</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer líquidos claros - gelatina | |

CONTACTO 3: 17:00h

| | |
|---|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Mostra disponibilidade para continuar a realizar exercícios, mas solicita se pode realizá-los deitada. • Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto. | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar trabalho de parto/nascimento | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Assistir a usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto | |

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:

Assistir a usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Ajudar a posicionar no leito - em decúbito lateral *colocar a bola “amendoim” entre as coxas, com uma das pernas pousada na cama ligeiramente fletida, e com a outra perna sobre a zona mais estreita da bola em ângulo reto entre a anca e joelho e o pé fica apoiado na cama; - Colocar a bola sobre o colchão, paralela ao corpo, e apoiar o joelho na parte mais larga da bola e o pé na outra parte mais alta”* (Cardoso et al., 2023b, p.179)

Fundamentação Teórica:

- *Intervenção: Assistir a usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto*

A bola “amendoim” tem sido utilizada como dispositivo facilitador do trabalho de parto, particularmente relevante quando a mulher precisa de permanecer na cama durante o trabalho de parto. A evidência atual aponta um efeito na diminuição da duração do trabalho de parto e aumento da probabilidade de parto vaginal (Roth et al., 2016; Mercier & Kwan, 2018; Grenviket et al., 2019; Ahmadpour et al., 2020).

Num estudo realizado por Delgado et al., (2022), cujo objetivo foi avaliar, utilizando a melhor nível de evidência, os possíveis benefícios e vantagens do uso de bola de amendoim em mulheres submetidas a epidural durante o trabalho de parto sobre os resultados maternos e neonatais, conclui-se com alta nível de evidência de que o uso da bola de amendoim após analgesia epidural reduz a duração do primeiro período do trabalho de parto em 87 minutos e evidência de moderada qualidade de que aumenta a probabilidade de parto vaginal em 11%.

CONTACTO 4: 17:30h

| | |
|-------------|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none">• Grávida refere que se sente cansada e que vai optar por descansar um pouco. Solicita medicação para a dor, para conseguir descansar. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none">• Controlar dor de trabalho de parto• Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto |

| |
|--|
| <p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gerir analgesia • Gerir ambiente físico para promover o relaxamento |
| <p>ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:</p> <p><i>Gerir analgesia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar 10 mg de ropivacaína pelo cateter epidural. <p><i>Gerir ambiente físico para promover o relaxamento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a intensidade da luz |

Fundamentação Teórica:

- *Intervenção: Gerir ambiente físico para promover o relaxamento*

Rodrigues e Shimo (2019) salientam que a baixa luminosidade oferece maior tranquilidade, aumentando o envolvimento da mulher para o momento que está a vivenciar e consequente autonomia.

CONTACTO 5: 19:00h

| | |
|--|---|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Grávida solicita medicação por dor lombar associada a contratilidade uterina. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none"> • Controlar dor de trabalho de parto • Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto |
| INTERVENÇÕES: | <ul style="list-style-type: none"> • Gerir analgesia • Gerir ambiente físico para promover o relaxamento |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | <p><i>Gerir analgesia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar 10 mg de ropivacaína pelo cateter epidural (19:00h). |

Gerir ambiente físico para promover o relaxamento

- Garantir privacidade - manter as portas fechadas
- Reduzir a luminosidade no quarto

19H15

| | |
|--|--|
| FOCO | Capacidade para lidar com dor de trabalho de parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none">• Grávida solicita medicação por dor lombar associada a contratilidade uterina.• Acompanhante mostra-se disponível para ajudar durante o trabalho de parto, questionando em que pode ser útil.• Disponibilidade para aprender/ experienciar - Revela interesse em aprender/experienciar: envolve-se ativamente no treino; faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito. |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none">• Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto |
| CRITÉRIOS DE RESULTADO: | Que a pessoa significativa seja capaz de: <ul style="list-style-type: none">• Realizar a massagem para alívio da dor/promoção do bem-estar. |
| INTERVENÇÕES: | <ul style="list-style-type: none">• Instruir a massajar (acompanhante)• Treinar a massajar (acompanhante) |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | <p>Instruir a massajar (acompanhante)</p> <ul style="list-style-type: none">• Explicar ao marido como massajar a região lombar com a grávida deitada no leito - movimento de <i>effleurage</i>, percussão, <i>petrissage</i>, fricção e vibração. <p>Treinar a massajar (acompanhante)</p> <ul style="list-style-type: none">• Permitir que o acompanhante treine a massagem. Pode sempre optar por realizar movimentos livres ao seu gosto, mas principalmente ao gosto da parturiente. |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Instruir a massajar**

Segundo a WHO (2018a), as técnicas manuais, como massagem ou aplicação de compressas quentes, são recomendadas para parturientes saudáveis que solicitam alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências da mulher.

A maioria das mulheres deseja algum tipo de alívio da dor durante o trabalho de parto, seja através de métodos farmacológicos ou não farmacológicos. Evidências qualitativas indicam que a massagem pode reduzir o desconforto do parto, aliviar a dor e melhorar a experiência materna durante o processo de parto (WHO, 2018a). A mesma fonte evidenciou que mulheres que foram submetidas a massagem aumentaram a sensação de controlo sobre o parto, predominando a sensação de tranquilidade, segurança e redução da ansiedade.

A grávida pode experienciar a massagem em diversas posições: sentada, apoiada nas costas da cadeira; de joelhos, apoiada na bola de partos; ou deitada de lado (Cardoso et al., 2023b).

Baljon et al. (2022) descrevem a técnica de massagem através da realização de cinco movimentos: *effleurage*, percussão, *petrissage*, fricção e vibração.

Não há nenhum efeito prejudicial conhecido da massagem realizada durante o trabalho de parto, mesmo que seja realizada por pessoas sem treino prévio, e os potenciais benefícios deste tipo de toque são provavelmente mais elevados (Cardoso et al., 2023b).

CONTACTO 6: 20:30h

| | |
|----------------------|---|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS: | <ul style="list-style-type: none">• Grávida solicita novamente medicação por dor associada a contratilidade uterina.• Refere aumento de pressão vaginal. |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto• Controlar dor de trabalho de parto |
| INTERVENÇÕES: | <ul style="list-style-type: none">• Avaliar evolução do trabalho de parto• Gerir analgesia |

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Realizar exame vaginal - lavar as mãos; solicitar consentimento e explicar a necessidade de realizar o exame; explicar o procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos e afastados; assegurar privacidade; realizar toque vaginal.
 - Exame vaginal: 9cm, extinto, apresentação cefálica no 2.º plano de Hodge, membranas rotas (05:40h).

Gerir analgesia

- Administrar 10 mg de ropivacaína pelo cateter epidural.

2.4. Assistência à mulher no 2.º período do trabalho de parto sem analgesia epidural

CENÁRIO CLÍNICO:

Grávida de 39 semanas + 3 dias, com história obstétrica 2G1P (parto eutócico há 1 ano), grupo sanguíneo A+ e Estreptococos do grupo B negativo.

Deu entrada no serviço de urgência por rotura de membranas às 04:20h, com saída de líquido amniótico de cor claro. À entrada no serviço apresentava-se com 5 cm de dilatação, colo anterior, 80% extinção, apresentação cefálica acima no 1.º plano de Hodge.

Idealiza parto vaginal, pretende executar contacto pele com pele. Não tem consigo nenhuma pessoa significativa, por opção da própria.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

O segundo período do trabalho de parto contempla o período entre a dilatação completa e a expulsão do feto. Este período tem uma duração variável e pode, em nulíparas durar três horas, e em múltiparas duas horas (WHO, 2018a).

A conceção de cuidados deste caso clínico em particular permitiu explorar os cuidados do EEESMO centrados na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto, nomeadamente no que se reporta à implementação de intervenções no âmbito da promoção e controlo da dor durante o trabalho de parto.

A assistência à mulher em trabalho de parto e parto implica o respeito pelas escolhas realizadas pela mesma, e cabe ao EEESMO apoiar e contribuir para a concretização do parto idealizado pela mulher/casal, sempre que assim for possível.

Este caso foi escolhido por ter sido a única experiência no âmbito da assistência ao trabalho de parto em que a parturiente não recorreu a analgesia epidural, tornando-se fundamental a assistência à mulher recorrendo a estratégias para lidar com a dor do trabalho. A observação do comportamento desta parturiente em comparação com as restantes foi uma mais-valia, na medida, em que a resposta comportamental da mulher permite inferir sobre a evolução do trabalho de parto.

ESTRATÉGIAS PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO

A dor, segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), caracteriza-se por uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante àquela associada a um dano real ou potencial ao paciente (Raja et al., 2020). Segundo o International Council of Nurses (ICN) (2019), a dor do trabalho de parto define-se como uma sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto.

O trabalho de parto representa um desafio fisiológico e psicológico para as mulheres e consoante este se torna mais iminente, pode tornar-se num momento de conflitos emocionais, onde o medo e a apreensão se misturam com a excitação e a felicidade. Este período é caracterizado por muitas mulheres como um momento desafiador e por vezes doloroso (Balbino et al., 2020; Mira et al., 2021).

A perceção da dor por parte da parturiente não depende apenas da duração e intensidade das contrações uterinas e da pressão exercida pelo feto na cavidade pélvica, mas também de fatores individuais, sociais e culturais, como as experiências prévias, as suas expectativas e a ausência de uma pessoa significativa durante o trabalho de parto (Mafetoni et al., 2019).

França et al. (2021), destacam como estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto a massagem, técnicas de respiração, uso de bola de parto e rebozo, uso de água, musicoterapia, aromaterapia, liberdade de movimentos, apoio contínuo e técnicas de acupressão. A utilização destas estratégias para lidar com a dor do trabalho de parto promove o alívio da dor e proporciona uma maior sensação de segurança, conforto e controlo por parte da mulher (Pereira et al., 2020; Mira et al., 2021; Klein & Gouveia, 2022; Serafim et al., 2023).

As evidências para o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor durante o trabalho de parto são amplamente apoiadas por estudos clínicos e revisões sistemáticas. Além disso, diretrizes de organizações como a WHO (2018a) e a ACOG (2019) recomendam o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor como parte integrante dos cuidados durante o trabalho de parto.

Num estudo bibliográfico realizado por Serafim et al. (2023), destacam o uso de água, a massagem e a deambulação como os métodos não farmacológicos mais utilizados durante o trabalho de parto, sendo que são considerados métodos de baixo custo, podem ser utilizados isoladamente e que, quando associados têm maior eficácia na redução da dor e na duração do trabalho de parto. Também, através da utilização destes métodos, é possível a participação ativa do acompanhante no trabalho de parto (Dias et al., 2018; Klein & Gouveia, 2022).

A utilização de métodos não farmacológicos pode viabilizar uma melhor experiência de trabalho de parto, proporcionando um parto mais “humanizado” ao colocar a mulher como protagonista

(Pereira et al., 2020). O uso de analgesia epidural para o alívio da dor no trabalho de parto, foi identificado como um fator responsável pelo aumento de partos distócicos (Mira et al., 2021).

O EEESMO desempenha um papel fundamental durante o trabalho de parto. Além de fornecer suporte emocional, educacional e físico à mulher, é responsável por avaliar a dor, implementar estratégias para lidar com a dor e monitorizar a progressão do trabalho de parto. Através da sua experiência e competência técnica e científica, o EEESMO pode personalizar as suas intervenções de acordo com as necessidades individuais da mulher, através do acompanhante e orientação da parturiente, garantindo um ambiente seguro e acolhedor durante todo o processo de parto, a fim de reduzir “intervenções desnecessárias” durante o trabalho de parto para que este possa ocorrer da forma mais natural possível (Pereira et al., 2018; Mira et al., 2021; Silveira & Azevedo, 2022).

Entre as estratégias existentes para lidar com a dor, destacam-se a técnica de respiração, a massagem, a aplicação de calor e a música, tendo sido a massagem e o uso de música as estratégias utilizadas no caso clínico em questão.

Respiração

A técnica da respiração é recomendada pela WHO (2018a) como umas das técnicas de relaxamento para lidar com a dor em trabalho de parto. Os exercícios de respiração permitem o aumento do aporte de oxigénio da grávida e para o feto, reduzem a e o desconforto, aumentam o relaxamento e a autoconfiança proporcionando à parturiente sentimentos de tranquilidade e satisfação (Pereira et al., 2020).

Os exercícios de respiração, respiração abdominal, durante o segundo estadio de trabalho de parto, mostram-se eficazes no alívio da dor, auxiliam a progressão fetal na bacia materna e reduzem a pressão que é exercida ao nível do períneo. O autor considera a realização da técnica respiratória da seguinte forma: primeiro, encha o estômago e só depois os pulmões com ar enquanto inspira; sinta a expansão no estômago; certifique-se de que os músculos estão relaxados, como se estivesse a urinar enquanto expira (Yüksel et al., 2017).

Os exercícios respiratórios incluem inspiração profunda e rítmica pelo nariz e expiração lenta pela boca durante as contrações (Baljon et al., 2022).

No estudo randomizado realizado por Baljon et al. (2022), cujo objetivo foi examinar a eficácia das intervenções combinadas - exercícios respiratórios, reflexologia podal e massagem na dor do parto, ansiedade, duração do parto, níveis hormonais de stress, satisfação materna, sinais vitais maternos e nos scores de APGAR do recém-nascido, conclui-se que a utilização combinada de métodos não farmacológicos para lidar com a dor do trabalho de parto tem um impacto positivo na redução da intensidade da dor, redução da ansiedade e redução dos níveis hormonais de cortisol e ocitocina. Evidenciou também uma redução na duração do trabalho de parto,

melhores valores de parâmetros vitais, índices de APGAR mais elevados e aumento da satisfação materna.

Numa revisão sistemática e meta-análise de Isaac et al. (2023), cujo objetivo era identificar o efeito dos exercícios respiratórios na duração do trabalho de parto, conclui-se que a prática de exercícios respiratórios reduz a duração do 2.º estadio do trabalho de parto. O autor salienta que os EEESMO devem promover a realização dos exercícios respiratórios para reduzir as consequências negativas de um trabalho de parto prolongado, contudo refere que a falta de tempo, a falta de conhecimento e a falta de vontade da paciente são barreiras para a implementação bem-sucedida de exercícios respiratórios durante o trabalho de parto.

As técnicas de respiração e relaxamento podem auxiliar a mulher durante o trabalho. Durante a fase latente a respiração deve ser lenta e diafragmática com inspirações e expirações lentas e profundas mantendo um ritmo respiratório natural; na fase ativa a respiração deve ser torácica com inspiração e expiração profundas e longas; na fase de transição a respiração deve ser lenta com inspiração sustentada por maior tempo possível durante o puxo contrátil, a fim de manter o diafragma exercendo força sobre o útero, seguido de expiração longa); no período expulsivo realizar respiração de pressão com execução de força abdominal (contração da musculatura estriada) no momento dos puxos (Almeida et al., 2005).

Massagem

A maioria das mulheres deseja algum tipo de alívio da dor durante o trabalho de parto, seja através de métodos farmacológicos ou não farmacológicos. Evidências qualitativas indicam que a massagem pode reduzir o desconforto do parto, aliviar a dor e melhorar a experiência materna durante o processo de parto (WHO, 2018a). A mesma fonte evidenciou que mulheres que foram submetidas a massagem aumentaram a sensação de controlo sobre o parto, predominando a sensação de tranquilidade, segurança e redução da ansiedade.

A massagem é considerada um dos métodos mais eficazes para a redução da dor lombar, principalmente na primeira fase do trabalho de parto (Reis et al., 2022) Pode ser realizada pelo acompanhante do trabalho de parto, sendo, por isso, considerada uma técnica de baixos custos (WHO, 2018a).

Baljon et al. (2022), no seu estudo sobre a avaliação da eficácia dos métodos não farmacológicos para lidar com a dor do parto, descrevem a técnica de massagem através da realização de cinco movimentos: *effleurage*, percussão, *petrissage*, fricção e vibração.

Aplicação de calor

A aplicação de calor promove a vasodilatação melhorando a perfusão sanguínea, bloqueia a transmissão de impulsos promovendo a libertação de endorfinas, proporcionando desta forma o relaxamento e a capacidade para lidar com a dor (Taavoni et al., 2016; Goswami et al., 2022).

As evidências atuais mostram que a terapia térmica (quer na forma de calor seco - bolsa de água quente, compressas quentes; ou na forma de calor húmido - imersão ou uso do chuveiro) diminui efetivamente a intensidade da dor do parto e encurta a duração do primeiro estágio do trabalho de parto, podendo esta técnica ser utilizada como estratégia não farmacológica para lidar com a dor durante o trabalho de parto (Goswami et al., 2022).

A aplicação de calor tem benefícios em várias zonas do corpo, sendo habitualmente utilizado, durante o trabalho de parto, na região lombar, abdominal, sagrada e perineal, zonas onde habitualmente as parturientes referem maior intensidade da dor (Goswami et al., 2022).

Uso de música

A utilização da música durante o trabalho de parto proporciona à parturiente diminuição do medo, redução da ansiedade, promove o relaxamento e auxilia na redução da dor. Sendo considerado um método não farmacológico, não invasivo, simples, de baixo custo, eficiente, seguro e que não possui efeitos colaterais pode ser utilizado para o alívio da dor do parto (Lorencetto et al., 2021; Serafim et al., 2023).

A escolha musical fica ao critério da parturiente e esta pode levar para o seu parto uma *playlist* de músicas tendo em conta as suas preferências para aquele momento.

As parturientes relatam que o uso da música proporciona sensação de relaxamento, diminui os níveis de ansiedade, permite o ajuste ao meio ambiente tornando a sala de partos num lugar mais acolhedor, aumenta a autoconfiança, reduz a intensidade da dor e potencia contrações uterinas mais efetivas proporcionando uma rápida progressão no trabalho de parto (Surucu et al., 2018; Mascarenhas et al., 2019; Serafim et al., 2023).

PLANO DE CUIDADOS

CONTACTO 1: 05:00h

| | |
|--|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: <ul style="list-style-type: none">• 04:45h: Toque vaginal - 5cm de dilatação, 80% extinção, colo anterior, apresentação cefálica no 1.º plano de Hodge• Posição do colo do útero: anterior• Consistência do colo do útero: amolecido• Extinção do colo do útero: 80%• Dilatação do colo do útero: 5cm• Frequência da contração uterina: 3 contrações• Duração da contração uterina: 45 segundos• Dor de trabalho de parto: moderada• Integridade das membranas amnióticas: rotas• Posição fetal: esquerda• Apresentação fetal: cefálica• Variedade fetal: ---• Descida do feto: 1.º plano de Hodge• Bem-estar fetal: CTG tranquilizador• Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea• Expectativa face ao parto: eutócico, não medicalizado• Apresenta fácies de dor, contorcendo-se a cada contração. Questionada sobre a forma como pretendia gerir a dor, referindo que não quer analgesia epidural. | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto• Facilitar trabalho de parto/nascimento• Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto | |
| INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Assistir a identificar estratégias de alívio da dor do trabalho de parto• Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto• Gerir ambiente físico para promover relaxamento (05:00h) | |

- Massajar região lombo-sagrada (05:15h)

ATIVIDADES POR INTERVENÇÃO:

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

- Questionar sobre o que tem feito e tem resultado até então
- Sugerir métodos não farmacológicas para lidar com a dor: música, massagem, aplicação de calor/frio, uso de água quente no chuveiro. A grávida opta por música e massagem.

Assistir no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto

- Colocar música ao gosto da grávida, questionando o volume ideal da mesma.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Assegurar privacidade - manter as portas fechadas
- Reduzir a luminosidade do quarto
- Questionar sobre a temperatura do quarto

Massajar região lombo-sagrada

- Realizar massagem (05:15h às 05:40h) - realizar massagem lombar através de movimentos circulares com ligeira pressão, movimentos de percussão e contrapressão no momento da contração. Associar movimentos de *effleurage*, percussão, *petrissage*, fricção e vibração.

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Gerir ambiente físico para promover relaxamento***

Comprovados anteriormente os benefícios da criação de um ambiente familiar através da manutenção da privacidade e do controlo da luminosidade, privilegiou-se sempre manter as portas do quarto fechadas e adaptou-se a temperatura e luminosidade às preferências da parturiente.

- ***Intervenção: Massajar região lombo-sagrada***

Evidências qualitativas indicam que a massagem pode reduzir o desconforto do parto, aliviar a dor e melhorar a experiência materna durante o processo de parto (WHO, 2018). A mesma fonte evidenciou que mulheres que foram submetidas a massagem aumentaram a sensação de

controlo sobre o parto, predominando a sensação de tranquilidade, segurança e redução da ansiedade.

Não há nenhum efeito prejudicial conhecido da massagem realizada durante o trabalho de parto, mesmo que seja realizada por pessoas sem treino prévio, e os potenciais benefícios deste tipo de toque são provavelmente mais elevados (Cardoso et al., 2023b).

Assim, de acordo com a escolha da parturiente foi realizada massagem lombar durante o tempo que a parturiente decidiu.

CONTACTO 2: 06:50h

| | |
|---|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
| DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Grávida refere uma pressão muito grande a nível vaginal, agarrando-se ao leito. | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto • Facilitar trabalho de parto/nascimento | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Assistir a posicionar • Avaliar evolução do trabalho de parto | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p><i>Assistir a posicionar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Assistir a posicionar-se na cama, adotando a posição de semi-sentada (45°C) (posição preconizada pela instituição hospitalar) <p><i>Avaliar evolução do trabalho de parto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar monitorização cardiotocográfica - 4 contrações a cada 10 minutos, desacelerações precoces, variabilidade normal • Realizar exame vaginal - lavar as mãos; solicitar consentimento e explicar a necessidade de realizar o exame; explicar o procedimento; pedir à mulher para se posicionar em decúbito dorsal com os joelhos fletidos e afastados; assegurar privacidade; realizar toque vaginal. | |

- **Dados de avaliação:** Dilatação completa, apresentação fetal ao nível do 3.º plano de Hodge, variedade occipito-esquerda-anterior (OEA); traçado cardiotocográfico suspeito, com desacelerações repetitivas que coincidem com o pico da contração. Integridade das membranas amnióticas: rotas (04:20h).

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Assistir a posicionar**

A OMS recomenda a importância de incentivar a adoção da mobilidade e da posição ereta durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco (WHO, 2018a). Além disso, as principais sociedades científicas internacionais preconizam evitar posições horizontais pois são mais frequentemente associadas à hipotensão e alterações da FCF e apoiam as mulheres a assumirem as posições que consideram ser mais confortáveis (ACOG, 2019).

Todavia, sendo permitida e encorajada a mobilidade durante todo o trabalho de parto, por prática do serviço onde ocorreu o estágio, no período expulsivo a mulher era assistida a posicionar-se na cama em posição semi-sentada.

- **Intervenção: Avaliar evolução do trabalho de parto**

O RCOG (2011) recomenda monitorização cardiotocográfica de forma contínua apenas em situações específicas e não de forma rotineira, tais como gestações com elevado risco de morte neonatal, encefalopatia neonatal, indução do trabalho de parto com ocitocina, líquido amniótico meconizado e em situações de anormalidades na auscultação fetal intermitente (bradicardia, taquicardia e desacelerações).

Por este motivo, a grávida permaneceu com monitorização cardiotocográfica de forma contínua.

O segundo período do trabalho de parto contempla o período entre a dilatação completa e a expulsão do feto. Este período tem uma duração variável e pode, em nulíparas durar três horas, e em múltiparas duas horas, na ausência de analgesia epidural. (Lee & Azzam, 2016; WHO, 2018a).

| | |
|-------------|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Parto |
|-------------|--|

| | |
|--|--------------------------|
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação fetal ao nível do 3.º plano de Hodge, variedade fetal: OEA. • CTG suspeito com presença de desacelerações repetitivas no pico da contração. • Expectativa face ao parto: eutócico, não medicalizado | |
| DIAGNÓSTICO | TRABALHO DE PARTO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar trabalho de parto/nascimento • Prevenir laceração do períneo • Promover parto eutócico • Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • 07:23h - Implementar medidas de proteção do períneo • 07:23h - Assistir no parto • 07:50h - Assistir na expulsão da placenta • 08:10h - Avaliar evolução do trabalho de parto | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p><i>Gerir ambiente físico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir a privacidade - fechar as portas • Reduzir a intensidade da luz • Permitir um ambiente calmo, respeitando a vontade da parturiente quanto ao número de pessoas presentes na sala de parto <p><i>Implementar medidas de proteção do períneo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Posicionar a mão dominante no períneo, com o polegar e o indicador em ambos os lados da fúrcula e realizar um movimento de aproximação entre os dedos; aplicar pressão no períneo com o resto da mão para auxiliar na saída da cabeça do recém-nascido; usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça, auxiliando na flexão da mesma exercendo pressão sobre o occipital para baixo em direção ao períneo e ajudar a desencravar as bossas parietais - Manobra de Ritgen. <p><i>Assistir no parto</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • 07:23h - Preparar o material - dispor o kit de parto numa mesa • 07:23h - Incentivar esforços expulsivos quando sentir vontade • 07:23h - Elogiar esforços expulsivos • 07:23h - Questionar se quer sentir a cabeça do recém-nascido no coroamento • 07:23h - Auxiliar a saída da cabeça fetal • 07:23h - Verificar presença de circular do cordão após exteriorização da cabeça | |

- 07:23h - Aguardar restituição da apresentação fetal
- 07:23h - Registrar a hora de nascimento: 07:23h
- 07:23h - Secar e estimular o recém-nascido no abdómen da mãe
- 07:23h - Tapar a cabeça (gorro) e cobrir o resto do corpo com lençol aquecido deixando o rosto exposto
- 07:23h - Colocar perfusão de Ocitocina segundo protocolo do serviço - 10UI em 1000mL SF/Glicose 5%
- 07:23h - Avaliar índice de apgar ao 1.º minuto, 5.º e 10.º minuto

Assistir na expulsão da placenta

- 07:50h - Inspeccionar a placenta - placenta completa, bordos regulares, cotilédones íntegros, bolsa amniótica com 2 folhetos, presença de 2 artérias e 1 veia, inserção marginal do cordão umbilical
- 07:50h - Inspeccionar o períneo - laceração perineal de 1.º grau
- 08:00h - Realizar a higiene perineal após a dequitação - lavar vulva e vagina com soro fisiológico

Avaliar evolução do trabalho de parto [08:10h]

- Posição no parto: semi-sentada
- Esforços expulsivos eficazes
- Hora do nascimento: 07:23h
- Tipo de parto: conforme a expectativa
- Posição: OEA
- Tipo de dequitação: espontânea - mecanismo de Schultze
- Hora da dequitação: 07:50h
- Características da placenta: sem alterações observáveis
- Estado do períneo: laceração perineal de 1.º grau
- Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada
- Contração do útero pós-parto: útero contraído

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Implementar medidas de proteção do períneo***

A conduta para evitar o trauma perineal durante o estágio foi a de proteção do períneo através da realização da proteção ativa do períneo com a mão e controlo da descida da apresentação, quando esta última começa a distender a vulva. A fundamentação da técnica realizada encontra-se documentado no caso clínico 1 da assistência à mulher em trabalho de parto e parto.

- ***Intervenção: Assistir no parto***

Durante o período expulsivo o EEESMO deve encorajar e apoiar as mulheres a seguirem o seu próprio impulso para a realização de esforços expulsivos (WHO, 2018a).

No trabalho de parto sem recurso a analgesia epidural, o reflexo de Ferguson está presente, auxiliando a mulher na eficácia dos esforços expulsivos, contrariamente ao que acontece nas mulheres com analgesia epidural.

A analgesia por via epidural poderá causar uma redução no tónus dos músculos do assoalho pélvico que afetam os mecanismos de descida e rotação da apresentação fetal, reduzindo a intensidade da força de contração dos músculos abdominais, afetando os esforços expulsivos involuntários da mulher. Quando a mulher apresenta perda sensorial total devido ao bloqueio motor provocado pela analgesia por via epidural, o reflexo de Ferguson não está presente, o que também está associado a períodos expulsivos mais prolongados. O puxo espontâneo, como a técnica que pressupõe que a mulher puxe quando sente vontade de o fazer está dependente do grau de bloqueio motor produzido pela analgesia epidural em que o reflexo de Ferguson pode não estar presente (Cheng et al., 2004).

Após a saída da cabeça fetal, a parturiente foi instruída a suspender os esforços expulsivos, e foi pesquisada a existência de circulares do cordão umbilical. Dada a ausência de circulares cervicais, foi incentivada a manter os esforços expulsivos de forma controlada para expulsar o resto do corpo do recém-nascido.

- ***Intervenção: Assistir na expulsão da placenta***

O terceiro período do trabalho de parto contempla a dequitação, expulsão da placenta, e decorre desde a expulsão do feto até à expulsão completa da placenta, processo de decorre de um mecanismo fisiológico. Durante o estágio realizou-se uma gestão ativa do 3.º estágio do trabalho cuja intervenções incluíram a administração de 10UI intravenosa de Ocitocina (a 500mL/h em 1000mL de SF 0,9% ou Glicose 5%) imediatamente após a expulsão fetal (WHO, 2018a; DGS, 2023b). Aguardou-se o efeito da ocitocina ou nível da contração uterina e posteriormente realizou-se tração controlada do cordão associada a massagem uterina.

Após a saída da placenta avaliou-se macroscopicamente as suas características no que diz respeito à sua integridade, inserção e número de vasos do cordão, comprimento do cordão, peso, inspeção da face materna e face fetal. O mecanismo de descolamento da placenta foi o de Schultz.

Logo após a dequitação foi realizada avaliação dos parâmetros vitais, perda hemática vaginal e tônus uterino conforme recomenda a DGS (2023b). Esta avaliação regular é recomendada pela WHO (2018a) de forma rotineira nas primeiras 24h, a partir da primeira hora após o nascimento.

A avaliação da integridade vulvar e perineal é também um cuidado recomendado no 3.º estadio do trabalho de parto. Observou-se uma laceração perineal de 1.º grau que foi corrigida cirurgicamente.

| | |
|--|---|
| FOCO | Processo do sistema tegumentar - Pele e Mucosas |
| DADOS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apresenta laceração perineal de 1.º grau, proveniente do parto eutócico. | |
| DIAGNÓSTICO | LACERAÇÃO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da laceração • Promover cicatrização da laceração | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Suturar laceração • Executar tratamento da laceração • Aplicar frio | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p>Suturar laceração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as estruturas afetadas; Verificar ápice interno da lesão; Efetuar 1.º ponto a 0,5 a 1cm do ápice interno; Realizar sutura contínua simples com fio vicryl rapide 2/0 de dentro para fora. <p>Executar tratamento da laceração</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a higiene vulvar e perineal com soro fisiológico (DGS, 2023b). <p>Aplicar frio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar gelo para conforto e redução de edema perineal | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Suturar laceração**

As lacerações perineais podem dividir-se em 4 categorias: as lacerações perineais de primeiro grau são consideradas lesões superficiais que atingem a pele, tecido celular subcutâneo e

mucosa vaginal; as lacerações de segundo grau estendem-se pelos músculos perineais; as de terceiro grau envolvem o esfíncter anal e as lacerações perineais de quarto grau, envolvem a mucosa retal prolongando-se pela parede retal anterior (ACOG, 2018).

- **Intervenção: Aplicar gelo**

A aplicação de gelo no períneo durante o pós-parto é considerada segura e eficaz como estratégia de alívio da dor. A diminuição da temperatura entre 10 a 15°C pela aplicação de gelo é necessária para produzir o efeito analgésico desejado. Foi observado que a aplicação de gelo por 10 minutos é suficiente para alcançar os efeitos desejados, minimizando as possíveis consequências adversas, como queimaduras ou adormecimento. Além disso, verificou-se que a aplicação de gelo no períneo pode aliviar a dor até 2 horas. Portanto, a aplicação de gelo é uma intervenção autônoma do EEESMO que pode proporcionar conforto e autonomia à puérpera (Silva, 2019). Assim, concluída a higienização perineal após o parto, foi aplicado gelo no períneo.

| | |
|--|-------------------|
| FOCO | Nascimento |
| DADOS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Hora do nascimento: 07:23h • Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9 • Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10 • Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10 • Questionada sobre a vontade de querer cortar o cordão umbilical, a grávida refere que prefere que sejam os enfermeiros a fazê-lo. | |
| DIAGNÓSTICO | NASCIMENTO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptação do recém-nascimento à vida extrauterina | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Executar clampeamento do cordão umbilical • Executar corte do cordão umbilical • Executar técnica de pele com pele | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p><i>Executar clampeamento do cordão umbilical</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clampar o cordão ao fim de 1 minuto | |

Executar corte do cordão umbilical

- Cortar o cordão umbilical entre o clampe e a porção mais distal do cordão

Executar técnica de pele com pele

- Colocar o recém-nascido despido sobre o peito materno, em decúbito ventral, com os membros inferiores ligeiramente fletidos e o tórax levantado, rosto destapado e face lateralizada.

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Executar clampeamento do cordão umbilical**

Recomenda-se o corte do cordão umbilical ao fim de 60 segundos (DGS, 2023b), orientação que foi praticada.

- **Intervenção: Executar técnica de pele com pele**

Após o nascimento, o recém-nascido foi colocada em contacto pele com pele conforme vontade da mãe.

07:50h

| | |
|---|------------------|
| DADOS: <ul style="list-style-type: none">• Parto eutócico às 07:23h• Contração do útero pós-parto: útero contraído, peri-umbilical• Quantidade de lóquios: Hemáticos, em quantidade moderada | |
| DIAGNÓSTICO | PUERPÉRIO |
| OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução da recuperação pós-parto | |
| INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar a evolução da recuperação pós-parto | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: <i>Avaliar a evolução da recuperação pós-parto</i> <ul style="list-style-type: none">• Avaliar contração do útero, posição do útero e perda hemática vaginal | |

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Avaliar a evolução da recuperação pós-parto***

O puerpério inicia-se após a dequitação, sendo recomendado a partir desse momento a avaliação regular do sangramento vaginal, contração uterina, altura do fundo uterino, temperatura e frequência cardíaca de forma rotineira, durante as primeiras 24 horas, a partir da primeira hora após o nascimento (DGS, 2023b).

3. ASSISTÊNCIA À MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-PARTO

O período pós-parto, define-se pelo período que começa imediatamente após o nascimento do recém-nascido e estende-se até às seis semanas (42 dias) (WHO, 2022). Este pode ser dividido em imediato (primeiras 24h), precoce (entre o 2.º e 7.º dia) e tardio (desde o 8.º dia até às seis semanas após o parto) (Graça, 2017).

É um período que requer por parte dos pais um conjunto de conhecimentos e competências que permita desempenhar com mestria o seu papel parental (Graça, 2017).

Uma das dimensões dos cuidados do EEESMO prende-se com a assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pós-parto. O EEESMO é responsável por cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o pós-parto no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade (OE, 2019).

Durante a prestação de cuidados à mulher e seu recém-nascido, o EEESMO torna-se fundamental na promoção da saúde da mulher e recém-nascido no período pós-parto e responsável por:

- Informar e orientar sobre recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades da puérpera e do recém-nascido, promovendo a decisão esclarecida.
- Informar e orientar a mulher sobre crescimento, desenvolvimento, sinais e sintomas de alarme no recém-nascido.
- Informar e orientar a mulher sobre sexualidade e contraceção no período pós-parto.
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto.
- Informar, orientar e apoiar a mulher no autocuidado e a cuidar do seu filho.
- Identificar e monitorizar alterações aos processos de transição e adaptação à parentalidade, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- Identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- Identificar complicações pós-parto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.
- Conceber, planear, implementar e avaliar intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher após o parto (OE, 2019).

A intervenção de EEESMO promove a transição para a parentalidade através do acompanhamento, apoio, capacitação e cuidado à mulher/casal contribuindo para o bem-estar da mulher e para a promoção da saúde do recém-nascido.

A transição para a parentalidade requer tempo para a incorporação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades necessárias às decisões e às ações relativas às competências parentais. Este processo é mandatório para que a mãe e o pai/pessoa significativa possam desenvolver confiança nas suas próprias capacidades e consigam resolver as situações, alcançando uma percepção de eficácia e de satisfação no desempenho do papel (Cardoso, 2014).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO) da OE (2021), os princípios gerais que orientam a conceção de cuidados especializados englobam:

1. A mãe e o pai são diferentes e cada um vive a respetiva transição (Cardoso, 2014).
2. A preparação para a parentalidade e exercício parental representam uma responsabilidade partilhada, em que parceria entre a mãe e o pai é elemento central para uma transição para a parentalidade saudável (Cardoso, 2014; Cardoso, 2011).
3. Mães e pais confiantes na sua capacidade de cuidar do filho respondem melhor às necessidades do recém-nascido. (Cardoso, 2014; Cardoso, 2011).

A confiança da mãe e do pai no desempenho do papel está relacionada com: expectativas parentais mais realistas durante a gravidez; mais facilidade em lidar com os desafios do período pós-natal inicial; melhor qualidade do relacionamento do casal e maior satisfação com o filho e com o desempenho do papel; redução da depressão, e mais habilidades parentais competentes e positivas (Mihelic, Filus & Morawska, 2016; Mihelic, Morawska & Filus, 2018).

Assim, se a mãe e o pai se sentirem confiantes e preparados para a tomada de decisão e para iniciar as tarefas parentais, mais tranquilo será o período inicial após o nascimento do filho, com consequências ao nível da saúde de todos os envolvidos.

Quanto maior é o nível de conhecimentos e de habilidades das mães e dos pais, maior a probabilidade de criarem um ambiente adequado ao desenvolvimento saudável e de estarem mais sensíveis às necessidades da criança. A mestria nas competências parentais, a confiança no desempenho do papel e o sentir-se bem no papel de mãe/pai são o culminar de uma transição bem-sucedida no âmbito da adaptação à parentalidade.

A adaptação à parentalidade e a amamentação foram dois dos domínios mais relevantes para a conceção de cuidados na assistência à mulher no pós-parto e na qual o EEESMO tem um papel preponderante. Abaixo encontram-se alguns aspetos que considero relevantes e particulares destes domínios.

ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE

Carateriza-se por comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe, interiorizando as expectativas da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados (ICN, 2019).

A adaptação à parentalidade constitui um foco de atenção relacionado com a experiência de maternidade/paternidade conduzindo a mudanças significativas. A transição para a parentalidade inicia-se ainda no período pré-natal, sendo assim de extrema importância o papel do EEESMO desde o início desta transição, no sentido de ajudar os pais a vivenciar a transição neste domínio de forma saudável. É fundamental determinar o *timing* para intervir de acordo com a necessidade dos clientes, sendo necessárias intervenções de enfermagem centralizadas nas necessidades dos pais, que reforcem as competências e recursos, e que minimizem vulnerabilidades, sendo missão do EEESMO ajudar os pais a obter ganhos em saúde nos processos que exigem mudanças significativas (Cardoso, 2011).

O nascimento de um recém-nascido implica por parte da mãe e do pai uma preparação no âmbito da adaptação à parentalidade para desempenhar com mestria o seu exercício parental. Nesse sentido, o período pós-parto, em contexto de internamento, constitui uma oportunidade para o treino e aperfeiçoamento de competências parentais, motivo pelo qual o domínio foi identificado.

AMAMENTAÇÃO

A amamentação constitui um desafio para as mulheres no período pós-parto. Segundo o ICN (2019), a amamentação constitui um padrão alimentar que consiste em alimentar um lactente oferecendo leite das mamas. É uma tarefa complexa que envolve um conjunto de elementos práticos, emocionais, motivacionais e informação (Cardoso, 2011).

Numa revisão Cochrane, envolvendo 74.656 mães a amamentar recém-nascidos de termo saudáveis, cujo objetivo foi comparar o apoio na amamentação, no que respeita a assegurar elogios, informações e esclarecimento de dúvidas, com os cuidados habituais prestados, constataram que o apoio à amamentação prestado por um profissional de saúde ou por um leigo provavelmente reduz o número de mulheres que interrompem a amamentação parcial ou exclusiva em quatro a seis semanas ou em seis meses após o nascimento (McFadden et al., 2017).

O EEESMO sendo um profissional altamente competente no apoio à amamentação, com formação especializada nessa área, pode oferecer um apoio individualizado e personalizado às mães, ajudando a promover uma experiência de amamentação bem-sucedida e gratificante.

3.1. Promoção da autoconfiança no exercício parental

CENÁRIO CLÍNICO

Puérpera nas 12-24h após parto distócico auxiliado por ventosa com ferida cirúrgica no períneo por episiotomia. Recém-nascido do sexo masculino, com APGAR de 7/9/9 ao 1.º, 5.º e 10.º minuto respectivamente, com 2970g, amamentado em exclusivo. É o primeiro filho do casal.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DO CASO

A escolha deste caso permitiu aprimorar competências parentais, com o intuito de proporcionar apoio, suporte e confiança a esta mulher. A promoção da autoconfiança no âmbito da amamentação foi um dos temas trabalhados ao longo da prestação de cuidados a esta mulher, que considero essencial para garantir a continuidade da amamentação exclusiva conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde e, principalmente, por constituir a vontade desta mulher.

PLANO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados refere-se ao turno da tarde. Segundo protocolo do serviço onde foi realizado o estágio, os cuidados de higiene ao recém-nascido eram prestados no turno da tarde, pelo que foi questionada à puérpera qual o momento mais oportuno para o realizar, tendo optado pelas 17:00h, uma vez que o filho tinha acabado de mamar.

CONTACTO 1: 15:30h-16:30h

| | |
|---|--|
| FOCO | Processo do Sistema Reprodutor - Pós-parto |
| DADOS: <ul style="list-style-type: none">• Parto distócico auxiliado por ventosa• Lóquios hemáticos em moderada quantidade, conforme a esperada• Útero contraído, com localização infraumbilical | |
| DIAGNÓSTICO | PUERPÉRIO |
| OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução da recuperação pós-parto | |
| INTERVENÇÕES: Avaliar evolução da recuperação pós-parto <ul style="list-style-type: none">• Coloração dos lóquios - hemáticos• Quantidade de lóquios - moderada• Cheiro dos lóquios - <i>sui generis</i>• Involução uterina - infraumbilical | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Avaliar evolução da recuperação pós-parto**

O processo de involução uterina caracteriza-se pelo retorno do útero ao estado pré-gravídico e inicia-se imediatamente após a dequitação com a contração do músculo liso uterino. Logo após o parto, o fundo uterino localiza-se abaixo da cicatriz umbilical e pelas 24h pós-parto a nível umbilical. A sua regressão ocorre em média 1 cm por dia e ao 14.º dia o fundo do útero já não é palpável. A avaliação do posicionamento e tónus uterino, através da palpação abdominal, é fundamental para a identificação precoce de uma atonia uterina, a principal causa de hemorragia pós-parto (Graça, 2017).

Durante a amamentação, a sucção realizada pelo recém-nascido estimula a produção e libertação de ocitocina, desencadeando contrações uterinas promovendo a involução uterina, reduzindo o risco de hemorragia pós-parto (Lowdermilk & Perry, 2008).

O fluxo sanguíneo vaginal no pós-parto denomina-se de lóquios e podem estar presentes até à 3.^a semana após o parto, alterando as suas características ao longo do tempo (Graça, 2017). Nos primeiros dias caracterizam-se por uma secreção vermelho-escuro (lóquios hemáticos) e são mais abundantes; entre o 5.^o e 10.^o dia tornam-se mais rosados/acastanhados (lóquios sero-hemáticos) e a partir do 10.^o dia tornam-se numa secreção vaginal amarelada e com aspeto mucóide e espesso (lóquios serosos). Para além da alteração das características, também ao longo do tempo a quantidade dos lóquios vai reduzindo (Lowdermilk & Perry, 2008).

Importa, durante o puerpério, avaliar as características dos lóquios relativamente à cor, cheiro, fluxo, presença de coágulos, com o objetivo de identificar precocemente complicações como hemorragia pós-parto e infeção (Lowdermilk & Perry, 2008).

Normalmente, os lóquios têm um cheiro *sui generis*, semelhante ao fluxo menstrual e o volume é variável. O fluxo de lóquios é maior após um parto vaginal, particularmente nas primeiras 24h (Murray & McKinney, 2014). A avaliação do volume dos lóquios deve ser avaliada pelo grau de saturação do penso higiénico, num espaço temporal de 2h. O fluxo dos lóquios pode aumentar com a deambulação, posição vertical e amamentação devido à libertação de ocitocina que facilita a contração uterina (Ricci, 2008).

Durante o período de internamento, a puérpera deve ser informada das características dos lóquios e das modificações esperadas ao longo do puerpério, para que possa estar atenta a sinais de alarme (Ricci, 2008).

Os lóquios são um excelente meio de crescimento bacteriano pelo que a troca frequente do penso (a cada 4/6 horas, de acordo com o volume de lóquios) e a lavagem das mãos antes e após o procedimento devem ser incentivadas (Murray & McKinney, 2014; Ricci, 2008).

Conforme preconizado pela WHO (2022), é essencial que todas as mulheres sejam regularmente avaliadas quanto à perda sanguínea vaginal, à contração e involução uterina, à temperatura corporal e frequência cardíaca, nas primeiras 24h, a começar após a dequitação. A mesma fonte defende também a monitorização da PA imediatamente após o parto; se tiver dentro da normalidade a segunda avaliação deve ocorrer até 6h após. No serviço a avaliação da PA era realizada uma vez por dia nas puérperas de parto eutócico e com um puerpério fisiológico.

Quanto à eliminação urinária, a primeira micção pós-parto deve ser monitorizada até seis horas após o parto. Em todos os contactos subsequentes, após as primeiras 24 horas, é importante continuar a monitorizar o bem-estar geral e realizar avaliações específicas relacionadas com a micção, incontinência urinária, função intestinal, ferida perineal, cefaleias, dor, para além das características dos lóquios (WHO, 2022).

| | |
|--|---|
| FOCO | Processo Corporal - Processo do Sistema Tegumentar - Pele e mucosas |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Parto distócico auxiliado por ventosa com ferida cirúrgica no períneo | |
| DIAGNÓSTICO | FERIDA CIRÚRGICA |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Determinar evolução da ferida cirúrgica | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da ferida cirúrgica | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p><i>Avaliar evolução da ferida cirúrgica</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigiar processo de cicatrização da ferida e presença de sinais inflamatórios (rubor, calor, edema e presença de exsudado), sinais de deiscência da ferida cirúrgica | |

| | |
|--|--|
| FOCO | Processo Corporal - Processo do sistema secretor - Secreção e excreção de leite - Lactação |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Presença de leite na mama: sim (dados indiretos - passagem da sucção não nutritiva para nutritiva) • Características da mama após o parto - mama mole • A puérpera questiona se tem leite suficiente para o recém-nascido, uma vez que não sente o leite a sair enquanto está a amamentar. Acha que não tem leite e por isso é que o recém-nascido adormece. • Disponibilidade para aprender - Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE LACTAÇÃO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover autogestão da lactação | |
| CRITÉRIOS DE RESULTADO: | |
| <p>Que a mãe seja capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender o processo de produção e libertação de leite materno • Reconhecer os sinais de produção e libertação de leite materno | |

INTERVENÇÕES:

- Ensinar sobre lactação

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:***Ensinar sobre lactação***

- Explicar o processo de lactação: o leite materno produz-se através de um sistema de regulação em que a produção ocorre em função da necessidade, sendo a produção regulada pelo estímulo do recém-nascido através de uma drenagem eficaz da mama. Ou seja, quanto maior a frequência das mamadas maior será a produção de leite.
- Explicar características do leite materno em função do tempo: O colostro é o leite que é libertado nos primeiros dias após o parto. É rico em anticorpos (1.ª vacina natural para o recém-nascido) e tem uma coloração amarelada, é espesso e em reduzida quantidade. Por volta do 3.º dia as características do leite alteram-se, passando a ser designado de leite de transição, um leite mais claro, menos espesso e em maior quantidade e que está presente até ao 10.º dia após o parto. Após o 10.º dia, há produção do leite maduro, um leite que inicialmente é mais aguado e translúcido e no final da mamada torna-se mais espesso e rico em gordura.
- Explicar os sinais de libertação de leite materno: No corpo da mulher há sinais que evidenciam a libertação de leite como a sensação de “picadas”/ formigueiro na mama no início da mamada e a presença de contrações uterinas que aumentam a saída dos lóquios durante e após amamentação.

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Ensinar sobre lactação***

A lactação, segundo o ICN (2019) é definida como um processo de síntese e secreção do leite materno pelas glândulas mamárias da mulher adulta contendo hidratos de carbono, proteínas, gordura em suspensão, vitaminas e minerais; o leite materno constitui o alimento base para nutrir o lactente ou criança.

A manutenção da lactação é regulada por mecanismos de feedback negativo no Sistema Nervoso Central. Através da estimulação do mamilo pela sucção do recém-nascido durante a mamada, são enviados estímulos ao hipotálamo que desencadeia a libertação de prolactina (hormona responsável pela produção de leite) e simultaneamente a de ocitocina (hormona responsável pela ejeção do leite). O processo de lactação inicia-se na gravidez através do processo de lactógenese I. Após o parto, com a queda do estrogénio e progesterona, inicia-se o processo de

lactógenese II, desencadeado a chamada subida de leite entre as 50h e 73h pós-parto (Sriraman, 2017; Pillay & Davis, 2023).

O processo de lactação é mantido pela constante estimulação e consequente esvaziamento da mama. Este processo desencadeia estímulos sensitivos constantes ao hipotálamo, regulando o processo de produção de leite.

A prolactina estimula o crescimento ductal da glândula mamária e a proliferação de células epiteliais e induz a síntese de proteínas do leite. A ocitocina está envolvida na ejeção do leite ou no reflexo de descida. A estimulação tátil do complexo aréolopapilar pela sucção, leva a sinais aferentes ao hipotálamo que desencadeiam a liberação de ocitocina. Isso resulta na contração das células mioepiteliais, forçando o leite a entrar nos ductos a partir dos lúmens alveolares e a sair através do mamilo. A ocitocina também tem um efeito psicológico, que inclui induzir um estado de calma e reduzir o stress e aumentar os sentimentos de afeto entre mãe e filho (Pillay & Davis, 2023).

Uma vez estabelecida e mantida a lactação, a produção de leite é regulada pela interação de fatores físicos e bioquímicos. Se o leite não for removido, a pressão intramamária aumenta e o fator inibidor da lactação acumula-se na mama e reduz a produção de leite. Se o leite materno for removido eficazmente, o fator inibidor da lactação também será removido e a produção de leite será retomada. O papel do fator inibidor da lactação é regular a quantidade de leite produzida, que é determinada pela quantidade de leite extraído pelo recém-nascido (Sriraman, 2017; Pillay & Davis, 2023).

À medida que o leite é retirado da mama, há sinalização ao hipotálamo que mais leite precisa ser produzido (Lawrence, 2016).

O colostro, rico em anticorpos, é o primeiro leite e embora seja produzido em pequeno volume nos primeiros dias, tem alto valor nutricional. As mães devem ser informadas de que o colostro é suficiente para satisfazer as necessidades nutricionais do recém-nascido, contrariando a percepção das mães de que “não tem leite suficiente” (Sriraman, 2017).

| | |
|---|---|
| FOCO | Comportamento Interativo - Comportamento para amamentar - Amamentação |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none">• Puérpera questiona de quanto em quanto tempo deve amamentar o recém-nascido, uma vez que adormece constantemente na mama.• Quando questionada sobre os comportamentos que espera observar quando o recém-nascido tiver fome, a puérpera refere o choro e o colocar os dedos na boca. | |

- Quando questionada sobre que comportamentos espera observar quando o recém-nascido tiver saciado, a puérpera responde: “Eu acho que ele já não tem fome quando ele adormece, mas a verdade é que acho que é cedo demais porque ele adormece pouco tempo depois de começar a mamar”.
- Não oferece a mama quando reconhece sinais de fome
- Não termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade
- Não utiliza estratégias para estimular o mamar
- Observação da mamada: Recém-nascido abocanha apenas o mamilo.
- Posição da mamada: Recém-nascido afastado do corpo da mãe
- Vontade de amamentar: sim
- Conhecimento da mãe sobre benefícios da amamentação: demonstra
- Disponibilidade para aprender - Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito.

DIAGNÓSTICO

POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AMAMENTAÇÃO

OBJETIVOS:

- Promover autogestão: amamentação

CRITÉRIOS DE RESULTADO:

Face à intervenção Ensinar sobre sinais de fome:

- Que a mulher/mãe seja capaz de identificar os sinais precoces de fome
- Que a mulher/mãe seja capaz de reconhecer o choro como um sinal tardio de fome

Face à intervenção Ensinar sobre sinais de saciedade:

- Que a mulher/mãe seja capaz de reconhecer os sinais de saciedade

Face à intervenção Ensinar sobre pega adequada:

- Que a mulher/mãe seja capaz de assegurar uma pega adequada

Face à intervenção Ensinar sobre padrão de sucção:

- Que a mulher/mãe seja capaz de identificar padrão de sucção nutritivo e não nutritivo

Que a mulher/mãe seja capaz de adotar estratégias para manter o recém-nascido acordado durante a mamada (estimular sucção nutritiva)

INTERVENÇÕES:

- Ensinar sobre sinais de fome
- Ensinar sobre sinais de saciedade
- Ensinar sobre pega adequada
- Ensinar sobre padrão de sucção

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:

Ensinar sobre sinais de fome

- Explicar reações do recém-nascido que evidenciam fome: Os sinais precoces de fome são a procura do mamilo, a procura de abocanhar qualquer objeto que toque na região peri-bocal e sugar vigorosamente nos dedos. O choro é um sinal tardio de fome.

Ensinar sobre sinais de saciedade

- Explicar reações do recém-nascido que evidenciam saciedade: Recém-nascido apresenta-se relaxado e larga a mama e acaba por adormecer.

Ensinar sobre pega adequada

- Explicar elementos observados no recém-nascido que evidenciam uma boa pega: Durante a pega, o recém-nascido abocanha o mamilo e a maior parte da aréola produzindo vácuo. Os sinais de boa pega incluem: os lábios superior e inferior estão bem abertos; o lábio inferior virado para fora contra a mama; o queixo toca a mama e o nariz desobstruído; as bochechas estão arredondadas; a língua sai sobre o lábio inferior e fica abaixo da aréola durante a mamada; ambos estão completamente confortáveis; o corpo do recém-nascido alinhado com o corpo da mãe (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019).

Ensinar sobre padrão de sucção

- Explicar sinais de transferência de leite através da alteração do padrão de sucção, em que no início das mamadas os movimentos de sucção são curtos e rápidos e quando o leite começa a fluir, os movimentos de sucção passam a ser lentos e profundos, evidenciando-se pausas para a deglutição.
- Explicar estratégias para manter o recém-nascido acordado durante a mamada (estimular a sucção nutritiva): despir o recém-nascido; falar com o recém-nascido; massajar as costas e o tronco; esfregar as mãos e os pés do recém-nascido; ajustar a iluminação, para encorajá-lo a abrir os olhos; mudar a fralda; aplicar uma toalha humedecida em água tépida na face do recém-nascido; executar contacto pele com pele.

Fundamentação teórica:

O apoio na amamentação é a competência que requer maior disponibilidade temporal por parte do EEESMO durante o internamento de puerpério. O Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica define que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, bem como as medidas corretivas ao processo de aleitamento materno (OE, 2019).

Sendo a amamentação deveras exigente, apoiar a mulher neste processo exige um corpo robusto e variado de conhecimentos do EEESMO, bem como um conjunto de intervenções no âmbito dos conhecimentos e capacidades dos pais para uma amamentação bem-sucedida. As intervenções do EEESMO devem ir ao encontro do domínio não só informativo e prático, mas também emocional e motivacional, pelo que, durante o ensino clínico, ao invés de um discurso centrado em aspetos como o cansaço materno, as puérperas eram elogiadas no seu esforço, dedicação e aprendizagem (OE, 2019).

Amamentação Responsiva

É aconselhado um recém-nascido mamar, habitualmente, entre 8 e 12 vezes num período de 24 horas, não necessariamente em intervalos regulares, mas sempre que este manifestar sinais de fome. Alimentar o recém-nascido de acordo com as suas necessidades ajuda a assegurar as necessidades diárias de nutrição, desde que, no mínimo, faça oito mamadas nas 24 horas (Zimmerman, 2023; SPN, 2023).

A WHO (2022) recomenda a prática da amamentação responsiva. Esta refere-se à prática da amamentação como uma resposta materna aos sinais evidenciados pelo recém-nascido. A amamentação responsiva reconhece a relação recíproca mãe-bebê e os benefícios da amamentação para além do alívio da fome.

É recomendado a prática de uma alimentação responsiva, através do apoio à mãe e ao pai para que reconheçam e respondam aos sinais evidenciados pelos seus recém-nascidos. A alimentação responsiva, também designada de livre demanda, não impõe restrições à frequência ou duração das mamadas do recém-nascido, sendo aconselhado amamentar sempre que o recém-nascido estiver com fome ou sempre que o recém-nascido desejar, tendo por referência que recém-nascidos são capazes de autorregular a sua ingestão alimentar combinando sucção nutritiva e não nutritiva. A alimentação programada, que prescreve uma frequência e horário de alimentação predeterminados e geralmente com restrição de tempo, não é recomendada. É importante que as mães saibam que o choro é um sinal tardio de fome, sendo a sua adaptação ao seio materno mais exigente nesta fase (WHO & United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018; DGS, 2019; Zimmerman, 2023).

Independentemente de amamentarem ou não, as mães devem ser apoiadas para reconhecerem e responderem aos sinais dos seus recém-nascidos relativamente à alimentação, proximidade e

conforto, e capacitadas para responderem adequadamente a esses sinais com uma variedade de opções, durante o internamento de puerpério. Apoiar as mães para que respondam aos sinais comportamentais de alimentação, conforto ou proximidade permite-lhes construir uma relação afetuosa e estimulante com os seus recém-nascidos e aumenta a sua confiança em si mesmas, na amamentação e no crescimento e desenvolvimento dos seus recém-nascidos (WHO & UNICEF, 2018).

- ***Intervenção: Ensinar sobre sinais de fome e saciedade***

Sendo a amamentação em livre demanda a diretriz mais recomendada no que respeita à amamentação, a observação dos comportamentos do recém-nascido torna-se crucial para garantir a amamentação em tempo oportuno, promovendo o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido. Conhecer os sinais de fome e saciedade torna-se relevante neste processo.

Vargas et al. (2016), reconhecem como sinais de fome o aumento dos movimentos oculares do recém-nascido, abrir a boca, movimentos de sucção, reflexo de procura virando a cabeça para os lados, gemidos, colocar as mãos à boca. Como sinais de saciedade destaca o recém-nascido ficar relaxado, largando a mama e acabando por adormecer. Os sinais de saciedade são a indicação do fim da mamada, determinado pelo recém-nascido e que os pais devem ser ensinados a reconhecer, sendo eles: adormecer e largar a mama, aspeto relaxado e satisfeito (Levy & Bértolo, 2012).

O choro é considerado um sinal tardio de fome, mas pode também sinalizar outro desconforto para o recém-nascido. Este não deve ser considerado o primeiro sinal de manifestação de fome estando, muitas vezes, associado ao desmame precoce (Vargas et al., 2016).

O conhecimento sobre o estímulo dos reflexos do recém-nascido foi um dos alvos de cuidado favorecendo a aquisição de competências dos pais que tinham potencial de melhorar o conhecimento sobre os mesmos, sendo instruída a forma de o realizar. Os reflexos do recém-nascido envolvidos na sua capacidade para mamar são os de procura, sucção e deglutição. Tocar as bochechas ou os lábios do recém-nascido com o dedo ou o mamilo, fazer expressão de uma gota de colostro para que o recém-nascido seja atraído pelo odor, estimula o reflexo de procura, verificando-se o virar da cabeça do recém-nascido para o lado que está a ser tocado, enquanto coloca a língua para baixo e para fora (Levy et al., 2012; Vargas et al., 2016). O reflexo de sucção é estimulado sempre que a aréola e mamilo tocam no palato superior do recém-nascido e o de deglutição, sempre que a boca se enche de colostro ou leite (Levy & Bértolo, 2012).

Importa dotar as mulheres para reconhecerem nos recém-nascidos sinais e comportamentos que evidenciem necessidade de mamar, seja por fome ou necessidade de conforto e que permitam à mãe reconhecê-los e praticar uma amamentação responsiva (WHO, 2022).

- **Intervenção: Ensinar sobre sinais de boa pega**

Os sinais de uma pega correta incluem: boca do recém-nascido deve apresentar-se bem aberta, abocanhar a aréola em vez do mamilo, o queixo estar encostado a mama, podendo ser vista porção da aréola sobre o lábio superior, o lábio inferior deve estar voltado para fora, a língua debaixo da aréola, as bochechas redondas, surgindo muitas vezes colostro no canto da boca e o nariz livre (Levy, et al., 2012).

A SPN (2023), preconiza o apoio às mães pelos profissionais de saúde com visualização da mamada e avaliação dos sinais de transferência de leite e a promoção do correto posicionamento do recém-nascido e da pega adequada.

- **Intervenção: Ensinar sobre padrão de sucção**

A alteração do padrão de sucção ao longo da mamada permite deduzir que a transferência de leite está a ocorrer eficazmente. No padrão de sucção não nutritiva, início das mamadas, os movimentos de sucção são curtos e rápidos para estimular o reflexo de ejeção do leite. No padrão de sucção nutritiva: quando o leite começa a fluir, os movimentos de sucção passam a ser lentos e profundos, com algumas pausas - habitualmente associadas à deglutição (ABM, 2020).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (2019), os sinais de sucção eficaz incluem: sucções lentas e profundas, com pausas; bochecha cheias, ouve-se o som da deglutição; o recém-nascido mama calmamente e termina a mamada quando estiver satisfeito; a mãe não sente dor e sente que a mama está menos cheia depois da mamada. Se a sucção for ineficaz, observa-se sucção rápida e superficial, bochechas vazias, o recém-nascido está inquieto e mama frequentemente e não parece satisfeito e a mãe sente dor e sente as mamas com o mesmo volume pré-mamada.

| | |
|---|---|
| FOCO | Comportamento Interativo - Comportamento para amamentar - Amamentação |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Observação da mamada: Recém-nascido abocanha apenas o mamilo; lábio inferior voltado para dentro. • Posição da mamada: Recém-nascido afastado do corpo da mãe, mal apoiado. • Refere que o recém-nascido adormece facilmente à mama. • Disponibilidade para aprender/experienciar - Revela interesse em aprender/experienciar: envolve-se ativamente no treino; faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc. | |

| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR A CAPACIDADE PARA AMAMENTAR |
|--|---|
| OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none"> • Promover autogestão: amamentação | |
| CRITÉRIOS DE RESULTADO: <p>Que a mãe seja capaz de ...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amamentar numa posição confortável • Ajustar a posição do recém-nascido para promover uma pega adequada • Reconhecer e assegurar uma pega adequada • Reconhecer a alternância do padrão de sucção | |
| INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none"> • Assistir na amamentação | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: <p><i>Assistir na amamentação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajudar no posicionamento da mãe: na posição sentada (posição escolhida pela mulher), com as costas confortavelmente apoiadas e pés ligeiramente elevados. • Ajudar no posicionamento do recém-nascido - posição de embalar cruzada - o recém-nascido fica apoiado ao longo do antebraço oposto, permitindo que aproxime a cabeça para abocanhar a mama e, como o recém-nascido está completamente apoiado no braço oposto, a mãe consegue controlar melhor a sua posição e usar a mãe livre para facilitar a pega (ABM, 2020). • Ajudar no assegurar a pega adequada: manter a cabeça, o pescoço e a coluna do recém-nascido alinhados; direcionar o mamilo ao nariz do recém-nascido; tocar suavemente com o mamilo no lábio superior da boca do recém-nascido para estimular a abertura da boca; quando o recém-nascido abrir a boca e colocar a língua sobre o lábio inferior, aproximá-lo da mama apontando o mamilo para o palato; o queixo deve ficar encostado à mama; manter parte da aréola dentro da boca com o lábio e o maxilar inferior a cobrir mais a parte inferior da aréola; moldar a mama (em forma de C) para facilitar o abocanhar da aréola e mamilo; manter as narinas do recém-nascido afastadas da mama de modo a garantir a coordenação sucção-deglutição-respiração (ABM, 2020). • Ajudar no reconhecimento do padrão de sucção <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientar para o reconhecimento da sucção nutritiva: no início das mamadas, os movimentos de sucção são curtos e rápidos para estimular o reflexo de ejeção do leite. | |

- Orientar para o reconhecimento da sucção nutritiva: quando o leite começa a fluir, os movimentos de sucção passam a ser lentos e profundos, com algumas pausas - habitualmente associados à deglutição
- Orientar para sinais indicadores de ingestão de leite: movimentos dos maxilares e bochechas arredondadas (indicação de vácuo intraoral) (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019)

CONTACTO 3: 17:00h -18:15h

| | |
|--|--|
| FOCO | Transição de Desenvolvimento - Desenvolvimento humano - Adaptação à parentalidade |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro filho do casal. • Refere que nunca deu banho a um recém-nascido e que por isso, tem algum receio do mesmo por ser tão pequenino. • Questiona qual a frequência e que produtos usar no banho. • Apresenta coto gelatinoso, sem cheiro, pele circundante íntegra. • Disponibilidade para aprender - Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO SOBRE HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptação à parentalidade: higiene e conforto | |
| CRITÉRIOS DE RESULTADO | |
| Que a mãe seja capaz de ... | |
| Face à intervenção Ensinar sobre higiene do recém-nascido: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os materiais necessários para troca da fralda do recém-nascido • Trocar a fralda ao recém-nascido • Escolher os produtos de higiene perineal adequados às características do recém-nascido • Gerir o ambiente do local onde o recém-nascido vai tomar banho • Identificar os materiais necessários para o banho do recém-nascido • Lavar as pálpebras, ouvidos e nariz • Realizar a higiene do recém-nascido | |

Face à intervenção Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido:

- Escolher os produtos de higiene adequados às características da pele do recém-nascido
- Escolher os produtos de higiene perineal adequados às características do recém-nascido

Face à intervenção Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical:

- Tratar do coto umbilical do recém-nascido
- Promover a mumificação do coto umbilical
- Identificar sinais de infecção do coto umbilical

INTERVENÇÕES:

- Avaliar evolução do conhecimento sobre higiene do recém-nascido
- Ensinar sobre higiene do recém-nascido
- Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido
- Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:

Ensinar sobre higiene do recém-nascido

- Explicar que o tipo de banho mais recomendado é o de imersão, quando exequível, dado que provoca menos perdas de calor e menos flutuação dos sinais vitais e promove o relaxamento.
- Explicar que o ambiente no local do banho deve ser ameno e sem correntes de ar (janelas fechadas, com uma temperatura média de 24°C).
- Explicar que se recomenda o banho do recém-nascido pelo menos duas a três vezes por semana.
- Explicar que o banho deve ter uma duração máxima de 10 minutos para reduzir as perdas de calor.
- Explicar que a altura da água na banheira deve ser de 5-7cm.
- Explicar que o couro cabeludo deve ser limpo da mesma forma que o resto do corpo.
- Explicar que o banho deve ser dado das zonas mais limpas para as mais sujas, deixando a zona genital para o fim para não conspurcar a água.
- Explicar que antes de iniciar o banho é recomendado vigiar a fralda e, se esta estiver suja com fezes, deve proceder à limpeza perineal antes de iniciar o banho.
- Explicar que a hora do banho depende da reação do recém-nascido. Se, após o banho, o recém-nascido ficar mais relaxado deve optar-se por dar o banho ao final do dia ou início da noite-, se banho for estimulante para o recém-nascido deve optar-se por dar banho de manhã ou no início da tarde. O banho pode ser dado em qualquer altura, exceto a seguir às refeições pelo risco de regurgitação.

- Explicar que as recomendações para a limpeza dos olhos são controversas, sendo que na instituição se realiza um movimento no sentido descendente no canto interno e de seguida, limpar do canto interno para o externo (Blume-Peytavi, 2012; Blume-Peytavi, 2016; Raeside, 2022; WHO, 2022).

Ensinar sobre cuidados à pele do recém-nascido

- Explicar que não é recomendada a aplicação por rotina de emolientes tópicos em recém-nascidos a termo e saudáveis com o intuito de prevenir alterações cutâneas (Gupta et al., 2023; Blume-Peytavi, 2016; Blume-Peytavi, 2012).
- Explicar que durante o primeiro mês vida dos recém-nascidos não devem usar produtos durante o banho, devendo apenas ser utilizada água (Gupta et al., 2023; Blume-Peytavi, 2016; Blume-Peytavi, 2012).

Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical

- Explicar que o tempo médio para a queda do coto é de 14 dias.
- Explicar que os cuidados ao coto umbilical devem ser realizados diariamente, com recurso ao método *dry care*, ou seja, lavar e secar com água (DGS, 2023b).
- Explicar que enquanto não ocorrer a queda do coto umbilical a fralda deve ser colocada abaixo do local de inserção do cordão umbilical.
- Explicar os sinais de normalidade do coto: sem cheiro, coloração normal da pele e sem secreções. O aparecimento de outros sinais deve motivar observação por um profissional.

Fundamentação Teórica:

- ***Intervenção: Ensinar sobre higiene do recém-nascido***

A limpeza dos olhos do recém-nascido é um tema controverso na literatura. De acordo com a fisiopatologia, o melhor método para a limpeza dos olhos de forma a prevenir a obstrução do ducto lacrimal, será através da realização de um movimento no sentido descendente no canto interno do olho e outro movimento do canto interno para o canto externo. A limpeza no sentido descendente favorece a drenagem das secreções presentes no canal nasolacrimal o que, por sua vez, através da sua comunicação com o nariz, facilita a expulsão natural destas secreções. Como evidência desta hipótese destaca-se a massagem de “*Crigler*”, que descreve o exercer de uma pressão sobre o saco lacrimal promovendo a rotura da obstrução, seguindo-se um aumento de pressão no ducto lacrimal, o que irá favorecer o movimento descendente das secreções em direção ao nariz. Por outro lado, a limpeza do canto interno para o externo evita a acumulação de secreções no ponto de drenagem ocular e saco lacrimal, prevenindo complicações resultantes dessa obstrução. Esta prática recomenda que a limpeza dos olhos na primeira hora após o nascimento deva ser efetuada com compressas esterilizadas utilizando

uma para cada olho e executando a limpeza do canto interno para o externo (Sequeira et al., 2020).

- **Intervenção: Ensinar sobre cuidados à pele**

A pele do recém-nascido constitui uma barreira protetora e o principal órgão de defesa do recém-nascido, dado o seu pH ácido, por isso, a manutenção da saúde da pele deverá estar presente em todos os cuidados. Comparativamente à pele de um adulto, a pele de um recém-nascido é mais frágil e mais sensível, visto que a epiderme e a derme são mais finas tornando-o mais suscetível à ação de microrganismos e de substâncias tóxicas. Ao aplicar qualquer produto químico na pele do recém-nascido, este será absorvido em maior. A manutenção da acidez da pele do recém-nascido é uma das principais medidas protetoras da função inibidora do crescimento de bactérias. O uso de produtos de higiene, que contêm químicos, podem provocar alterações no pH da pele, tornando-a mais alcalina diminuindo a sua capacidade antibacteriana.

Recomenda-se usar somente água nas primeiras quatro semanas (WHO, 2022). Ainda assim, quando forem introduzidos produtos de higiene disponíveis no mercado, os constituintes a evitar são: os parabenos, o sódio lauril sulfato (SLS), o sódio laureth sulfato (SLES), a metilisotiazolina e o álcool e todos os seus componentes derivados. Estes elementos podem causar dermatite, alergias cutâneas, pele seca e áspera, ardência cutânea e até existem estudos que demonstram que podem ser cancerígenos. Os sabonetes de glicerina também não são recomendados, porque tendem a absorver água, podendo causar secura e irritações cutâneas. O gel de banho apresenta na sua constituição sabão, o que faz com que remova a camada lipídica da pele, pelo que também não é aconselhado. Quanto ao champô, a sua utilização não é indicada até um ano de idade, sendo suficiente lavar o cabelo com a solução de limpeza usada para o banho, isto porque o cabelo é curto, fino e frágil. Estes produtos de higiene deverão conter na sua composição ácido cítrico. Neste sentido, é indicado ler as informações no rótulo da composição dos produtos de higiene, isto porque expressões como: “dermatologicamente testado”, “ph balanceado” ou feitos à base de “ingredientes naturais”, nem sempre garantem a segurança dos componentes do produto.

No caso clínico em concreto, por opção dos pais, foi realizado banho ao recém-nascido apenas com água.

- **Intervenção: Ensinar sobre tratamento do coto do cordão umbilical**

Desde 1998 que se defende a aplicação do método *dry care* nos cuidados ao coto umbilical do recém-nascido. A SPN (2023) defende que se o cordão umbilical foi cortado e clampado em condições de assepsia, a aplicação de antissépticos tópicos não está recomendada.

O risco de onfalite depende da qualidade dos cuidados prestados no parto e no período pós-natal imediato. As evidências indicam que a utilização de antissépticos já não é recomendada. Indicam que esta prática não é mais eficaz do que manter o cordão limpo e seco desde o nascimento. O uso de clorexidina ou álcool a 70% está associado a um atraso da queda do cordão umbilical, sem claro benefício na redução do risco de onfalite. Assim, nos partos realizados em meio hospitalar recomenda-se deixar o cordão seco até cair, realizando no banho, lavagem com água e secar. Partos que ocorrem em condições em que a assepsia não está garantida, estão associados a risco aumentado de onfalite, pelo que está recomendada a desinfecção do cordão com clorexidina. Nestes casos o uso da clorexidina está associado a redução da morbidade e mortalidade neonatal (SPN, 2023).

A utilização do método *dry care* nos cuidados ao coto umbilical resulta numa diminuição do tempo de queda do cordão em comparação com a abordagem com álcool e não aumenta o risco de onfalite. Esta abordagem deve ser a primeira escolha para os cuidados ao cordão umbilical (Pires, 2016; Marinho, 2017; WHO, 2018a; Hsieh, & Chen, 2022; SPN, 2023).

Para a realização da limpeza do coto umbilical importa manter um ambiente homeotérmico (24°C e sem correntes de ar) prevenindo assim as perdas de calor durante o procedimento. A sua limpeza deve ser realizada diariamente ou sempre que estiver sujo com fezes ou urina. Para manter um ambiente seco, é recomendado fechar a fralda abaixo do coto umbilical, fazendo uma dobra, se necessário e/ou expor o coto ao ar (Sequeira et al., 2020).

A vigilância do coto umbilical deve sempre realizada em todas as mudas da fralda, prestando-se especial atenção ao aspeto (gelatinoso, humedecido, mumificado), cheiro (sui generis, odor fétido), pele circundante (rubor, calor, dor e edema periumbilical) e tipo de exsudado (cor, consistência, seroso, serohemático, hemático, purulento) (Sequeira et al., 2020).

| | |
|---|--|
| FOCO | Transição de Desenvolvimento - Desenvolvimento humano - Adaptação à parentalidade |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro filho do casal; primeiro banho do recém-nascido. • A puérpera refere que nunca deu banho a nenhum recém-nascido. • Disponibilidade para aprender/experienciar - Revela interesse em aprender/experienciar: envolve-se ativamente no treino; faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc. | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR O CONHECIMENTO SOBRE PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO |

| |
|---|
| <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptação à parentalidade: segurança |
| <p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <p>Que a mãe seja capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar a água do banho na temperatura adequada • Manipular o recém-nascido em segurança durante o banho |
| <p>INTERVENÇÕES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre medidas de segurança: queimaduras • Ensinar sobre medidas de segurança: quedas • Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido |
| <p>ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:</p> <p><i>Ensinar sobre medidas de segurança: prevenção de queimaduras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar como preparar a água do banho: colocar primeiro água fria e só depois a quente; a temperatura da água deve rondar os 37°C e a avaliação pode ser feita com recurso a termómetro digital ou usando a face interna do pulso. <p><i>Ensinar sobre medidas de segurança: prevenção de quedas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar medidas de segurança durante o banho: não deixar o bebé sem supervisão; manipular o bebé segurando de forma firme a região axilar com o seu indicador e o polegar, dando suporte à cabeça e pescoço com o antebraço do membro não dominante e realizando as restantes tarefas do cuidado com o membro livre (desta forma irá evitar movimentação brusca do bebé que possa eventualmente predispor-lo à submersão, ainda que por breves instantes); colocar a banheira numa superfície estável; assegurar que crianças e/ou animais não desencadeiam instabilidade nos gestos ou nos equipamentos enquanto se dá o banho; dispor o material para o banho de forma a que fique facilmente acessível (escolher produtos de higiene com fácil utilização - ex. extrair o produto apenas com uma mão); preparar a toalha para secar o bebé numa posição segura (ex. superfície estável). • Explicar medidas de segurança para prevenir quedas durante os cuidados ao recém-nascido: colocar o bebé num local seguro, como um berço; o recém-nascido não deverá permanecer sobre uma superfície sem supervisão, nomeadamente durante a troca de fralda e/ou mudança de roupa; a disposição do material deve ser prévia ao início do cuidado e este deverá estar, de preferência, junto do local, facilitando assim a tarefa e minimizando a necessidade de se ausentar por falta do material |

necessário. O recém-nascido não deverá permanecer no colo de outras crianças nem presença de animais de estimação sem supervisão de um adulto. Evitar distrações (por exemplo, atender o telefone) enquanto presta cuidados.

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Ensinar sobre medidas de segurança: prevenção de queimaduras**

A temperatura da água do banho deverá rondar os 37°C. A primeira água a ser colocada na banheira deverá ser a fria e depois a quente, esta estratégia minimiza a possibilidade de a água atingir temperaturas superiores à adequada e, conseqüentemente, provocar queimaduras na pele (Fernandes, Machado & Oliveira, 2011; AWHONN, 2019). A avaliação da temperatura da água poderá ser realizada com recurso a um termómetro ou percepção da temperatura da água usando a parte interna do pulso ou o cotovelo que são locais do corpo termo sensíveis.

| | |
|--|---|
| FOCO | Adaptação à Parentalidade |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Primeiro filho do casal; primeiro banho do recém-nascido. • Refere que nunca deu banho a nenhum recém-nascido. • Disponibilidade para aprender/experienciar - Revela interesse em aprender/experienciar: envolve-se ativamente no treino; faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; procurou informação sobre o assunto, etc. | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR A CAPACIDADE PARA CUIDAR DA HIGIENE DO RECÉM-NASCIDO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptação à parentalidade: higiene e conforto | |
| CRITÉRIOS DE RESULTADO: | |
| Que a mãe seja capaz de: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Preparar o ambiente e a água • Verificar a fralda • Retirar a roupa e fralda com suavidade • Lavar o corpo • Lavar as costas • Secar o recém-nascido por pressão (não fricção) | |

- Tratar do coto umbilical
- Limpar os olhos

INTERVENÇÕES:

- Instruir a dar banho
- Treinar a dar banho
- Instruir a tratar do coto do cordão umbilical
- Treinar a tratar do coto do cordão umbilical

ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:

Instruir a dar banho

- Demonstrar a preparação do material/roupa - preparar o material antes de iniciar o banho colocando a roupa por onde pela qual vão ser vestidas
 - Demonstrar como lavar as narinas
 - Demonstrar como lavar os pavilhões auriculares
 - Alertar para verificar se presença de urina e/ou fezes
 - Demonstrar como segurar o recém-nascido para o colocar na banheira
 - Demonstrar como lavar o corpo - orientação cefalocaudal, do mais limpo para o mais sujo, deixando os genitais para o fim
 - Demonstrar estratégias para lavar as costas
 - Demonstrar como lavar as virilhas e região perineal
 - Demonstrar como segurar no recém-nascido para retirá-lo da banheira
 - Demonstrar como secar - secar por pressão e não por fricção

Treinar a dar banho

- Apoiar a mãe a dar banho ao recém-nascido, ajudando quando a mesma solicitar.

Instruir e treinar a tratar do coto umbilical

- Método *dry care*:
 - 1) Demonstrar como lavar o coto: pode ser lavado da base do coto umbilical para a extremidade, durante o banho OU se não tomar banho, usar a compressas e água morna para ajudar a limpar as secreções.
 - 2) Demonstrar como secar o coto umbilical: mantendo-o limpo e seco, através do uso de compressas limpas ou uma toalha, executando movimentos de pressão na mesma ordem em que se lava o coto umbilical.

Instruir e treinar a limpar os olhos

- Utilizar compressas esterilizadas utilizando uma para cada olho.
- Realizar um movimento no sentido descendente no canto interno e de seguida, limpar do canto interno para o externo.

| | |
|---|---|
| FOCO | Adaptação à parentalidade - Vigilância e promoção da saúde do recém-nascido |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Questiona que vacina é, para que serve e que efeitos secundários terá, nomeadamente se provoca febre ou dor e como lidar caso isso aconteça. • Disponibilidade para aprender - Revela interesse em aprender: faz perguntas; tem uma postura reveladora de interesse no que está a ser dito; | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover adaptação à parentalidade: vigilância e promoção da saúde | |
| CRITÉRIOS DE RESULTADO: | |
| Que a mãe seja capaz de: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as vacinas recomendadas no Programa Nacional de Vacinação • Aderir à vacinação, recomendada no Programa Nacional de Vacinação • Promover a saúde do recém-nascido através da vacinação | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre regime de vacinação | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <i>Ensinar sobre regime de vacinação</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Explicar esquema de vacinação: a vacina da Hepatite B é recomendada, segundo o Programa Nacional de Vacinação (2020), ao nascimento, aos 2 e 6 meses de vida. • Explicar reações frequentes após vacina: Reações locais mais frequentes (principalmente nas primeiras 24 horas): dor, eritema e tumefação; Reações sistémicas mais frequentes: febre, cefaleias, irritabilidade, fadiga • Administrar vacina: Local de administração: músculo vasto externo, na face externa da região ântero-lateral da coxa direita | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Ensinar sobre vacinação**

A vacina da Hepatite B está recomendada a todos os recém-nascidos. A 1.ª dose da vacina contra a Hepatite B (VHB) deve ser administrada no hospital. Os recém-nascido filhos de mães AgHBs

(antigénio de superfície do VHB) positivas devem receber a VHB para além da imunoglobulina da Hepatite B (0.5ml IM em local anatómico diferente) logo após o nascimento, de preferência nas primeiras 12 horas de vida (SPN, 2023).

CONTACTO 4: 19:00h-20:00h

| | |
|--|---|
| FOCO | Comportamento interativo - Comportamento para amamentar - Amamentação |
| <p>DADOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puérpera questiona se deve oferecer 1 ou 2 mamas em cada mamada. • Após a mamada, não se observa a realização de nenhum cuidado às mamas pela puérpera. Quando questiona se tem ideia dos cuidados a ter com a mama, a J. refere que aplica purelan. | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AMAMENTAÇÃO |
| <p>OBJETIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover autogestão: amamentação | |
| <p>CRITÉRIOS DE RESULTADO:</p> <p>Face à intervenção <i>Ensinar</i> sobre amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a mãe seja capaz de relacionar as características do leite materno com o oferecer 1 ou 2 mamas <p>Face à intervenção <i>Ensinar</i> sobre cuidados às mamas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que a mãe seja capaz de assegurar higiene das mamas | |
| <p>INTERVENÇÕES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar sobre amamentação • Ensinar sobre cuidados à mama | |
| <p>ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO:</p> <p><i>Ensinar sobre amamentação</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se oferecer sempre as duas mamas para estimular a produção de leite pelo esvaziamento da mama. Assim que o recém-nascido manifestar sinais de saciedade deve oferecer a outra mama. Na mamada seguinte, iniciar a mamada pela mama mais cheia, isto é, na mama onde o recém-nascido mamou menos tempo. <p><i>Ensinar sobre cuidados à mama</i></p> | |

- Explicar medidas de higiene das mamas: Lavar a zona do mamilo e aréola apenas com água (não usar sabonete/gel de banho, etc.); manter as mamas secas.

Explicar medidas protetoras da pele do mamilo e aréola: Após a mamada, colocar uma gota de leite materno no mamilo e aréola; Se possível, expor os mamilos ao ar (Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 2019).

| | |
|---|---|
| FOCO | Comportamento interativo - Comportamento para amamentar - Amamentação |
| DADOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • A puérpera refere que acha que em casa não vai ser capaz de amamentar o recém-nascido. Refere que aqui no hospital tem a ajuda dos enfermeiros e que em casa não vai conseguir fazê-lo sozinha, e questiona se pode chamar a enfermeira em todas as mamadas para ajudar na amamentação. | |
| DIAGNÓSTICO | POTENCIAL PARA MELHORAR AUTOEFICÁCIA PARA AMAMENTAR |
| OBJETIVOS: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover autogestão: amamentação | |
| INTERVENÇÕES: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Treinar amamentar • Elogiar o desempenho do cliente • Analisar com o cliente os resultados alcançados | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: | |
| <p><i>Treinar amamentar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir à mãe experienciar a amamentação com a presença do EEESMO <p><i>Elogiar o desempenho do cliente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elogiar os desempenhos maternos positivos • Parabenizar e progressos da mãe durante a amamentação • Realçar os aspetos positivos realizados pela mãe <p><i>Analisar com o cliente os resultados alcançados</i></p> <p>Analisar as conquistas e resultados positivos desenvolvidos em cada mamada</p> | |

Fundamentação teórica:

A autoeficácia é tida como a crença que o indivíduo tem sobre sua capacidade de realizar com sucesso determinada atividade. Dessa forma, a sua crença pode afetar as suas escolhas e o desempenho profissional (ICN, 2019).

Frequentemente, a falta de experiência e a insegurança em fazer coisas que nunca fizeram antes influenciam a autoeficácia (Ternström et al., 2016).

Num estudo de coorte, desenvolvido por Minharro et al. (2019), realizado no Brasil, em Botucatu em São Paulo, entre 2015 e 2016, com 650 mulheres/filhos cujo objetivo foi avaliar a autoeficácia materna na amamentação e investigar o seu efeito sobre a duração do aleitamento materno, através da utilização da Escala de Autoeficácia no Amamentação aos 2, 3, 4, 6, 9 e 12 meses. Concluiu-se que 77,9% das mães apresentaram alta autoeficácia na amamentação. Os resultados do estudo mostram que a autoeficácia na amamentação aumenta a probabilidade de manter a amamentação até aos 12 meses. Assim, conclui-se que os enfermeiros devem ser responsáveis por avaliar a autoeficácia para amamentar das grávidas e puérperas, com o objetivo de identificar precocemente as mães que necessitam de maior apoio para ter sucesso na amamentação.

Um estudo quantitativo descritivo desenvolvido por Guerra et al. (2021), com 30 mulheres a amamentar na Região do Rio de Janeiro, cujo objetivo foi identificar a autoeficácia de mães enfermeiras em relação à amamentação, e em que a colheita de dados ocorreu entre 2018 e 2019, em mulheres com no mínimo 7 dias de puerpério e foi utilizada a Escala de Autoeficácia para Amamentação, permitiu concluir que 60% (18) das mulheres apresentaram baixa autoeficácia para amamentar. O estudo concluiu que o conhecimento dos itens de baixa autoeficácia permite a deteção precoce das necessidades maternas em relação à amamentação e, conseqüentemente, facilita a promoção do aleitamento materno exclusivo por mais tempo.

Uma revisão integrativa, desenvolvida por Van der Sand et al. (2022), cujo objetivo foi identificar na literatura a influência da autoeficácia em amamentar nos desfechos do aleitamento materno e conhecer os fatores protetores à autoeficácia em amamentar, incluiu 17 artigos selecionados na pesquisa publicados entre 2014 e 2018 e com idioma em português e espanhol. Concluiu-se que a autoeficácia em amamentar é fundamental na manutenção do aleitamento materno, e que a educação em saúde e o uso da “Breastfeeding Self-Efficacy-Scale”, contribuem na promoção, proteção, apoio e manutenção do aleitamento materno.

Siqueira et al., (2023), no seu estudo transversal realizado no sudoeste do Brasil, entre os meses de outubro de 2020 a julho de 2021 com a participação de 240 puérperas, utilizando-se a Breastfeeding Self-Efficacy Scale - Short Form, cujo objetivo foi verificar a associação entre variáveis sociodemográficas, antecedentes obstétricos, gestação atual e puerpério à autoeficácia em amamentar. Os resultados do estudo demonstraram que 83,3% apresentaram alta autoeficácia em amamentar, 46,7% tinham entre 26 e 35 anos, 81,2% eram casadas ou estavam em união estável, 94,2% amamentaram na primeira hora de vida, 37,9% receberam orientação sobre amamentação nos cuidados de saúde primários e 84,2% ofertaram somente

leite materno para o recém-nascido na maternidade, sendo esses fatores associados à alta autoeficácia em amamentar. O estudo permitiu concluir que a pesquisa contribuiu para orientar os profissionais de saúde a prestar cuidados de saúde individuais e de qualidade em grávidas, puérperas e lactantes, com o objetivo de aumentar a autoeficácia para amamentar, identificando, as mulheres que necessitam de maior apoio.

ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

O nascimento representa a transição da vida intrauterina para a vida extrauterina e, por essa razão, existem inúmeros processos fisiológicos que decorrem no recém-nascido.

A respiração é descrita como a adaptação mais crítica do recém-nascido pois, a partir do nascimento, as trocas gasosas deixam de ser realizadas através da placenta e, por conseguinte, inicia-se uma ventilação independente.

O método de avaliação mais rápido das condições clínicas do recém-nascido, é o APGAR, e é realizado no primeiro, quinto e ao décimo minuto de vida e avalia cinco sinais: a frequência cardíaca, a respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele. Estes fatores podem ser avaliados em zero, um e dois. A soma das pontuações dos parâmetros varia entre zero e dez, que uma pontuação no intervalo de zero a três designa-se a um estado grave, de quatro a seis define-se como estado moderado e de sete a dez designa-se como boas condições de adaptação à vida extrauterina. Assim, com esta pontuação, conseguimos perceber se o recém-nascido está a adaptar-se ou não à vida extrauterina (Simon et al., 2023).

A avaliação do recém-nascido é importante logo após o nascimento, mas também no serviço de internamento de puerpério e fundamentalmente antes da alta do recém-nascido. Esta avaliação tem como objetivo avaliar o processo de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e prevenir complicações.

A avaliação física do recém-nascido deve ser realizada de forma sequencial, idealmente da cabeça para os pés (orientação cefalocaudal) e da parte da frente para a parte de trás permitindo identificar alguma alteração à normalidade. Aquando da realização da avaliação física do recém-nascido, avaliamos também diversos reflexos primitivos tais como os reflexos de sucção, babinski, apreensão, moro, pupilar, de procura, de marcha nas primeiras horas de vida (Centenaro et al., 2019).

O EEESMO, através das suas competências especializadas, possui um papel primordial na avaliação dos reflexos primitivos permitindo a deteção precoce de complicações quando se observa um comprometimento quanto à eficácia da realização do reflexo (Centenaro et al., 2019).

PLANO DE CUIDADOS DO RECÉM-NASCIDO

Recém-nascido do sexo masculino, com APGAR de 7/9/9 ao nascimento, com 2970kg, amamentado ao seio materno em exclusivo. Apresenta coloração rosada, bons reflexos motores e coto umbilical com aspeto gelatinoso. Encontra-se nas 12h-24h horas de vida.

| | |
|---|--|
| FOCO | Ação - Transição de desenvolvimento - Desenvolvimento humano |
| DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: <ul style="list-style-type: none">• Apresenta coto umbilical gelatinoso, sem cheiro.• A pele peri-umbilical encontra-se íntegra. DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: <ul style="list-style-type: none">• Nascimento 19/03 pelas 22h58 | |
| DIAGNÓSTICO | RECÉM-NASCIDO |
| OBJETIVOS: <ul style="list-style-type: none">• Determinar evolução do coto do cordão umbilical | |
| INTERVENÇÕES: <ul style="list-style-type: none">• Avaliar evolução do estado do coto umbilical• Avaliar evolução da pele peri-umbilical• Avaliar estado de saúde do recém-nascido | |
| ATIVIDADES QUE CONCRETIZAM A INTERVENÇÃO: <i>Avaliar evolução do estado do coto umbilical</i> <ul style="list-style-type: none">• Observar coto umbilical quanto ao cheiro e processo de cicatrização. <i>Avaliar evolução da pele peri-umbilical</i> <ul style="list-style-type: none">• Observar presença de sinais inflamatórios como rubor, calor, edema e presença ou ausência de exsudado. <i>Avaliar estado de saúde do recém-nascido</i> <ul style="list-style-type: none">• Realizar exame-físico ao recém-nascido | |

Fundamentação Teórica:

- **Intervenção: Avaliar evolução do estado do coto umbilical**

O cordão umbilical desempenha um papel crucial na ligação vital entre o feto e a placenta, facilitando a nutrição e as trocas gasosas necessárias para o desenvolvimento fetal durante a gravidez. É composto por duas artérias e uma veia, e envolvido por uma substância gelatinosa conhecida como geleia de Wharton, que lhe confere proteção. Após o processo do clameamento, o cordão umbilical inicia um processo de isquemia devido à privação de oxigênio, resultando na sua progressiva mudança de uma textura gelatinosa para uma aparência escura e seca e passa a ser designado de coto umbilical (Sequeira et al., 2011).

Inicialmente, tem aspeto gelatinoso, tornando-se seco, escurecido e endurecido até à queda. Este começa a secar, e a escurecer por volta do 2.º ou 3.º dia de vida do recém-nascido. A queda do coto umbilical acontece geralmente entre o 5.º e o 15.º dia após o nascimento, contudo pode permanecer em alguns casos por três semanas (Pires, 2016).

Ao avaliar o coto umbilical, é importante considerar vários fatores, como a sua aparência, odor, características da pele circundante e presença de exsudado. Além disso, o EEESMO tem a responsabilidade de informar os pais sobre os sinais de alerta relacionados com o coto umbilical e instruí-los sobre a importância de procurar assistência se houver sinais de infeção do coto do cordão umbilical (Sequeira et al., 2020).

- ***Intervenção: Avaliar estado de saúde do recém-nascido***

O exame físico pode ser realizado no berçário ou no quarto junto da mãe. A abordagem deve ser conduzida de forma sistemática para garantir que todos os aspetos sejam avaliados. Embora a ordem exata não seja importante, o exame pode ser otimizado pela observação inicial da aparência geral do recém-nascido, prosseguindo com a avaliação dos sinais vitais e dos diferentes segmentos do corpo, da cabeça até aos pés (SPN, 2023).

Antes da realização do exame físico importa assegurar uma temperatura ambiente adequada (21-24°C), sem exposição a correntes de ar, realizar o exame em um ambiente tranquilo e calmo, assegurando uma adequada iluminação (SPN, 2023).

Em contexto de estágio a avaliação física integral do recém-nascido era realizada diariamente por médicos pediatras no turno da manhã em parceria com os EEESMO.

CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, com vista a demonstrar os contributos para o desenvolvimento de competências especializadas, são descritas as experiências desenvolvidas. Ao longo de dois anos de formação, espera-se que o estudante alcance um conjunto mínimo de experiências, de acordo com o Decreto-Lei n.º 9/2009, de 4 de março, que transpõe Diretivas Comunitárias para o direito interno e pode levar à atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021).

Assim, o estudante, ao longo do seu percurso deverá realizar: o acompanhamento de 100 grávidas; a prestação de cuidados a 40 parturientes; realizar 40 partos eutócicos ou, por falta de oportunidades de aprendizagem, realizar 30 partos desde que o estudante assista a mais 20 partos; participação em partos de apresentação pélvica ou situação simulada em contexto de sala de aula; prática de episiotomia e iniciação à sutura; vigilância e cuidados prestados a 40 grávidas, durante ou depois do parto, em situação de risco; vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos saudáveis; observação e prestação de cuidados a recém-nascidos de risco e mulheres com situações patológicas do foro obstétrico e ginecológico (OE, 2021).

Desta forma, apresenta-se de seguida a tabela representativa das experiências realizadas ao longo do estágio, tendo sido alcançadas as legalmente exigidas.

Tabela 1 - Experiências obtidas ao longo do estágio

| Assistência Pré-Natal | | Parturientes | | Partos executados | | Partos participados | | Prática sutura | Puérperas | | Recém-Nascidos | |
|-----------------------|---------|--------------|---------|-------------------|---------------|---------------------|-----------|----------------|-----------|---------|----------------|---------|
| Risco | Normais | Risco | Normais | Com episiotomia | Com laceração | Pélvicos | Cefálicos | | Risco | Normais | Risco | Normais |
| 105 | 83 | 56 | 45 | 6 | 17 | --- | 20 | 13 | 95 | 77 | 69 | 100 |
| 187 | | 101 | | 40 | | 20 | | | 172 | | 169 | |

As experiências obtidas ao longo do estágio permitiram a aquisição de competências preconizadas pelo Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

APROFUNDAR BOAS PRÁTICAS: O ACOLHIMENTO DA MULHER E DA PESSOA QUE ELA ESCOLHEU PARA A ACOMPANHAR

A prática baseada na evidência surge como um dos pilares na visão dos cuidados especializados do EEESMO. Constatou-se durante a realização do estágio a pouca importância e voracidade com que o acolhimento era efetuado nos diversos locais onde foram efetuados os estágios. Com vista a dar resposta a esta problemática e contribuir para uma prática de cuidados mais humanizada e uma experiência de parto mais positiva através do estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e a(s) pessoa(s) que lhe são significativas, foi elaborada uma revisão narrativa sobre o acolhimento e os requisitos à sua realização.

O ACOLHIMENTO

O trabalho de parto é um momento que traz consigo novos desafios para a mulher/casal, não apenas pela sua imprevisibilidade e incerteza quanto ao futuro, mas também pela chegada a local desconhecido e pouco familiar.

O acolhimento, enquanto parte integrante dos cuidados de enfermagem, não se limita apenas ao ato de receber/admitir alguém. Segundo o dicionário da língua portuguesa, “admissão” define-se como “ação ou efeito de admitir, entrada, receção...” enquanto a palavra acolhimento refere-se ao “*acto ou efeito de acolher, forma como se recebe ou é recebido, hospitalidade*”. O processo de acolhimento segundo Gaspar (2019 como citado em Jorge, 2004), “*permite o sentimento de envolvimento, através da permanente troca de informação, favorecendo assim a criação de relações calorosas, personalizadas e de confiança*” (p.19).

De acordo com Siva (2010), o acolhimento em enfermagem define-se como a relação que se estabelece com o cliente e que se inicia no momento da admissão ao serviço, sendo o enfermeiro responsável por prestar especial cuidado a aspetos psicológicos e emocionais, sentimentos e pensamentos presentes, cujo principal objetivo é a transmissão de confiança com vista à participação do cliente nos cuidados.

Segundo Formarier (1984, como citado em Silva, 2010, p.32), “*o acolhimento é uma atitude permanente que visa ir ao encontro do outro para passar do seu estado de estranho ao de companheiro*”. Koch (2014), afirma que “*acolher ou receber com afabilidade uma pessoa, num serviço de saúde, significa fazê-la sentir-se confortável, aceite, integrada, de forma que essa experiência se inicie da forma menos desagradável possível*” (p.171).

Para Costa et al. (2016b), a acolhimento não é visto apenas como um simples ato de admitir alguém num serviço, mas sim como uma intervenção de enfermagem.

Medeiros (2015), no seu estudo sobre práticas de acolhimento à parturiente no Brasil, relatou que habitualmente o acolhimento realizado pressupõe apenas a receção e encaminhamento ao leito, com indicação do local onde fica a casa de banho, mas que o mesmo é realizado de forma superficial e rotineira. Refere que a parturiente *“em geral não é acolhida por ninguém, não havendo proximidade entre profissional, parturiente e acompanhante”* (p.11). Salienta, ainda, que a ausência de um protocolo de acolhimento poderá estar na lista das causas para a superficialidade com que a parturiente é acolhida num ambiente que não lhe é familiar como a sala de partos.

No estudo de Costa et al. (2016b), cujo objetivo foi identificar o reconhecimento do acolhimento como um cuidado de enfermagem, concluíram que os enfermeiros entrevistados não reconhecem o acolhimento como um cuidado de enfermagem, caracterizando-o como um ato de triagem e atendimento pontual, meramente direcionado à queixa. Referem que *“o acolher ocupa espaço significativo da carga horária, não reconhecendo esta ação como cuidado inerente à prática do enfermeiro na atenção primária. Classificaram o acolhimento como empecilho à realização das funções”* (p.4). Contudo, no mesmo estudo, as expectativas dos enfermeiros entrevistados são otimistas e compreendem a importância do acolhimento enquanto foco determinante na relação com o paciente, compreensão das suas necessidades e criação de empatia para com o outro. No entanto, consideraram que tais expectativas só poderiam ser alcançadas se fossem oferecidas melhores condições de trabalho e o rácio de enfermeiros fosse adequado ao tamanho da população, fator que consideram determinante para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Enquanto cuidado de enfermagem, o acolhimento deve ser visto como uma ferramenta que permite a humanização dos cuidados através da escuta, promoção e construção de vínculos afetivos e identificação das necessidades de forma a garantir uma maior cooperação entre o utente e o profissional de saúde (Costa et al., 2016b). Este momento assume extrema importância pois, através dele, o enfermeiro identifica as necessidades, problemas, medos, angústias, desejos e expectativas da grávida e pessoa significativa em relação ao futuro (Santos et al., 2011; Gonçalves, 2014; Possati et al., 2017).

Silva (2010) salienta que o acolhimento é da responsabilidade do enfermeiro, pois ele é considerado o agente de *“humanização”*, conhece as variáveis que podem exercer influência no cliente, inspira confiança, conhece os mecanismos de comunicação e as vantagens do acolhimento e, acima de tudo, preocupa-se com o cliente, família e comunidade.

Segundo Medeiros 2015, *“promovendo o acolhimento é possível reduzir o nível de ansiedade da parturiente, tornando-a colaborativa em resposta às informações e atenção recebidas. Do mesmo modo, é importante acolher o acompanhante da escolha da mulher e orientá-lo, para que se torne parceiro e coparticipante nos períodos de pré-parto e parto.”* (p.14).

O internamento é, por si só, um evento gerador de stress para a maioria das pessoas. É no acolhimento, enquanto primeiro contacto com o utente, que este se sente desprotegido e inseguro (Gonçalves, 2014). Na admissão à sala de partos este tipo de sentimentos é comum e cabe ao enfermeiro responsável pelo acolhimento fazer com que a grávida e a sua família se sintam à vontade, seguros e confiantes no local onde decorrerá um evento tão marcante das suas vidas, como o nascimento do(a) seu/sua filho(a).

O primeiro contacto torna-se fundamental, na medida em que irá determinar a relação terapêutica futura entre o cliente, a família e os profissionais de saúde. O acolhimento deve ser considerado, não apenas como um ato pontual, mas sim como uma atitude que vai sendo desenvolvida ao longo da prestação de cuidados e que, de certa forma, permite amenizar medos, ansiedade e insegurança e identificar as necessidades e expectativas (Silva, 2010).

O acolhimento é considerado um dos elementos essenciais para a prática de cuidados humanizados. A ausência de acolhimento pode contribuir para uma maior sensação de insegurança, medo e angústia na mulher/acompanhante (Santos & Pereira, 2012; Possati et al., 2017). Um acolhimento caloroso, a prestação de cuidados úteis à grávida e a identificação das suas expectativas e preocupações podem reduzir a angústia e ansiedade, auxiliando a construção de uma relação de confiança e apoio (Castro, 2011).

O acolhimento do enfermeiro à grávida em trabalho de parto é uma prática essencial no contexto obstétrico, destacando-se não apenas pela importância clínica, mas também pelo seu impacto emocional e psicológico na experiência de parto da mulher. A abordagem deve ser holística, personalizada e baseada em evidências, visando promover um parto seguro, positivo e respeitador (Silva, 2010).

O acolhimento surge como uma intervenção que permite dar suporte e protagonismo à mulher na fase inicial da assistência durante o trabalho de parto (Santos et al., 2011). É uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica partilha de conhecimento, necessidades, sentimentos, emoções e expectativas. Surge como instrumento para potencializar a relação entre a cliente, o profissional e o respetivo serviço pelo que deve fazer parte das práticas profissionais, individuais dos cuidados de enfermagem.

Enquanto intervenção de enfermagem, o acolhimento releva-se de extrema importância na medida em que permite a construção de uma relação terapêutica que se revela essencial durante a assistência ao trabalho de parto (Silva, 2010).

O ACOLHIMENTO E A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

A relação terapêutica caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (OE, 2021). Esta relação é caracterizada por empatia, respeito, confiança e comunicação eficaz, onde o enfermeiro atua como agente facilitador do processo de cuidados. Através da relação terapêutica, o enfermeiro cria um ambiente seguro e de suporte para o cliente, ajudando-o a ser proativo na promoção da saúde, prevenção da doença e na adaptação a novas circunstâncias de vida/processos através da tomada de decisões informadas. Esta parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo). O estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e a(s) pessoa(s) que lhe são significativas, tendo por referências as competências de comunicação clínica, constitui um dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021).

Segundo a OE (2021), a relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente ou grupo de pessoas (família ou comunidades) constitui o cerne do exercício profissional. Esta relação tem a comunicação como a base da relação terapêutica, estando implícito o tratamento do(a) cliente com gentileza, respeito e dignidade; as opiniões, crenças e valores relacionados com ao seu autocuidado e cuidado ao seu filho devem ser identificados e respeitados a cada momento; e a mulher deve ter a oportunidade de tomar decisões informadas, em parceria com a(o) EEESMO, em relação aos cuidados prescritos, apoiadas por informações baseadas em evidências e adaptadas às necessidades específicas.

A relação terapêutica é um componente crucial para a obtenção de resultados bem-sucedidos na prestação de cuidados, e o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva começa com a criação de um ambiente ético e acolhedor que promova a comunicação aberta e eficaz. É responsabilidade do enfermeiro promover e cultivar essa relação, respeitando e dando liberdade à parturiente para que possa expressar os seus sentimentos e preocupações. Deste modo, as clientes que se sentem compreendidas, acolhidas e respeitadas são mais propensas a envolverem-se no processo terapêutico. De salientar, a importância de que o profissional respeite a privacidade e confidencialidade dos seus clientes e evite impor as suas próprias crenças e valores pessoais (Silva, 2010).

O nascimento de um filho representa uma fase de transição significativa na vida da família. Portanto, é crucial entender como o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz entre o enfermeiro e a família pode capacitá-los para essa nova etapa, preparando-os para a alta hospitalar e para o futuro (Vicente et al., 2021).

O EEESMO, enquanto parceiro nesta experiência, desempenha um papel crucial ao aplicar as suas competências relacionais, com vista no desenvolvimento de um vínculo e em proporcionar cuidados diferenciados, acolhedores e humanizados (Costa et al., 2016b). A relação terapêutica

torna a assistência mais fluída, permitindo ao enfermeiro manter um relacionamento cujo objetivo principal é atender às necessidades das mulheres. Estar presente, prestar atenção, dialogar e o contato físico são elementos essenciais, que estabelecem uma relação de confiança (Galhanas, 2020).

Segundo os PQCEESMO, cabe ao EEESMO proporcionar o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e a(s) pessoa(s) que lhe são significativas, tendo por referências as competências de comunicação clínica; o empenho em criar condições seguras e acolhedoras ao longo de todo o ciclo de assistência de saúde; o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da mulher e das pessoas que lhe são significativas; o respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto e nascimento do filho; o respeito pelas expectativas e desejos de natureza individual relacionadas com o projeto de maternidade/paternidade; o envolvimento da(s) pessoa(s) significativa(s) no processo de cuidados; o empenho da(o) EEESMO em considerar no processo de cuidados as necessidades específicas da(s) pessoa(s) significativa(s) enquanto cliente(s) dos cuidados; o estabelecimento de parceria com a(s) pessoa(s) significativa(s) como aliado(s) no planejamento de cuidados centrado na cliente (OE, 2021).

METODOLOGIA

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, a visão dos cuidados especializados em ESMO assenta em três pilares: 1) a competência profissional; 2) a prática baseada na evidência; 3) o respeito pela(o) cliente dos cuidados, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projeto(s) de saúde (OE, 2021).

O ICN (2012) define prática baseada na evidência como *“um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar”* (p.10). A mesma fonte enumera os três elementos-chave para uma PBE com sucesso: 1) a melhor evidência possível; 2) ir ao encontro das preferências e necessidades dos utentes; 3) a experiência, as competências e o juízo clínico do enfermeiro.

A prática baseada na evidência tem implícita a tomada de decisão que deve ter em consideração a prática de cuidados com base nas melhores evidências disponíveis, adequados à individualidade de cada cliente e ao contexto onde os cuidados são prestados. A integração das melhores evidências científicas nos cuidados prestados pelo EEESMO contribui para melhores resultados em saúde, redução de custos e aumento da satisfação dos(as) clientes e dos(as) próprios profissionais de saúde (OE, 2021).

As Revisões da Literatura tem sido cada vez mais utilizada na área de Enfermagem, sendo a revisão narrativa da literatura um dos métodos que possibilita uma prática fundamentada na evidência.

A Revisão Narrativa constitui um tipo de revisão da literatura não sistematizado que permite a descrição do estado de arte de um assunto específico, sob o ponto de vista teórico e conceptual. É um método que não exige um protocolo específico para a sua conceção, não sendo necessário uma questão de pesquisa específica, uma metodologia específica, a procura de bibliografia não precisa de esgotar as fontes de informação e a seleção e interpretação dos resultados fica ao critério e subjetividade do autor. É adequada para a fundamentação teórica de artigos, dissertações, teses, trabalhos de conclusão de cursos (Green, 2006; Cordeiro et al., 2007; Rother, 2007; Botelho, 2011).

Para a sua concretização estão contempladas as etapas (Green et al., 2006):

- **Etapa 1.** Formulação da questão de pesquisa: definir claramente a pergunta que guiará a revisão narrativa, que deve ser relevante e delimitada, para que seja possível identificar os estudos que serão incluídos na revisão.
- **Etapa 2.** Pesquisa dos estudos: deve ser abrangente, utilizando diversas fontes de informação, como bases de dados eletrónicas, revistas, livros, teses e dissertações. Não há critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, uma vez que a seleção dos estudos é realizada de forma subjetiva, de acordo com a relevância e a pertinência dos estudos para o tema em questão.
- **Etapa 3.** Seleção dos estudos: a seleção dos estudos é realizada de forma subjetiva, de acordo com a relevância e a pertinência dos estudos para o tema em questão.
- **Etapa 4.** Avaliação dos estudos: a avaliação deve ser realizada de forma subjetiva e crítica, com base na interpretação e na análise dos resultados dos estudos.
- **Etapa 5.** Síntese dos resultados: os resultados dos estudos selecionados devem ser sintetizados de forma descritiva e interpretativa, destacando as principais conclusões e contribuições dos estudos para responder à questão de partida. Não há um método padronizado de síntese dos resultados. A síntese dos resultados é uma etapa fundamental da revisão narrativa, pois permite obter uma visão geral e crítica dos estudos sobre o tema em questão.

Para Sousa et al. (2018), a revisão narrativa contempla as seguintes etapas: seleção de um tema de revisão; pesquisa na literatura; seleção/recolha, leitura e análise da literatura; redação da revisão; e referências bibliográficas.

Identificação da questão de pesquisa

Depois de definido o tema a ser estudado, a primeira etapa passou por definir uma questão de partida que auxiliou a pesquisa bibliográfica. Uma vez que habitualmente o acolhimento associa-se apenas à recepção da pessoa, surgem diversas questões neste contexto: Afinal o que é o acolhimento? Será que no acolhimento na sala de partos, a orientação do espaço físico é o mais importante? Desta forma surge a seguinte questão de investigação: O que deve ser considerado quando se acolhe uma parturiente/casal na assistência durante o trabalho de parto? Quais os requisitos mandatórios para concretizar o acolhimento a uma parturiente/casal na sala de partos?

Pesquisa de estudos

Após a formulação da questão de investigação que norteou a pesquisa bibliográfica, procedeu-se à procura de evidência científica com recurso a palavras-chaves e termos indexados como os descritores MeSH (Medical Subject Headings) e os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS).

Os termos Mesh e DeCS constituem um vocabulário que englobam conceitos médicos ou biomédicos, utilizados pela *U.S. National Library of Medicine* na indexação de artigos e ajudam na identificação rápida dos artigos. Ambos foram utilizados para encontrar os descritores relacionados com a pergunta, ou os seus sinónimos, em inglês ou em português, correspondentemente.

Os termos DeCS que pareciam apontar para a questão de investigação foram “acolhimento” / “user embracement”, “Relações Enfermeiro-Paciente” / “Nurse-Patient Relations”, “Salas de Parto/ Delivery Rooms”, “obstetrícia/obstetrics”. Os termos Mesh encontrados foram “patient admission”, “obstetric”, “delivery room”, “therapeutic relationship”, “childbirth”. Foram ainda agregados termos como “hosting”, “labor”, “inpatient” e “welcome.

De seguida, procedeu-se à pesquisa bibliográfica através de plataformas como a EBSCOhost, que incluíram as seguintes bases de dados: *Academic Search Complete*, *CINAHL Complete*, *CINAHL Plus with Full Text*, *MedicLatina*, *MEDLINE with full text e Psychology and Behavioral Sciences Collection*, assim como motores de busca de acesso livre, como o PubMed.

Na pesquisa de evidência científica recorreu-se aos descritivos em português e em inglês e aos marcadores booleanos AND e OR, assim como os símbolos “”, uma vez que permitem a pesquisa de uma frase, séries ou palavras específicas. A pesquisa foi realizada entre os meses de Abril e Setembro de 2023 e foram definidos como critérios de inclusão: artigos de língua inglesa, portuguesa e espanhola; com datas compreendidas entre 2017 e 2023, com acesso ao texto integral e adequado à questão de investigação.

Após a pesquisa nas diversas bases de dados constatou-se uma escassez de artigos sobre a temática em questão, pelo que houve necessidade de realizar uma pesquisa livre através de

literatura cinzenta como o Google Académico, para a obtenção de um maior número de fontes de literatura científica, onde o espaço temporal não foi tido em consideração, para alcançar o maior número de fontes. Desta pesquisa emergiram várias teses/relatórios de mestrado sobre a temática em estudo e que foram incluídos nesta revisão narrativa da literatura.

A seleção dos artigos foi realizada pelo autor tendo em conta a pertinência do mesmo face à questão em estudo, pelo que não foi realizada avaliação da qualidade metodológica dos estudos encontrados. Os artigos selecionados emergiam para a importância do acolhimento, enquanto cuidado de enfermagem que permite a criação de uma relação terapêutica, dando especial enfoque aos requisitos necessários para a realização do mesmo. Os artigos/estudos selecionados encontram-se em anexo, onde constam tabelas com a análise dos mesmos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos estudos selecionados, é possível depreender que a mulher no contexto de admissão à sala de partos, associado à necessidade de internamento, vivencia uma ambivalência de sentimentos. Por um lado, experiência emoções negativas como o medo, a ansiedade, angústia, insegurança e receio por estar num local que lhe é desconhecido e pouco familiar. Por outro lado, alguns estudos demonstram que através do acolhimento e da relação terapêutica e, conseqüentemente, a construção de vínculos afetivos permitem à mulher/casal expressar os seus sentimentos, emoções e desejos de forma a ir ao encontro das suas necessidades e ao que idealizou para si neste momento, proporcionando-lhe autonomia e protagonismo durante o seu trabalho de parto e parto.

Apresentação dos resultados

Através da análise dos artigos selecionados, que se encontram em Anexo, foi possível elencar alguns requisitos que considero pertinentes para a realização do acolhimento na sala de partos e que contribuem para que a parturiente tenha uma experiência de parto positiva, vinculando o respeito e a individualidade. Estes requisitos encontram-se, de seguida, representados e devidamente justificados, tendo por base a pesquisa bibliográfica efetuada. Assim, quando um EEESMO admite uma mulher no serviço deve considerar:

Ambiente

É da competência do EEESMO garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto concebendo planos de cuidados de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos (OE, 2019).

No internamento hospitalar, a grávida separa-se do seu ambiente familiar e depara-se com um ambiente desconhecido quer a nível de espaço físico, organizacional e pessoal. É importante prevenir estas situações de desconforto através da criação de um ambiente acolhedor e favorável ao acolhimento e à construção de uma relação terapêutica (Silva, 2010; Castro, 2011; Miranda, 2020; Silva & Dantas, 2023).

O acolhimento deve ocorrer num ambiente acolhedor, de privacidade, com disponibilidade temporal suficiente para que a mulher possa verbalizar os seus medos e preocupações, pensamentos, sentimentos e experiências e deve ser baseado numa comunicação aberta, tendo em vista a otimização de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a parturiente (Gonçalves 2014; Silva & Dantas, 2023).

O ambiente precisa favorecer o bem-estar da parturiente, oferecendo iluminação adequada, ventilação, silêncio, privacidade, higiene. A negligência de um destes fatores, poderá condicionar a experiência da parturiente (Silva & Dantas, 2023; Miranda, 2020).

Para Silva e Dantas (2023), o espaço terapêutico é aquele que proporciona um ambiente seguro e confortável para permitir a expressão de pensamentos e sentimentos por parte do cliente. Os autores consideram que este espaço deve ter em consideração a privacidade (espaço privado), o conforto (temperatura agradável e boa iluminação, a acessibilidade, a segurança (com portas que possam ser fechadas e trancadas para garantir a privacidade e segurança do paciente) e a neutralidade (ausência de decorações extravagantes).

No estudo de Silva (2010), todos os inquiridos afirmam que os enfermeiros respeitam a sua privacidade e individualidade, porém 19% afirma que só algumas vezes esta privacidade e individualidade são respeitadas (Silva, 2010).

Apresentar-se

No estudo de Santos et al., (2011), as parturientes relataram que os profissionais de saúde não se apresentavam, como forma de não serem solicitados durante o trabalho de parto. Medeiros (2015), também no seu estudo refere que o profissional não se identifica, não conversa e não orienta a parturiente e o acompanhante.

Silva (2010), constatou através da análise dos dados recolhidos pela aplicação de um questionário, que no que compete à componente formal do acolhimento, 88% dos inquiridos refere que o enfermeiro se apresentou aquando da receção do(a) utente no serviço. Os restantes 12% respondem negativamente a esta questão. Em 90% dos utentes, o enfermeiro

pergunta o nome e como gostariam de ser chamados. Mais de metade dos utentes inquiridos considera muito importante a apresentação do enfermeiro.

O enfermeiro, no momento do acolhimento, deve receber as pessoas com um sorriso, cumprimentá-las e apresentar-se, dando a conhecer o seu nome e a sua função. Estes são aspetos básicos que devem acompanhar a rotina dos enfermeiros, criando deste modo um clima de confiança que favorece a criação de uma relação terapêutica com a pessoa a acolher (Silva, 2010; Koch, 2014; Silva & Dantas, 2023).

Importa não esquecer que cada cliente é um ser individual com identidade e personalidade. O enfermeiro, ao dirigir-se à pessoa pelo nome validando como gosta de ser tratado contribui para manter a sua identidade, através de uma prática individual e “humanizada” (Silva, 2010; Medeiros, 2015).

Simpatia

Silva (2010), conclui que a aquisição e desenvolvimento de competências relacionais é fundamental para a promoção da qualidade dos serviços prestados. O acolhimento, realizado por enfermeiros, requer que estes sejam “*simpáticos, gentis e agradáveis, estabelecendo desde o início uma relação promotora de bem-estar e confiança necessários para ultrapassar os problemas inerentes á hospitalização*” (p.90).

Empatia

Silva e Dantas (2023) consideram que o profissional deve demonstrar empatia e interesse genuíno pelo(a) utente ouvindo atentamente suas preocupações, mostrando-se disposto a responder às suas necessidades.

Os enfermeiros devem possuir competências pessoais, como empatia, escuta ativa e compreensão para estabelecer relações eficazes. A empatia é crucial para que as pessoas se sintam compreendidas, respeitadas e bem-cuidadas. A capacidade de ouvir, observar e dialogar desempenha um papel vital na manutenção de relações terapêuticas de qualidade (Galhanas & Frias, 2023).

É responsabilidade do profissional de enfermagem demonstrar empatia e disponibilidade, apoiando a pessoa e transmitindo conhecimentos que ajudem a desmistificar alguns dos medos e receios, promovendo sentimentos de segurança, conforto e tranquilidade (Gonçalves, 2014).

A falta de confiança, respeito e empatia condicionam a adesão e participação do cliente nos cuidados, conduzindo a resultados insatisfatórios. A empatia e compaixão pode ser expressa através de expressões faciais e corporais, como um sorriso suave ou uma postura relaxada (Silva & Dantas, 2023).

Afabilidade

A afabilidade e a simpatia com que se acolhe alguém, gera no outro sentimentos de empatia, cordialidade e compreensão. Estes são, para o autor, condições essenciais que devem acompanhar a rotina de cada enfermeiro na sua prestação de cuidados (Koch, 2014).

Linguagem verbal e linguagem não verbal

A comunicação ocupa um lugar primordial na relação com o(a) utente, faz parte integrante da prática de enfermagem, e assume-se como um pilar do acolhimento. Comunicar de forma aberta e empática, permite estabelecer uma base sólida para uma relação terapêutica efetiva (Silva, 2010; Silva & Dantas, 2023).

No estudo de Silva (2010), 80% dos elementos da amostra referem que os enfermeiros utilizam muitas vezes linguagem adequada e compreensível e 20% responde que usam só às vezes.

Assim, para que a comunicação não interfira com o processo de acolhimento, esta devem considerar: linguagem acessível, apropriada e objetiva, evitando termos técnicos; usar tom de adequado evitando variá-lo consoante a situação; utilizar perguntas abertas encorajam a grávida a falar mais, enquanto questões fechadas limitam a resposta; não interromper o/a cliente, respeitando o tempo para que se possa exprimir; evitar julgamentos ou críticas sobre as experiências ou pensamentos do paciente; adotar uma postura reveladora de interesse e empatia. Ao cumprir estes requisitos, é possível estabelecer uma comunicação terapêutica adequada, que ajuda a construir uma relação de confiança e respeito (Silva & Dantas, 2023).

Contacto visual

Para além da comunicação verbal, a comunicação não-verbal assume extrema importância no acolhimento à parturiente. O olhar e a expressão corporal fazem parte da linguagem não verbal, em que o olhar, através do contacto visual demonstra interesse para com a pessoa e as expressões faciais, como o abanar da cabeça, um sorriso e a adoção de uma postura relaxada permitem expressar empatia (Silva & Dantas, 2023).

Estrutura física e normas de funcionamento do serviço

Silva (2010), no seu estudo sobre o acolhimento, constatou que em 85% dos casos o enfermeiro apresentou o serviço ao utente, sendo este ato muito valorizado por 13% da população em estudo; 62% considera-o importante e 25% dá pouca importância. Relativamente à explicação

das normas de funcionamento do serviço 34% consideram muito importante a explicação das mesmas; 55% consideram importante e 11% considera-a pouco importante. Em 68% dos elementos que compõe a amostra do estudo refere que lhes foi explicado o funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal, sendo que 57% considera a informação como muito importante e 43% como importante.

Para a concretização de um bom acolhimento torna-se imprescindível, que o cliente conheça a estrutura física da instituição hospitalar. Existem informações básicas que devem ser tidas em conta no momento do acolhimento como aspetos estruturais do serviço ou da unidade da utente, as rotinas e as regras do serviço, como os horários das refeições, visitas médicas, atividades de vigilância prestadas pelo enfermeiro e o horário das visitas e acompanhamento (Silva, 2010; Castro, 2011; Gonçalves, 2014; Koch, 2014).

Escuta ativa

Uma habilidade essencial para a prestação de cuidados, muitas vezes negligenciada e para a qual os enfermeiros recebem pouca formação, é a capacidade de escutar (Castro, 2011).

Nos resultados do estudo de Silva (2010), face à disponibilidade do enfermeiro para ouvir, 68% dos inquiridos refere que o enfermeiro se mostrou disponível para os ouvir. Para que a enfermagem atenda plenamente às necessidades da pessoa, deve ser fundamentada numa relação terapêutica que requer a capacidade de escutar. Não se trata apenas de ouvir superficialmente ou prestar atenção de forma passiva; envolve uma escuta atenta para compreender plenamente as experiências e necessidades da outra pessoa (Gonçalves, 2014).

Castro (2011) refere que no acolhimento importa saber falar, escutar e apoiar. Escutar é não somente ouvir o que se fala, mas também observar as expressões faciais, tom de voz e movimento do corpo.

Respeito

O enfermeiro deve respeitar os limites do paciente, evitando fazer perguntas invasivas ou exercer qualquer forma de pressão que possa causar desconforto. (Silva & Dantas, 2023) O modo como o acolhimento é realizado deve ser adaptado às características e necessidades específicas da pessoa a ser acolhida, tendo em consideração o respeito pela individualidade (Silva, 2010).

Mostrar respeito é considerado por diversos autores um dos princípios fundamentais que devem fazer parte do acolhimento e relação terapêutica (Silva, 2010; Santos et al., 2011; Castro, 2011; Souza et al., 2013; Gonçalves, 2014; Silva & Dantas, 2023).

Apoio

Na perspectiva da equipa de enfermagem, a sensação da parturiente de se sentir verdadeiramente apoiada pelo acompanhante é um elemento crucial para o acolhimento, pois proporciona à mulher uma sensação de tranquilidade, confiança e segurança (Souza et al., 2013).

Salienta-se a relevância de realizar o acolhimento quando a parturiente chega à sala de parto, tendo em conta a fragilidade e ansiedade que o desconhecido acarreta. Esse é um momento oportuno para se aproximar, oferecer apoio e estabelecer uma relação de confiança através de uma receção humana e atenciosa (Medeiros, 2015).

É crucial que os profissionais ofereçam apoio durante o trabalho de parto e parto, garantindo cuidado, conforto e segurança tanto para a parturiente como para o seu acompanhante. É conhecido que o apoio dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto é reconfortante para as mulheres. Estar próximo, demonstrar preocupação, escutar e cuidar é essencial para estabelecer laços de confiança e afeto, facilitando o trabalho de parto e transformando-o num momento singular para a família. O apoio da equipa de enfermagem e as informações fornecidas à parturiente possibilitam que o parto seja acompanhado com intervenções mínimas, promovendo a humanização do processo de parto (Souza et al., 2013).

No estudo de Santos et al. (2011), a análise dos dados demonstrou que as entrevistadas caracterizaram a assistência recebida como indiferente e desqualificada, pois os profissionais de saúde estabeleceram uma relação assimétrica e de poder, onde as suas necessidades são foram tidas em consideração.

Diversos autores corroboram a afirmação de que o acolhimento se assume como uma prática de enfermagem imprescindível à construção de ligações terapêuticas permitindo a identificação de necessidades, problemas, medos, angústias, desejos e expectativas da grávida e pessoa significativa em relação ao futuro, de forma a garantir uma maior cooperação entre o utente e o profissional de saúde (Santos et al., 2011; Gonçalves, 2014; Costa et al., 2016b; Possati et al., 2017).

Posto isto, existem diversos comportamentos e ações por parte dos enfermeiros que contribuem para um bom acolhimento e, conseqüentemente, para uma boa relação terapêutica. Esses comportamentos, também conhecidos como atitudes terapêuticas, englobam: demonstrar cortesia, compreensão, interesse, empatia, bondade, aceitação, calor humano, firmeza, apoio e estabelecimento de limites, permitindo a livre expressão de ideias e sentimentos, sem exigir ou julgar, destacando os aspetos saudáveis da personalidade, auxiliando a pessoa a compreender o seu comportamento e a encontrar formas de adaptação (Silva, 2010).

Medeiros (2015), enumera possíveis causas que podem explicar a ausência e a superficialidade com que ocorre o acolhimento:

a) Causas relacionadas com as parturientes:

- Desconhecimento e receio do ambiente onde se realizará o parto;
- Baixo nível de literacia sobre o trabalho de parto;
- Défice de conhecimento sobre os direitos legais;

b) Causas relacionadas com a equipa de enfermagem:

- Ausência de um protocolo de admissão na sala de partos;
- Vínculo fraco entre a equipa e a parturiente/familiar;
- Profissionais da sala de partos sem formação em práticas de acolhimento;
- Assistência mecanizada e pouco reflexiva.

O acolhimento e o vínculo estabelecido com a mulher, juntamente com as orientações fornecidas, proporcionam uma sensação de segurança à mulher e contribuem positivamente para o processo de parto. Ações como a presença constante, a atenção dedicada, o diálogo e até mesmo pequenos gestos, como o contato físico, são elementos de acolhimento, pois transcendem as barreiras entre o profissional e a parturiente, estabelecendo uma relação de confiança e intercâmbio, ou seja, uma relação de apoio emocional (Souza et al., 2013).

O acolhimento do enfermeiro à grávida em trabalho de parto é uma prática complexa que requer competência técnica, habilidades de comunicação e uma abordagem centrada na mulher. Ao proporcionar cuidados empáticos, informados e respeitadores, os enfermeiros desempenham um papel crucial ao proporcionar experiências de partos positivas, seguras e memoráveis para as mulheres e suas famílias.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

De uma forma geral, todos os estudos analisados e que contribuíram para a realização desta revisão narrativa, demonstraram que acolhimento se mostrou importante na criação de uma relação terapêutica, contribuindo para a redução dos sentimentos e emoções negativos resultantes da chegada a um local que é desconhecido e pouco familiar.

É de salientar que o acolhimento do enfermeiro à grávida em trabalho de parto é uma prática essencial no contexto obstétrico, destacando-se não apenas pela importância clínica, mas também pelo seu impacto emocional e psicológico na experiência de parto da mulher. A abordagem deve ser holística, personalizada e baseada em evidências, visando promover um parto seguro, positivo e respeitador.

O acolhimento deve ser caloroso, empático e tranquilizador, garantindo à mulher um ambiente seguro, mais familiar e de conforto. A comunicação eficaz é fundamental, com escuta ativa para entender às necessidades, expectativas, medos e desejos da grávida, assim como para explicar claramente o que ela pode esperar durante o trabalho de parto e parto. Um aspeto fundamental do acolhimento é respeitar as preferências e escolhas da mulher, sempre que possível e seguro do ponto de vista clínico. Isso envolve adaptar as práticas de cuidado para atender às necessidades individuais e culturais, promovendo uma experiência de parto positiva e empoderada à mulher e à sua família. O EEESMO, enquanto membro de uma equipa multidisciplinar, é responsável pela realização do acolhimento, constituindo-se desse modo, um elemento-chave para a prática de cuidados de qualidade (OE, 2021).

O EEESMO, atendendo à sua competência, deve participar ativamente no controlo, implementação e avaliação de estratégias de acolhimento que, beneficiando da sua implementação conseguirão responder de forma mais eficaz, prestando cuidados de enfermagem de maior qualidade.

Sendo esta prática de baixo custo e de fácil implementação, torna-se mais acessível conseguir-se implementar esta intervenção, promovendo a sua realização por todos os profissionais de saúde que atuam na assistência à mulher em trabalho de parto.

O EEESMO deve procurar realizar mais estudos sobre esta temática de maneira a conseguir criar uma maior evidência científica para que esta prática consiga ser implementada durante o trabalho de parto, de modo a diminuir a incidência da anemia neonatal progressivamente nas gerações futuras.

É de salientar, que o EEESMO tem um papel fundamental no trabalho de parto, sendo por isso importante os estudos realizados por este profissional de saúde nesta temática.

SÍNTESE FINAL

A síntese final do relatório incorpora uma reflexão crítico-reflexiva daquilo que foi o meu percurso ao longo do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, fazendo referência às competências desenvolvidas de acordo com as normativas orientativas presentes no Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros.

Durante este percurso, foi possível o desenvolvimento de conhecimentos e competências que contribuíram para o crescimento profissional, mas também pessoal. Acompanhar todo o processo da gravidez (saudável ou de risco), trabalho de parto e pós-parto, através da elaboração de planos de cuidados individualizados, permitiu perceber que a atuação do EEESMO e a prestação de cuidados significativos para as mulheres tem por base uma prática baseada na evidência. Essa prática contribui para a valorização dos cuidados prestados, conduzindo a profissão rumo à excelência e contribuindo para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto profissão.

Frequentemente verificou-se que os cuidados prestados vão ao encontro à evidência científica existente, podendo-se inferir a qualidade da assistência que os EEESMOS têm nas suas práticas.

A realização do estágio num hospital de apoio perinatal diferenciado permitiu o contacto com mulheres com diferentes patologias a diversos níveis de complexidade, permitindo a prestação de cuidados diferenciados em situações de risco materno, fetal e materno-fetal. O facto do hospital onde decorreu o estágio ser um hospital escola permitiu um maior envolvimento e proatividade do estudante na prestação de cuidados, permitindo a constante aquisição de novos conhecimentos e colocação em prática da evidência científica disponível.

Destaco como aspetos positivos a integração realizada pela equipa de profissionais que se demonstrou motivadora para a concretização com sucesso de todos os estágios.

No serviço de Medicina Materno-Fetal vários foram os aspetos que permitiram a minha reflexão com vista à melhoria de cuidados de enfermagem para mulheres com complicações da gravidez que, frequentemente, permanecem internadas por longos períodos. Constatei uma lacuna nos cuidados de enfermagem no âmbito da adaptação à parentalidade oferecidos às mulheres internadas com o diagnóstico de uma gravidez de risco.

Entre as patologias da gravidez existentes destaco as mais comuns durante a minha permanência no serviço: Hipertensão Gestacional, Pré-Eclâmpsia (PE), Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT) e Rotura prematura de Membranas (RPM). Estas patologias estão na lista de fatores de risco para a prematuridade. Dada a probabilidade da ocorrência de partos antes das

37 semanas de gestação nas mulheres com estas patologias, torna-se pertinente avaliar o impacto que este acontecimento poderá ter na mulher que se encontra a vivenciar um processo de transição. O recém-nascido prematuro apresenta algumas particularidades distintas de um recém-nascido de termo. A visita ao serviço de Neonatologia poderá ser uma estratégia a implementar com vista a proporcionar às mulheres e respetiva família a oportunidade de conhecer o ambiente e os profissionais que, eventualmente, cuidarão dos seus recém-nascidos, contribuindo para reduzir a ansiedade e promover a confiança destes pais.

Também neste serviço, e perante a minha reflexão, as mulheres que permanecem internadas por longos períodos eram esquecidas no que respeita à preparação para o parto e parentalidade. O EEESMO assume responsabilidade em identificar as necessidades de cada grávida e implementar intervenções no âmbito da promoção do exercício parental e preparação para o parto. As intervenções individualizadas específicas de preparação para o parto e parentalidade, em contexto de internamento, deveriam ser implementadas com mais frequência, o que poderá ser vantajoso e constitui uma prática de baixo custo e de fácil implementação. As rotinas habituais do serviço nem sempre permitem a disponibilidade temporal necessária ao EEESMO para o fazer diariamente e de forma individual, o que implicaria a definição prévia de um dia semanal para a concretização desta intervenção. Estas iniciativas adicionais poderiam complementar os cuidados oferecidos proporcionando às mulheres o suporte necessário para uma transição mais saudável para a parentalidade.

No âmbito da prestação de cuidados à mulher em trabalho de parto, o estágio no Bloco de Partos surge como uma das experiências mais desafiantes, pela ampla gama de competências, conhecimentos e habilidades a adquirir. Procurei implementar intervenções que permitiam o protagonismo e empoderamento da mulher e o envolvimento da pessoa significativa durante todo o trabalho de parto. A recetividade dos acompanhantes no envolvimento dos cuidados à mulher em trabalho de parto mostrou-se relevadora neste processo, corroborando a evidência existente sobre o seu papel no apoio à mulher.

A realização de 41 partos eutócicos e a assistência a 22 que culminaram em partos distócicos permitiu a aquisição de competências técnicas, comunicacionais e relacionais que se foram aprimorando ao longo do tempo, contribuindo para o meu desenvolvimento crescente enquanto estudante. Os pequenos erros eventualmente cometidos, fizeram-me crescer profissionalmente e ensinaram-me a refletir sobre a minha prática e a melhorá-la. Tive a oportunidade de realizar um trabalho de abortamento em contexto interrupção médica da gravidez com 20 semanas e 4 dias de gestação em apresentação pélvica, contudo o treino desta técnica foi aprofundado em contexto de simulação.

Também durante a assistência à mulher em trabalho de parto, a minha preocupação com a mobilidade foi constante. O apoio às mulheres em trabalho de parto no que diz respeito à mobilidade e verticalidade durante o trabalho de parto permitiu-me adquirir competências sobre esta temática nas diversas fases do trabalho de parto. A evidência é robusta no que

respeita aos benefícios da mobilidade e verticalidade durante o trabalho de parto, constatando-se uma redução no tempo do primeiro estadio do trabalho de parto.

A existência de alguns protocolos institucionais como a monitorização cardiotocográfica e a soroterapia de forma contínua condicionaram em algumas situações a liberdade de movimentos. Ainda assim, nestes casos, apesar de a deambulação ser difícil, a adoção de posição verticais e o recurso à bola de partos foi incentivada. Contudo, esta intervenção, por vezes, era dificultada pela perda de sinal da sonda do cardiotocógrafo, forçando as mulheres a permanecerem no leito para garantir a “correta” vigilância. Estes fatores podem resultar num aumento da duração do primeiro estadio do trabalho de parto, impactar negativamente a autonomia da mulher, aumentando o seu desconforto e reduzindo as suas escolhas no que diz respeito à mobilidade e às opções de alívio da dor. Também a realização de intervenções desnecessárias, como o exame vaginal, são mais comuns na presença contínua da monitorização fetal.

Também no período expulsivo, a mobilidade e a adoção da posição mais confortável para a mulher vê-se condicionada. A WHO (2018a) recomenda encorajar as mulheres, inclusive as que se encontram com analgesia epidural, a adotar uma posição de parto à sua escolha, incluindo posições verticais. Apesar da evidência, todos os partos assistidos foram na posição de semi-sentada, por ser esta a prática habitual no serviço. Esta prática institucional condicionou a aquisição de competências e habilidades no que respeita à assistência ao parto em diferentes posições. A adoção de posições verticais deve ser encorajada na medida em que contribui para a integridade perineal e previne a ocorrência de lacerações perineais graves e intervenções obstétricas desnecessárias, tais como a episiotomia. É importante que nenhuma posição específica seja imposta à mulher e que ela seja encorajada e apoiada a adotar qualquer posição que ela considere mais confortável.

Outro desafio deste estágio foi a identificação das variedades da apresentação fetal. Esta sim, foi sem dúvida a minha maior dificuldade e que, findo o estágio, é um dos temas que necessito de aprofundar no futuro, com vista a uma maior habilidade e competência no que reporta a esta temática.

A realização de apenas seis episiotomias e um número reduzido de lacerações perineais com necessidades de sutura, apesar de bastante positivo, condicionou a minha prática no que respeita ao treino de suturas. A complexidade na identificação dos planos dos diferentes planos correspondentes à mucosa, ao músculo e ao tecido celular subcutâneo mostrou-se como mais um desafio.

Ao longo do estágio tive, também, oportunidade de acompanhar mulheres durante o trabalho de parto com e sem analgesia epidural e constatar a diferença entre elas. As mulheres que não recorreram ao uso de analgesia epidural conseguem sentir o seu próprio corpo e agir em consonância com isso, adotando posições, mas verticalizadas para lidar da dor, tornando-se

mais envolvidas no processo e os esforços expulsivos tornam-se mais eficazes no período expulsivo do trabalho de parto.

Importante salientar a magia sentida aquando do nascimento e implementação do contacto pele com pele após o nascimento e a importância que este momento tem no início da amamentação. Em todos os partos assistidos foi realizado contacto pele com pele imediatamente após o nascimento e foram registados fotograficamente estes momentos de acordo com a vontade da mulher.

O puerpério é considerado por muitas mulheres como um período desafiante, que implica mudanças físicas, emocionais e psicológicas. No ECG que decorreu no serviço de internamento de puerpério foi notória a perceção por parte das mulheres da importância que o EEESMO assume neste período. É competência do EEESMO cuidar a mulher, inserida na família e comunidade, durante o período pós-parto, no sentido de potenciar a saúde da puérpera/mãe e homem-pai, promovendo a adaptação à parentalidade, a recuperação pós-parto e a gestão saudável da conjugalidade pós-parto.

O apoio na amamentação é a competência do EEESMO que requer maior disponibilidade temporal por parte do EEESMO durante o internamento de puerpério. O regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica define que o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Sendo a amamentação deveras exigente, apoiar a mulher neste processo exige um corpo robusto e variado de conhecimentos por parte do EEESMO, bem como um conjunto de intervenções no âmbito dos conhecimentos e capacidades prestados às mulheres para a amamentação ser bem-sucedida. Também para mim esta temática relevou-se um desafio dada a vasta gama de conhecimentos que a mesma exige. A procura constante da informação mais atualizada permitiu-me a aquisição de novos conhecimentos no âmbito da amamentação, em particular a promoção da prática de uma amamentação responsiva, contribuindo para capacitar as mulheres durante este processo. Também o apoio e suporte contínuo às mulheres, no que respeita ao processo de amamentação, permitiu o aumento da segurança e autoconfiança no desempenho do seu papel, facilitando o processo de transição para a maternidade.

No âmbito da adaptação à parentalidade, os cuidados de higiene ao recém-nascido e cuidados ao coto umbilical representaram a maioria das necessidades evidenciadas pelos casais. A oportunidade da permanência contínua de uma pessoa significativa durante o puerpério mostrou-se crucial no apoio à puérpera na prestação de cuidados ao recém-nascido e no desenvolvimento de competências parentais. Constatou-se frequentemente a presença de uma pessoa significativa, o que permitiu o apoio à mulher na prestação de cuidados ao recém-nascido e, conseqüentemente, a aquisição de conhecimentos e habilidades na prestação de cuidados ao recém-nascido.

A ordem em que decorreu o estágio não foi a mais facilitadora do processo de aprendizagem uma vez que uma ordem cronológica dos acontecimentos, gravidez, trabalho de parto e puerpério, permitiria, na minha opinião, uma melhor integração de conhecimentos, competências e habilidades.

Durante o meu percurso académico na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica, que culmina com a redação deste relatório, a maior dificuldade com que me deparei, prendeu-se com a conciliação dos horários entre a vida profissional e a vida académica, exigindo por vezes, um grande esforço e motivação para continuar.

Em suma, a aquisição de competências ao longo do percurso formativo tornou-se fundamental no meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura EEESMO. Considero atingidos os objetivos inicialmente estabelecidos e acredito que o papel do EEESMO é fundamental no acompanhamento das mulheres e casais durante todo o processo de gravidez, parto e pós-parto, contribuindo para uma gravidez com mais saúde, uma experiência de parto e pós-parto mais positiva e uma transição saudável para a parentalidade.

Todo este percurso deixará uma marca na minha memória, destacando a importância desta etapa na minha vida. Foi um período crucial para adquirir conhecimentos e aprimorar habilidades e competências essenciais para a prestação de cuidados individualizados à mulher, ao casal, ao recém-nascido e à restante família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academy Breastfeeding Medicine (2020). Protocols to facilitate best practices in breastfeeding medicine. ABM, disponível em: <https://www.bfmed.org/protocols>
- Ahmadpour, P., Mosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2020). Evaluation of the birth plan implementation: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health*, 17(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00989-6>
- Akbarzadeh, M., Nematollahi, A., Farahmand, M., & Amooee, S. (2018). The Effect of Two-Stage Warm Compress on the Pain Duration of First and Second Labor Stages and Apgar Score in Prim Gravida Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of caring sciences*, 7(1), 21-26. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.004>
- Almeida, N. A. M., de Sousa, J. T., Bachion, M. M., & Silveira, N. de A. (2005). The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(1), 52-58. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000100009>
- Amaro, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J., Nelas, P. A. A. B., & Coutinho, E. C. (2021). Benefícios da verticalização do parto. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 489-502. DOI: <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n1.v1.2130>
- American Academy of Pediatrics (2017). Guidelines for perinatal care (8th ed.). DOI: <https://doi.org/10.1542/9781610020886>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2020a). Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstetrics and gynecology*, 135(6), e237-e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice Bulletin No. 198 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics and gynecology*, 132(3), 795-797. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002842>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstetrics and gynecology*, 133(2), e164-e173. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: ACOG Committee Opinion, Number 814. *Obstetrics and gynecology*, 136(6), e100-e106. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004167>

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). Inducing labour: NICE guideline. www.nice.org.uk/guidance/ng207
- Amorim, T., Aguiar L. A. A., Pereira, M. A. C., Marcatto, J. O., & Borgonove, K. C. A. (2020). Critérios para escolha do acompanhante durante o trabalho de parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-8. DOI 10.18471/rbe.v34.36833
- Antunes, M. do C. F. de B., Teixeira, J. D. B. M., & Costa, I. M. M. dos e S. R. da. (2022). Contacto pele-a-pele no sucesso da amamentação: uma revisão scoping. *Revista Científica De Enfermagem*, 12(38), 362-374. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.362-374>
- Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. (2019). Boas Práticas em Aleitamento Materno: Guia de apoio a profissionais de saúde.
- Ayres-de-Campos, D., D. A., Spong, C. Y., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Balbino, E. C. R., dos Santos, M. C. J. S. J. S., & Borges, M. L. (2020). Uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor no trabalho de parto: a percepção de mulheres no pós-parto. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 23(2), 65-78. doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..812
- Baldini, G., Bagry, H., Aprikian, A., & Carli, F. (2009). Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations. *Anesthesiology*, 110(5), 1139-1157. <https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e31819f7aea>
- Baljon, K., Romli, M. H., Ismail, A. H., Khuan, L., & Chew, B. H. (2022). Effectiveness of Breathing Exercises, Foot Reflexology and Massage (BRM) on Maternal and Newborn Outcomes Among Primigravidae in Saudi Arabia: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Women's Health*, 14, 279-295. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S347971>
- Benfield, R. D., Hortobágyi, T., Tanner, C. J., Swanson, M., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2010). The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses, and contraction dynamics during labor. *Biological research for nursing*, 12(1), 28-36. <https://doi.org/10.1177/1099800410361535>
- Blume-Peytavi, U., Hauser, M., Stamatias, G. N., Pathirana, D., & Garcia Bartels, N. (2012). Skin care practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatric dermatology*, 29(1), 1-14. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01594x>
- Blume-Peytavi, U., Lavender, T., Jenerowicz, D., Ryumina, I., Stalder, J. F., Torrelo, A., & Cork, M. J. (2016). Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatric dermatology*, 33(3), 311-321. <https://doi.org/10.1111/pde.12819>

- Bonapace, J., Gagné, G. P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No. 355- Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 227-245. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.003>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136.
- Calais-German, B. & Vives, N. (2009). *Parir em movimento*. Liebre De Marzo, La
- Cardoso A., Capela P., Carvalho U., Albergaria E., Figueiredo A., (2023a). *Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Cardoso, A. (2014). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: das competências parentais*. Novas Edições Académicas.
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., Grilo, A. R. (2023b). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Carvalho, S. S., Oliveira, B. R., Nascimento, C. S. O., Gois, C. T. S., & Pinto, I. O. (2018). Perception of a nursing team in the implantation of a reception with risk classification sector for pregnant women. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife*, 18(2),309-315. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200004>
- Casarin, S. T., Porto, A. R., Gabatz, R. I. B., Bonow, C. A., Ribeiro, J. P., & Mota, M. S. (2020). Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health / Types of literature review: considerations of the editors of the Journal of Nursing and Health. *Journal of Nursing and Health*, 10(5). <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i5.19924>
- Castro, S. C. G. (2011). *O Rosto do Acolhimento no Bloco de Partos Uma competência do EESMO*. (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Centenaro, O., Getelina, C. O., Cargnin, M. C. S., Franciscatto, L. H. G., Rheinheimer, V., & Pereira, V. (2019). Primitive Reflexes of Neonates Born in a Maternity in the Rio Grande do Sul State. *Revista Fundamental Care Online*, 11(3), 588-593. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.588-593
- Cheng, Y. W., Hopkins, L. M., & Caughey, A. B. (2004). How long is too long: Does a prolonged second stage of labor in nulliparous women affect maternal and neonatal outcomes?. *American*

Journal of Obstetrics and Gynecology, 191(3), 933-938.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.044>

Cho, E. B., Chae, H. J., Ryu, J. M., Lee, H. J., Hong, S. Y., & Bae, J. Y. (2024). Effect of Pethidine Injection on the Duration of Labor and Pregnancy Outcomes: A Retrospective Cohort Study. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 60(1), 143. <https://doi.org/10.3390/medicina60010143>

Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34(6), 428-31. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912007000600012>

Correa, P. J., Palmeiro, Y., Soto, M. J., Ugarte, C., & Illanes, S. E. (2016). Etiopathogenesis, prediction, and prevention of preeclampsia. *Hypertension in pregnancy*, 35(3), 280-294. <https://doi.org/10.1080/10641955.2016.1181180>

Costa, P. C. P. D., Garcia, A. P. R. F., & Toledo, V. P. (2016b). Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 25, e4550015.

Costa, R. P., Bilo, H. C., Silva, H. M., Marrafa, S. F., & Paralta, V. C. (2016a). Contextos, experiências e significados em torno da presença do homem (pai) no parto: realidades e desafios. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 17, 15-21. <https://sites.google.com/site/revistaapeo/>

Dekker R. (2020). Evidence on: Inducing for Due Dates - *Evidence Based Birth*®. <https://evidencebasedbirth.com/evidence-on-inducing-labor-for-going-past-your-due-date/>

Delgado, A., Katz, L., Melo, R. S., Amorim, M., & Lemos, A. (2022). Effectiveness of the peanut ball use for women with epidural analgesia in labour: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(5), 726-733. <https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1997959>

Despacho n.º 9607/2021. Diário da República n.º 192/2021, Série II de 2021-10-01, páginas 161 - 163. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/10/192000000/0016100163.pdf>

Despacho Normativo n.º 5344-A/2016 - Diário da República n.º 76/2016, 1º Suplemento, Série II de 2016-04-19

Decreto de Lei n.º 15/2014. Diário da República n.º 57, Série I de 2014-03-21

Diário da República n.º 104/2017, Série I de 2017-05-30, páginas 2594 - 2611. Lei n.º 26/2017, de 30 de maio

Direção Geral da Saúde (2015). *Indução do trabalho de parto*. Orientação nº 002/2015

Direção Geral da Saúde (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. Portugal. Ministério da Saúde, Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>

- Direção Geral da Saúde (2023a). Organização dos cuidados de saúde na preconção, gravidez e puerpério. Norma 001/2023. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-0012023-de-27-de-janeiro-de-2023-organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2023b). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Orientação nº 002/2023 de 10.05.2023. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>
- Direção Geral de Saúde. (2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos - Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. Portugal.
- Ducarme, G., Pizzoferrato, A. C., de Tayrac, R., Schantz, C., Thubert, T., Le Ray, C., Riethmuller, D., Verspyck, E., Gachon, B., Pierre, F., Artzner, F., Jacquetin, B., & Fritel, X. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction*, 48(7), 455-460. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>
- Fernandes, J. D., Machado, M. C. R., & Oliveira, Z.N.P. (2011). Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 86(1), 102-110.
- Forbes, E. E., Bertocci, M. A., Gregory, A. M., Ryan, N. D., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Dahl, R. E. (2008). Objective sleep in pediatric anxiety disorders and major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(2), 148-155. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31815cd9bc>
- França, G. S., Lima, C. M., Sarah, T. L., Santos, G. R. de A. C., Oliveira, L. L., & de Souza, R. R. (2021). The use of non-pharmacological methods for pain relief during childbirth and childbirth work. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(5), 1-14. DOI: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7215.2021>
- Galhanas, A. I. R. (2020). *Competências Relacionais do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério*. (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Évora.
- Galhanas, A. I. R., & Frias, A. M. A. (2023). QUALIDADES PESSOAIS NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA NO PARTO E PÓS-PARTO: REFLEXÃO. *Enfermagem Materna e Obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto*, 1, 8-18. DOI: 10.37885/231115098
- Gaspar, S. M. M. D. (2019). Contributo do acolhimento de enfermagem para a qualidade dos cuidados à pessoa no contexto domiciliário. (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém, Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém.
- Gianni, M. L., Bettinelli, M. E., Manfra, P., Sorrentino, G., Bezze, E., Plevani, L., Cavallaro, G., Raffaelli, G., Crippa, B. L., Colombo, L., Morniroli, D., Liotto, N., Roggero, P., Villamor, E.,

- Marchisio, P., & Mosca, F. (2019). Breastfeeding Difficulties and Risk for Early Breastfeeding Cessation. *Nutrients*, 11(10), 2266. <https://doi.org/10.3390/nu11102266>
- Gonçalves, A. C. R. (2014). *O Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família - Intervenções de Enfermagem*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Gonçalves, Sofia. 2020. A importância da participação do pai durante o trabalho de parto. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/32895>
- Goswami, S., Jelly, P., Sharma, S. K., Negi, R., & Sharma, R. (2022). The effect of heat therapy on pain intensity, duration of labor during first stage among primiparous women and Apgar scores: A systematic review and meta-analysis. *European journal of midwifery*, 6, 66. <https://doi.org/10.18332/ejm/156487>
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno-Fetal*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel.
- Green, B. N., Johnson, C. D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peerreviewed journals: secrets of the trade. *Journal of Chiropractic Medicine*, 5(3), 101-117. doi: 10.1016/S0899-3467(07)60142-6.
- Grenvik, J. M., Coleman, L. A., & Berghella, V. (2023). Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: what is the evidence?. *American journal of obstetrics and gynecology*, 228(5S), S1270-S1273. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.02.014>
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Saccone, G., Della Corte, L., Quist-Nelson, J., Gerkin, R. D., Gimovsky, A. C., Kwan, M., Mercier, R., & Berghella, V. (2019). Peanut ball for decreasing length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 242, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.09.018>
- Guerra, B. C. de O., Silva, L. R., Christoffel, M. M., Monnerat, I. da C., Silva, L. J., Teixeira, S. V. B., Santos, I. M. M. dos, Zuzarte, J. dos S., & Estrela, A. C. G. dos S. (2021). The evaluation of the self-efficacy of nursing mothers in breastfeeding for nursing care. *Research, Society and Development*, 10(1), e52110111908. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11908>
- Holladay, J., & Sage, K. (2023). Epidural Catheter. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Hsieh, L. Y., & Chen, P. H. (2022). The Effect of Dry Care on the Time of Umbilical Cord Separation in Newborns: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Nursing*, 69(4), 64-75. [https://doi.org/10.6224/JN.202208_69\(4\).09](https://doi.org/10.6224/JN.202208_69(4).09)
- Hsieh, L. Y., & Chen, P. H. (2022). The Effect of Dry Care on the Time of Umbilical Cord Separation in Newborecém-nascidos: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Jourecém-nascidoal of nursing*, 69(4), 64-75. [https://doi.org/10.6224/JN.202208_69\(4\).09](https://doi.org/10.6224/JN.202208_69(4).09)

- INFARMED. (2019). Folheto informativo: Informação para o utilizador Sufentanil. <https://diluir.me/files/Sufentanil.pdf>
- INFARMED. (2022). Resumo das Caraterísticas do Medicamento: Ropivacaína. <https://cdn.shopk.it/usercontent/plataforma-de-pedidos/media/files/62d8b6d-092052-ropivacaina.pdf>
- International Council of Nurses. (2012) Combater a desigualdade: da evidência à ação. Genebra. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- International Council of Nursing (2019). ICNP Browser. 2019 release. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics. (2019). Predicting and preventing Pre-eclampsia: The Challenge. <https://www.figo.org/figo-releases-new-guidelines-combat-pre-eclampsia>
- Issac, A., Nayak, S. G., T, P., Balakrishnan, D., Halemani, K., Mishra, P., P, I., Vr, V., Jacob, J., & Stephen, S. (2023). Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health, 13*, 04023. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04023>
- Issac, A., Nayak, S. G., T, P., Balakrishnan, D., Halemani, K., Mishra, P., P, I., Vr, V., Jacob, J., & Stephen, S. (2023). Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health, 13*, 04023. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04023>
- Iversen, J. K., Kahrs, B. H., & Eggebø, T. M. (2021). There are 4, not 7, cardinal movements in labor. *American journal of obstetrics & gynecology MFM, 3*(6), 100436. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100436>
- Jorge, A. (2004). Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidado em enfermagem. Loures: Lusociência.
- Kadirogullari, P., Yalcin Bahat, P., Sahin, B., Gonen, I., & Seckin, K. D. (2021). The Effect of Pethidine Analgesia on Labor Duration and Maternal-Fetal Outcomes. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis, 92*(2), e2021065. <https://doi.org/10.23750/abm.v92i2.10905>
- Keulen, J. K., Bruinsma, A., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., Bossuyt, P. M., Oudijk, M. A., Duijnhoven, R. G., van Kaam, A. H., Vandenbussche, F. P., van der Post, J. A., Mol, B. W., & de Miranda, E. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, *364*, 1-13. <https://doi.org/10.1136/bmj.l344>

- Klein, B. E., & Gouveia, H. G. (2022). Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. *Cogitare Enfermagem*, 27, e80300. [dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300](https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.80300)
- Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R., & Ismail, K. M. (2020). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 99(4), 445-450. <https://doi.org/10.1111/aogs.13781>
- KOCH, M. C. *Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: Um Modelo de Intervenção de Enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa, 2014. Tese de Doutoramento. Porto
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (2), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub2>
- Lawrence, R. A., Lawrence, R. M. (2016). *Amamentação: Um Guia para a Profissão Médica*. Filadélfia.
- Lee, L., Dy, J., & Azzam, H. (2016). Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 38(9), 843-865. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.04.093>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Manual de Aleitamento Materno. Portugal. Obtido de <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lobão, A. M., Zangão, M. O. B. (2022). Influence of mobility and vertical postures on the duration of the first stage of labor: integrative review. *Portuguese Journal of Midwives*, 22(1), 36-51. DOI: [httrabalho de partos://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17](https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17)
- Lorencetto, S. B., Lemes, S. C., Bertella, C. B., Tuci, B. M. & Maia, J. S. (2021). Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. *Revista Científica De Enfermagem*, 11(34), 277-286. <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.277-286>
- Lothian J. A. (2004). Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of Perinatal Education*, 13(3), 4-6. <https://doi.org/10.1624/105812404X1707>
- Lothian J. A. (2004). Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of perinatal education*, 13(3), 4-6. <https://doi.org/10.1624/105812404X1707>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed). Loures: Lusodidacta.
- Mafetoni, R. R., Rodrigues, M. H., Silva, F. M. B. D., Jacob, L. M. D. S., & Shimo, A. K. K. (2019). Efetividade da auriculoterapia sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico

randomizado. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0110>

- Marinho, S. (2017). *Processo de aquisição de competências: cuidados ao coto umbilical - uma revisão integrativa da literatura*. Tese de Mestrado, Porto
- Mascarenhas, V. H. A., Lima, T. R., Silva, F. M. D., Negreiros, F. S., Santos, J. D. M., Moura, M. A. P., Gouveia, M. T. O., Jorge, H. M. F. (2019). Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(3), 350-357. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900048>
- McFadden, A., Gavine, A., Renfrew, M. J., Wade, A., Buchanan, P., Taylor, J. L., Veitch, E., Rennie, A. M., Crowther, S. A., Neiman, S., & MacGillivray, S. (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001141.pub5>
- Medeiros, A. S. C. L. M. (2015). Acolhimento à parturiente na sala de pré parto, parto e pós-parto (PPP) da maternidade municipal mãe esperança. Relatório de curso de especialização em Enfermagem Obstétrica. Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
- Meleis, AI (2018). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Sixth edition. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Mendes, C. I. R., Silva, F. D., Teixeira, D. M de J., Costa, K. A. R. (2022). Does using the birth ball as a physiotherapeutic resource decrease pain and duration of labor?. *Research, Society and Development*, 11(16). DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37875>
- Mercier, R. J., & Kwan, M. (2018). Impact of Peanut Ball Device on the Duration of Active Labor: A Randomized Control Trial. *American Journal of Perinatology*, 35(10), 1006-1011. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1636531>
- Mihelic, M., Morawska, A., & Filus, A. (2018). Does a perinatal parenting intervention work for fathers? A randomized controlled trial. *Infant Mental Health Journal*, 39(6), 687-698. <https://doi.org/10.1002/imhj.21748>
- Mihelic, M., Filus, A., & Morawska, A. (2016). Correlates of prenatal parenting expectations in new mothers: is better self-efficacy a potential target for preventing postnatal adjustment difficulties?. *Prevention Science*, 17 (8) 949-959. <https://doi.org/10.1007/s11121-016-0682-z>
- Minharro, M. C. de O., Carvalhaes, M.A. de B.L., Parada, M. G. de L., & Ferrari, A.P. (2019). Breastfeeding self-efficacy and its relationship with breastfeeding duration. *Cogitare Enfermagem*, 24, e57490. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3652.3364>
- Mira, J. I. R. C., Quito, R. A. B., Campeão, A. F. L. F., Molero, T. S. M., Hipólito, R. A. C., & Frias, A. M. A. (2021). Métodos não farmacológicos de controlo da dor no trabalho de parto: revisão

- narrativa de literatura. *A Obra Prima: a arte de cuidar no início da vida*, 8, 95-110. DOI: 10.37885/211006513. ISBN: 978-65-5360-021-8.
- Miranda, B de S., Santana, G. H., Tavares, L. de M., Albuquerque, R. R. de O., & de Macêdo, W. P. (2020). CONTRIBUIÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HUMANIZAÇÃO DO PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. *Revista Eletrônica Estácio Recife*, 6(1), 1-13. <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/456>
- Murray, S. & McKinney, E. S. (2014). *Foundation of maternal-newborn and women's health nursing* (6.ª edição). Elsevier
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Intrapartum care for healthy women and babies. *NICE guideline*, 190.
- National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2023a). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133/resources/hypertension-in-pregnancy-diagnosis-and-management-pdf-66141717671365>
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2023b). Intrapartum care: Nice Guidelines. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>
- Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2016). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 1ª ed. Lidel.
- Nogueira, A. G., Araújo, C. L. F., Correia, L. O. G. S. (2020). Women's perception about patient escort in labor. *Brazilian Journal of Health Review*, 3 (4), 11316-11327. DOI:10.34119/bjhrv3n4-377
- Nogueira, J. R. D. F., & Ferreira, M. (2012). Father's involvement in pregnancy/childbirth and the emotional bond with the baby. *Revista de Enfermagem Referência III*, 18, 57-66.
- Odent M. (2009). "The instincts of motherhood: bringing joy back into newborn care". *Early human development*, 85(11), 697-700. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2009.08.053>
- Oliveira, C. A. & Sá, R. A. M. (2020). Cardiotocografia anteparto. *FEMINA*, 48(5), 316-320.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015) Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Obstétrica/Parteiras. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento Das Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem De Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República - Regulamento n.º 391/2019, 85(2ª Série). <https://dre.pt/application/conteudo/122216892>

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). Ambientes facilitadores do trabalho de parto. Pronúncia da mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica n.º 22/2022.
- Osório, M. M. R. F. M. (2019). *Organização e plano funcional da Neonatologia num Hospital terciário*. (Tese de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Pacheco van der Sand, I. C., Silveira, A. da, Cabral, F. B., & das Chagas, C. de O. (2022). *A influência da autoeficácia sobre os desfechos do aleitamento materno: Estudo de revisão integrativa*. *Revista Contexto & Saúde*, 22(45), e11677. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.45.11677>
- Pereira, A. C. C., Costa, A. L. M. L., Costa, A. B., Geber, B., Alkmim, B. F., Camarano, G. C. V., & Lopes, A. G. (2020). *Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática*. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(10), e4448-e4448. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4448.2020>
- Pereira, D. B., Carvalho, I. L. N., Penha, J. C., Miranda, A. M. L., Jorge, H. M. F., Abreu, I. M., Sarmiento, A. V. (2022). Participação paterna no trabalho de parto e parto. *Revista Baiana de Enfermagem*. 36, e45538. DOI 10.18471/rbe.v36.45538
- Pereira, S.B., Diaz, C. M. G., Backes, M. T. S., Ferreira, C. L. de L., Backes, D. S. (2018). Good practices of labor and birth care from the perspective of health professionals. *Rev. bras. Enferm*, 71(3), 1393-1399. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0661>
- Pillay, J., & Davis, T. J. (2023). Physiology, Lactation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Pires, C. S. M. (2016). Cuidados ao cordão umbilical do recém-nascido. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Bragança
- Poon, L. C., Shennan, A., Hyett, J. A., Kapur, A., Hadar, E., Divakar, H., McAuliffe, F., da Silva Costa, F., von Dadelszen, P., McIntyre, H. D., Kihara, A. B., Di Renzo, G. C., Romero, R., D'Alton, M., Berghella, V., Nicolaidis, K. H., & Hod, M. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 145(1), 1-33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>
- Possati, A. B., Prates, L. A., Cremonese, L., Scarton, J., Alves, C. N., & Ressel, L. B. (2017). Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Escola Anna Nery*, 21(4), 1-6. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2016-0366

- Raeseide, L. (2022). Bathing newborn infants [internet]. NHSGGC Guidelines. <https://raisingchildren.net.au/newborns/health-daily-care/hygiene-keeping-clean/bathing-a-newborn>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 85, 13560-13565. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-nº-391-2019_regulamento-das-competências-específicas-do-eesmo.pdf
- Reis, D. N., Gonçalves, F. J. R., da Silva, Z. T., Guimarães, D. M., de Sousa Dias, M. R. G., Batista, P. V. S. Araújo, R. V., Magalhães, J. M., Santos, K. E. S & de Lima, L. D. C. (2022). Os benefícios da massagem no trabalho de parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 15(8), e10818-e10818. <https://doi.org/10.25248/reas.e10818.2022>
- Ricci, S. S. (2008). *Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher*. (4ª edição). Elsevier
- Rocha, B. D., Zamberlan, C., Pivetta, H. M. F., Santos, B. Z., Antunes, B. S. (2020). Upright positions in childbirth and the prevention of perineal lacerations: a systematic review and meta-analysis. *Rev Esc Enferm USP*, 54, 1-11, e03610. doi: [htrabalho de partos://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610](https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610)
- Rodrigues L. S. P. & Shimo A. K. K. (2019). Low light in delivery room: obstetric nursing's experiences. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40 (e20180464), 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180464>
- Rodríguez-Blancque, R., Aguilar-Cordero, M. J., Marín-Jiménez, A. E., Menor-Rodríguez, M. J., Montiel-Troya, M., & Sánchez-García, J. C. (2020). Water Exercise and Quality of Life in Pregnancy: A Randomised Clinical Trial. *International journal of environmental research and public health*, 17(4), 1288. <https://doi.org/10.3390/ijerph17041288>.
- Roth, C., Dent, S. A., Parfitt, S. E., Hering, S. L., & Bay, R. C. (2016). Randomized Controlled Trial of Use of the Peanut Ball During Labor. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 41(3), 140-146.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (2) v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Royal College Obstetricians and Gynaecologists. (2001). The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based Clinical Guideline Number 8.

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2001). The Use of Electronic Fetal Monitoring: The use and interpretation of cardiotocography in intrapartum fetal surveillance. Evidence-based clinical guideline no 8.
- Santana, A.T., Felzemburgh, R. D. M., Couto, T. M., Pereira, L.P. Performance of resident nurses in obstetrics on childbirths care. *Rev. bras. saúde mater. Infant*, 19(1). <https://doi.org/10.1590/1806-93042019000100008>
- Santos, A. C. M., Nascimento, C. D., Campos, T. C., Sousa, N. N. A. G. (2021). Ursing performance in the use of non-pharmacological methods for pain relief during child labor. *Brazilian Journal of Development*, 7(1), 9505-9515. DOI:10.34117/bjdv7n1-643
- Santos, L. M., Pereira, S.S.C., Santos, V.E.P., Santana, R.C.B. & Melo, M.C.P. (2011). Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. *Revista Enfermagem UFSM*, 1 (2), 225-237. doi: 10.5902/217976922588
- Santos, L.M. & Pereira, S.S.C. (2012). Vivências de mulheres sobre a assistência recebida no processo parturitivo. *Revista de Saúde Coletiva*, 22 (1), 77-97.
- Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.
- Serafim, I. S., Ramos, D. G. R., Silva, A. B., Aguiar, N. G., Faria, I. S., Guimarães, E. R. (2023). Non-pharmacological methods for managing natural delivery pain. *Revista Observatorio de la Economia Latinoamericana*, 21(8), 8646-8668. DOI: 10.55905/oelv21n8-045
- Silva, D., & Dantas, N. T. (2023). HABILIDADES DO TERAPEUTA: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA UMA RELAÇÃO TERAPÊUTICA EFETIVA, ÉTICA, COM ACOLHIMENTO E COMUNICAÇÃO. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação- REASE*, 9(4), 2675-3375. doi.org/10.51891/rease.v9i4.9225
- Silva, M. A. (2010). Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico Acolhimento de Enfermagem. (Tese de Doutoramento) Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto
- Silva, M. V. (2019). *Aplicação de gelo na ferida perineal no período pós-parto*. Relatório de estágio. Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Silveira, N. S., Azevedo, M. G. (2022). Avaliação da efetividade dos métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto. *Brazilian Journal of Health Review, Curitiba*, 5, (4), 12537-12549. DOI:10.34119/bjhrv5n4-049
- Simon, L. V., Hashmi, M. F., & Bragg, B. N. (2023). APGAR Score. *In StatPearls*. StatPearls Publishing.
- Siqueira, L.S., Santos, F. S., Santos, R. M. de M.S., Santos, L. F. S., dos Santos, L. H., Pascoal, L. M., & Neto, M. S. (2023). Factors associated with breastfeeding self-efficacy in the immediate puerperium a public Maternity Hospital. *Cogitare Enferm*, 28, e88970. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84086>

- Smith, L. A., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD007396. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007396.pub3>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2007). *Manual para pais de recém-nascidos prematuros*. <https://www.spneonatologia.pt/to-parents/useful-information/>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Cuidados Gerais ao Recém-Nascido Saudável*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Sousa LMM, Firmino C F, Marques-Vieira CMA, Severino SSPS, Pestana HCFC. Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista portuguesa de enfermagem de reabilitação* [Internet]. 2018[acesso em 2020 out 08];1(1):45-54. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/232112845.pdf>
- Sousa, A. R. & Amorim, M. R. (2008). Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Acta Médica Portuguesa*, 21(3), 229-240.
- Sousa, J. L., da Silva, I. P., Gonçalves, L. R. R., Nery, I. S., Gomes, I. S., & Sousa, L. F. C. (2018). Perception of puerperas on the vertical position in childbirth. *Revista Baiana de Enfermagem*, 32, e27499. <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.27499>
- Souza, C. M. de, Ferreira, C. B., Barbosa, N. R., & Marques, J. F. (2013). NURSING STAFF AND THE CARE DEVICES IN THE CHILDBIRTH PROCESS: FOCUS ON HUMANIZATION. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 5(4), 743-754. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013.v5i4.743-754>
- Sriraman, N. K. (2017). The Nuts and Bolts of Breastfeeding: Anatomy and Physiology of Lactation. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 47 (12), 305-310. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.10.001>
- Stenglin, M., & Foureur, M. (2013). Designing out the Fear Cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*, 29(8), 819-825. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.04.005>
- Surucu, S. G., Ozturk, M., Vurgec, B. A., Alan, S., & Akbas, M. (2018). The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. *Complementary therapies in clinical practice*, 30, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.015>
- Taavoni, S., Sheikhan, F., Abdollahian, S., & Ghavi, F. (2016). Birth ball or heat therapy? A randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary therapies in clinical practice*, 24, 99-102. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2016.04.001>

- Tan, P. C., Mackeen, A., Khong, S. Y., Omar, S. Z., Noor Azmi, M. A. (2016). Peripheral Intravenous Catheterisation in Obstetric Patients in the Hand or Forearm Vein: A Randomised Trial. *Scientific Reports*, 6, 1-8. DOI: 10.1038/srep23223
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H., & Rubertsson, C. (2016). Pregnant women's thoughts when assessing fear of birth on the Fear of Birth Scale. *Women and birth: jourecém-nascidoal of the Australian College of Midwives*, 29(3), e44-e49. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.11.009>
- Van der Sand, I. C. P., da Silveira, A., Cabral, F. B., & das Chagas, C. de O. (2022). A influência da autoeficácia sobre os desfechos do aleitamento materno: estudo de revisão integrativa. *Revista Contexto & Saúde*, 22(45), 1-18. <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2022.45.11677>
- Vargas, P. B., Vieira, B. D. G., Queiroz, A. B. A., Alves, V. H., Aguiar, R. C. B., & Rodrigues, D. P. (2016). Experiências de puérperas na identificação de sinais de fome do recém-nascido. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(1), 335-343. <https://doi.org/10.18471/rbe.v1i1.12011>
- Vicente, A., Oliveira, A. & Amendoeira, J. (2021). The Therapeutic relationship with the postpartum women, newborn and family in the context of hospital discharge: a scoping review. *Revista da UI_IPSantarém*, 9(1), 5-17. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v9.i1.24828>
- Wennerholm, U. B., Saltvedt, S., Wessberg, A., Alkmark, M., Bergh, C., Wendel, S. B., Fadl, H., Jonsson, M., Ladfors, L., Sengpiel, V., Wesström, J., Wennergren, G., Wikström, A. K., Elden, H., Stephansson, O., & Hagberg, H. (2019). Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 367, 1-12. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6131>
- Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 108(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund (2018). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF).
- World Health Organization (2018a). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- World Health Organization (2018b). recommendations: induction of labour at or beyond term. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>

- World Health Organization (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352612>
- Yuksel, H., Cayir, Y., Kosan, Z., & Tastan, K. (2017). Effectiveness of breathing exercises during the second stage of labor on labor pain and duration: a randomized controlled trial. *Journal of Integrative Medicine*, 15(6), 456-461. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2095-4964\(17\)60368-6](https://doi.org/10.1016/S2095-4964(17)60368-6)
- Zang, Y., Hu, Y., & Lu, H. (2023). Effects of different techniques during the second stage of labour on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), 996-1013. <https://doi.org/10.1111/jocn.16276>
- Zimmerman, D., Bartick, M., Feldman-Winter, L., Ball, H. L., & Academy of Breastfeeding Medicine (2023). ABM Clinical Protocol #37: Physiological Infant Care-Managing Nighttime Breastfeeding in Young Infants. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 18(3), 159-168. <https://doi.org/10.1089/bfm.2023.29236.abm>

ANEXOS

Necessidade Pré-operatória do Doente Cirúrgico: Acolhimento de Enfermagem

| | |
|--------------------------------------|---|
| AUTORES | Maria Amélia Dourado Rodrigues da Silva |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2010 |
| TIPO DE ESTUDO | Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem |
| OBJETIVOS | Analisar a problemática do acolhimento como necessidade pré-operatória do doente cirúrgico. |
| METODOLOGIA | Estudo exploratório descritivo, recorrendo ao método quantitativo, através da aplicação de um questionário para a colheita de dados. A População Alvo deste estudo comporta os Doentes Internados em Serviços de Cirurgia do Hospital de São João - Porto (serviços de cirurgia geral homens, cirurgia geral mulheres e cirurgia vascular), com uma amostra constituída por um número aproximado de 230 doentes propostos para cirurgia programada. |
| RESULTADOS | Após a aplicação do questionário, os resultados foram agrupados em duas categorias: Componente Formal do acolhimento (apresentação do enfermeiro, perguntar sobre o nome e como gosta de ser chamado, apresentação do serviço, explicação das normas do funcionamento do serviço, explicação do funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal) e componente relacional dos enfermeiros (disponibilidade para ouvir, respeito pela privacidade e individualidade, utilização de linguagem adequada e compreensível), tendo em conta o nível de importância atribuído pelos utentes. |
| REQUISITOS PARA O ACOLHIMENTO | <ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do enfermeiro • Perguntar sobre o nome e como gosta de ser chamado • Apresentação do serviço • Explicação das normas do funcionamento do serviço • Explicação do funcionamento do material/equipamento destinado ao seu uso pessoal • Disponibilidade para ouvir • Respeito pela privacidade e individualidade • Importância da comunicação no acolhimento - utilização de linguagem adequada e compreensível |

| | |
|------------------|--|
| CONCLUSÃO | Concluiu-se que a componente formal do acolhimento, bem como a componente relacional dos enfermeiros, apesar de se encontrarem no bom caminho, necessitam ainda de serem trabalhadas, devendo-se para isso investir na formação dos profissionais relativamente à receção e comunicação com o(a) utente. |
|------------------|--|

O Rosto do Acolhimento no Bloco de Partos - Uma competência do EESMO

| | |
|--------------------------------------|---|
| AUTORES | Sílvia Cristina Gaspar de Castro |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2011 |
| TIPO DE ESTUDO | Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia |
| OBJETIVOS | Analisar e refletir sobre as práticas de enfermagem realizadas durante o processo de acolhimento à grávida/casal no bloco de partos, através da seguinte questão de partida: “Qual o contributo na qualidade dos cuidados prestados, na perspectiva da grávida/família, sobre a uniformização dos procedimentos efectuados pelo EESMO durante o acolhimento no BP? “ |
| METODOLOGIA | Revisão sistemática da literatura |
| RESULTADOS | Constatou-se que houve satisfação com o acolhimento prestado pelos profissionais de saúde e pelas informações quanto aos procedimentos a que as grávidas seriam submetidas. Observou-se, porém, que o facto de os acompanhantes entrarem mais tardiamente para junto da grávida no bloco de partos, no momento do acolhimento, foi percecionado como um ponto menos positivo por 1 das puérperas. |
| REQUISITOS PARA O ACOLHIMENTO | <ul style="list-style-type: none"> • O acolhimento não deve ser limitado ao ato de receber, mas sim ser visto como um processo de relações interpessoais • Importância da comunicação no acolhimento e relação terapêutica |
| CONCLUSÃO | O acolhimento adequado é de responsabilidade de toda a equipe de saúde que deve desenvolver habilidades baseadas no cuidar humano, na capacidade de comunicação fundamentalmente na escuta, na orientação e informação. |

RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH PROFESSIONALS AND PARTURIENTS: A STUDY WITH DRAWINGS

| | |
|--------------------------|---|
| AUTORES | Santos, L. M., Pereira, S. S. C., Santos, V. E. P., Santana, R. C.B., Melo, M. C. P. |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2011 |
| BASE DE DADOS | Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria |
| OBJETIVOS | Analisar o relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes no centro obstétrico de uma maternidade pública do interior da Bahia. |
| METODOLOGIA | Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório e qualitativo, realizado com treze puérperas através de entrevistas semiestruturadas, cuja questão orientadora baseou-se na experiência pessoal do parto, no período de fevereiro a abril de 2010. |
| RESULTADOS | <p>A análise dos dados demonstrou que as entrevistadas caracterizaram a assistência recebida como indiferente e desqualificada, pois os profissionais de saúde estabeleceram uma relação assimétrica e de poder, onde as suas necessidades não foram tidas em consideração.</p> <p>O relacionamento com os profissionais de saúde foi considerado como um encontro onde predominou a ausência de estabelecimento de vínculos, onde a frieza e insensibilidade por parte dos profissionais foi relatada por uma das entrevistadas.</p> <p>Predomina a realidade de que o profissional de saúde não se apresenta às parturientes, como forma de não ser solicitado durante o trabalho de parto. A apresentação inicial e a presença do profissional são consideradas pelas parturientes como fatores que oferecem conforto e permitem a construção de uma relação terapêutica, sendo uma etapa indispensável e uma das premissas básicas do atendimento humanizado.</p> <p>As entrevistadas valorizaram a presença dos profissionais de saúde no período expulsivo, contudo consideraram que interação entre ambos foi maior apenas nesse período.</p> <p>A prática de cuidados individualizados e pautados na singularidade de cada indivíduo devia nortear o exercício dos profissionais de saúde que prestam apoio durante o trabalho de parto. Contudo, no discurso das entrevistadas foi notória a prática de cuidados</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>padronizados, cujos pilares fundamentaram-se em modelos estigmatizados e reproduzidos na assistência às parturientes, sem, contudo, ter em consideração as necessidades específicas de cada mulher.</p> |
| <p>REQUISITOS PARA O ACOLHIMENTO</p> | <p>O suporte dos profissionais de saúde, durante o processo do parto, configurou-se como confortante para as mulheres. Mostrar-se próximo, preocupado e disposto a cuidar e escutar a parturiente é imprescindível para a criação de laços de confiança e afeição pois facilitam o processo de parto, transformando-o num momento de cuidado e conforto, levando em consideração sua singularidade na vida de cada família. Há situações em que não são necessárias palavras ou ações; basta um olhar que inspire confiança, para confortar. Apresentar-se, ser tratado com igualdade, respeito e dignidade constituem princípios éticos e humanos de qualquer relação.</p> <p>Promover uma assistência humanizada é saber ouvir as parturientes e suas necessidades, valorizando sua história de vida, incluindo seus aspectos sociais, psicológicos e emocionais, que podem influenciar de modo significativo sua vivência no parto normal. Para isso, os profissionais de saúde devem acolhê-las, reconhecendo a importância da comunicação em sua prática.</p> |
| <p>CONCLUSÃO</p> | <p>Assim, considera-se que o contato entre parturiente e trabalhador da saúde e as relações estabelecidas entre esta díade estão aquém do preconizado pelas políticas de humanização do parto e nascimento distanciando-se da idealização das mulheres acerca do tratamento que gostariam de receber na maternidade quando da vigência do nascimento de seu filho.</p> <p>As experiências descritas e representadas pelos desenhos denotaram a falta de humanização da assistência prestada pela equipe de saúde e a ausência do vínculo. Estas características foram consideradas pelas puérperas como uma assistência fria e indiferente, distante da atenção que elas idealizavam receber durante o trabalho de parto e parto. A sala de parto foi retratada pela maior parte das entrevistadas como um ambiente de dor intensa, aflição, solidão e abandono. Esta imagem contraria a ideia que se concebe sobre o nascimento, como sendo um momento de felicidade, realização e celebração da vida.</p> <p>Há necessidade de adotar comportamentos que visem o acolhimento da parturiente, fazendo desta uma experiência humanizada, devolvendo à mulher o protagonismo deste tão sublime momento.</p> |

NURSING STAFF AND THE CARE DEVICES IN THE CHILDBIRTH PROCESS: FOCUS ON HUMANIZATION

| | |
|--------------------------|--|
| AUTORES | Camila Maria de Souza, Cintia Bastos Ferreira, Nirliane Ribeiro Barbosa, Juliana Freitas Marques |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2013 |
| FONTE | Journal of Research Fundamental Care Online |
| OBJETIVOS | Conhecer as ferramentas que possibilitam a humanização do cuidado no cotidiano da equipe de enfermagem durante o processo de parto. |
| METODOLOGIA | <p>Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido na maternidade pública de Maceió/AL, Brasil. O estudo contou com a participação de 15 profissionais de saúde, dos quais apenas 9 eram EEESMO. Os participantes foram observados e submetidos a entrevistas semiestruturadas com questões norteadoras envolvendo os cuidados realizados pela equipe de enfermagem durante o trabalho de parto. As entrevistas foram analisadas em três etapas: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados. Os resultados obtidos foram agrupados em 3 categorias: 1) Acolhimento e vínculo: cuidados que proporcionam segurança à parturiente; 2) O uso da orientação como facilitador do processo de parturição; 3) Satisfação Profissional: promovendo um cuidado mais humanizado.</p> |
| RESULTADOS | <p>O acolhimento e vínculo estabelecido com a mulher, assim como as orientações fornecidas, remetem à mulher uma sensação de segurança e contribuem favoravelmente durante o trabalho de parto. Também se evidencia que a satisfação profissional se realça como um elemento importante para o desenvolvimento de um cuidado humanizado.</p> <p>No âmbito da categoria “<i>Acolhimento e vínculo: cuidados que proporcionam segurança à parturiente</i>”, a equipa de enfermagem destaca a importância do acolhimento e da criação de um vínculo como uma intervenção de enfermagem que proporciona à mulher segurança durante o trabalho de parto. Destacam, também, a presença do acompanhante como fundamental durante este processo, pois remete à mulher a sensação de tranquilidade, confiança e segurança. Os efeitos do suporte à parturiente estão relacionados a</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>resultados maternos positivos, como a redução da taxa de cesariana, seguida pela redução do uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, analgesia/medicamentos para alívio da dor e aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento. Contudo alguns participantes referem o despreparo do acompanhante como fator condicionante aos cuidados prestados, na medida em que por vezes é necessário prestar assistência ao acompanhante quando estes desmaiam durante o trabalho de parto.</p> <p>Na categoria “<i>O uso da orientação como facilitador do processo de parturição</i>”, a orientação é vista como um dispositivo de cuidado facilitador durante o trabalho de parto, fazendo com que a mulher assuma o papel de protagonista em conduzir o seu parto com sucesso. Reforça-se a necessidade de preparar a grávida para o parto ainda durante o período gravídico, para que, no momento do internamento, as orientações dos profissionais de saúde sejam recebidas como reforços e não como novas informações, que devido à falta de conhecimento podem gerar na mulher receio, medo do desconhecido e exacerbação da dor no momento do nascimento. Os enfermeiros entrevistados destacam, também, a importância de avaliar a pertinência do momento mais propício a fornecer informação, a quantidade de informação e a linguagem usada - linguagem clara e de fácil compreensão.</p> <p>Na categoria “<i>Satisfação Profissional: promovendo um cuidado mais humanizado</i>”, foi evidente que o (a) profissional de saúde que possui condições de trabalho adequadas para o desempenho de suas atividades, aprecia a sua atividade profissional, sente-se reconhecido e valorizado e que estabelece bom relacionamento com os demais companheiros de trabalho, demonstra maior satisfação profissional, refletindo-se numa prestação de cuidados à mulher mais humanizada.</p> |
| <p>REQUISITOS PARA O ACOLHIMENTO</p> | <p>Ações como a presença constante, a atenção dispensada, o diálogo e mesmo pequenos atos, como o contato físico, são fatores de acolhimento, pois ultrapassam as barreiras entre o profissional e a parturiente, estabelecendo uma relação de confiança e trocas, ou seja, uma relação de apoio emocional. A compreensão, a delicadeza, a sensibilidade, o respeito aos sentimentos e a subjetividade são elementos-chaves para a configuração de uma atenção humanizada por meio da equipe de enfermagem.</p> |
| <p>VANTAGENS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Relação de apoio • Cuidados humanizados |

| | |
|--------------|---|
| DESVANTAGENS | |
| CONCLUSÃO | <p>A equipe de enfermagem tem papel importante no cuidado à mulher durante o trabalho de parto, implementando mecanismos importantes na condução da integralidade dos cuidados. O acolhimento, estar presente, conversar, ouvir os medos, angustias e receios, surgem como estratégias para humanizar os cuidados, proporcionando à mulher e seu acompanhante apoio durante o trabalho de parto e parto, conforto e segurança.</p> <p><i>“Manter a cliente/família orientada, esclarecida, livre de medos e mitos e mais empoderada é um dispositivo do cuidado que pode e deve ser realizado pela equipe de enfermagem, proporcionando segurança à mulher em seu ciclo gravídico-puerperal. Entende-se que o fornecimento de orientações proporciona para a mulher o controle de seu corpo e permite que ela atue como protagonista do nascimento de seu filho. O apoio da equipe de enfermagem e as informações transmitidas à parturiente permitem o acompanhamento do nascimento com a menor intervenção possível, proporcionando a humanização do parto.”</i></p> <p>O acolhimento, a informação e a satisfação profissional constituem ferramentas essenciais dos cuidados de enfermagem que contribuem para a humanização dos cuidados e que permitem à mulher e acompanhante uma experiência positiva de parto, garantindo à mulher o seu papel de protagonista no seu parto.</p> |

O Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família - Intervenções de Enfermagem

| | |
|--------------------------|---|
| AUTORES | Ângela Carina Ramos Gonçalves |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2014 |
| TIPO DE ESTUDO | Tese de Mestrado |
| OBJETIVOS | Identificar estratégias que suportem a equipa de enfermagem no acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família através de uma sondagem de opinião com a aplicação de um questionário com cinco perguntas de resposta aberta. |
| METODOLOGIA | Revisão narrativa da literatura |
| RESULTADOS | Elaborado um Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem para o Acolhimento da Pessoa com Doença Hemato-Oncológica e sua Família e ainda um Guia de Acolhimento a ser fornecido à pessoa e à sua família no momento em que é acolhida pela primeira vez no serviço. |
| CONCLUSÃO | O acolhimento implica uma relação interpessoal sendo o momento ideal para se iniciar o estabelecimento de uma relação de ajuda. O enfermeiro tem de ser detentor de capacidades indispensáveis para poder estabelecer uma relação interpessoal que se pretende que seja de “ajuda” e de ser capaz de aprofundar o seu conhecimento em cada uma dessas capacidades, de forma a desenvolver-se e atingir o maior grau de ajuda ou eficácia nessa mesma relação. |

ACOLHIMENTO À PARTURIENTE NA SALA DE PRÉ PARTO, PARTO E PÓS-PARTO (PPP) DA MATERNIDADE MUNICIPAL MÃE ESPERANÇA

| | |
|--------------------------|--|
| AUTORES | Annelise soares campos Lins de Medeiros |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2015 |
| TIPO DE ESTUDO | CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA |
| OBJETIVOS | Implantar rotina de acolhimento na admissão da parturiente à sala de Pré-Parto, Parto e Pós-parto (PPP). N |
| METODOLOGIA | A metodologia empregada foi a prévia sensibilização das enfermeiras quanto à postura acolhedora, posta em prática pela aplicação experimental de um formulário de admissão (baseado na observação da rotina do PPP), que direciona a atenção baseada nos princípios da Política Nacional da Humanização, com valorização do sujeito. Esse formulário contempla os seguintes aspectos: acolhimento, informações pessoais, dados obstétricos e escuta qualificada. No período de 05 a 11 de Novembro, aplicou-se o formulário na admissão em 12 parturientes e seu(sua) acompanhante, com duração média de 10 minutos. Após o parto, com a puérpera no Alojamento Conjunto investigou-se a avaliação do nível de satisfação da mãe sobre o acolhimento com uso do protocolo no PPP. |
| RESULTADOS | <p>Os resultados mostraram que 92% das parturientes que receberam atenção e orientação na admissão no PPP, sentiram-se muito acolhidas, 58% delas consideraram o atendimento ótimo e para 42% foi avaliado como bom atendimento. Em relação aos acompanhantes, 33% não foram orientados e sentiram-se pouco satisfeitos com a atenção recebida. As seis enfermeiras que participaram da intervenção julgaram importante esta estratégia por direcionar as orientações às parturientes e acompanhantes, incentivando e melhorando o atendimento. Por outro lado, apontou-se como dificuldade a utilização do formulário de admissão em períodos de agitação do setor. Após esta vivência, conclui-se que o acolhimento é fundamental, porém não pode ser restrito a um momento e/ou profissional.</p> <p>O autor enumera possíveis causas que podem explicar a ausência e a superficialidade com que ocorre o acolhimento:</p> <p>c) Causas relacionadas com as parturientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconhecimento e receio do ambiente onde se realizará o parto; |

| | |
|-------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Baixo nível de literacia sobre o trabalho de parto; • Défice de conhecimento sobre os direitos legais; <p>d) Causas relacionadas com a equipa de enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausência de um protocolo de admissão na sala de partos; • Vínculo fraco entre a equipa e a parturiente/familiar; • Profissionais da sala de partos sem formação em práticas de acolhimento; • Assistência mecanizada e pouco reflexiva. |
| <p>CONCLUSÃO</p> | <p>O efetivo acolhimento à parturiente promove benefícios para o desenvolvimento do trabalho de parto e parto, tornando a experiência positiva e humanizada.</p> <p>É responsabilidade de toda equipa de saúde, a qual deve ser sensibilizada/capacitada para acolher, tornando sobretudo num momento singular da assistência de enfermagem humanizada, concretizada no apoio às parturientes e acompanhantes.</p> |

CONCEPTS AND PRACTICES FOR HOSTING PRESENTED BY NURSING IN THE CONTEXT OF PRIMARY HEALTH CARE

| | |
|--------------------------------------|---|
| AUTORES | Jarbas Ribeiro de Oliveira, Maria Cícera dos Santos de Albuquerque, Mércia Zeviani Brêda Luciana de Amorim Barros, Gabrielle Leite Pacheco Lisbôa |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2015 |
| BASE DE DADOS | Revista de Enfermagem de UFPE (Online) |
| OBJETIVOS | Analisar a produção científica de enfermagem brasileira sobre concepção e prática de acolhimento na atenção básica à saúde |
| METODOLOGIA | Revisão integrativa a partir da questão “Qual a concepção e prática de acolhimento na atenção básica à saúde apresentada pela enfermagem brasileira?”. A procura de artigos foi realizada entre os meses de julho e setembro de 2012, nas bases de dados Medline, Lilacs, BDNF e biblioteca virtual SciELO, com os descritores “Enfermagem”, “acolhimento”, “nursing” e “user embracement”. |
| RESULTADOS | Os estudos mostraram que o acolhimento é concebido pela equipa de enfermagem ora como mais uma atividade a ser desempenhada, ora como uma postura profissional ou estratégia de humanização que se constitui como uma diretriz importante e necessária para a valorização do utente, enquanto ser humano dotado de subjetividades. |
| REQUISITOS PARA O ACOLHIMENTO | <ul style="list-style-type: none"> • Estratégia de humanização • Valorização do utente |
| CONCLUSÃO | A implantação da diretriz do acolhimento é um potente instrumento de humanização da atenção à saúde. |

Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico

| | |
|--------------------------|--|
| AUTORES | Paula Cristina Pereira da Costa, Ana Paula Rigon Francischetti Garcia, Vanessa Pellegrino Toledo |
| ANO DE PUBLICAÇÃO | 2016 |
| BASE DE DADOS | SciELO |
| OBJETIVOS | Identificar o reconhecimento do acolhimento como uma forma de cuidado de enfermagem na experiência de enfermeiros que atuam nos cuidados de saúde primária, explorando a percepção desses profissionais em relação ao acolhimento. |
| METODOLOGIA | <p>Pesquisa qualitativa, fundamentada na vertente fenomenológica social de Alfred Schutz. Participaram nove enfermeiros em centros de saúde em Campinas-SP, Brasil. O estudo consistiu na realização de entrevistas em 2013, seguindo os passos da fenomenologia social, cuja análise de dados foi realizada através da leitura e releitura dos depoimentos, identificação e agrupamento de aspectos significativos agregando os resultados em categorias.</p> |
| RESULTADOS | <p>Na categoria <i>“Distância entre o cuidado de enfermagem e o acolhimento”</i>, os enfermeiros não reconhecem o acolhimento como cuidado inerente de enfermagem, caracterizando-o como um ato de triagem e atendimento pontual, meramente direcionado à queixa. Referem que <i>“o acolher ocupa espaço significativo da carga horária, não reconhecendo esta ação como cuidado inerente à prática do enfermeiro na atenção primária. Classificaram o acolhimento como empecilho à realização das funções”</i>.</p> <p>Quanto à categoria <i>“Idealização como percurso para o acolhimento como cuidado de enfermagem”</i>, as expectativas dos enfermeiros entrevistados são otimistas e compreendem a importância do acolhimento enquanto foco determinante na relação com o paciente, compreensão das suas necessidades e criação de empatia para com o outro. No entanto, consideraram que tais expectativas só poderiam ser alcançadas se fossem oferecidas melhores condições de trabalho e o rácio de enfermeiros fosse adequado ao tamanho da população, fator que consideram determinante para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.</p> |

| | |
|-------------------------------|--|
| REQUISITOS PARA O ACOLHIMENTO | <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o acolhimento como intervenção de enfermagem • Rácio adequado de enfermeiros |
| VANTAGENS DO ACOLHIMENTO | <ul style="list-style-type: none"> • Identificação das necessidades • Criação de uma relação terapêutica • Relação empática • Prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade • Desenvolvimento de participação mais cooperativa pelo utente |
| DESVANTAGENS DO ACOLHIMENTO | <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ocupa espaço significativo da carga horária”</i> |
| CONCLUSÃO | <p>Os enfermeiros reconhecem o acolhimento como uma ação necessária, mas na prática, esta não era considerada uma intervenção de enfermagem. A realização do acolhimento como cuidado de enfermagem carece de fatores externos como condições adequadas de trabalho e de um rácio adequado de enfermeiros. O estudo destaca a necessidade de alinhar a teoria do cuidado de enfermagem à prática do acolhimento para promover uma abordagem mais humanizada e qualificada.</p> |