

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A Visita Domiciliária do EEESMO como Estratégia Facilitadora
da Alta Precoce

Autor

Célia Catarina Marques Oliveira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A Visita Domiciliária do EEESMO como
Estratégia Facilitadora da Alta Precoce

Orientador(es)

Sónia Maria Pereira de Azevedo Brandão
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Célia Catarina Marques Oliveira

Porto, 2024

RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, surge o desenvolvimento deste relatório de estágio de natureza profissional.

O objetivo deste relatório, consiste na análise e descrição de todo o processo de desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), tendo por base o Regulamento nº140/2019 e Regulamento nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros.

Para demonstrar o desenvolvimento das competências específicas, foram desenvolvidos seis casos clínicos correspondentes ao Estágio de Natureza Profissional, um caso clínico no âmbito da gravidez com complicações; quatro casos clínicos sobre a assistência à mulher em trabalho de parto e um caso clínico na assistência à mulher e ao recém-nascido no puerpério.

No decorrer dos estágios, nomeadamente do estágio do puerpério, surgiu o meu interesse em desenvolver uma revisão integrativa da literatura sobre o tema: "A visita domiciliária do EEESMO, como estratégia facilitadora para o regresso a casa precoce". Segundo a minha observação, grande parte das puérperas que vivenciaram o parto eutócico, ao fim de 24 horas, verbalizavam a vontade de regressar a casa, algo que atualmente só está preconizado ao final de 48 horas de internamento. Considerei interessante explorar esta temática e tentar perceber de que modo o EEESMO pode atuar para contribuir ao regresso a casa mais cedo. A visita domiciliária do EEESMO, poderá proporcionar uma transição para casa mais segura e ao mesmo tempo prestar cuidados especializados à puérpera e recém-nascido.

Palavras-chave: Visita domiciliaria; EEESMO; regresso a casa

ABSTRACT

As part of the Master's programme in Maternal and Obstetric Health Nursing at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, this professional internship report was developed.

The aim of this report is to analyse and describe the entire process of developing the common and specific competences of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, based on Regulation no. 140/2019 and Regulation no. 391/2019 of the Order of Nurses.

To demonstrate the development of specific competences, six clinical cases were developed corresponding to the Professional Internship, one clinical case on pregnancy with complications; four clinical cases on assisting women in labour and one clinical case on assisting women and newborns in the puerperium.

During my internships, particularly the puerperium internship, I became interested in developing an integrative literature review on the topic: 'The home visit by the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing as a facilitating strategy for early return home'. According to my observation, most of the puerperal women who experienced eutocic delivery verbalised their desire to return home after 24 hours, something that is currently only recommended after 48 hours of hospitalisation. I thought it would be interesting to explore this issue and try to understand how the can help to bring about an earlier return home. The EHESMO's home visit could provide a safer transition home and at the same time provide specialised care for the puerperal woman and her newborn.

Keywords: Home visit; Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist; homecoming

ABREVIATURAS

ACOG-American College of Obstetricians and Gynecologists

CIPE-Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CTG-Cardiotocografia

ESEP-Escola Superior de Enfermagem do Porto

EEESMO-Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ENF- Estratégias Não Farmacológicas

FIGO-International Federation of Gynecology and Obstetrics

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

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS-Organização Mundial de Saúde

RN- Recém-Nascido

TP-Trabalho de Parto

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	13
3. ASSISTIR A MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	17
3.1. Enquadramento teórico	17
3.2. Clientes	18
3.3. Medicação	18
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	18
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	19
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	19
3.5. Domínios	19
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	19
3.6. Conceção de Cuidados	21
3.7. Especificação das intervenções	23
4. ASSISTIR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO: HIDROTERAPIA COMO ESTRATÉGIA PARA LIDAR COM A DOR	25
4.1. Enquadramento teórico	25
4.2. Clientes	26
4.3. Domínios	26
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	26
4.4. Conceção de Cuidados	28
4.5. Especificação das intervenções	29
5. ASSISTIR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO: O USO DA BOLA EM FORMATO AMENDOIM NA FASE ATIVA DO TP	31
5.1. Enquadramento teórico	31
5.2. Clientes	32
5.3. Medicação	32
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	32
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	32
5.5. Domínios	33
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	33
5.6. Conceção de Cuidados	34
5.7. Especificação das intervenções	35
6. ASSISTIR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO: O USO DO BANCO DE PARTO	37
6.1. Enquadramento teórico	37
6.2. Clientes	37
6.3. Domínios	38
6.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	38

6.4. Conceção de Cuidados	38
6.5. Especificação das intervenções	40
7. ASSISTIR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO: O PARTO EM 4 APOIOS	43
7.1. Enquadramento teórico	43
7.2. Clientes	44
7.3. Domínios	44
7.4. Conceção de Cuidados	44
7.5. Especificação das intervenções	46
8. ASSISTIR A MULHER NO PÓS-NATAL: PROMOVER A AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO	49
8.1. Enquadramento teórico	49
8.2. Clientes	49
8.3. Domínios	50
8.3.1. Os domínios seleccionados; sua relação com o quadro teórico	50
8.4. Conceção de Cuidados	51
8.5. Especificação das intervenções	53
9. ASSISTIR O RECÉM-NASCIDO NO PÓS-PARTO	55
9.1. Enquadramento teórico	55
9.2. Clientes	55
9.3. Domínios	55
9.3.1. Os domínios seleccionados; sua relação com o quadro teórico	55
9.4. Conceção de Cuidados	56
10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	59
11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	69
12. BIBLIOGRAFIA	71

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

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

Os objetivos deste relatório são: a análise crítica das experiências decorrentes ao longo do estágio baseado nas competências gerais e específicas do EEESMO, bem como a aquisição de competências na área de investigação.

As competências gerais e específicas do EEESMO, estão descritas, respetivamente, em Diário da República pelo Regulamento nº 140/2019 e pelo Regulamento nº 391/2019. Como competências gerais é esperado que o EEESMO demonstre competências nas áreas Ética e Legal, na Responsabilidade profissional, na Gestão de cuidados, na Melhoria continua da qualidade e no Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que concerne às competências específicas, o EEESMO deve:

- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcepcional;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
- Cuidar da mulher inserida na família e comunidade e vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
- Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Para desenvolver estas experiências, a presente unidade curricular, preconiza ensinamentos clínicos nos serviços de internamento de grávidas com complicações, puerpério e bloco de partos. Além destes, também foram realizados ensinamentos clínicos no âmbito da Assistência Pré-Natal, na comunidade e em contexto hospitalar.

A prestação de cuidados durante o meu estágio baseou-se no referencial teórico da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Esta teoria de médio alcance foca-se nos processos de transição que ocorrem ao longo do ciclo de vida e reconhece a vulnerabilidade do ser humano perante riscos que podem afetar a sua saúde, sendo por isso alvo prioritário dos cuidados de enfermagem (Meleis, 2000). A transição é descrita como um fenómeno pessoal e não estruturado, em que a pessoa tem plena consciência das mudanças que está a vivenciar (Meleis, 2010). O principal objetivo é antecipar potenciais problemas que possam surgir durante estas transições,

desenvolvendo intervenções preventivas.

A gravidez, o parto e o pós-parto são experiências de transição tanto para a mulher como para a sua família, e é neste contexto que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) assume um papel crucial. Este profissional não só avalia e reformula os significados atribuídos pela mulher e pela sua família a estas experiências, como também implementa intervenções que promovam uma transição positiva e saudável.

Este relatório está estruturado em três capítulos. No primeiro, apresento uma caracterização dos contextos clínicos onde decorreu o meu estágio. No segundo, descrevo seis casos clínicos em diferentes contextos que foram determinantes para a minha aprendizagem. No terceiro capítulo, demonstro a aquisição de competências no âmbito da investigação, através de uma revisão integrativa da literatura sobre “A visita domiciliária do EEESMO como estratégia facilitadora para o regresso a casa precoce”. O relatório finaliza com uma análise crítico-reflexiva sobre todo o meu percurso, assim como sobre os fatores que facilitaram e dificultaram o meu desenvolvimento.

Este relatório tem como objetivo demonstrar a aquisição das competências essenciais para exercer de forma qualificada e segura as funções de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, contribuindo para uma prática de cuidados de excelência.

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

A caracterização dos contextos clínicos, é fundamental para contextualizar o desenvolvimento de competências do estágio.

O estágio de natureza profissional foi realizado num total de 800h de contacto, sendo 500h dedicadas ao Bloco de Partos, 200h ao internamento de grávidas com complicações e 100h ao puerpério. As 200h do internamento de grávidas com complicações, pelo motivo da instituição não apresentar um número suficiente e constante de internamentos nesse âmbito, foram realizadas em contexto de consulta de vigilância de gravidez e de indução de trabalho de parto por gravidez patológica no bloco de partos.

Este estágio, foi realizado numa unidade local de saúde do Norte, caracterizado como nível I sendo que o serviço de Obstetrícia e Ginecologia, dá resposta a patologias de baixa complexidade.

Este serviço centra os seus cuidados no respeito à fisiologia do trabalho de parto e ao respeito da vontade da mulher para o seu parto e pós-parto, de modo a que tenha acesso a uma experiência de cuidados positiva.

Contexto clínico: Grávidas com complicações

O internamento de grávidas com complicações é efetuado numa enfermaria com duas camas que se encontra inserida no serviço de internamento do puerpério.

Cada cama tem associada um cardiotocógrafo de modo a seja realizada a monitorização do bem-estar fetal.

A monitorização e vigilância da grávida estão a cargo de uma EEESMO que vai ao encontro do método individual de organização de cuidados. Através deste método é assegurada a continuidade de cuidados e a prestação de cuidados personalizados e centrados na mulher.

Segundo o Parecer nº 43/2019, da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), é recomendada uma dotação segura de 1:3 na gravidez de alto risco e 1:6 na gravidez de médio risco.

No turno da manhã, encontram-se presentes 3 enfermeiros para o internamento de puerpério e grávidas de risco, no turno da tarde 2 enfermeiros e na noite 2 enfermeiros. A equipa é constituída por enfermeiros de cuidados gerais e EEESMO, estando a prestação de cuidados a grávidas com complicações a cargo da EEESMO. Os rácios do serviço, durante o estágio, variavam entre 1:5 e 1:7, conforme a ocupação de púrpas e grávidas com complicações.

Destaco de forma positiva a distribuição de utentes, sendo que a EEESMO que estava encarregue pela grávida ou grávidas com complicações, ficava com um número menor de utentes, dependendo do número de puérperas e grávidas de risco internadas, de modo a conseguir prestar melhores cuidados e com mais segurança.

Sendo uma instituição de nível I, só podem ser internadas grávidas com patologias de baixa complexidade.

Contexto Clínico: Bloco de Partos

O Bloco de Partos, por estar integrado numa unidade local de saúde de nível I, admite apenas grávidas com idade gestacional superior a 34 semanas e com patologias de baixa complexidade.

As grávidas são inicialmente admitidas no serviço de urgência, onde são avaliadas conforme a sua condição clínica, sendo igualmente analisado o bem-estar fetal através da cardiotocografia (CTG) sempre que necessário. A vigilância do bem-estar fetal em contexto de trabalho de parto, através da cardiotocografia, pode ser realizada por telemetria, promovendo assim a mobilidade da parturiente.

O serviço de urgência está localizado próximo da entrada do Bloco de Partos e inclui um gabinete médico e uma sala com duas marquesas destinadas à realização de cardiotocografia, onde está presente o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Junto a estes gabinetes, encontra-se uma sala de espera e uma casa de banho de apoio.

O Bloco de Partos possui cinco salas individuais, cada uma equipada com uma cama e um cadeirão para o acompanhante, bem como uma fonte de calor radiante para os cuidados ao recém-nascido. Em cada sala, estão disponíveis uma bola de pilates e uma bola em formato de amendoim, e há também um banco de partos partilhado pelas cinco salas.

A sala número 1 está equipada com uma piscina insuflável, utilizada para a imersão da parturiente em trabalho de parto, como estratégia de alívio da dor. Este método, preferido por grávidas que optam por um parto sem recurso a métodos farmacológicos, atrai mulheres de várias regiões do país para usufruírem desta experiência.

O serviço dispõe ainda de uma casa de banho com chuveiro, frequentemente utilizada para o alívio da dor durante o trabalho de parto.

No bloco de partos, em cada turno (manhã e tarde) estão presentes três EEESMOS e uma EEESMO na urgência. No turno da noite estão três EEESMOS, sendo que a EEESMO que está na urgência fica também destacada para a sala de partos 1.

As dotações seguras recomendadas pelo MCEESMO (2019), são de 1:2 no 1º estágio de TP; 1:1 durante o período expulsivo e 1:3 durante a indução de trabalho de parto, sendo obrigatório

todos estes cuidados serem prestados por um EEESMO. Ao longo do estágio, as dotações praticadas foram de 1:2 durante a indução de trabalho de parto, 1:2 no 1º estágio de TP e 1:1 durante o período expulsivo. Destaco nesta temática, a excelente organização de cuidados e de distribuição de mulheres pelas 5 salas de partos de modo a serem cumpridas as dotações seguras.

Na área de enfermagem, existe um monitor onde é visível o registo cardiotocográfico de todas as parturientes, facilitando o trabalho das EEESMO, ao conseguirem vigiar e acompanhar todos os registos ao mesmo tempo.

Contexto clínico: Puerpério

O internamento de puérperas e recém-nascidos, era inicialmente constituído por 13 camas distribuídas por cinco quartos com duas camas e um quarto com três camas. Devido às obras de requalificação do serviço de obstetrícia, as camas disponíveis passaram a ser dez.

Em cada enfermaria existem dois cadeirões para os acompanhantes que poderão estar presentes até ao dia da alta. Cada cama também tem um berço uma vez que os recém-nascidos ficam junto da mãe desde o seu nascimento.

Os cuidados de enfermagem, são assegurados por enfermeiras especialistas e por enfermeiras generalistas. A distribuição é de 3 enfermeiras no turno da manhã e duas enfermeiras no turno da tarde e noite.

O parecer 43/2019 da MCEESMO no puerpério, é de 1:3 no puerpério patológico e 1:6 no puerpério normal. Durante este período de estágio, as dotações praticadas variaram entre 1:4 e 1:7, recomendando ainda que todos os cuidados sejam prestados pela EEESMO. O puerpério patológico era assegurado sempre pela EEESMO, sendo que o puerpério normal poderia ser assegurado por um enfermeiro de cuidados gerais. Destaco que apesar de esta situação acontecer e ir contra o parecer da MCEESMO, todas as enfermeiras de cuidados gerais, estavam à data a iniciar e ou a concluir o MEEESMO.

Além das rotinas de cuidados de enfermagem e da visita do obstetra, também durante o turno da manhã a equipa de pediatria realiza os exames físicos aos recém-nascidos na sala de enfermagem, sendo que os pais podem acompanhar o exame.

O primeiro banho do RN era realizado após 24 horas de vida, tal como as recomendações da OMS (2022) preconizam.

Deste modo, era garantida a proteção e absorção do vernix caseoso pela pele (esta substância presente na pele logo após o nascimento, tem propriedades protetoras e age como barreira natural contra infeções). Outro fator importante como a regulação da temperatura é assegurado através desta prática, uma vez que nas primeiras horas de vida o RN é mais vulnerável às variações térmicas e pode aumentar o risco de hipotermia. (OMS, 2022)

O rastreio das cardiopatias congénitas por oximetria de pulso e o rastreio auditivo neonatal por otoemissões acústicas, são realizadas pela enfermeira especialista ou generalista após 24 horas do nascimento do recém-nascido.

A vacina da Hepatite B é administrada ainda no internamento caso os pais aceitem. Nesta prática destaco que havia o cuidado de vacinar o RN enquanto estava a ser amamentado, como estratégia de alívio da dor. Esta prática é fundamentada por estudos que referem que os bebés amamentados durante a aplicação da vacina da Hepatite B, demonstraram menos desconforto e dor, em relação a bebés não amamentados durante a aplicação da vacina (Shah et al., 2023).

No momento da alta, a enfermeira especialista ou generalista, além da nota de alta de enfermagem, entrega o Boletim de Saúde Infantil e o Boletim Individual de Vacinas, atualizados até ao momento da alta. Por motivos de segurança, quando a enfermeira retira a pulseira eletrónica ao recém-nascido (colocada ainda no bloco de partos), entrega um documento comprovativo que o recém-nascido está autorizado a sair do hospital e que deverá ser entregue ao porteiro à saída. Antes da puérpera e o recém-nascido saírem do serviço, é também verificada a cadeira de transporte, de modo a garantir que o recém-nascido é transportado em segurança para casa. Caso não tenham cadeira transporte, o serviço tem cadeiras de transporte para emprestar aos casais que posteriormente são devolvidas pelos mesmos.

Destaco positivamente o trabalho das EEESMO neste serviço, ao procurarem sempre proporcionar à mulher cuidados personalizados e dotá-las de conhecimentos, de modo a que estas consigam atingir a sua máxima capacidade no cuidado ao recém-nascido.

3. ASSISTIR A MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

Para garantir o anonimato dos intervenientes, todos os nomes e datas apresentados neste relatório são fictícios. Este caso clínico envolve uma grávida com diabetes gestacional admitida no serviço de obstetrícia para indução do trabalho de parto. Escolhi este caso porque, dado que este é um hospital de nível I, tive pouco contacto com grávidas com patologia. No entanto, considero-o particularmente relevante pela reflexão que proporcionou sobre a importância da relação terapêutica entre a paciente e o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO). Esta relação é fundamental para facilitar a transição entre as expectativas que a cliente tinha em relação ao seu parto e a realidade do que poderia ocorrer no momento. De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (OE, 2021), a relação terapêutica caracteriza-se pela colaboração entre o EEESMO e o cliente, desenvolvendo-se num processo dinâmico. Senti que o facto de a Andreia ter sido acompanhada em consultas na mesma instituição ajudou a fortalecer a sua confiança e segurança relativamente ao local onde o seu filho iria nascer. Este contexto facilitou a minha aproximação, permitindo-me identificar as suas necessidades e ajustar os cuidados em conformidade com as suas expectativas. Este caso clínico também possibilitou o desenvolvimento de competências na avaliação e monitorização materna e fetal, com especial atenção à condição de diabetes gestacional.

3.1. Enquadramento teórico

A Andreia é uma primigesta com 30 anos diagnosticada com diabetes gestacional que foi controlada ao longo da gestação com dieta. Foi admitida no dia 18/03/2024 para indução do trabalho de parto com 40 semanas de gravidez.

Não apresenta antecedentes pessoais relevantes e encontra-se acompanhada pelo Luís, seu companheiro.

O resultado do exame bacteriológico do Streptococcus Grupo B foi negativo.

Foi acompanhada nas consultas de grávidas de risco nesta instituição desde o diagnóstico.

Apresentou-se no serviço de obstetrícia pelas 9:00 tal como tinha ficado agendado na consulta anterior com a obstetra. Quando foi proposta a indução de trabalho de parto a Andreia aceitou de forma tranquila. Foi explicado que a indução do trabalho de parto era indicada para prevenir

riscos, como a macrosomia fetal, que poderiam causar complicações durante o parto. Segundo a Revista Portuguesa de Diabetes (2017), a decisão de induzir o trabalho de parto é frequentemente tomada para evitar mortes fetais tardias e complicações associadas ao excesso de peso fetal, como a distocia de ombros ou lesões do plexo braquial no recém-nascido.

Apesar dessa indicação, a Andreia mencionou que idealizava um parto natural. No entanto, após o diagnóstico de diabetes gestacional e em conversa com o EEESMO que a acompanhou, compreendeu que essa possibilidade poderia ser limitada devido à probabilidade de indução do parto. Relatou também que aceitar essa necessidade não foi difícil, pois teve tempo, ao longo da gestação, para se consciencializar dessa possibilidade. Acrescentou que todas as consultas que teve foram essenciais para se preparar para essa eventualidade.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 30 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-03-18 09:00:00	Misoprostol 50 mcg vaginal	2024-03-18 13:45:00
2024-03-18 13:45:00	Misoprostol 50 mcg via vaginal	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O misoprostol caracteriza-se por ser uma prostaglandina do tipo E1 indicada na indução de trabalho de parto após avaliação do índice de bishop. No caso do índice de bishop ser inferior a 8, o colo uterino não apresenta condições favoráveis ao uso de outro tipo de medicação (Perry et al., 2018).

Este fármaco, pode ser administrado via oral ou vaginal em doses de 25mcg a 50 mcg em

intervalos de 4 a 6 horas (Carlson et al., 2021). No entanto, não existe um consenso quanto ao intervalo de dose administração, uma vez que segundo a FIGO (2023), esta deve ser administrada em doses de 25 a 50 mcg de 4 em 4 horas por via vaginal ou oral, enquanto que a OMS (2022), recomenda a administração em doses de 25mcg de 2 em 2 horas via oral ou via vaginal. O protocolado nesta instituição pelos obstetras é a administração segundo as orientações FIGO (2023).

Segundo a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal (2022), seja qual for a via de administração do misoprostol, deve existir um traçado cardiotocográfico prévio com critérios de normalidade assegurados, bem como a monitorização cardiotocográfica durante 1 hora após administração e sempre que a contratilidade uterina seja regular e dolorosa.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

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

Uma vez que a Andreia é diabética gestacional, segundo o consenso "Diabetes Gestacional" (Revista Portuguesa de Diabetes, 2017), a glicemia capilar deve ser controlada de 4 em 4 horas, de modo a garantir que os níveis de glicose se mantem estáveis entre 70 e 110 mg/dl, assim conseguimos evitar possíveis complicações como a hipoglicemia que pode ocorrer devido ao esforço físico do TP.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
18-03-2024 09:00	Parto	
18-03-2024 09:00	Metabolismo	
18-03-2024 09:00	Gestação	

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

Gestação

Durante a gestação, a mulher vivencia múltiplas mudanças, não só físicas, mas também psicológicas e sociais. Segundo Meleis (2010), a gravidez é considerada uma transição desenvolvimental, pois trata-se de um processo biológico integrado no ciclo vital da mulher.

Quando surgem fatores que possam desencadear complicações, afetando a saúde da grávida ou do próprio feto/recém-nascido, estamos perante uma gravidez de risco. A American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2019) define gravidez de risco como aquela que compromete a saúde da mãe e/ou coloca o feto em perigo, exigindo um conjunto de medidas preventivas para evitar complicações. Neste contexto, a diabetes gestacional é uma condição que requer um acompanhamento cuidadoso para minimizar riscos.

Em gravidezes de baixo risco, o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) é essencial para apoiar e capacitar a mulher ao longo de todo o processo de transição. No caso de uma gravidez de risco, a intervenção do EEESMO torna-se ainda mais crucial. O seu acompanhamento visa assegurar que a grávida adquira conhecimentos e desenvolve capacidades que se tornam estratégias facilitadoras, permitindo que o processo de gestação decorra de forma mais tranquila e saudável.

Parto

Neste caso clínico, foi proposta a indução do trabalho de parto. A indução de trabalho de parto acontece quando existe uma estimulação uterina onde o objetivo é o início de TP.

A indução do trabalho de parto ocorre através de uma estimulação uterina, com o objetivo de iniciar o processo de parto. Esta intervenção é indicada em casos de diabetes gestacional (Borovac-Pinheiro, 2023), embora não haja consenso sobre o momento ideal para a sua realização. De acordo com a Revista Portuguesa da Diabetes (2017) e o NICE (2020), numa grávida com bom controlo glicémico, sem alterações no crescimento fetal e com uma quantidade adequada de líquido amniótico, a indução do trabalho de parto não deve ultrapassar as 40 semanas e 6 dias. Em contrapartida, a ACOG (2018) recomenda que mulheres com diabetes gestacional controlada apenas através de dieta sejam induzidas entre as 39 e as 40 semanas de gestação.

A opção pela escolha do misoprostol nesta indução de trabalho de parto deveu-se à Andreia ser uma primípara e ter um índice de Bishop <6. Segundo alguns estudos, quando se apresentam estas características, é possível recorrer a métodos de indução mecânicos (inserção de cateter

de foley e insuflação do balão no canal cervical) ou métodos farmacológicos como as prostaglandinas (Carlson et al. 2022; Solone & Shaw, 2020).

Neste caso, a obstetra optou por um método de indução farmacológico, o misoprostol.

Metabolismo

Segundo a American Diabetes Association (2021), a diabetes gestacional define-se como uma intolerância à glicose que tem início no segundo ou terceiro trimestre da gravidez.

Esta resulta da incapacidade das células β pancreáticas de detectarem concentrações de glicose ou de libertar insulina suficiente em resposta ao seu aumento durante a gravidez (Plows et al., 2018).

Durante a gravidez, a sensibilidade à insulina não é constante. No início, temos um aumento da sensibilidade e ocorre a captação de glicose nas reservas adiposas, preparando a mulher para a restante gravidez. Ao longo do tempo, as hormonas como o estrogénio, a progesterona, o cortisol e a hormona de crescimento placentário, criam uma resistência à insulina (Shamsad et al., 2023). Assim, a glicose existente no sangue fica ligeiramente elevada e é facilmente transportada através da placenta para o feto. No entanto as adaptações metabólicas não ocorrem adequadamente em todas as gestações.

A diabetes impõe um risco aumentado de situações de risco tais como, distúrbios hipertensivos gestacionais, rotura prematura de membranas, parto pré-termo, macrosomia fetal, hipoglicemia no recém-nascido, desenvolvimento de diabetes mellitus pós-parto e complicações cardiovasculares tanto para a mãe como para o recém-nascido (John et al., 2018; Mistry et al., 2021).

3.6. Conceção de Cuidados

Metabolismo

18-03-2024 09:00

18-03-2024 09:00 - Glicemia capilar: 100 mg/dl.

18-03-2024 13:45

18-03-2024 09:00 - Determinar evolução da glicemia

18-03-2024 09:00 - Avaliar evolução da glicemia

18-03-2024 13:45 - Glicemia capilar: 98 mg/dl.

18-03-2024 13:45 - Glicemia

Gestação

18-03-2024 09:00

18-03-2024 09:00 - Data da última menstruação: 12-06-2023.

18-03-2024 09:00 - Teste de gravidez: positivo.

18-03-2024 09:00 - Gravidez

- 18-03-2024 09:00 - Idade gestacional: 40.00 Semanas.
- 18-03-2024 09:00 - Data provável de parto: 18-03-2024.
- 18-03-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
- 18-03-2024 09:00 - Membro superior Esquerda(o)
- 18-03-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 112 mmHg.
- 18-03-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.
- 18-03-2024 09:00 - Glicemia capilar: 100 mg/dl.

Parto

18-03-2024 09:00

- 18-03-2024 09:00 - Posição do colo do útero: anterior.
- 18-03-2024 09:00 - Consistência do colo do útero: firme.
- 18-03-2024 09:00 - Extinção do colo do útero: inteiro.
- 18-03-2024 09:00 - Dilatação do colo do útero: 0 cm.
- 18-03-2024 09:00 - Frequência da contração uterina: 0 Contrações uterinas/10 minutos .
- 18-03-2024 09:00 - Duração da contração uterina: 0 Segundos.
- 18-03-2024 09:00 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
- 18-03-2024 09:00 - Apresentação fetal: cefálica.
- 18-03-2024 09:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

18-03-2024 09:00 - Trabalho de parto

18-03-2024 09:00 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

- 18-03-2024 09:00 - *Avaliar evolução do trabalho de parto*
- 18-03-2024 13:30 - Posição do colo do útero: anterior.
- 18-03-2024 13:30 - Consistência do colo do útero: firme.
- 18-03-2024 13:30 - Extinção do colo do útero: inteiro.
- 18-03-2024 13:30 - Dilatação do colo do útero: 0 cm.
- 18-03-2024 13:30 - Apresentação fetal: cefálica.
- 18-03-2024 13:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
- 18-03-2024 13:30 - Frequência da contração uterina: 0 Contrações uterinas/10 minutos .

18-03-2024 09:00 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

- 18-03-2024 09:00 - *Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto*

18-03-2024 13:45 - Promover autocontrole: lidar com o trabalho de parto

- 18-03-2024 13:45 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

18-03-2024 13:45 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- 18-03-2024 13:45 - *Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto*
- 18-03-2024 13:45 - *Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto*

18-03-2024 13:45 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia

18-03-2024 13:45

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da glicemia

- A evolução da glicemia deve ser controlada de modo a garantir que a mesma se encontre dentro dos valores expectáveis. Desta forma, conseguimos prevenir situações de descontrolo glicémico durante o TP que podem ocasionar uma hipoglicemia ou uma hiperglicemia.

Avaliar evolução do trabalho de parto

- A evolução de trabalho de parto deve ser avaliada consoante a fase de parto em que a parturiente se encontre.
- As diretrizes da OMS (2018), recomendam que as avaliações sejam efetuadas a cada 4 horas quando a mulher se encontra em fase latente. Esta avaliação centra-se no estado materno (dor e sinais vitais) bem como no progresso da dilatação cervical.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- A Mariana demonstra interesse em saber como pode facilitar o seu trabalho de parto. Refere que frequentou sessões de preparação para o parto no centro de saúde e que se lembra de alguns exercícios na bola de partos de mobilidade da bacia mas gostava de relembrar novamente.

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- A verticalidade e deambulação estão associadas à diminuição da duração de trabalho de parto. (ACOG, 2023; Perry et al., 2022).
- Deste modo, a mulher deve ser incentivada a adotar posições verticais, bem como deambular no primeiro estadio de TP, promovendo a progressão do trabalho de parto. (Alhafez & Berghella, 2020; LEEfevre et al., 2021).

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- Neste caso foi instruído o uso da bola de parto.
- O uso da bola de parto no 1º estadio do TP, foi objeto de vários estudos, sendo que os resultados demonstram que esta leva a uma redução da duração do 1º estadio do TP. (Delgado et al., 2023; Shen et al., 2021)
- A bola de parto promove a mobilidade da bacia e a verticalidade (Grenvik et al., 2023; Mylod et al., 2024). A mulher ao sentar-se na bola pode realizar diversos movimentos que contribuem para a alteração dos diâmetros pélvicos de modo a facilitar a descida da apresentação fetal. Movimentos circulares, em forma de infinito, notação e contranotação e tipo "saltitar" são os que mais contribuem para este efeito. (Cardoso et al., 2023; Grenvik et al., 2021)

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- Os mesmos exercícios de mobilidade da bacia instruídos na bola de parto também podem ser executados com a parturiente adotando uma posição em pé ou caso esteja deitada também é possível com auxílio da bola em formato amendoim.

4. ASSISTIR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO: HIDROTERAPIA COMO ESTRATÉGIA PARA LIDAR COM A DOR

Para garantir o anonimato dos intervenientes, todos os nomes e datas apresentados neste relatório são fictícios. De acordo com o regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), é competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) cuidar da mulher no contexto familiar e comunitário durante o trabalho de parto. Este regulamento estabelece ainda que o EEESMO deve implementar "intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher". Esta competência foi desenvolvida através da utilização da hidroterapia como método não farmacológico para o alívio da dor. A adoção de medidas não farmacológicas para o controlo da dor representa uma ação autónoma do EEESMO, que contribui para a prestação de cuidados especializados e evidencia a importância da sua presença junto da parturiente. Estas estratégias permitem um trabalho de parto mais fisiológico, proporcionando à mulher uma maior autonomia na gestão da dor (Katzner, 2016). Paralelamente, destaca-se a importância da comunicação eficaz e da relação terapêutica para criar um ambiente seguro e de confiança mútua, aspetos que foram também desenvolvidos ao longo deste caso.

4.1. Enquadramento teórico

A Sofia tem 25 anos e é uma primigesta. Está com 41 semanas de gestação e recorreu ao serviço de urgência da instituição hospitalar por volta das 12:00 por dor de contratilidade uterina.

O grupo sanguíneo é A+ e o exame bacteriológico do Streptococcus B é negativo.

Não tem antecedentes pessoais de relevância e vem acompanhada pelo Rui, seu companheiro.

À entrada no serviço de obstetrícia, foi recebida pela EEESMO que estava na admissão e realizou o exame cardiotocográfico para monitorizar o bem-estar fetal, o qual se encontrava dentro dos parâmetros da normalidade e registava contratilidade regular. Seguiu-se do exame vaginal realizado pela médica de serviço, por protocolo da instituição, em que apresentava 2 cm de dilatação, um colo firme em início de extinção e a apresentação estava cefálica acima do 1º plano de Hodge.

A Sofia realizou o plano de parto na instituição e este encontrava-se no sistema informático

tendo sido de fácil acesso à EEESMO que a recebeu. Destacava-se que tinha como desejo um parto natural, sem recurso a analgesia epidural.

Na passagem de turno, a EEESMO refere que o exame vaginal mantinha-se sobreponível aquando da admissão. Refere também que a Sofia esteve a realizar exercícios na bola de parto e que neste momento estaria a descansar depois de almoçar.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 24 anos | Feminino

4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
09-04-2024 14:00	Parto	
09-04-2024 14:00	Sistema cardiovascular	

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

Sistema Cardiovascular

Ao longo do TP é importante vigiar os sinais vitais da parturiente de modo a serem despistados possíveis problemas tais como a hipertensão arterial ou hipotensão. A evidência demonstra que não existe consenso no intervalo de avaliações da avaliação da tensão arterial e frequência

cardíaca, sendo que há autores que aconselham um intervalo de 30 a 60 minutos entre avaliações no 1º estágio do TP (Perry et al., 2022) e outros referem intervalos de até 4 horas entre as avaliações (Cunningham et al., 2022).

É expectável que existam variações a nível da tensão arterial e frequência cardíaca. Situações como dor de TP podem levar ao aumento da tensão arterial e o uso de analgesia epidural ou opioides pode levar à diminuição da tensão arterial (Perry et al., 2022).

No serviço onde decorreu o meu estágio era protocolo do serviço os sinais vitais serem avaliados de 6 em 6 horas, ou mais frequentemente caso a situação assim o justificasse. Concordo com esta conduta pois além de não haver consenso entre qual é o intervalo ideal entre avaliação da tensão arterial e frequência cardíaca, a liberdade de movimentos na mulher também não fica comprometida.

Parto

Segundo Perry et al. (2022), o trabalho de parto é um processo fisiológico que resulta na expulsão do feto, placenta, membranas e líquido amniótico da cavidade uterina através do canal vaginal. Este processo caracteriza-se por contrações uterinas regulares que promovem a dilatação e apagamento do colo do útero, bem como a descida fetal.

O trabalho de parto pode ser dividido em quatro estádios, cada um com diferentes durações. O primeiro estágio inclui a fase latente e a fase ativa, marcando o início das contrações uterinas dolorosas até à dilatação completa. A fase latente corresponde ao início das contrações dolorosas até à dilatação de 5 cm; a partir deste ponto, inicia-se a fase ativa, caracterizada por uma contratilidade mais regular e intensa até à dilatação e apagamento completos (ACOG, 2024; Perry et al., 2022).

A duração de cada estágio depende de múltiplos fatores, como as posições adotadas durante o trabalho de parto, a paridade e o uso de analgesia epidural (ACOG, 2023; Perry et al., 2022).

A progressão do trabalho de parto é ainda influenciada por fatores como o canal de parto, o feto, a posição adotada pela parturiente, as forças expulsivas e a resposta psicológica da mulher ao trabalho de parto (Perry et al., 2022).

Dor de Trabalho de Parto

Segundo a Cipe (2019), a dor de trabalho de parto é decorrente da contratilidade uterina e dilatação cervical e caracteriza-se como uma sensação de dor que se torna crescente ao nível da intensidade e frequência ao longo do tempo.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) recomenda a implementação de medidas não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, além de eventuais medidas farmacológicas, sempre que possível. Estas intervenções devem ser promovidas pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), que deve

encorajar a mulher a optar por estas abordagens não só pela sua eficácia, mas também pelo impacto positivo que têm na experiência de parto e pela sua relação custo-benefício (OE, 2022).

No caso específico da hidroterapia, esta permite o alívio da dor através da redução dos níveis de adrenalina, sendo a água utilizada tanto em imersão numa banheira como através do chuveiro (Mascarenhas et al., 2019). A vasodilatação induzida pela água quente promove a circulação sanguínea, regula a contratilidade uterina, facilita a dilatação cervical e apoia a rotação do polo cefálico (Prata et al., 2021). Este método é ainda considerado uma técnica acessível, de baixo custo e elevada efetividade, utilizando água a uma temperatura de cerca de 37°C por, no mínimo, 20 minutos. Este processo retarda a transmissão de impulsos dos termorreceptores da epiderme e reduz a atividade simpática, diminuindo a concentração de hormonas de stress e aumentando os níveis de endorfinas endógenas e reduzindo a libertação de cortisol e β -endorfinas, ao mesmo tempo que aumenta o fluxo de noradrenalina, o que contribui para a redução do stress, promovendo a libertação de endorfinas e proporcionando um alívio eficaz da dor (Prata et al., 2021).

4.4. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

09-04-2024 15:00

09-04-2024 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

09-04-2024 15:00 - Membro superior Esquerda(o)

09-04-2024 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 124 mmHg.

09-04-2024 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

09-04-2024 15:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

09-04-2024 15:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Parto

09-04-2024 14:00

09-04-2024 14:00 - Posição do colo do útero: anterior.

09-04-2024 14:00 - Consistência do colo do útero: intermédia.

09-04-2024 14:00 - Extinção do colo do útero: início da extinção.

09-04-2024 14:00 - Dilatação do colo do útero: 2 cm.

09-04-2024 14:00 - Frequência da contração uterina: 1 Contrações uterinas/10 minutos .

09-04-2024 14:00 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

09-04-2024 14:00 - Apresentação fetal: cefálica.

09-04-2024 14:00 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.

09-04-2024 14:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

09-04-2024 14:00 - Trabalho de parto

09-04-2024 14:00 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

09-04-2024 14:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto

09-04-2024 14:00 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

09-04-2024 15:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

09-04-2024 15:15 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

09-04-2024 15:15 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

09-04-2024 15:15 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

09-04-2024 15:15 - Assistir no uso de hidroterapia

09-04-2024 15:15 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

09-04-2024 15:15 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

09-04-2024 15:15 - Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

09-04-2024 15:15 - Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

09-04-2024 15:00

09-04-2024 15:00 - Posição do colo do útero: anterior.

09-04-2024 15:00 - Consistência do colo do útero: intermédia.

09-04-2024 15:00 - Extinção do colo do útero: início da extinção.

09-04-2024 15:00 - Dilatação do colo do útero: 2 cm.

09-04-2024 15:00 - Frequência da contração uterina: 1 Contrações uterinas/10 minutos .

09-04-2024 15:00 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

09-04-2024 15:00 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.

09-04-2024 15:00 - Apresentação fetal: cefálica.

09-04-2024 15:00 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.

09-04-2024 15:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

09-04-2024 15:15

4.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Foi pedido à Sofia para ser avaliada novamente a evolução do trabalho de parto uma vez que ela se encontrava com mais dor. Ao realizar o exame de toque vaginal encontrava-se sobreponível ao que foi efetuado pela colega do turno anterior.

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Os valores encontravam-se dentro dos parâmetros de normalidade.

Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

- Além da hidroterapia a Sofia também foi instruída na aplicação de calor através da botija de água quente na zona lombar e do abdômen inferior bem como a realizar exercícios de mobilidade na bola de parto

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

- A Sofia uma vez que pretende que o seu parto seja numa vertente natural, refere que quer adotar o uso de estratégias não farmacológicas no alívio da dor.

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

- O uso de estratégias não farmacológicas deve ser uma prática do EEESMO e este deve encorajar as pacientes a utiliza-las. São várias as ENF utilizadas e disponíveis nas instituições de saúde: banho de chuveiro ou imersão, musicoterapia, bola de parto, aromaterapia, exercícios de relaxamento. (Souza et al., 2021). Souza et al. (2021), também refere que estes métodos ao serem aplicados de forma combinada e logo após avaliação da dor de TP, não só contribuem para um alívio efetivo da dor como também um aumento da dilatação uterina.

Assistir no uso de hidroterapia

- A Sofia pretende usar o chuveiro para lidar com a dor das contrações uterinas. Refere que quando tem cólicas menstruais utiliza a água quente do chuveiro como recurso para lidar com a dor. Pretende então também usar o chuveiro nesta fase do trabalho de parto.
- Segundo estudos realizados, a água quente proporciona relaxamento muscular pois promove a vasodilatação periférica, promove a diminuição da produção de catecolaminas e consequentemente a diminuição da dor. A temperatura da água deve estar entre 37-38°C, sendo que a parturiente deve estar no mínimo 20 minutos e direcionar a água para as regiões onde mantém a dor. (Barbieri et al., 2013)

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- A Sofia pede para apagar a luz da sala de partos e manter apenas a luz que tem do candeeiro que trouxe consigo.

5. ASSISTIR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO: O USO DA BOLA EM FORMATO AMENDOIM NA FASE ATIVA DO TP

Para garantir o anonimato dos intervenientes, todos os nomes e datas apresentados neste relatório são fictícios. É da competência do EEESMO conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto (OE, 2019). Deste modo, este caso clínico ajudou-me no desenvolvimento dessa competência. Assim, o EEESMO tem como desafio ajudar as parturientes a encontrarem estratégias facilitadoras do TP de modo a que estas consigam ter mais autonomia, controlo e uma experiência de parto positiva.

5.1. Enquadramento teórico

A Rita tem 31 anos e é uma primigesta com 39 semanas e 4 dias. Deu entrada no serviço de obstetrícia por volta das 11:00 por dor de TP e refere ter 2 duas contrações de 10 em 10 minutos há cerca de 30 minutos.

É do grupo sanguíneo AB+ e o exame bacteriológico do Streptococcus B era negativo. Não tem antecedentes pessoais relevantes e está acompanhada pelo António.

À entrada realizou traçado cardiotocográfico que estava dentro dos parâmetros da normalidade, foi também observada pela obstetra, segundo protocolo do serviço, que ao exame vaginal referiu que estaria com 4cm de dilatação, 50% de extinção com colo de consistência intermédia. A apresentação fetal estava cefálica, acima do 1º plano de Hodge e as membranas integras.

A Rita não tinha plano de parto definido, expressando apenas o desejo de analgesia epidural o mais rapidamente possível, dado o desconforto crescente com a dor. Foi então solicitado o médico anestesista de serviço para a colocação do cateter epidural. Após a administração da analgesia, referiu sentir-se significativamente mais confortável.

Durante o turno, manifestou preocupação com a duração do trabalho de parto, pois não tinha vontade de deambular. Nessa altura, foi-lhe sugerido o uso da bola de amendoim, uma alternativa frequentemente utilizada em casos de utilização de analgesia epidural, que promove um melhor posicionamento fetal ao facilitar a abertura da pelve. É colocada entre os joelhos, em decúbito lateral, preferencialmente (Hickey e Savage, 2019), e origina uma inclinação da coluna que favorece a descida do feto (Tusseyet al., 2015). No entanto, nem todos os estudos estão

em concordância à redução da duração do trabalho de parto. Ahmadpour et al. (2021) refere que o uso da bola amendoim não apresentou resultados significativos na redução da duração da primeira fase de trabalho de parto, enquanto que Tussey et al. (2015) mostra que o uso da bola amendoim levou a uma redução significativa da primeira fase de trabalho de parto. Hickey e Savage (2019), por sua vez, referem que a parturiente deve realizar trocas frequentes de posição com a bola amendoim para que aconteça uma diminuição da duração do trabalho de parto.

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 31 anos | Feminino

5.3. Medicação

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A ropivacaína é um anestésico local que pode ser administrado em bólus via epidural. No caso da concentração 0.2% pode ser administrado com um intervalo mínimo de 60 minutos (Índice Terapêutico, 2021).

Este método tem o nome de walking epidural pois permite à parturiente uma maior mobilidade como deambular ou usar dispositivos durante o seu TP. Devido ao risco de bradicardia fetal e hipotensão materna é fundamental manter a monitorização fetal e avaliação dos sinais vitais maternos na administração da ropivacaína e nos minutos seguintes. De modo a minimizar estes riscos é mantido uma solução polieletrólítica em perfusão e é pedido à parturiente para permanecer deitada pelo menos 30 minutos, pois também poderá ocorrer a perda de sensibilidade dos membros inferiores.

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

17-04-2024 14:00

17-04-2024 14:00 - Cateter epidural

17-04-2024 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter

17-04-2024 14:00 - Otimizar cateter epidural

17-04-2024 14:00 - Cateter venoso periférico

17-04-2024 14:00 - Localização do cateter venoso periférico

17-04-2024 14:00 - Mão Esquerda(o)

17-04-2024 14:00 - Ausência de dor.

17-04-2024 14:00 - Ausência de calor.

17-04-2024 14:00 - Ausência de rubor.

17-04-2024 14:00 - Ausência de tumefação.

17-04-2024 14:00 - Ausência de exsudado.

17-04-2024 14:00 - Ausência de infiltração.

17-04-2024 14:00 - Assegurar funcionamento do cateter

17-04-2024 14:00 - Otimizar cateter venoso periférico

5.5. Domínios

Início

17-04-2024 14:00

17-04-2024 14:00

17-04-2024 14:00

17-04-2024 14:00

Domínios

Sistema cardiovascular

Eliminação urinária

Parto

Sondas, Drenos e Cateteres

Fim

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

Eliminação urinária

Segundo Perry et al. (2022), uma das dificuldades apresentadas pelas parturientes na colocação do cateter epidural, é a percepção da necessidade de urinar ou de esvaziamento completo da bexiga. Assim, a vigilância urinária durante o TP deve ser um foco da nossa atenção de modo a prevenir a retenção urinária (Downey et al.,2019).

A presença de globo vesical, leva a que a apresentação fetal tenha mais dificuldades na descida devido ao aumento do volume da bexiga, além de dificultar o controlo da dor devido à distensão

abdominal (Perry et al., 2022). O controlo da dor também pode tornar-se mais dificultado se houver presença de globo vesical. (O'Kane&Reantell, 2023).

Cuidados ao Cateter Venoso Periférico

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), a inserção de um cateter venoso periférico é recomendada quando há administração de analgesia epidural. Esta recomendação baseia-se no facto de a medicação epidural frequentemente provocar hipotensão como efeito adverso, tornando necessária a colocação do cateter para uma resposta rápida a eventuais complicações.

No serviço onde decorreu o estágio, existia um protocolo que recomendava a colocação de cateter venoso periférico em casos de indução do trabalho de parto e administração de analgesia epidural, devido ao maior risco de complicações. Para mulheres que optavam por um trabalho de parto mais fisiológico, a colocação do cateter venoso periférico não era realizada de forma rotineira na admissão, sendo reservada para situações de emergência.

Cuidados ao Cateter Epidural

O cateter epidural é colocado no espaço epidural, a nível das vertebrae L4-L5 (Yakhup et al., 2023). A parturiente deve ser instruída após a colocação do cateter epidural, que deverá ter cuidado com a sua mobilização e posicionamento no leito. Esta deve tentar não friccionar a zona do cateter epidural no leito, de modo a evitar que o cateter se exteriorize.

5.6. Conceção de Cuidados

Sistema cardiovascular

17-04-2024 14:00

17-04-2024 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-04-2024 14:00 - Membro superior Direita(o)

17-04-2024 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 117 mmHg.

17-04-2024 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.

Eliminação urinária

17-04-2024 14:00

17-04-2024 14:00 - Frequência da eliminação urinária: normal .

17-04-2024 14:00 - Reconhece a vontade de urinar.

17-04-2024 14:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

17-04-2024 14:00 - Sem globo vesical.

17-04-2024 14:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

Parto

17-04-2024 14:00

- 17-04-2024 14:00 - Posição do colo do útero: intermédia.
- 17-04-2024 14:00 - Consistência do colo do útero: intermédia.
- 17-04-2024 14:00 - Extinção do colo do útero: 50%.
- 17-04-2024 14:00 - Dilatação do colo do útero: 5 cm.
- 17-04-2024 14:00 - Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
- 17-04-2024 14:00 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
- 17-04-2024 14:00 - Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
- 17-04-2024 14:00 - Apresentação fetal: cefálica.
- 17-04-2024 14:00 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
- 17-04-2024 14:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

17-04-2024 14:00 - Trabalho de parto

17-04-2024 14:00 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto [FIM] 17-04-2024 15:30

17-04-2024 14:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto [FIM] 17-04-2024 15:30

17-04-2024 15:30 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

17-04-2024 15:30 - Assistir no posicionar

17-04-2024 15:30 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto

- 17-04-2024 15:30 - Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.
- 17-04-2024 15:30 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

17-04-2024 15:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- 17-04-2024 15:30 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto*
- 17-04-2024 15:30 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto*
- 17-04-2024 15:30 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto*

17-04-2024 18:30 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

17-04-2024 18:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

17-04-2024 18:30 - Controlar dor de trabalho de parto

17-04-2024 18:30 - Gerir analgesia

17-04-2024 15:30

5.7. Especificação das intervenções

Assistir no posicionar

- A Rita chama e refere que não tem vontade de deambular ou estar na bola de parto pois

sente-se mais confortável deitada.

- Ao explicar que poderíamos utilizar a bola de amendoim a Rita demonstrou-se receptiva e com vontade de experimentar.

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- A Rita refere que está preocupada com o decorrer do seu TP, pois sabe que estar deitada pode não ajudar a evolução do TP. Pretende então saber se há alguma forma de estar deitada e ao mesmo tempo promover a evolução do tp.
- Uma das formas de promover a evolução de TP em parturientes que se encontram no leito é o uso da bola em formato amendoim.

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- Grenvick et al. (2019) referem que o uso da bola de formato amendoim (duas extremidades maiores que se afunilam ao meio), que as mulheres ao colocarem a bola entre ou por baixo dos joelhos, conseguem atingir um maior controlo da bacia e estão a favorecer o movimento unilateral em dois planos.
- A bola em formato amendoim é uma estratégia que pode ser utilizada pelos EEESMOS em parturientes que por diversas razões encontram-se no leito por períodos prolongados, durante a fase latente e a fase ativa do TP. Desta forma, a bola promove um posicionamento correto que irá diminuir a dor durante as contrações uterinas, vai aumentar as dimensões pélvicas, promove a rotação fetal e a descida durante o segundo estadio do TP e consequentemente a progressão do TP. (Hickey e Savage, 2019; Mendes et al., 2022; Tussey et al., 2015)

Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- A Rita demonstrou-se capaz de usar a bola de amendoim como estratégia facilitadora do trabalho de parto

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- A Rita pede para serem desligadas as luzes da sala de partos pois pretende descansar.

Gerir analgesia

- A Rita solicita analgesia via epidural pois está novamente com dor de contração uterina. Realizado bólus de 10ml de ropivacaína via epidural.

6. ASSISTIR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO: O USO DO BANCO DE PARTO

Para garantir o anonimato dos intervenientes, todos os nomes e datas apresentados neste relatório são fictícios. A mulher deve ter liberdade de escolha sobre a posição que quer manter durante o 2º estágio do TP e o EEESMO deve incentivá-la e ajudá-la a perceber qual será a melhor opção. A OMS (2018), aponta vários benefícios da verticalização durante o trabalho de parto, tais como: maior conforto para a mulher e maior tolerância à dor bem como a diminuição de tempo no período expulsivo. A utilização do banco de partos é então uma das opções de parto verticalizado. Consegui com este caso clínico, desenvolver a competência específica "concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher."

6.1. Enquadramento teórico

A Luísa é uma parturiente com 33 anos, 2G1P. Deu entrada no serviço pelas 13:00 com dor de contração uterina intensa e refere 3 contrações de 10 em 10 minutos e rutura de membranas cerca de 20 minutos antes de recorrer à urgência. Veio acompanhada pelo Paulo, seu companheiro.

Sem antecedentes pessoais de relevância, é do grupo sanguíneo B+ e o exame de streptococcus do grupo B é negativo.

À avaliação inicial efetuada pela EEESMO, encontrava-se com 7 cm de dilatação, 80% de extinção e um colo de consistência mole. A apresentação fetal estava cefálica, confirmou-se a rutura de membranas, o líquido era de cor clara e odor suigeneris. A apresentação estava acima do 1º plano de Hodge. Foi efetuada monitorização materna e fetal e encontravam-se dentro dos parâmetros de normalidade.

No plano de partos, contemplava um parto fisiológico, sem recurso a analgesia epidural e numa posição verticalizada.

À entrada do turno da tarde, a Luísa já se encontrava no banco de parto e referiu ter vontade de iniciar esforços expulsivos.

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 35 anos | Feminino

6.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
09-05-2024 14:00	Parto	
09-05-2024 15:00	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	

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

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

O comportamento de ligação é desenvolvido através da proximidade que os pais tem com o recém-nascido, através da interação e da respetiva familiarização com este (Perry et al., 2018).

Esta relação começa a formar-se ainda na gravidez, através do desenvolvimento de pensamentos, expectativas e sentimentos em relação ao feto, o que origina o início do vínculo. Após o nascimento, essa ligação torna-se ainda mais forte (Toivo et al., 2023).

Estudos de Brandão et al., (2012), sugerem que o pai ao cortar o cordão umbilical está a promover a criação de laços com o seu filho depois do nascimento. Alguns comportamentos como segurar o RN após o nascimento também são promotores do vínculo mãe/pai-filho.

6.4. Conceção de Cuidados

Parto

09-05-2024 14:00

09-05-2024 14:00 - Extinção do colo do útero: 100%.

09-05-2024 14:00 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

09-05-2024 14:00 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

09-05-2024 14:00 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

09-05-2024 14:00 - Apresentação fetal: cefálica.

09-05-2024 14:00 - Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

09-05-2024 14:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

09-05-2024 14:00 - Trabalho de parto

09-05-2024 14:00 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

09-05-2024 14:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto

09-05-2024 14:00 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

09-05-2024 14:00 - Assistir no posicionar

09-05-2024 14:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

09-05-2024 15:15 - Assistir na expulsão da placenta

09-05-2024 14:00 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto

09-05-2024 14:00 - Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.

09-05-2024 15:00 - Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador [MANTEVE].

09-05-2024 14:00 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.

09-05-2024 15:00 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora [MANTEVE].

09-05-2024 14:00 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

09-05-2024 14:00 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

09-05-2024 15:00 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora [MANTEVE].

09-05-2024 14:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

09-05-2024 14:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento

09-05-2024 15:00 - Promover parto eutócico

09-05-2024 15:00 - Assistir no parto

09-05-2024 14:45

09-05-2024 14:45 - Extinção do colo do útero: 100%.

09-05-2024 14:45 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

09-05-2024 14:45 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

09-05-2024 14:45 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

09-05-2024 14:45 - Apresentação fetal: cefálica.

09-05-2024 14:45 - Descida do feto: 3.º plano de Hodge.

09-05-2024 14:45 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

09-05-2024 15:00

09-05-2024 15:00 - Hora do nascimento: 15:00:00.

09-05-2024 15:00 - Nascimento

09-05-2024 15:00 - Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.

09-05-2024 15:00 - Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

09-05-2024 15:00 - Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

09-05-2024 15:00 - Promover adaptação à vida extrauterina

09-05-2024 15:00 - Executar clampeamento do cordão umbilical

09-05-2024 15:00 - Executar técnica de pele com pele

09-05-2024 15:00 - Executar técnica de pele com pele com o pai

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

09-05-2024 15:00

09-05-2024 15:00 - Ligação mãe/pai-filho

09-05-2024 15:00 - Promover ligação mãe/pai-filho

09-05-2024 15:00 - Executar técnica de pele com pele

6.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Efetuado exame vaginal

Assistir no posicionar

- A Luísa encontra-se no banco de partos, refere que é esta a posição que quer adotar para o nascimento da sua bebé. Ajudei a Luísa a posicionar-se no banco de partos.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- Pedi a colaboração do Paulo para lhe dar apoio para que esta não se desequilibra-se e também para massajar as costas.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- A Luísa pediu para ouvir música durante o período expulsivo e também solicitou a mínima luz possível

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- O Paulo foi incentivado a massajar as costas da Luísa enquanto esta estava no banco de parto bem como a apoia-la no posicionamento.

Executar técnica de pele com pele

- Ao nascimento a Camila foi colocada em contacto pele a pele com a Luísa.

Assistir no parto

- O parto decorreu sentada no banco de partos, sem intercorrências.

Executar clampeamento do cordão umbilical

- O Paulo foi encorajado a executar o clampeamento do cordão umbilical. Este ocorreu aos 3 minutos de vida da RN.

Executar técnica de pele com pele com o pai

- Antes de amamentar a Camila ainda ficou em contacto pele a pele com o Paulo tal como era desejo do casal.

Assistir na expulsão da placenta

- A dequitação foi do tipo espontânea (Schultze) e ocorreu por volta das 15:20. A placenta estava completa sem alterações visíveis.
- À observação o períneo encontrava-se íntegro

7. ASSISTIR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO: O PARTO EM 4 APOIOS

Para garantir o anonimato dos intervenientes, todos os nomes e datas apresentados neste relatório são fictícios. Compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimizar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (OE, 2019). Este caso foi selecionado por permitir o desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, tais como atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, assegurando intervenções de qualidade e risco controlado; garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto; conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções que promovam o conforto e bem-estar da mulher; e conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação entre mãe/pai/recém-nascido (OE, 2019). Um parto humanizado, pressupõe a adoção de posições onde a parturiente se sinta mais confortável e confiante, sendo que a escolha por uma posição verticalizada, leva a que o parto decorra em menos tempo e que haja uma maior autonomia e menor intervenção do profissional (Sousa et al., 2018). No entanto, apesar dos benefícios também é necessário terem conta algumas desvantagens ou situações que podem ocorrer na verticalização do parto, tais como: lesões perineais de segundo grau e no caso específico da posição de quatro apoios, pode existir um esforço excessivo nos membros inferiores, joelhos e tornozelos (Sousa et al., 2018). A posição de quatro apoios é vantajosa no alívio da dor na região das costas e aumenta a eficácia dos esforços expulsivos no segundo período do trabalho de parto (Huang et al., 2019; Zang et al., 2020).

7.1. Enquadramento teórico

A Ana tem 33 anos é a sua terceira gestação e teve dois partos eutócicos há 5 e 3 anos atrás. Recorreu à urgência pelas 8:20 por contrações uterinas fortes e vontade de executar esforços expulsivos desde há 30 minutos atrás.

Saudável, grupo sanguíneo O+ e o exame bacteriológico do streptococcus grupo B era negativo.

Encontrava-se acompanhada pelo José, seu companheiro.

À observação da médica obstetra e após realização do toque vaginal, constatou-se que estava com a dilatação completa. A apresentação fetal estava cefálica no 1º plano de Hodge. Foi efetuada pela EEESMO a sua admissão e monitorização fetal e materna que se encontravam

dentro dos parâmetros da normalidade.

No decorrer do trabalho de parto, a Ana quis recorrer à posição de quatro apoios por ter a noção que seria mais confortável para si.

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 33 anos | Feminino

7.3. Domínios

Início

23-05-2024 08:30

Domínios

Parto

Fim

7.4. Conceção de Cuidados

Parto

23-05-2024 08:30

23-05-2024 08:30 - Extinção do colo do útero: 100%.

23-05-2024 08:30 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

23-05-2024 08:30 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

23-05-2024 08:30 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

23-05-2024 08:30 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

23-05-2024 08:30 - Apresentação fetal: cefálica.

23-05-2024 08:30 - Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

23-05-2024 08:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

23-05-2024 08:30 - Trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

23-05-2024 08:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

23-05-2024 08:30 - Assistir no posicionar

23-05-2024 08:30 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

23-05-2024 09:45 - Assistir na expulsão da placenta

23-05-2024 08:30 - Promover autocontrole: lidar com o trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.

23-05-2024 08:30 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-05-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Instruir sobre expulsão uterina

23-05-2024 08:30 - Avaliar evolução do autocontrole para lidar com o trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Promover autocontrole: lidar com a dor de trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-05-2024 08:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

23-05-2024 08:30 - Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

23-05-2024 09:30 - Promover parto eutócico

23-05-2024 09:30 - Assistir no parto

23-05-2024 09:00

23-05-2024 09:00 - Extinção do colo do útero: 100%.

23-05-2024 09:00 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.

23-05-2024 09:00 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .

23-05-2024 09:00 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.

23-05-2024 09:00 - Apresentação fetal: cefálica.

23-05-2024 09:00 - Descida do feto: 3.º plano de Hodge.

23-05-2024 09:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

23-05-2024 09:30

23-05-2024 09:30 - Nascimento

23-05-2024 09:30 - Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 10.

23-05-2024 09:30 - Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

23-05-2024 09:30 - Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

23-05-2024 09:30 - Promover adaptação à vida extrauterina

23-05-2024 09:30 - Executar clampeamento do cordão umbilical

23-05-2024 09:30 - Executar técnica de pele com pele

23-05-2024 09:30 - Executar técnica de pele com pele com o pai

7.5. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- Efetuado exame vaginal

Assistir no posicionar

- A Ana refere que quer realizar os esforços expulsivos na posição de 4 apoios.
- Ajudei a Ana colocar-se nessa posição.

Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

- Como a Ana refere que o calor alivia a zona lombar, foi proposto a colocação de um lençol quente e que aceitou.

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

- A Ana refere ficar aliviada com calor na zona lombar.

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- A Ana refere estar mais confortável e com maior percepção de quando tem de fazer o esforço expulsivo na posição de 4 apoios, pelo que incentivei a continuar nessa posição enquanto estivesse confortável.

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

- Foi colocado um lençol quente na zona lombar da Ana.

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- A posição de 4 apoios insere-se no lote de posições verticalizadas que as parturientes podem adotar.
- Sendo uma posição verticalizada, oferece a vantagens na diminuição do risco de compressão da artéria aorta e veia cava, contribuindo assim para a melhoria do equilíbrio ácido-base nos RN. (Sousa et al., 2018)
- Nota-se também que nesta posição vantagens no trajeto do feto pela pélvis e também maiores diâmetros pélvicos (Sousa et al., 2018) .
- As mulheres em estudo, referiram que as posições verticais proporcionaram um parto mais rápido e menos doloroso. Também se sentiram mais autónomas nesta posição (Sousa et al., 2018)

Instruir sobre expulsão uterina

- A Ana tem dúvidas se deve sempre efetuar esforços expulsivos continuamente ou apenas quando sente contração uterina. Foi instruída a descansar no intervalo das contrações para depois ter um esforço expulsivo mais eficaz.

Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

- Demonstrou-se capaz de lidar com a dor de TP

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- O José encontra-se à cabeceira a dar apoio à Ana, encorajando-a e elogiando o seu esforço.

Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto

- Demonstrou-se capaz de lidar com o TP

Executar técnica de pele com pele

- A Isabel foi colocada pele com pele com a mãe.

Assistir no parto

- O parto foi assistido com a Ana em 4 apoios, sem intercorrências.

Executar clampeamento do cordão umbilical

- O cordão umbilical foi clampado ao 3º minuto.

Executar técnica de pele com pele com o pai

- A Isabel foi colocada pele com pele com o pai.

Assistir na expulsão da placenta

- A dequitação foi do tipo espontânea (Schultze) e deu-se pelas 09:45. A placenta estava completa e sem alterações.

8. ASSISTIR A MULHER NO PÓS-NATAL: PROMOVER A AUTOEFICÁCIA NA AMAMENTAÇÃO

Para garantir o anonimato dos intervenientes, todos os nomes e datas apresentados neste relatório são fictícios. Este caso despertou interesse por se tratar de uma situação em que a Rute necessitava apenas de validação e encorajamento por parte do EEESMO, uma vez que já demonstrava capacidades e conhecimentos para cuidar da sua filha, Carolina, apesar de evidenciar alguma insegurança quanto às suas competências. De acordo com o Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, é da competência do EEESMO promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal. Este caso clínico proporcionou uma oportunidade para desenvolver essa competência, ao orientar e reforçar as capacidades da Rute no processo de amamentação da Carolina. A experiência reforçou a importância da validação por parte do EEESMO, fundamental para fortalecer a confiança da mulher e para prepará-la para um regresso a casa mais seguro e confiante.

8.1. Enquadramento teórico

A Rute é uma primigesta com 24 anos. Está no seu primeiro dia de pós-parto acompanhada pelo companheiro Alberto. Nasceu uma menina chamada Carolina, de parto eutócico no dia 22/01/2024 pelas 06:50.

Ambos estão felizes com a chegada da tão desejada Carolina. A Rute frequentou sessões de adaptação à gravidez e parentalidade no seu centro de saúde. Teve também apoio da sua irmã durante a gestação que é conselheira de amamentação.

Encontrava-se muito feliz com esta nova etapa e queria dar o seu melhor como mãe.

8.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 23 anos | Feminino

8.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
23-01-2024 09:00	Pós-parto	
23-01-2024 09:00	Comportamentos para amamentar	
23-01-2024 09:00	Adaptação à parentalidade	

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

Pós-parto

O pós-parto é o período imediatamente após o parto e que dura até ao momento que os órgãos da mulher voltam ao seu estado antes da gestação. Esta fase pode ter a duração de 6 semanas, variando de mulher para mulher (Perry et al., 2018). Pode dividir-se em três fases: o pós-parto imediato, até duas horas após o parto; o pós-parto precoce que ocorre até ao final da primeira semana e o tardio que culmina no final da sexta semana (Barradas et al.,2015).

Neste caso clínico, estamos perante um pós-parto precoce. Nesta fase a mulher poderá encontrar-se mais vulnerável devido à exigência do papel parental, às transformações corporais e à adaptação a uma nova realidade que leva a alterações nas suas relações mais próximas.

Cabe ao EEESMO nesta fase, promover de forma positiva a adaptação à parentalidade, a recuperação e gestão das relações durante o pós-parto (OE, 2022).

Adaptação à parentalidade

A adaptação à parentalidade refere-se aos comportamentos de ajustamento à gravidez e à preparação para o exercício da função de pai e mãe (CIPE, 2019). O nascimento de um filho implica uma alteração profunda na dinâmica dos progenitores, trazendo transformações e reestruturações à sua vida (Silva & Carneiro, 2014).

Segundo Cardoso (2011), a transição para a parentalidade é um processo irreversível que se inicia durante a gravidez, promovendo mudanças pessoais e interpessoais, à medida que cada mulher assume o papel de mãe e cada homem o de pai. De acordo com Perry et al. (2018), esta adaptação implica a necessidade de estabelecer e aceitar novas prioridades. Com o tempo, os pais desenvolvem cada vez mais competências para cuidar dos filhos, tornando-se mais atentos às suas necessidades.

O EEESMO desempenha um papel fundamental na adaptação à parentalidade, promovendo o desenvolvimento de competências parentais. Esta promoção ocorre através de intervenções direcionadas para a preparação para a parentalidade, que são ajustadas às necessidades de cada pessoa, com o objetivo de alcançar a mestria parental (OE, 2022).

Comportamentos para amamentar

Os comportamentos para amamentar referem-se às capacidades que a mãe apresenta para amamentar eficazmente o RN tais como: reconhecer sinais de fome: o RN quando está com fome, tende a abrir a boca, virar a cabeça para procurar a mama, emitir sons (gemidos), chupar as mãos, dedos qualquer objeto que esteja perto da sua boca (Siqueira, 2017) e garantir uma posição correta para a amamentar e uma pega correta do RN: a puérpera deve optar pela posição que se sentir mais confortável e garantir que mantém as costas apoiadas, os pés apoiados no caso de estar sentada, promover apoio das mamas se necessário e a mão que segura a mama deverá estar colocada em "C" (APMGF, 2019). Quanto ao recém-nascido, deve estar com corpo alinhado, apoiado e a face anterior do corpo deve estar virada e próxima ao corpo da mãe. Ao aproximar-se da mama é mais fácil de baixo para cima, com a face de frente para a mama e o nariz ao nível do mamilo (APMGF, 2019). A mãe, deve também garantir os sinais de uma "boa pega": boca bem aberta, bochechas arredondadas, lábio inferior virado para fora, queixo encostado à mama e nariz afastado e a aréola deve ser mais visível acima da boca do bebé do que abaixo (APMGF, 2019). Deve terminar a mamada apenas quando o RN apresenta sinais de saciedade, como por exemplo, largar a mama espontaneamente ou ficar totalmente relaxado (APMGF, 2019). É também essencial, saber estimular o RN em caso de sonolência: retirar peças de roupa, promover o contacto pele a pele e tocar com o mamilo entre o lábio superior e o nariz (NHS, 2022).

Segundo Verga&Galvão (2022), o EEESMO deve ser dotado de um vasto conhecimento sobre a amamentação pois desta forma contribuirá para uma experiência positiva no pós-parto e para a promoção da confiança da mulher nas suas capacidades.

8.4. Conceção de Cuidados

Pós-parto

23-01-2024 09:00

23-01-2024 09:00 - Puerpério

23-01-2024 09:00 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

23-01-2024 10:30 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

23-01-2024 09:00 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

23-01-2024 10:30 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

23-01-2024 09:00 - Determinar evolução da recuperação pós-parto

23-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

23-01-2024 09:00 - Promover autogestão da recuperação pós-parto

23-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-01-2024 10:30 - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre complicações pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-01-2024 10:30 - Conhecimento sobre complicações pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-01-2024 09:00 - Capacidade para executar exercícios de recuperação no pós-parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

23-01-2024 10:30 - Capacidade para executar exercícios de recuperação no pós-parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

23-01-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto

23-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto

23-01-2024 09:00 - Ensinar sobre higiene perineal

23-01-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações pós-parto

23-01-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações no pós-parto

23-01-2024 09:00 - Ensinar sobre complicações no pós-parto

23-01-2024 09:00 - Ensinar sobre evolução dos lóquios

Comportamentos para amamentar

23-01-2024 09:00

23-01-2024 09:00 - Amamentação

23-01-2024 09:00 - Determinar evolução da amamentação [FIM] 23-01-2024 10:30

23-01-2024 09:00 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar [FIM]

23-01-2024 10:30

23-01-2024 09:00 - Promover o amamentar/mamar

23-01-2024 10:30 - Assistir na amamentação

23-01-2024 09:00 - Promover autogestão: amamentação [FIM] 23-01-2024 10:30

23-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre amamentação

23-01-2024 09:00 - facilitador.

23-01-2024 09:00 - Capacidade para amamentar

23-01-2024 09:00 - facilitadora.

23-01-2024 09:00 - Autoeficácia para amamentar

23-01-2024 09:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

23-01-2024 09:00 - Consciencialização sobre a relação entre o número de mamadas e a produção de leite: facilitadora.

23-01-2024 09:00 - Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

23-01-2024 09:00 - Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar

[RESOLVIDO] 23-01-2024 10:30

23-01-2024 09:00 - Assistir na amamentação

23-01-2024 09:00 - Elogiar o desempenho do cliente

23-01-2024 09:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados

23-01-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da amamentação [FIM]

23-01-2024 10:30

23-01-2024 09:00 - Promover autogestão: complicações da amamentação

[FIM] 23-01-2024 10:30

23-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre complicações da amamentação: facilitador.

23-01-2024 09:00 - Capacidade para lidar com as complicações da amamentação

23-01-2024 09:00 - Capacidade para lidar com as complicações da amamentação: facilitadora.

23-01-2024 09:00 - Autoeficácia para usar estratégias para lidar com as complicações da amamentação

23-01-2024 09:00 - facilitadora.

23-01-2024 10:30

23-01-2024 10:30 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

23-01-2024 10:30 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

23-01-2024 10:30 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

23-01-2024 10:30 - Utiliza estratégias para estimular o mamar.

23-01-2024 10:30 - Com manifestações de pega adequada.

Adaptação à parentalidade

23-01-2024 09:00

23-01-2024 09:00 - Adaptação à parentalidade

23-01-2024 09:00 - Promover papel parental desenvolvimental: amamentação

23-01-2024 09:00 - Conhecimento sobre amamentação

23-01-2024 09:00 - facilitador.

23-01-2024 09:00 - Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

23-01-2024 10:30 - Significado atribuído à amamentação: não dificultador

[MANTEVE].

8.5. Especificação das intervenções

Analisar com o cliente os resultados alcançados

- Foi dito à Rute que se encontrava com um ótimo desempenho na amamentação

Elogiar o desempenho do cliente

- Elogiei o desempenho da Rute e reforcei que estava a amamentar eficazmente e em ótimas condições

Avaliar evolução da recuperação pós-parto

- O útero da Rute encontrava-se contraído com localização infra-umbilical.
- Os lóquios tinham características hemáticas, com odor "suigeneris" e em quantidade moderada (conforme esperado neste período).

Ensinar sobre higiene perineal

- A Rute questiona quantas vezes deverá realizar a higiene perineal. É explicado que nesta fase deverá manter a sua higiene perineal de forma regular uma vez que mantém a perda de sangue ativa.

Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto

- A Rute necessitou de aprofundar conhecimentos sobre o autocuidado no pós-parto, apresentando dúvidas sobre a higiene perineal.

Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações no pós-parto

- A Rute foi ensinada sobre a evolução normal dos lóquios e quais os sinais de alerta.

Ensinar sobre complicações no pós-parto

- Foi pedido à Rute para estar atenta à sua perda sanguínea nomeadamente quanto à sua quantidade e características. Caso a perda sanguínea aumentasse ou apresentasse saída de vários coágulos de grandes dimensões que alertasse pois poderia existir comprometimento na contração do útero.

Ensinar sobre evolução dos lóquios

- A Rute questionou quanto tempo ainda permaneceria com a perda sanguínea. Foi explicado que a perda sanguínea poderia permanecer em média 3 ou mais semanas e que iriam ocorrer alterações nas suas características e na quantidade.

Assistir na amamentação

- A Rute questiona se está a efetuar uma boa pega e se a sua bebé estará a mamar corretamente.
- Observei a pega da RN e efetivamente estava a fazer uma boa pega e a Rute estava a adotar uma posição correta, sentada com o corpo da bebé alinhado com o seu e face anterior da bebé totalmente virada para o seu corpo.

9. ASSISTIR O RECÉM-NASCIDO NO PÓS-PARTO

Com a escolha deste caso clínico, consegui desenvolver a competência "diagnostica precocemente e previne complicações para o recém-nascido durante o período pós -natal" explanada no Regulamento nº391/2019 da OE.

9.1. Enquadramento teórico

A Carolina é filha da Rute e encontra-se no seu 1º dia de vida. Nasceu com um índice de apgar 9/10/10, com 49 cm de comprimento, 3,255 kg de peso e 33 de perímetro cefálico.

9.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 1 dia | Feminino

9.3. Domínios

Início

23-01-2024 10:30
23-01-2024 12:15
23-01-2024 12:15

Domínios

Reflexo de sucção
Eliminação intestinal
Eliminação urinária

Fim

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

Reflexo de sucção

O reflexo de sucção caracteriza-se pelo início da sucção quando o mamilo ou outro objeto toca no palato do RN (Perry et al., 2022).

Este está presente desde o nascimento na maioria dos recém-nascido, sendo que a sua ausência pode estar associada a malformações congénitas, prematuridade ou derivado à toma de medicação por parte da mãe que tenha efeito no sistema nervoso central (Salandy et al., 2019).

Eliminação Urinária

A urina do recém-nascido tem como características a cor amarelo-palha e não apresenta odor (Perry et al., 2022). Pode acontecer também desta adquirir uma cor avermelhada/alaranjada e apresentar sedimentos, nos primeiros dias de vida, sendo que estas características estão associadas à excreção de cristais de urato (Hockenberry et al., 2017).

O número de micções é mais reduzido ao nascimento pois o volume de colostro ingerido é mais reduzido, sendo que aumenta após a descida do leite. É fundamental que o recém-nascido apresente pelo menos uma micção nas primeiras 24 horas de vida. O número de micções irá aumentar ao longo dos dias, sendo expectável que a partir do 5º dia de vida este apresente entre 6 a 8 micções por dia (Perry et al., 2022).

Eliminação Intestinal

As primeiras dejeções do recém-nascido, conhecidas como mecónio, ocorrem geralmente entre as primeiras 12 e 24 horas de vida. Estas fezes, de cor esverdeada ou preta e consistência viscosa, são compostas por líquido amniótico, bilirrubina e células da mucosa intestinal (Perry et al., 2022; Hockenberry et al., 2017).

A eliminação do mecónio é fundamental, pois contribui para a prevenção da icterícia neonatal. Para facilitar este processo, é importante estabelecer uma amamentação eficaz logo após o nascimento, dado que o colostro possui propriedades laxantes que promovem a eliminação do mecónio (Perry et al., 2022).

9.4. Conceção de Cuidados

Reflexo de sucção

23-01-2024 10:30

23-01-2024 10:30 - Com acanolamento da língua.

23-01-2024 10:30 - Com peristaltismo da língua.

23-01-2024 10:30 - Com força de sucção.

Eliminação intestinal

23-01-2024 12:15

23-01-2024 12:15 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

Eliminação urinária

23-01-2024 12:15

23-01-2024 12:15 - Urina em pequena quantidade.

23-01-2024 12:15 - Cor da urina: incolor.

23-01-2024 12:15 - Cheiro da urina: "sui generis".

23-01-2024 12:15 - Transparência da urina: Límpida.

23-01-2024 12:15 - Frequência da eliminação urinária: normal .

10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo, será descrito o percurso pelos diversos contextos clínicos e a forma como estes permitiram alcançar os objetivos propostos e desenvolver as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), conforme definido no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Gravidez com complicações

Uma vez que o estágio decorreu numa unidade de saúde de nível I, onde não são internadas grávidas com patologias de alto risco, o desenvolvimento de competências relacionadas com a "vigilância e cuidados a grávidas com complicações" foi possível, sobretudo, no contexto de consulta externa de obstetrícia. Neste ambiente, dois dias por semana foram dedicados a consultas de grávidas com patologias associadas à gravidez, proporcionando-me experiência prática e oportunidades de desenvolvimento.

Durante as induções de trabalho de parto de grávidas com complicações, tive a oportunidade de aprofundar o conhecimento e adquirir competências específicas na vigilância de condições associadas, como a monitorização do bem-estar fetal (CTG), vigilância da perda de líquido amniótico e hemorragias vaginais, análise bioquímica da urina, monitorização da pressão arterial e controlo da glicemia capilar.

A prestação de cuidados a grávidas com diferentes patologias permitiu-me desenvolver competências na promoção da adaptação à vigilância da gravidez, orientando as mulheres a identificar sinais de alerta específicos (por exemplo, visão turva e cansaço extremo na diabetes gestacional). Este acompanhamento incluiu também a sensibilização para a importância da adesão ao regime terapêutico ou dietético, quando aplicável, e da utilização dos serviços de saúde em situações de necessidade.

No caso de grávidas com diabetes gestacional, foram implementadas intervenções educativas para aumentar a compreensão sobre a autogestão da condição, nomeadamente o controlo glicémico, promovendo assim uma melhor adesão ao regime terapêutico e contribuindo para a saúde tanto da mãe quanto do feto.

Estas experiências revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento de competências específicas, como "diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal" e "fornecer cuidados que facilitem a adaptação da mulher durante

o período pré-natal".

Adicionalmente, durante as induções de trabalho de parto, muitas vezes deparei-me com grávidas que idealizavam um parto fisiológico e para as quais foi difícil aceitar a necessidade de indução. Este contexto trouxe o desafio de trabalhar e reformular os significados atribuídos a essa experiência, através de estratégias que ajudassem a tornar a indução uma experiência mais facilitadora e positiva.

Puerpério

O estágio realizado no internamento de puerpério, em janeiro de 2024, foi fundamental para o desenvolvimento da competência de "cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal", com base nas diversas experiências vivenciadas neste contexto.

A experiência no internamento de puerpério é de extrema importância, uma vez que envolve cuidados a mulheres e recém-nascidos com necessidades variadas, exigindo uma adaptação contínua dos cuidados para promover a recuperação da mulher, o bem-estar do recém-nascido e proporcionar uma experiência pós-parto positiva.

Neste ambiente clínico, desenvolvi competências para a avaliação abrangente da puérpera, tanto a nível físico quanto psicológico. A avaliação física da puérpera contribui para aprofundar os conhecimentos na vigilância dos lóquios, da ferida perineal (quando aplicável) e da involução uterina. No domínio da saúde mental, a capacidade de identificar sinais de alerta no domínio da emoção, promovendo estratégias de suporte emocional e, quando necessário, encaminhando a mulher para outros profissionais de saúde. Estas intervenções permitiram-me desenvolver a competência de "providenciar cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal".

Apoiar emocionalmente as puérperas mostrou-se essencial, uma vez que muitas manifestavam uma labilidade emocional acentuada, especialmente em situações de dificuldade com a amamentação. Foi fundamental fornecer-lhes o conhecimento e apoio necessários, reforçando a confiança nas suas capacidades para amamentar o recém-nascido e incentivando-as ao longo do processo.

Durante o internamento, tanto as mães como os pais, ou outros conviventes significativos, foram envolvidos nos cuidados ao recém-nascido. Esta prática possibilitou o desenvolvimento de competências na promoção de conhecimentos e habilidades para o cuidado ao recém-nascido, abrangendo instruções sobre amamentação, incluindo estratégias para estimular o recém-nascido, por exemplo o contacto pele-a-pele, a capacidade de identificar e corrigir a pega inadequada, sugerir posições de amamentação confortáveis para mãe e bebé, etc.. Foi igualmente importante informar sobre sinais de fome e saciedade e sobre os cuidados com a mama. Além disso, prestei instruções sobre cuidados de higiene, como o banho e a higiene do

coto umbilical, e sobre a preparação e alimentação do recém-nascido, quer fosse através de tetina ou copo. Embora a OMS (2018) recomende o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, foi fundamental respeitar as escolhas de cada mãe. No âmbito do papel parental, informei ainda os pais sobre a identificação dos diferentes choros do recém-nascido e as formas de lidar com cada situação.

No dia da alta, tive a oportunidade de fornecer informações à mulher e ao casal sobre temas essenciais na vigilância do puerpério e cuidados ao recém-nascido, tais como, a contração no pós-parto, o rastreio de doenças metabólicas, o ingurgitamento mamário e a evolução dos lóquios. Estas orientações permitiram-me desenvolver a competência de “promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal.

Além disso, tive a oportunidade de cuidar de recém-nascidos com necessidades especiais, tais como prematuros ou bebês com icterícia necessitando de fototerapia.

Em síntese, este estágio evidenciou a importância do papel do EEESMO no período pós-parto, não apenas na capacitação da mulher e do casal para o cuidado do recém-nascido, mas também na prestação de cuidados personalizados e adequados à mulher e à sua família.

Bloco de Partos

O estágio no bloco de partos, realizado entre fevereiro e junho de 2024, foi fundamental para o desenvolvimento da competência de "cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto". Este contexto clínico revelou-se uma oportunidade essencial para consolidar conhecimentos e práticas, ao mesmo tempo que permitiu identificar os desafios específicos desta área.

Uma das aprendizagens mais significativas foi o respeito pelo plano de parto da mulher, um aspeto crucial na promoção de uma experiência de parto positiva. Percebi que, ao admitir uma parturiente no bloco de partos, é essencial saber se possui um plano de parto, de modo a alinhar as intervenções com as suas expectativas. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2023), o plano de parto funciona como uma estratégia de planeamento que reflete as preferências, valores, crenças e desejos da mulher e do seu acompanhante. Ao respeitar essas orientações, constatei que se promove uma relação terapêutica mais sólida e uma maior confiança da mulher na equipa de saúde. Este respeito pelas preferências da mulher, sempre assegurando a segurança materno-fetal, contribui diretamente para uma experiência de parto mais positiva, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018).

Embora o acompanhamento contínuo da mesma EEESMO nem sempre fosse viável devido às mudanças de turno, existia uma prática consistente de leitura e revisão do plano de parto durante a passagem de turno. Esta prática reflete um compromisso com a continuidade dos cuidados e o respeito pelo parto idealizado, elementos que considerei de extrema importância

para uma assistência de qualidade.

Uma área de grande importância para a prática foi o desenvolvimento e aplicação de estratégias facilitadoras do trabalho de parto, tais como a utilização da bola de parto e da bola de amendoim, bem como a promoção da deambulação e posições verticalizadas. Ao explicar que estas medidas podem reduzir a duração do trabalho de parto, diminuir a dor e favorecer o parto vaginal (ACOG, 2023), observei que as parturientes aderiam mais facilmente, compreendendo os benefícios destas intervenções. Além disso, implementei várias medidas não farmacológicas para o alívio da dor, incluindo a mobilidade, aplicação de calor e massagens na zona lombar, técnicas respiratórias para relaxamento e hidroterapia. Estas abordagens permitiram-me aprofundar a competência de promover uma experiência de parto positiva, respeitando a individualidade e preferências das mulheres.

Além das estratégias para facilitar o trabalho de parto, adquiri competências fundamentais na monitorização do bem-estar materno e fetal, especialmente em situações em que o estado fetal não tranquilizador exigiu a transferência para o bloco operatório. Estas experiências reforçaram a importância de o EEESMO estar atento e saber interpretar sinais de desvio da normalidade no CTG, sendo capaz de comunicar prontamente com a equipa médica quando necessário. Esta prática permitiu-me desenvolver competências na área do diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.

Outro ponto essencial foi a observação da prática adotada pelas EEESMOS durante o segundo estágio do trabalho de parto, onde encorajavam as mulheres a adotar posições que lhes fossem mais confortáveis, de acordo com as recomendações da OMS (2018). As posições mais verticalizadas permitiram uma ação otimizada da gravidade e da mobilidade pélvica, promovendo contrações uterinas mais eficazes e facilitando a descida fetal, o que contribuiu para a redução da duração do segundo estágio (Huang et al., 2019; Satone et al., 2023).

Durante o período expulsivo, constatei que a maioria das EEESMOS utilizava a técnica “hands-poised”, que envolve proteger o períneo e evitar a saída brusca da cabeça fetal (Huang et al., 2020). Embora existam diferentes abordagens - como as técnicas “hands-on” e “hands-off” - a técnica “hands-poised” tem demonstrado melhores resultados em termos de preservação da integridade perineal (Califano et al., 2022; Huang et al., 2020), promovendo o equilíbrio entre a intervenção e a fisiologia natural do parto.

Uma prática que observei e considero crítica de revisão é o contacto pele a pele na primeira hora de vida do recém-nascido. Estudos evidenciam os benefícios do contacto pele a pele imediato para a promoção do vínculo mãe-filho e para a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Monteiro et al., 2022; Brimdyr et al., 2020). No entanto, neste serviço, o contacto era frequentemente interrompido para procedimentos de rotina, como a administração de vitamina K e a recolha de dados antropométricos. Considero que esta prática deveria ser revista

para que o contacto pele a pele pudesse ocorrer de forma contínua, maximizando os seus benefícios sem comprometer os cuidados de enfermagem.

Em termos de competências de comunicação e trabalho em equipa, este estágio reforçou a importância de uma comunicação eficaz e colaborativa para garantir a excelência de cuidados e uma resposta rápida em situações de emergência. Os momentos de reflexão e discussão com as EEESMOS foram fundamentais para a minha evolução, permitindo uma análise crítica do meu desempenho e a implementação de melhorias contínuas.

Outro aspeto que destaco é a importância da autonomia do EEESMO na realização do exame de toque vaginal ao internar uma parturiente, um procedimento atualmente realizado pelo obstetra. Tendo o EEESMO as competências e conhecimentos necessários para avaliar a evolução do trabalho de parto, parece-me que é um passo importante para consolidar a autonomia no acompanhamento do parto normal e no internamento de grávidas de baixo risco. Esta mudança, alinhada com as práticas e protocolos, seria um avanço significativo na afirmação da autonomia dos EEESMOS.

Este estágio reforçou a importância de um ambiente seguro e de uma prática que respeite a fisiologia do parto, essenciais para alcançar a excelência nos cuidados. Procurei, em todas as situações, proporcionar uma experiência de parto positiva, respeitando o plano de parto de cada mulher e assegurando sempre a segurança e o bem-estar materno-fetal.

Desenvolvimento de competências de Investigação

Introdução

A alta precoce das puérperas e recém-nascidos constitui um dos objetivos de saúde promovidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), conforme as diretrizes propostas em 2022. Os fatores que sustentam este objetivo incluem a redução de custos, o conforto da puérpera e o desejo de minimizar o tempo de internamento hospitalar (OMS, 2022).

A prática de alta precoce consiste em dar alta às mães e aos recém-nascidos entre 24 a 48 horas após o parto, dependendo se foi um parto eutócico ou cesariana, antecipando o tempo de internamento habitualmente protocolado nas unidades de saúde. Embora esta prática vá ao encontro do desejo de muitas mães e dos objetivos das unidades de saúde, expõe tanto as mães como os recém-nascidos a riscos de saúde, incluindo hemorragia pós-parto, infeções na cicatriz da cesariana, depressão e ansiedade pós-parto e dificuldades na amamentação (Bienstock et al., 2021; Jullien, 2021; Liu et al., 2021).

Durante a minha experiência de estágio no internamento, foi frequente o contacto com puérperas que manifestavam o desejo de alta antecipada para regressarem a casa. Muitas destas mulheres justificavam que tanto elas como os recém-nascidos estavam bem, não vendo necessidade de prolongar a estadia. As puérperas que optavam pela alta precoce tinham de

assinar um termo de responsabilidade, tanto por elas como pelos seus bebés, assumindo os riscos de saúde associados.

Neste contexto, escolhi realizar uma revisão integrativa da literatura para investigar se as visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica podem representar uma estratégia segura e eficaz para apoiar a alta precoce, mitigando os potenciais riscos para a saúde da puérpera e do recém-nascido.

Metodologia escolhida

De modo a reunir evidência científica sobre a temática em questão, decidi realizar uma revisão integrativa da literatura. Segundo Mendes et al. (2008), a revisão integrativa da literatura, além de nos permitir incluir dados da literatura científica teórica e empírica também pode abranger estudos experimentais e não-experimentais.

Segundo Souza (2010), a revisão integrativa é composta por 6 etapas:

Etapa 1. Formulação da questão de pesquisa: a identificação clara do problema, o objetivo da revisão e os critérios de inclusão e exclusão dos estudos.

Etapa 2. Pesquisa dos estudos: pesquisa sistemática em várias bases de dados.

Etapa 3. Seleção dos estudos: escolha dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão pré-definidos, avaliando os estudos quanto à sua qualidade metodológica e relevância para a revisão.

Etapa 4. Extração dos dados: os dados relevantes dos estudos selecionados, sendo criada uma tabela de análise para o efeito de modo a responder ao objetivo do estudo.

Etapa 5. Análise dos resultados: os dados extraídos serão analisados por meio de uma síntese narrativa.

Etapa 6. Discussão e conclusões: serão discutidas as implicações dos resultados da revisão para a prática clínica, política de saúde ou para futuras pesquisas. As conclusões da revisão serão apresentadas de forma clara e objetiva, obtendo-se a síntese dos resultados em forma de algoritmo.

Critérios de Elegibilidade

Para selecionar os estudos mais relevantes e credíveis devemos ter em atenção a determinação dos termos de pesquisa, os critérios de inclusão e a avaliação dos estudos para determinar a sua qualidade (Borges Migliavaca et al.,2020).

Deste modo foram utilizados como critérios de inclusão:

- Estudos escritos em inglês e português
- Estudos entre o ano de 2017 e 2024 de modo a reunir a evidência científica mais

atualizada

Estratégia de Pesquisa

De modo a realizar a pesquisa de literatura, foram utilizadas as seguintes bases de dados: Scielo, PubMed e EBSCO Host. A pesquisa foi delimitada a estudos escritos em inglês e foi aplicada a delimitação temporal de 2017 a 2024.

Foi também formulada a seguinte frase booleana tendo em conta os termos e descritores da pesquisa: (“home visits” or “residential care visits” or “in-home care visits”) and (“intervention” or “strategy”) and (“early discharge” or “early release of care” or “accelerated discharge” or “fast-tracked discharge”) .

Foram identificados 263 estudos na base de dados CINAHL, 677 na Scopus e 791 na PubMed, perfazendo um total de 1731 resultados.

Foram removidos 1500 estudos que apareciam duplicados nas diferentes bases de dados. Tendo em conta os critérios de inclusão, foram removidos 564 estudos, sobrando 230. Destes 230 estudos, 147 foram eliminados por não serem relevantes para a questão em estudo, focando outro tipo de questões. Sobraram 83 estudos onde foram aplicados os critérios de inclusão e foram eliminados 23 por não respeitarem os mesmos. Dos 60 estudos, 51 não respondiam ou não continham a informação necessária para a temática em estudo, pelo que foram então selecionados, 9 estudos.

Discussão dos resultados e conclusão

Os resultados obtidos dos nove estudos analisados demonstraram que a alta precoce não é consensual entre os autores. Jones et al. (2020) concluíram que, apesar do desejo da maioria das puérperas por uma alta precoce, essa prática está associada a resultados menos favoráveis para a saúde dos recém-nascidos, refletindo-se em taxas mais elevadas de readmissões, mesmo com o apoio de visitas domiciliárias. O estudo sugere que estadias mais longas no internamento estão associadas a melhores resultados de saúde para os bebés, em comparação com a alta precoce.

Por outro lado, Kruse et al. (2023) realizaram um ensaio clínico com 143 mães, onde o grupo experimental recebeu alta após 24 horas, e o grupo de controlo após 48 horas. Os resultados demonstraram que as visitas domiciliárias não só incentivaram as mães a optar pela alta precoce como contribuíram para que lidassem mais eficazmente com a dor e se sentissem mais preparadas para cuidar do recém-nascido. Kruse et al. (2023) concluíram que as visitas domiciliárias frequentes e oportunas permitem resolver atempadamente questões de saúde, como a amamentação, prevenindo outros problemas durante o puerpério.

Brunstad et al. (2018), num estudo focado no modelo de alta precoce, destacaram a responsabilidade crítica que os pais assumem nos cuidados ao recém-nascido e observaram

que, com visitas frequentes de enfermeiros especialistas, os pais conseguem desenvolver competências e habilidades adequadas para cuidar do recém-nascido.

Outros estudos, como os de Al-Hadi et al. (2022), Johansson & Thies-Lagergren (2022), Mespreuve et al. (2024), Thies-Lagergren & Johansson (2023) e Xiao et al. (2019), concordam que o envolvimento de enfermeiros especialistas contribui significativamente para o sucesso da alta precoce em contextos de cuidados maternos e obstétricos.

Estes estudos indicam que as condições necessárias para uma alta precoce bem-sucedida e melhores resultados de saúde incluem a informação relevante fornecida às mães nas unidades de saúde e um modelo de intervenção precoce que as prepare para os cuidados no domicílio. As intervenções realizadas por enfermeiros especialistas, que abrangem educação para a saúde, aconselhamento sobre higiene, prevenção de infecções e promoção da ligação mãe/pai-filho, aumentam a confiança das mães e contribuem para o sucesso na transição para casa (Al-Hadi et al., 2022; Mespreuve et al., 2024).

A evidência disponível sugere que as visitas domiciliárias realizadas por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) podem contribuir para a mudança de paradigma da alta precoce da puérpera e do recém-nascido. Autores como Al-Hadi et al. (2022), Johansson & Thies-Lagergren (2022), Mespreuve et al. (2024), Thies-Lagergren & Johansson (2023) e Xiao et al. (2019) destacam a importância do papel do EEESMO na implementação deste modelo, capacitando a puérpera e a família com as competências necessárias para uma experiência de puerpério positiva.

A análise dos estudos revela que a alta precoce pode ser uma experiência mais positiva para as mulheres e as suas famílias, proporcionando um ambiente familiar mais confortável e tranquilo, ao mesmo tempo que promove a ligação mãe/pai-filho. Em alguns países europeus, a implementação da alta precoce já é uma realidade e apresenta várias vantagens, como a redução do tempo de internamento e dos recursos hospitalares, além do aumento do conforto para a puérpera e o recém-nascido, que passam a receber cuidados de saúde no seu lar.

A OMS (2022) enfatiza que as mulheres devem retornar ao conforto do seu lar o mais que as mulheres devem retornar ao conforto do seu lar o mais rapidamente possível, desde que se encontrem em boas condições de saúde. Para garantir a segurança desta prática, a OMS recomenda pelo menos três contactos com um profissional de saúde especializado nas semanas seguintes à alta, assegurando a monitorização da saúde da mãe e do recém-nascido. Estes contactos devem fornecer informação sobre cuidados ao recém-nascido, sinais de alarme e complicações, assim como apoio emocional, se necessário.

Para que a alta precoce seja implementada de forma segura, é essencial a elaboração de um protocolo cuidadoso e eficaz, que estabeleça o número e a frequência das visitas domiciliárias por parte de enfermeiros especializados, em consonância com as diretrizes atuais. Este modelo

deve ser aplicado apenas a puérperas e recém-nascidos sem complicações no decorrer do parto e internamento.

A alta precoce oferece uma abordagem mais humanizada ao nascimento, permitindo um maior envolvimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido, uma melhor adaptação entre irmãos, uma recuperação mais rápida da mãe e uma redução do risco de infecções nosocomiais. Além disso, contribui para o aumento da confiança materna na prestação de cuidados ao recém-nascido (Benahmed et al., 2017).

Em conclusão, a análise dos estudos revela que, embora a alta precoce apresente desafios e requeira um acompanhamento especializado, o modelo pode contribuir para uma experiência pós-parto mais positiva, quando implementado com o devido suporte e supervisão de enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica.

11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O meu percurso durante o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, foi repleto não só de momentos bons e gratificantes, como também de momentos menos bons e de introspeção, mas sem dúvida que todos estes momentos contribuíram significativamente para a minha evolução e aprendizagem.

Este relatório reúne as experiências que tive ao longo do meu estágio nos diferentes contextos: gravidez com complicações, bloco de partos e puerpério. Cada estágio teve diferentes objetivos sendo que através das atividades desenvolvidas em cada um, foi possível alcançar os objetivos propostos pela ESEP. Apesar de não estarem aqui reunidas todas as experiências detalhadamente, destaquei aquelas que foram para mim objeto de reflexão.

Destaco também que consegui cumprir com os requisitos estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (2019) para atribuição do título de EEESMO tais como: a realização de 100 exames pré-natais, assistência a 40 partos eutócicos e prestação de cuidados a 100 puérperas e recém-nascidos.

Todas as atividades e práticas desenvolvidas ao longo dos estágios foram baseadas na evidência científica mais recente, apesar de algumas vezes as práticas seguirem um determinado protocolo hospitalar ou ter de seguir a orientação da EEESMO que me acompanhava.

As experiências nos diferentes contextos de estágio fizeram-me refletir sobre o quão importante é os nossos cuidados serem adaptados às situações e necessidades de cada mulher que cuidamos. Percebi que o plano de parto pode funcionar como um facilitador na comunicação e relação terapêutica com a mulher/casal pois ali conseguimos ter reunida toda a informação necessária para proporcionarmos uma experiência de parto positiva. Tendo eu uma personalidade mais reservada e também aliada ao nervosismo do momento de estágio, ao início deparei-me com algumas dificuldades em estabelecer uma comunicação eficaz. Ao longo do tempo consegui ultrapassar este constrangimento, não só com a preciosa ajuda das EEESMOS que me orientaram, bem como com o aumento de conhecimentos na área de estágio.

Senti também que a fase mais desafiante do meu percurso foi na assistência à mulher em trabalho de parto e durante o parto. O nervosismo, aliado à minha insegurança fizeram-me muitas vezes duvidar das minhas capacidades. Senti também uma grande evolução nesta área ao longo do tempo, que foi corroborada pelos feedbacks que fui recebendo das minhas orientadoras. Além do aumento dos conhecimentos, a observação da prática e treino foram cruciais para a minha evolução. Os elogios e feedbacks positivos que ia recebendo também

foram muito importantes principalmente para ultrapassar toda a tensão e nervosismo que sentia.

A elaboração de uma revisão integrativa da literatura também se tornou um desafio para mim pela pouca experiência que ainda tenho na área da investigação. Apesar disso e com ajuda da minha orientadora, penso que consegui superar esse desafio e encontrar evidência relevante para a temática em questão.

Concluo este relatório com a certeza que toda a aprendizagem contribuiu para desenvolver ao máximo as minhas competências enquanto enfermeira especialista bem como para ser uma melhor profissional.

12. BIBLIOGRAFIA

Al Hadi, A., Paliwoda, M., Dawson, J., Walker, K., & New, K. (2022). Women's utilisation, experiences and satisfaction with postnatal follow-up care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 22(4), 455–471. <https://doi.org/10.18295/squmj.10.2022.059>

Antunes, V. (2022). Nursing research and evidence-based practice. *International Healthcare Review (Online)*, 1(1).

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

Brandao, S., & Figueiredo, B. (2012). Fathers' emotional involvement with the neonate: impact of the umbilical cord cutting experience. *Journal of advanced nursing*, 68(12), 2730–2739.

Brimdyr, K., Cadwell, K., Svensson, K., Takahashi, Y., Nissen, E., & Widström, A. (2020). The nine stages of skin-to-skin: Practical guidelines and insights from four countries. *Maternal & Child Nutrition*, 16(4). <https://doi.org/10.1111/mcn.13042>

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

Huang, J., Lu, H., Wang, J., Yang, M., Hu, Y., Feng, X., Ren, L., & Zang, Y. (2023). Comparison of perineal outcomes in Chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions during the passive and active phases of the second stage of labour: An observational study. *Journal of clinical nursing*, 32(11-12), 2575–2591. <https://doi.org/10.1111/jocn.16305>

Huang, J., Lu, H., Zang, Y., Ren, L., Li, C., & Wang, J. (2020). The effects of hands on and hands off/poised techniques on maternal outcomes: A systematic review and metaanalysis. *Midwifery*, 87, 102712. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102712>

Huang, J., Zang, Y., Ren, L.-H., Li, F.-J., & Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of Labor. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 460–467.

Jullien, S. (2021). Sudden infant death syndrome prevention. *BMC Pediatrics*, 21(S1). <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02536-z>

Kruse, A. R., Lauszus, F. F., Forman, A., Kesmodel, U. S., Rugaard, M. B., Knudsen, R. K., Persson, E., Uldbjerg, N., & Sundtoft, I. B. (2020). Effect of early discharge after planned cesarean section on recovery and parental sense of security. A randomized clinical trial. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 100(5), 955–963. <https://doi.org/10.1111/aogs.14041>

Kruse, A. R., Lauszus, F. F., Forman, A., Kesmodel, U. S., Rugaard, M. B., Knudsen, R. K., Persson, E.-K., Sundtoft, I. B., & Uldbjerg, N. (2023). Breastfeeding among parous women offered home-visit by a midwife after early discharge following planned cesarean section: Secondary Analysis of a randomized controlled trial. *European Journal of Midwifery*, 7(December), 1–7.

Lei n.º 9/2009, de 4 de março da Assembleia da República. (2009). *Diário da República* n.º 44/2009, Série I de 2009-03-04.

Liu, X., Wang, S., & Wang, G. (2021). Prevalence and risk factors of postpartum depression in women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19–20), 2665–2677. <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>

McConnell, M. A., Rokicki, S., Ayers, S., Allouch, F., Perreault, N., Gourevitch, R. A., Martin, M. W., Zhou, R. A., Zera, C., Hacker, M. R., Chien, A., Bates, M. A., & Baicker, K. (2022). Effect of an intensive nurse home visiting program on Adverse Birth Outcomes in a Medicaid-eligible population. *JAMA*, 328(1), 27. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.9703>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12–28.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Pub.

Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2019). Parecer N.º 43/2019 – Cálculo de Dotações Seguras nos Cuidados de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ordem dos Enfermeiros, Lisboa. Mespreuve, A.-S., Apers, L., Moller, A.-B., & Galle, A. (2024). Postnatal quality of care measures for mothers and newborns at home: A scoping review. *PLOS Global Public Health*, 4(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0003498>

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

O’Kane, M., & Rantell, A. (2023). Intrapartum and postpartum bladder management: The Poor Relation of modern obstetrics. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 33(7), 190–196. Shah, P. S., Torgalkar, R., & Shah, V. S. (2023). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane database of systematic reviews*, (8).

Salandy, S., Rai, R., Gutierrez, S., Ishak, B., & Tubbs, R. S. (2019). Neurological examination of

the infant: A Comprehensive Review. *Clinical Anatomy*, 32(6), 770-777.

Thies-Lagergren, L., & Johansson, M. (2023). Home-based postnatal midwifery care facilitated a smooth succession into motherhood: A Swedish interview study. *European Journal of Midwifery*, 7(April), 1-8. <https://doi.org/10.18332/ejm/161784>

Xiao, X., Ngai, F., Zhu, S., & Loke, A. Y. (2019). The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: A qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2686-8>

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

World Health Organization (2022) WHO recommendations on Antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes. World Health Organization.

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

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

Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., & Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3293-3306. <https://doi.org/10.1111/jan.14587>