



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica**

**POSIÇÕES DA MULHER FACILITADORAS
DO TRABALHO DE PARTO DURANTE A FASE
ATIVA**

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

Susana Alexandra da Lomba Sá Pereira

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

**POSIÇÕES DA MULHER FACILITADORAS DO
TRABALHO DE PARTO DURANTE A FASE
ATIVA:** Projeto de estágio de
desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na Enfermagem de Saúde
Materna e Obstétrica

**FACILITATING POSITIONS FOR WOMEN
DURING THE ACTIVE PHASE OF LABOR:**
Internship Project for the Development of
Specialized Clinical Skills in Maternal and
Obstetric Health Nursing

Relatório de Estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora Alexandrina
Cardoso e pela Mestre Paula Lobo.

Porto, 2024

AGRADECIMENTO

Terminada mais uma etapa importante na minha vida, não poderei deixar de agradecer a todos que estiveram presentes e me acompanharam ao longo desta caminhada de dois anos.

O caminho não foi fácil, mas com determinação, apoio e perseverança, consegui superar todos os momentos de desmotivação, todos os obstáculos e realizar este sonho há muito por concretizar.

Aos meus filhos, Afonso e Gonçalo pelas muitas brincadeiras por concretizar e pela compreensão de tantas ausências. Pelo amor incondicional recebido todos os dias e pela força que me deram para continuar. Vocês foram e serão a minha maior inspiração e motivação, mesmo nos momentos mais desafiantes.

Ao meu marido, José, companheiro de vida, meu porto seguro, pelo amor, tolerância às minhas ausências, por sempre acreditar em mim e nas minhas capacidades e me apoiar em todas as minhas decisões.

Aos meus pais, Irene e Miguel pelo amor incondicional, pelo apoio incansável e por estarem sempre disponíveis, para que nada faltasse aos meus filhos nas minhas ausências.

Aos docentes da ESEP em especial à professora Alexandrina, pela sua compreensão nos momentos menos bons, pela disponibilidade que sempre demonstrou, pela partilha de conhecimentos e pela sua orientação indispensável no desenvolvimento deste meu percurso.

A todas as colegas do curso pela amizade, apoio, incentivo e partilha. Foram momentos fundamentais para terminar esta fase com sucesso. Que possamos continuar a crescer e acalçar muitos sucessos enquanto EEESMO.

A todas as EEESMO, enquanto orientadoras de estágio, pela forma como me acolheram, por toda a partilha de conhecimentos e experiências, assim como pelo exemplo de dedicação e profissionalismo.

Às mulheres, às famílias e recém-nascidos com os quais vivenciei todo este processo e que deram o privilégio de fazer parte de um momento único e importante nas suas vidas e me possibilitaram o desenvolvimento e aquisição de competências.

RESUMO

O presente documento, em forma de relatório de estágio, foi desenvolvido no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, que decorreu num hospital no norte do país.

A unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com relatório final” foi realizado num total de 800h de contato, sendo distribuídas por 500h no bloco de partos, 100h no puerpério e 200h de internamento de grávidas/medicina materno fetal. De referir que, as 200h de internamento de grávidas/medicina materno fetal, foram realizadas em contexto de internamento e de consulta de gravidez com complicações, pelo facto de a instituição não apresentar um número suficiente e constante de grávidas internadas anualmente.

O estágio de natureza profissional foi efetuado em diferentes contextos clínicos e áreas de atuação, nomeadamente no bloco de partos, puerpério e internamento de gravidez com complicações. Com este relatório pretende-se apresentar uma reflexão crítica-reflexiva em torno do processo de desenvolvimento de competências ao longo do estágio clínico ilustrados a partir de casos clínicos. Assim, será desenvolvida uma descrição e análise reflexiva do processo de conceção de cuidados, atividades de diagnóstico e intervenções nas áreas de atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, através de seis casos clínicos.

Todo este processo foi fundamentado pela evidência científica mais atual, permitindo assim, uma reflexão sobre a ação, e por essa via, um aprimoramento na sistematização das competências comuns do Enfermeiro Especialista, e das competências e conhecimentos específicos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, apresentadas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 e no Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019, respetivamente.

Durante o contexto de estágio bloco de partos, deparei-me com necessidades, por parte das parturientes, relativamente às diferentes posições que poderiam adotar, de forma a facilitar a evolução do trabalho de parto.

Assim sendo, decidi aprofundar a temática relativamente às posições que a mulher poderá escolher e adotar e que facilitarão a evolução do trabalho de parto durante a fase ativa, de forma a desenvolver conhecimentos que me permitam prestar cuidados especializados, baseados na evidência e aumentar a minha capacidade de envolver a mulher na tomada de decisões, usando as suas próprias posições como um recurso para facilitar a evolução do trabalho de parto.

Palavras-chave: Trabalho de parto; Posições facilitadoras; fase ativa; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

ABSTRACT

This document, in the form of an internship report, was developed within the scope of the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto, which took place in a hospital in the north of the country.

The discipline “Professional Internship with final report” was carried out in a total of 800 hours of contact, being distributed over 500 hours in the birth block, 100 hours in the postpartum period and 200 hours of hospitalization for pregnant women/maternal-fetal medicine. It is worth noting that the 200 hours of hospitalization of pregnant women/maternal-fetal medicine were carried out in the context of a consultation, due to the fact that the institution does not have a sufficient and constant number of pregnant women admitted annually.

The professional internship was carried out in different clinical contexts and areas of activity, especially in the birth block, postpartum period and hospitalization of high-risk pregnant women. This report aims to present a critical-reflexive reflection around the process of developing skills throughout the clinical internship illustrated from clinical cases. Thus, a description and reflective analysis of the care design process, diagnostic activities and interventions in the areas of activity of the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing will be developed, through six clinical cases.

This entire process was based on the most current scientific evidence, thus allowing a reflection on the action, and thus, an improvement in the systematization of the common skills of the Specialist Nurse, and the specific skills and knowledge of the Specialist Nurse in Maternal Health Nursing and Obstetrics, presented in Regulation nº 140/2019 of February 6, 2019 and in Regulation nº 391/2019 of May 3, 2019, respectively.

During the context of the birth block stage, I came across needs on the part of parturient women regarding the different positions they could adopt, in order to facilitate the progress of labor.

Therefore, I decided to delve deeper into the topic in relation to the positions that women can choose and adopt and that will facilitate the evolution of labor during the active phase, in order to develop knowledge that allows me to provide specialized, evidence-based care and increase my ability to involve women in decision-making, using their own positions as a resource to facilitate the evolution of labor.

Keywords: Labor; facilitating positions; active phase; Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing.

CHAVE DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓMIOS

ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*

bpm - batimentos por minuto

cm - centímetros

CG - Colestase Gravídica

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEESMO - Enfermeira/o Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica

gr - gramas

h - horas

ICN - International Council of Nurses

IG - Idade Gestacional

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PBE - Prática Baseada em Evidência

SGB - Streptococcus do grupo B

SPPMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

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

mg - miligramas

min - minutos

ml - mililitros

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

WHO - World Health Organization

Índice

1. INTRODUÇÃO	12
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS	16
2.1. Serviço de bloco de partos	17
2.2. Serviço de puerpério	20
2.3. Serviço de internamento de gravidez com complicações	23
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA - DA CONCEÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS	24
3.1. Cuidar da mulher e da pessoa que escolheu para a apoiar durante o trabalho de parto	26
3.1.1. Parto fisiológico	30
3.1.1.1. A naturalidade de um parto	31
3.1.2. O uso da água na fase inicial do trabalho de parto	40
3.1.2.1. O efeito da água durante o trabalho de parto	43
3.1.3. Quando a natureza necessita de ajuda: a indução do trabalho de parto	53
3.1.3.1. A importância do significado atribuído a indução do trabalho de parto	56
3.1.4. Diabetes gestacional	63
3.1.4.1. O uso da bola em forma de amendoim durante o uso de analgesia epidural	65
3.2. Cuidar da mulher no período pós-parto e do recém-nascido	74
3.2.1. Puerpério	76
3.2.1.1. Do internamento ao desafio do regresso a casa	77
3.3. Cuidar da mulher e pessoa significativa face a gravidez com complicações	83
3.3.1.1. Vivenciar a gravidez com colestase grávida	86
3.3.1.2. O impacto do internamento face ao diagnóstico de colestase grávida	88

4. POSIÇÕES DA MULHER FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO DURANTE A FASE ATIVA - REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA	96
5. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	107
6. REFLEXÃO FINAL	114
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Trabalho de parto - diagnóstico e intervenções _____	34
Quadro 2 - Diagnóstico e intervenções relacionados com a adaptação à vida extrauterina _____	37
Quadro 3 - Intervenções relacionadas com recuperação pós-parto: perda sanguínea pós-parto _____	38
Quadro 4 - Trabalho de parto _____	46
Quadro 5 - Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas - diagnósticos e intervenções _____	50
Quadro 6 - Diagnóstico e intervenções relacionadas com a autoeficácia para lidar com a dor _____	51
Quadro 7 - Amamentação: diagnóstico e intervenções _____	52
Quadro 8 - Diagnóstico e intervenções relacionadas com trabalho de parto _____	58
Quadro 9 - Diagnósticos e intervenções relacionados com o significado atribuído à indução do trabalho de parto _____	60
Quadro 10 - Diagnóstico e intervenções relativamente à capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto _____	62
Quadro 11 - Diagnóstico e intervenções relacionadas com trabalho de parto _____	68
Quadro 12 - Diagnóstico e intervenções relativamente ao conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto _____	70
Quadro 13 - Diagnóstico e intervenções relativamente à capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto _____	71

Quadro 14 - Metabolismo: diagnósticos e intervenções _____	72
Quadro 15 - Comportamento para amamentar: diagnósticos e intervenções _____	79
Quadro 16 - Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: diagnósticos e intervenções _____	80
Quadro 17 - Gravidez: dados, diagnóstico e intervenções _____	92
Quadro 18 - Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: dados, diagnósticos e intervenções _____	93
Quadro 19 - Conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez: dados, diagnósticos e intervenções _____	94

1. INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com relatório final, inserida no plano de estudos do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), referente ao ano letivo 2023/2024, que decorreu entre 12 de setembro de 2023 e 28 junho 2024. A conclusão desta unidade curricular culmina com a elaboração de um relatório de estágio e a sua discussão para conclusão do curso e aquisição das competências necessárias à candidatura para obtenção do título de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

O objetivo principal da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, é permitir, desenvolver e aperfeiçoar as competências comuns do Enfermeiro Especialista legisladas no Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, publicado em Diário da República e aquisição e desenvolvimento de competências e conhecimentos específicos do EEESMO, publicadas no Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio de 2019, respetivamente.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece um conjunto de competências comuns que todos os enfermeiros especialistas devem possuir, segundo o regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019 os domínios das competências comuns especificamente: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria continua da qualidade; gestão de cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O EEESMO, assume durante o seu exercício profissional quer intervenções autónomas, no que diz respeito ao curso fisiológico do ciclo reprodutivo, quer intervenções interdependentes nas situações de risco, nas quais estão envolvidos processos patológicos do ciclo reprodutivo da mulher, tal como é

referido no regulamento n.º 391/2019. De forma mais específica, o mesmo documento, determina as seguintes competências para o EEESMO: a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto; c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; e) Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

As competências são desenvolvidas não só pela continuidade e aperfeiçoamento da formação académica, mas sobretudo pelas experiências vivenciadas diariamente em contexto da prática clínica. Neste sentido, os estágios permitem realizar uma reflexão do processo de aprendizagem e aprimoramento de conhecimentos e competências essenciais na futura prática profissional. O contato com a realidade, permite o confronto entre o conhecimento teórico e a realidade da profissão, estimulando assim, para a pesquisa, para o aprofundamento e para a crítica.

Para demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas, neste relatório serão analisados de forma crítica-reflexiva elementos-chave de seis casos ilustrativos da conceção de cuidados, nas áreas de atuação do EEESMO, distribuídos da seguinte forma: quatro casos clínicos relacionados com a assistência a mulheres em trabalho de parto, um caso clínico do puerpério e um caso clínico do internamento de gravidez com complicações.

Durante o estágio no Bloco de Partos, suscitou-se interesse relativamente as diferentes posições que a mulher poderia adotar durante determinada fase do trabalho de parto. Desta forma decidi aprofundar a temática relativamente às posições que a mulher poderá escolher e adotar e que facilitarão a evolução do trabalho de parto durante a fase ativa.

Desde 1996 que a Organização Mundial da Saúde (OMS) refere que a mulher, deve ter a liberdade de escolher a posição e movimentação durante o trabalho de parto e deve ser estimulada a posições não supinas durante o

mesmo (OMS, 1996). As posições e a mobilidade assumida pela mulher desempenham um papel fundamental na mecânica do parto, uma vez que estão relacionados com alguns fatores, nomeadamente o tipo de pelve, a posição e a atitude fetal, as contrações, a força da gravidade, as preferências e o estado emocional e neurohormonal da mulher (Garbelli & Lira, 2021).

Nos diferentes contextos de estágio, foram delineados objetivos específicos individuais, dos quais incluem a aquisição de competências para prestar cuidados de qualidade e especializados durante a vigilância da gravidez, durante o trabalho de parto e parto, bem como no período pós-parto, com integração do conhecimento sobre os cuidados ao recém-nascido, promovendo assim a adaptação à gravidez e à parentalidade. Pretendeu-se também desenvolver a área da prática profissional, ética e legal, a organização dos cuidados e o desenvolvimento pessoal e profissional. E por fim, apresentar a resposta à questão de investigação através de uma revisão narrativa da literatura.

O presente documento encontra-se dividido em cinco capítulos. Primeiramente será apresentada uma introdução; no segundo capítulo será realizado uma caracterização dos contextos clínicos, onde será feita uma pequena descrição das características dos diferentes serviços onde foi realizado o estágio, de acordo com a sequência de realização: bloco de partos, puerpério e gravidez com complicações. No terceiro capítulo será explanada uma reflexão crítica sobre o processo de desenvolvimento de competências específicas do EEESMO, subdividida em três pontos, onde em cada um deles será desenvolvido a descrição e análise reflexiva do processo de conceção de cuidados, atividades de diagnóstico e intervenções nas áreas de atuação do EEESMO através de casos clínicos. Cuidar da mulher e da pessoa que escolheu para a apoiar durante o trabalho de parto será o primeiro. O segundo, será relativo às competências específicas no cuidar da mulher, no período pós-parto e do recém-nascido e, o terceiro, é cuidar da mulher e pessoa significativa face à necessidade de lidar com uma gravidez com complicações. No quarto capítulo serão apresentados os resultados da revisão

narrativa da literatura referente ao tema posições da mulher facilitadoras do trabalho de parto durante a fase ativa. No quinto capítulo é desenvolvido uma reflexão sobre o processo de desenvolvimento de competências no global, tendo por base o regulamento nº391/2019 das competências específicas do EEESMO. Encerra-se este relatório com uma reflexão final.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLINICOS

Os estágios foram realizados num Hospital de uma Unidade Local de Saúde. O hospital em questão, é um estabelecimento público do Serviço Nacional de Saúde, situada a norte do país, dando resposta a vários municípios, abrangendo uma população superior a 150.000 habitantes.

O serviço de Obstetrícia e de Ginecologia está adequado para dar resposta a problemas de saúde de mulheres com patologias de baixa complexidade e apresenta um serviço de pediatria com capacidade de prestar cuidados neonatais a recém-nascidos com idade gestacional (IG) superior a 34 semanas. No ano de 2023 registaram-se 1319 partos e até à data de conclusão de estágio (26 junho 2024), ocorreram 610 partos.

O hospital apresenta como filosofia uma prestação de cuidados de qualidade às grávidas e recém-nascidos, centrando a sua atuação clínica com respeito pela pessoa e pela fisiologia, na oferta de suporte emocional contínuo e tendo em consideração os aspetos culturais, garantindo assim, o empoderamento e a autonomia durante o trabalho de parto e pós-parto. Assim sendo, a equipa de profissionais que aí trabalha pretende contribuir para que a nova fase de vida das famílias seja vivenciada de uma forma saudável e feliz.

A equipa do serviço de Obstetrícia e de Ginecologia é constituída por quarenta e um enfermeiros, deles trinta e sete são EEESMO sendo que uma delas é a enfermeira chefe do serviço e outra assume as funções de coordenação operacional da equipa, em colaboração com a enfermeira gestora. Alguns dos EEESMO têm rotatividade de turnos pelo bloco de partos, puerpério, internamento de grávidas de risco e consultas. Relativamente à equipa médica, esta conta com médicos assistentes da especialidade de ginecologia e obstetrícia, internos da mesma especialidade médica e tarefeiros, sendo que uma das médicas assistentes é a diretora clínica. A equipa, é também, constituída por técnicos auxiliares de saúde que estão presentes em todos os

turnos e que de igual forma, fazem turnos rotativos entre o bloco de partos e internamento.

2.1. Serviço de bloco de partos

O desenvolvimento das atividades de estágio, no âmbito do contexto clínico do bloco de partos, decorreu no período de tempo compreendido entre o dia 12 de setembro de 2023 e o dia 28 de janeiro de 2024, sob a supervisão de várias EEESMO, do referente serviço.

Através deste estágio, foi possível acompanhar as mulheres durante o trabalho de parto e puerpério imediato, assim como, as duas primeiras horas de vida do recém-nascido.

São admitidas no Bloco de Partos deste hospital, as grávidas em trabalho de parto com início espontâneo, para indução do trabalho de parto ou realização de cesariana eletiva, a partir das 34 semanas de gestação, uma vez que este é um hospital de nível I.

Este serviço é constituído por urgência de obstetrícia e de ginecologia e pelo bloco de partos.

À entrada encontra-se o serviço de urgência de obstetrícia e de ginecologia, que é constituída por uma sala de consulta médica e uma sala de enfermagem, esta última com duas marquesas para realização de cardiotocografia (CTG)¹ sempre com o acompanhamento e avaliação de um

¹ A CTG, é uma tecnologia que permite um registo contínuo da frequência cardíaca fetal e da contratilidade uterina. Na avaliação da CTG deve ser realizada uma leitura sistematizada do traçado que consiste na avaliação de diferentes parâmetros nomeadamente a frequência cardíaca fetal (linha de base), variabilidade e presença de eventos como as acelerações e desacelerações. A análise deve ser realizada conjuntamente com a avaliação da contratilidade registada no traçado (Neves, 2020).

EEESMO. Esta área apresenta ainda uma sala de espera e uma casa de banho para as mulheres e a sua pessoa significativa. É também neste espaço que se encontra à entrada para o bloco operatório do hospital.

Para realizar a sua admissão, as grávidas devem dirigir-se a este local, onde posteriormente será realizada uma avaliação da sua situação clínica e ainda uma avaliação do bem-estar fetal através de CTG.

Após confirmação de diagnóstico de trabalho de parto, ou para cesariana eletiva, a grávida e a sua pessoa significativa, são encaminhadas para o serviço de bloco de partos, onde será feita a sua admissão.

À chegada do bloco de partos é feita apresentação das instalações e encaminhada para a sala de parto atribuída. A pessoa significativa poderá estar sempre presente até ao momento da alta hospitalar, ou seja, acompanhar desde todo o trabalho de parto, pós-parto imediato e durante todo o período de internamento no puerpério.

Seguidamente o EEESMO preenche a avaliação inicial em papel, que irá ser colocada no seu processo físico, onde também já se encontra o partograma inicialmente preenchido pela equipa médica aquando da admissão. Posteriormente, esta informação recolhida será transcrita para sistema informático, sendo utilizado o SClínico e o partograma digital, a terapêutica prescrita era registada na Glint e após o nascimento também se realizavam registos no ObsCare, desta forma, para cada uma das mulheres era utilizado todos estes sistemas, ocorrendo assim duplicação de informação e um gasto desnecessário de tempo.

O bloco de partos é constituído por cinco salas de parto individuais, sendo que cada sala está equipada com uma cama adequada, um cadeirão reclinável e um plano aquecido para os cuidados ao recém-nascido. Uma destas 5 salas de parto, possui uma banheira insuflável que pode ser usada para imersão durante o trabalho de parto. Está disponível para utilização das parturientes bola de parto, bola de amendoim, disco para mobilidade da pelve e banco de parto. Este serviço possui uma casa de banho comum, isto é, utilizada por

todas as parturientes, com chuveiro. Caso seja necessário, ainda poderá ser utilizado o chuveiro existente no serviço de puerpério, assim poderão estar duas parturientes em simultâneo a utilizar a água como estratégia não farmacológica para lidar com a dor. No entanto, sendo o bloco de parto constituído por cinco salas, torna-se inoportuno todas elas quererem utilizar o chuveiro. Desta forma, é fundamental que, em futuras obras, a estrutura das instalações seja reavaliada para garantir que todas as parturientes tenham acesso adequado a chuveiros. A instalação de chuveiros em cada uma das cinco salas de parto poderia contribuir para um ambiente mais acolhedor e funcional, tornando assim uma experiência de parto mais positiva.

Para avaliação da monitorização cardiotocográfica, o registo cardiotocográfico de todas as parturientes é visível no monitor presente na área de trabalho de enfermagem. A CTG pode ser realizada por telemetria, ou seja, sem cabos a conectar os transdutores ao aparelho principal, em todos os quartos, o que facilita a mobilidade e alternância de posições da parturiente. Desta forma, é possível ir ao encontro da recomendação da OMS, ou seja, o incentivo na adoção da mobilidade e de posições verticais durante o trabalho de parto em grávidas de baixo risco (World Health Organization (WHO), 2018).

No turno da manhã (8h-14h) e turno da tarde (14h-20h) no bloco de partos, estão presentes três EEESMO, distribuídas pelas cinco salas de parto, mais uma EEESMO no serviço de urgência de obstetrícia e de ginecologia. No turno da noite (20h-8h) e durante o fim de semana, no bloco de partos, estão presentes três EEESMO, distribuídas pelas cinco salas de parto, sendo que uma delas fica de apoio ao serviço de urgência de obstetrícia e de ginecologia.

Durante cada turno está sempre presente um técnico auxiliar de saúde, e uma equipa de médicos da especialidade de ginecologia e obstetrícia.

Caso seja necessário, estão sempre contactáveis por telefone uma equipa de anestesia e uma equipa de médicos da especialidade de pediatria.

As grávidas e a sua pessoa significativa, poderão fazer o agendamento da visita a maternidade, consulta de plano de parto e o agendamento das sessões de preparação para o parto com o administrativo técnico do serviço.

A preparação para o parto é um programa implementado por EEESMO, centrada na mulher e na pessoa significativa que visa promover o empoderamento, autoconfiança e o desenvolvimento de competências, para que se sintam capazes de vivenciar a gravidez, o parto e a transição para a parentalidade, tudo isto com o objetivo de obter ganhos em saúde e proporcionar uma experiência de parto positiva (Cardoso et al., 2013b).

Ainda de acordo com a mesma autora, cada mulher e cada homem possuem necessidades, desejos e características que lhes são próprios e diferentes dos outros, mesmo estando a experienciar processos e/ou eventos semelhantes. Perante um programa de preparação para o parto, o EEESMO deverá ter em consideração os motivos/necessidades das mulheres, pessoa significativa e de que forma o programa responde a essas mesmas necessidades, sendo o administrativo a realizar estas marcações, aquilo que foi referido anteriormente, não terá sido em consideração, pelo que estes agendamentos deveriam ser realizados pelos EEESMO.

Assim, de acordo com o regulamento n.º 391/2019, o EEESMO deve conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.

2.2. Serviço de Puerpério

Este estágio decorreu entre o dia 8 de abril de 2024 e o dia 3 de maio de 2024, sob a supervisão de três EEESMO no serviço de Puerpério do referido hospital.

Duas horas após o parto, no caso de um parto eutócico ou distócico por ventosa/fórceps, a puérpera e recém-nascido são admitidos no internamento de puerpério. No caso de um parto por cesariana, esta decorre no bloco operatório e após o nascimento o recém-nascido é levado para o bloco de partos para ser realizada a sua avaliação e posteriormente fazer contacto pele com pele, com o pai se este estiver presente. A puérpera faz o recobro no bloco operatório, cerca de 60 minutos e, posteriormente, é transferida para o serviço de puerpério. Quando esta já se encontrar no quarto, uma EEESMO acompanha o pai, ou outra pessoa significativa que a mulher escolheu para ficar com ela, e o recém-nascido para junto da mãe, onde permanecerão em alojamento conjunto até ao momento da alta, exceto em situações em que este último, apresente necessidades especiais e seja necessário transferir para o serviço de neonatologia.

O tempo de permanência neste serviço, varia conforme o tipo de parto e consoante as necessidades individuais da puérpera e recém-nascido. O internamento após um parto eutócico ou distócico por ventosa/fórceps tem a duração de dois dias, no caso de ser uma cesariana tem a duração de três dias.

O internamento de puerpério é constituído por 13 camas, distribuídas em cinco quartos com duas camas cada um e uma enfermaria com três camas. No entanto, o serviço de internamento de Obstetrícia e de Ginecologia encontra-se em obras, durante o período de estágio, pelo que os quartos são geridos conforme as necessidades. Junto a cada cama do puerpério existe também um cadeirão reclinável para o acompanhante que poderá estar presente, dia e noite, até ao momento da alta hospitalar. Na grande maioria dos casos, o acompanhamento era assumido pelo pai do recém-nascido.

A equipa de enfermagem que assegura a prestação de cuidados no puerpério é constituída por enfermeiras de cuidados gerais e especialistas, sendo que as EEESMO realizam rotatividade de turnos com o bloco de partos. Neste serviço estão normalmente três enfermeiras por turno, distribuídas de acordo com as necessidades das puérperas e recém-nascidos internados.

Durante o internamento, o enfermeiro por rotina, realiza ao recém-nascido, o rastreio de cardiopatias congénitas e o rastreio auditivo neonatal por otoemissões acústicas. Existe ainda a possibilidade de administrar a primeira dose da vacina contra a Hepatite B, caso seja, opção dos pais.

A equipa médica de pediatria realiza, diariamente, durante o turno da manhã, o exame físico do recém-nascido na sala de enfermagem, na presença da puérpera e do acompanhante, que na grande maioria era o pai do recém-nascido.

A equipa médica de ginecologia e obstetrícia, também realiza visita às puérperas durante este turno.

No dia da alta, as mães e os pais eram informados acerca da primeira consulta de vigilância de saúde do bebé que deve ser realizada até ao 15 ° dia de vida do recém-nascido e agendar o rastreio neonatal² com o centro de saúde. A puérpera era incentivada a marcar a consulta de revisão do puerpério³, cerca de um mês após o parto. O Boletim de Saúde Infantil, o Boletim Individual de Saúde (se aplicável) do recém-nascido, o Boletim de Saúde da Grávida, e a respetiva nota de alta de enfermagem, são entregues à puérpera. Ainda antes de saírem do hospital é sempre verificado em conjunto com a mãe e o pai as medidas de segurança do recém-nascido na cadeira de transporte.

² O rastreio neonatal permite identificar doenças, quase sempre genéticas, nas primeiras semanas da vida do bebé, podendo assim ser tratadas precocemente. É realizado através da colheita de sangue no calcanhar do bebé a partir do 3º dia de vida e se possível até ao 6º dia. A finalidade deste rastreio é diagnosticar doenças que mais tarde podem provocar atraso mental, alterações neurológicas graves, alterações a nível do fígado, ou até situações de coma (Sequeira et al., 2020; SPN, 2023).

³ Segundo Baratieri & Natal (2019) a consulta pós-parto é uma intervenção primordial para redução da morbimortalidade materna, por meio da prevenção, deteção precoce e tratamento de complicações.

2.3. Serviço internamento de gravidez com complicações

O estágio, desenvolvido no âmbito de internamento de grávidas, desenvolveu-se em contexto de internamento e de consultas de gravidez com complicações, decorrendo no período de tempo compreendido entre o dia 6 de maio de 2024 e o dia 28 junho de 2024, sob a supervisão de uma EEESMO.

As grávidas que recorrem ao serviço de urgência por alguma alteração do seu estado de saúde, são inicialmente avaliadas por uma EEESMO, de forma a validar os sinais e sintomas identificados pela grávida como desvios da normalidade. Posteriormente será realizada uma avaliação da sua situação clínica, por parte da equipa médica e mediante decisão, são encaminhadas para o internamento.

O internamento das grávidas, encontra-se inserido na área de internamento de puérperas e corresponde a um quarto com duas camas. A prestação de cuidados é sempre assegurada por uma EEESMO. Diariamente e assim que se justifique, têm sempre a visita da equipa médica da especialidade de ginecologia e de obstetrícia.

As consultas de gravidez com complicações, é de igual forma, sempre realizada por uma EEESMO. As grávidas devem dirigir-se à receção do polo principal do hospital para efetuar a admissão, sendo posteriormente encaminhadas para a consulta.

As consultas de termo são realizadas no serviço de urgência de Obstetrícia e de Ginecologia, que é constituída por uma sala de consulta médica e uma sala de enfermagem com duas marquesas para realização de CTG sempre com o acompanhamento e vigilância de uma EEESMO. Após a consulta de enfermagem é realizada a consulta pela equipa médica.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA - DA CONCEÇÃO À IMPLEMENTAÇÃO DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS

A conceção de cuidados ocorre quando o enfermeiro identifica as necessidades dos cuidados de enfermagem, tanto da mulher como da pessoa significativa, sejam elas físicas, emocionais e sociais. Estas necessidades são identificadas através de uma recolha de dados, com vista a direccionar o seu foco de atenção, criando posteriormente os respetivos diagnósticos e prescrevendo as intervenções adequadas para lhe dar resposta, assim como, especificando as atividades que as concretizem. A avaliação das necessidades é considerada uma das etapas mais importantes do processo de cuidados, uma vez que, caso esta não seja realizada com rigor, todo o plano de cuidados ficará comprometido (Cardoso et al., 2023a). Desta forma, de acordo com as necessidades identificadas o EEESMO estabelece um plano de cuidados, garantindo assim a continuidade de cuidados e caso seja necessário pode ser feita referenciação para outros profissionais (Cardoso et al., 2023a).

A Ordem dos Enfermeiros (OE) estabelece um conjunto de competências comuns, que refletem o compromisso com a qualidade dos cuidados. Essas competências comuns definidas pelo regulamento nº 140/2019 estão organizados nos seguintes domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua de qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Estas competências refletem a evolução desta profissão e o seu papel essencial na prestação de cuidados de elevada qualidade e complexidade. A autonomia, a liderança, a prática baseada em evidências e a promoção da segurança e da qualidade são pilares fundamentais da atuação do enfermeiro especialista, cujo contributo é decisivo para a melhoria dos resultados em saúde e para o bem-estar dos doentes (Lopes & Silva, 2016; Roger & Drennan, 2018).

O EEESMO desempenha um papel essencial na promoção da saúde das mulheres, dos recém-nascidos e das famílias, especialmente durante a gravidez, o parto e o período pós-parto (PQCEESMO, 2021). Esta área de especialização requer competências específicas que permitem ao EEESMO proporcionar cuidados de elevada qualidade, centrados na mulher e na sua família, com uma abordagem humanizada (OMS, 2016).

Desta forma, como é referenciado no regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, as competências do EEESMO são: a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional; b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto; c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; e) Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Assim, seguidamente, será desenvolvido a descrição e análise reflexiva do processo de conceção de cuidados, através da concretização dos dados recolhidos e dos diagnósticos identificados e da implementação dos cuidados, através da descrição das principais intervenções e das atividades que as concretizam, baseadas na evidência. Para isso usarei seis casos, quatro relacionados com as experiências clínicas em contexto de sala de parto, um relacionado com o cuidar de uma puérpera e recém-nascido e um outro relacionado com a gravidez com complicações.

A construção destes casos é uma prática de enorme valor, não apenas no contexto académico, mas também como ferramenta contínua de desenvolvimento profissional ao longo da carreira de um EEESMO. Embora sejam uma exigência curricular, a sua importância vai muito além do cumprimento académico, sendo essenciais para a reflexão crítica e para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, promovendo uma prática focada na excelência.

Estes oferecem uma análise detalhada de situações clínicas reais, permitindo ao enfermeiro examinar cuidadosamente os acontecimentos, decisões e resultados envolvidos nos cuidados. Este exercício não se limita apenas à descrição do problema, mas explora todo o processo de tomada de decisão clínica, a aplicação das melhores práticas baseadas na evidência e a avaliação dos desfechos. Deste modo, o EEESMO não só reforça os seus conhecimentos teóricos, como também desenvolve uma visão crítica e reflexiva sobre as suas intervenções, identificando áreas de melhoria e pontos fortes.

Na vida profissional, a construção de estudos de caso deve ser encarada como uma ferramenta permanente de melhoria, permitindo que o EEESMO mantenha uma abordagem crítica à sua prática. A longo prazo, esta prática contribui para o desenvolvimento de uma abordagem mais proativa e fundamentada, assegurando que o EEESMO não só presta cuidados de elevada qualidade, mas também desempenha um papel ativo na melhoria dos serviços de saúde, ao identificar problemas e propor soluções baseadas em evidência.

Os cuidados de qualidade prestados por EEESMO baseados em evidências contribuem para a saúde das mulheres (Cardoso et al., 2023a).

3.1. Cuidar da mulher e da pessoa que escolheu para a apoiar, durante o trabalho de parto

Relativamente ao trabalho de parto, o Regulamento de Competências Específicas do EEESMO publicadas no Regulamento n.º 391/2019 refere que é competência do EEESMO cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, mais especificamente efetuar o parto em ambiente seguro com o objetivo de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina.

É referido pela OE (2021) que cada EEESMO possui ferramentas - os conhecimentos, as competências e as capacidades de inovação - essenciais para que a qualidade dos cuidados seja uma realidade e para que os cuidados prestados sejam, efetivamente, significativos para as pessoas (PQCEESMO, 2021).

Desta forma, também a Orientação n.º2/2023 da Direção-Geral da Saúde (DGS) defende que, o acompanhamento do trabalho de parto em casos de baixo risco deverá ser realizado por EEESMO (DGS, 2023).

O parto é um acontecimento significativo e memorável para uma mulher, considerado também como sendo um processo poderoso, apesar de ser o mais curto do ciclo gravidez - parto - pós-parto (Cardoso et al., 2023b).

Segundo Cardoso et al. (2023b), o trabalho de parto é um processo corporal que pode ser influenciado por fatores mecânicos, psicológicos e neuro-hormonais, nomeadamente: a eficácia das contrações uterinas; a descida da apresentação fetal; a mobilidade da pelve; o relaxamento e elasticidade dos músculos pélvicos e os níveis de hormonas de stress e os seus efeitos.

Também Lowdermilk e Perry (2009) referem que o trabalho de parto corresponde a um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta e as membranas, para o exterior do útero, através do canal de parto. Por forma a fisiologicamente se preparar para o trabalho de parto, o sistema reprodutor da mulher sofre várias alterações ao longo da gravidez.

Segundo a WHO (2018), o primeiro estadió do trabalho de parto (dilatação) subdivide-se entre fase latente (até aos cinco cm de dilatação) e fase ativa (a partir dos cinco cm de dilatação). As mulheres devem ser informadas de que não foi estabelecida uma duração padrão do primeiro estádio latente e que pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração da fase ativa (de cinco cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas no primeiro trabalho de parto, e geralmente não ultrapassa as dez horas em trabalhos de parto subsequentes. A duração média da fase ativa é de quatro horas no primeiro trabalho de parto e três horas no

segundo e trabalhos de parto subsequentes, quando o ponto inicial de referência é de cinco cm de dilatação cervical.

O terceiro estadio do trabalho de parto equivale à dequitação, que decorre desde a exteriorização do feto até à expulsão da placenta. A placenta é um órgão temporário, é composto pelo disco placentário, membranas (amnio e córion) e cordão umbilical (Neves, 2020).

O descolamento e expulsão da placenta sucedem-se como resultado da interação de fatores mecânicos e hemostáticos. Ocorre uma diminuição das dimensões uterinas e das contrações após a saída do feto, seguindo-se uma redução significativa da área de implantação da placenta. Estas mudanças contribuem para uma tensão que provoca a rotura de inúmeras vilosidades fibrosas, formando-se um hematoma retroplacentar, pelo que acelera o processo de descolamento (Sequeira et al., 2020). Existem dois mecanismos de descolamento, o *Schultz* (face lisa) - descolamento da placenta inicia-se pela zona mais central, em que se exterioriza primeiro a face fetal, sendo o mecanismo mais comum e o mecanismo de *Duncan* (face rugosa) - descolamento da placenta com início na periferia, havendo uma hemorragia antes da placenta ser visível à vulva, em que a face materna se exterioriza primeiro (Cunningham et al., 2016; Néné et al., 2016; Sequeira et al., 2020).

O tempo do descolamento pode variar entre cinco e sete minutos após a expulsão do feto. Importa que o EEESMO respeite o tempo fisiológico, uma vez que, nem todos os descolamentos ocorrem no período estimado, sendo esta uma atitude expectante. Caso isto não se verifique, a duração estimada para aguardar é entre 45 minutos a uma hora, exceto se as perdas sanguíneas não forem excessivas (Graça et al., 2017). Durante este período o EEESMO poderá ter uma atitude passiva onde se aguarda pela expulsão placentar espontânea, sem intervenções mecânicas ou farmacológicas, respeitando os mecanismos fisiológicos ou poderá ter uma atitude ativa na vigilância, através da administração de uterotónicos, realizar a tração controlada do cordão após os sinais de separação da placenta, estando assim, associado a uma diminuição

de perda sanguínea e a uma redução da duração do terceiro estadio de trabalho de parto (WHO, 2018).

Após a saída da placenta, é verificada a formação do globo de segurança de *Pinard*, as perdas de sangue e observada a placenta e membranas, de forma a perceber se esta se encontrava completa ou se teria ocorrido fragmentação das membranas amnióticas ou retenção placentar.

De acordo com a Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO) da OE (2022), descrito no parecer n.º 22/2022, o trabalho de parto é um processo biológico e emocional individual - cada mulher tem o seu e vive-o de acordo com o que é e o que sente. Portanto, o parto é visto como um momento único e marcante na vida das mulheres, para a obtenção de uma experiência positiva. Segundo a WHO (2018), a promoção de uma experiência positiva de parto parece ser tão simples como ter em consideração as crenças, as expectativas pessoais e socioculturais, assim como apoio contínuo, prático e emocional, e o respeito pela fisiologia do trabalho de parto, envolvendo a mulher na tomada de decisões.

Todos os planos de cuidados seguidamente apresentados, relativamente ao bloco de partos, refletem as práticas realizadas no dia a dia do hospital onde foi realizado o estágio, vão ao encontro das necessidades, das especificidades e desejos da mulher, do casal, da pessoa significativa, assim como, o respeito pelo plano de parto que cada um apresentava. Desta forma, foi possível a criação de relações terapêuticas assentes numa comunicação terapêutica eficaz, tornando-se um fator essencial para tornar os cuidados especializados e individualizados, contribuindo assim para uma experiência de parto positiva.

A relação terapêutica baseia-se na parceria com o cliente, respeitando suas capacidades e reconhecendo a importância de seu papel. Através desta relação o enfermeiro promove um ambiente seguro e de apoio, incentivando-o a ser proativo na promoção da saúde, prevenção de doenças e adaptação a novas circunstâncias de vida (PQCEESMO, 2021).

Desta forma, cabe ao EEESMO proporcionar o estabelecimento de uma relação terapêutica com a mulher e pessoa significativa, tendo por referências o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual da mulher e das pessoas que lhe são significativas; o respeito pelas expectativas relacionadas com o trabalho de parto e nascimento do filho; o empenho do EEESMO na capacitação da mulher para a tomada de decisão e para a ação; o empenho do EEESMO em criar condições seguras e acolhedoras ao longo de todo o ciclo de assistência de saúde (PQCEESMO, 2021).

3.1.1. Parto fisiológico

O parto fisiológico é definido como aquele que se caracteriza por ter início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto e que se mantém assim durante o restante trabalho de parto. O bebé nasce espontaneamente, em apresentação cefálica, entre as 37 e as 42 semanas de gravidez. Depois do parto e nascimento, a mãe e o bebé apresentam-se em boas condições de saúde (WHO, 2018).

O parto fisiológico pode ser uma experiência psicológica intensa e transformadora, que produz uma sensação de empoderamento na mulher (Cardoso et al., 2023b). De acordo com Ondeck (2019) a mobilidade no trabalho de parto é uma estratégia segura e saudável que promove o parto fisiológico.

O trabalho de parto e o nascimento fisiológico normal têm implicações positivas para a saúde da mãe e do bebé a curto e a longo prazo. Quando há um funcionamento fisiológico, as mulheres são menos propensas a necessitar de intervenções para acelerar de forma artificial o trabalho de parto. Para a maioria das mulheres, os benefícios de curto prazo do parto fisiológico normal

incluem sentir-se física e emocionalmente saudável e poderosa como mãe após o seu parto. Os resultados a longo prazo incluem efeitos benéficos para a saúde física e mental da mulher, mestria no desempenho maternal e, por consequência, um crescimento e desenvolvimento infantil saudáveis. Esses resultados são também benéficos para a família e para a sociedade (PQCEESMO, 2021).

De acordo com o regulamento n.º 391/2019 o EEESMO assume durante o seu exercício profissional intervenções autónomas em situações de parturientes de baixo risco, sendo entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher.

Segundo os PQCEESMO (2021) o EEESMO cuida da mulher durante o trabalho de parto, de forma a contribuir para uma experiência de parto positiva. A WHO (2018) define a experiência de parto positiva como sendo uma experiência que preenche ou ultrapassa os objetivos sociais, culturais e pessoais da mulher (o que inclui o nascimento de um bebé saudável), num ambiente clínica e psicologicamente seguro, com um apoio contínuo e profissionais competentes.

3.1.1.1. A naturalidade de um parto

A parturiente Catarina⁴ 39 anos IIIIG, IIP, pelas 9h dirigiu-se ao serviço de urgência de obstetrícia do hospital da área de residência, por apresentar contratilidade uterina regular e dolorosa. Toque vaginal realizado pela equipa médica na admissão, na qual se verificou uma dilatação de 8 cm do colo do útero, extinto, amolecido e em posição centrada, feto acima do I plano de

⁴ Todos os nomes utilizados ao longo deste relatório são fictícios, desta forma é assegurado o sigilo profissional e a confidencialidade, indo ao encontro dos princípios éticos.

Hodge. Na admissão, teve rotura espontânea das membranas amnióticas. Características do líquido: líquido claro em moderada quantidade e um cheiro característico. Admitida no bloco de partos, pelas 9:15h com diagnóstico de trabalho de parto.

A Catarina é saudável e desconhece alergias. Última refeição às 7h nesse dia. O grupo sanguíneo é B Rh+ e o *Streptococcus* do grupo B (SGB) é negativo. A sua gravidez foi acompanhada na unidade de saúde familiar da sua residência. Refere não ter frequentado preparação para o parto, uma vez que já é um terceiro filho. Veio acompanhada pelo seu marido Vítor. Os outros filhos de oito e quatro anos, ficaram aos cuidados dos avós maternos. Irá nascer a Sara⁵.

Refere conhecer as práticas do hospital, sendo que estas, vão ao encontro daquilo que deseja para o seu parto. Os filhos anteriores também nasceram nesse hospital, ambos foram partos eutócicos com recurso a analgesia epidural, pelo que neste parto, pretende se seja o mais natural possível, não desejando analgesia epidural. Na recolha de dados, referiu também que não pretende amamentar, uma vez que, teve dificuldades em amamentar os filhos anteriores. O Vítor será que pessoa que a irá acompanhar em todo o processo, será ele a efetuar o corte do cordão.

A escolha deste caso, deve-se ao facto de ter feito o acompanhamento do trabalho de parto, desde o momento que a parturiente entra no bloco de partos até a transferência para o puerpério. Assim, assegurou-se uma continuidade de cuidados, possibilitando desenvolver competências no âmbito de promover a saúde da mulher durante o trabalho de parto. Desta forma, foi possível garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto, conceber, planejar, implementar e avaliar tanto no âmbito das intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e do seu marido, bem como no âmbito das

⁵ No hospital onde foi realizado o estágio de bloco de partos, no momento de admissão de uma parturiente é preenchida uma folha com os seus dados, de forma a facilitar a transmissão de informação para outros enfermeiros e facilitar a introdução de dados no sistema informático. Neste sentido, uma vez que a parturiente já se encontrava numa fase avançada de trabalho de parto, estes dados foram recolhidos através do boletim de saúde da grávida, através do marido e sempre que possível em conversa com a Catarina.

intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto e envolver o Vítor em conformidade com as suas expectativas.

Outro aspeto a ter em conta para a escolha deste caso, foi o facto de se conseguir proporcionar e garantir as condições, para que o trabalho de parto, fosse uma experiência o mais positiva possível, indo ao encontro, das expectativas, vontades e desejos da mulher/casal para este momento.

Uma outra razão para a escolha deste caso, deve-se ao facto, pela forma natural e respeitada com que o parto ocorreu, pelo que foi uma experiência extremamente gratificante. Em comparação com outras parturientes, através da observação do comportamento a atitudes desta mulher, ao longo da evolução do trabalho de parto, foi possível compreender a evolução do mesmo. Foi um parto que aconteceu no primeiro mês de estágio, pelo que foi a primeira de muitas parturientes a não recorrer a analgesia epidural, pelo que se tornou fundamental a assistência à mulher recorrendo a estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto. Ficará de referência para os partos futuros de forma a desenvolver pensamento crítico, sobre as diferentes práticas e intervenções implementadas.

O presente plano de cuidados decorreu durante o turno da manhã (8h às 14h) do bloco de partos.

No acompanhamento da Catarina, envolvendo o Vítor no processo, tomo como focos de atenção: trabalho de parto e o pós-parto imediato, e no recém-nascido o seu nascimento. Em seguida apresento a descrição e análise do modo como concebi e implementei os cuidados e de que forma este caso foi relevante para o desenvolvimento de competências.

No Quadro 1 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e as atividades que implementei com o objetivo de promover uma experiência de parto positiva.

Quadro 1 -Trabalho de parto - diagnóstico e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Trabalho de Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 09h - Na admissão, Catarina mencionava uma dor moderada, aquando da contração, mas durante a mesma realizava inspirações profundas de forma a conseguir lidar com essa dor. ⁶ O toque efetuado pela equipa médica, apresentava 8cm de dilatação, colo extinto, amolecido e em posição centrada, apresentação cefálica acima do 1º plano de Hodge⁷. Apresentava 4 contrações uterinas/10minutos, com duração de 80segundos. Encontra-se no primeiro estadio, na fase ativa do trabalho de parto. No momento da contração fletia os joelhos e agarrava-se a uma cadeira. 10:30h - Catarina refere um aumento da intensidade da dor e uma maior pressão a nível da vagina. Que saber se houve evolução. Encontra-se a deambular pelo quarto, no momento da contração coloca-se de cócoras, agarrando-se a cama. Ao toque a dilatação está completa, pelo que se encontra no segundo estadio de trabalho de parto, expulsão. Feto no 2.º plano de Hodge. 10:45h - Catarina refere uma grande pressão na vagina que não cede, refere mesmo que parece que está a arder. É visível a cabeça do feto. Neste momento Catarina opta por permanecer no leito, referindo quer colocar-se em posição lateral. 10:51h - Após o nascimento aguarda-se a dequitação. Encontra-se hemodinamicamente estável. 11:05h - Dequitação natural e completa; globo de segurança de pinard formado; parturiente hemodinamicamente estável após dequitação.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A expectativa da Catarina é que este parto seja o mais fisiológico possível, sem recorrer analgesia epidural. Desde a sua admissão Catarina encontra-se a deambular pelo quarto, no momento da contração tenta colocar-se numa posição confortável para lidar com a dor, tanto adotava a posição de cócoras agarrando-se a cama, como posição de quarto apoios. Teve rotura espontânea das membranas amnióticas às 9h, manteve-se sempre com líquido claro com um cheiro característico. Sem perda de sanguínea via vaginal. Hemodinamicamente estável. Bem-estar fetal: normal (frequência cardíaca fetal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm, sem desacelerações repetitivas). Apresentação fetal cefálica e variedade occipto esquerda anterior.	

⁶ A WHO (2018) recomenda a técnica de respiração como sendo umas das técnicas de relaxamento para lidar com a dor em trabalho de parto. Os exercícios de respiração permitem o aumento do aporte de oxigénio da grávida e do feto, reduzem a dor e o desconforto, aumentam o relaxamento e a autoconfiança de forma a proporcionar à parturiente sentimentos de tranquilidade e satisfação (Pereira et al., 2020).

⁷ Os planos de Hodge são traçados imaginários na pelve maior e pelve menor. O primeiro plano passa pelo promontório e a borda superior da sínfise púbica; o segundo plano passa pela união da 2ª com a 3ª vertebra sacral e o bordo inferior da sínfise púbica; o terceiro plano é paralelo aos anteriores e é traçado nas espinhas isquiáticas; o quarto plano também é paralelo aos anteriores e passa pela ponta do cóccix (Montenegro & Filho, 2017).

A Catarina teve um parto fisiológico às 10:51h na posição lateral, sem intercorrências, com períneo íntegro e com uma perda de sangue adequada a este período.

A placenta apresenta um cordão com 60cm, duas artérias, uma veia, inserção do cordão umbilical marginal, apresenta dois folhetos, o amnion e o córion, reconstituição da bolsa sem alterações, bordos regulares, cotilédones íntegros.

DIAGNÓSTICO: Trabalho de parto

OBJETIVOS:

- Determinar a evolução do trabalho de parto e o bem-estar fetal;
- Facilitar o trabalho de parto/nascimento;
- Promover o autocontrolo: lidar com o trabalho de parto;
- Prevenir laceração do períneo;
- Promover um parto eutócico;
- Promover a dequitação.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)

Início: 9:15h

1. Gerir ambiente físico para promover o relaxamento
 - ✓ Garantir um ambiente da unidade, calmo, tranquilo e confortável. Uma unidade, com pouca luminosidade, manter porta fechada e manter a privacidade - permanecendo no quarto apenas o seu marido.⁸
2. Assistir no posicionar
 - ✓ Incentivar a parturiente a escutar o seu corpo e adotar a posição que se sinta mais confortável.⁹
3. Gerir ingestão de líquidos
 - ✓ Oferecer à parturiente líquidos;¹⁰
 - ✓ Incentivar a ingerir água, chá ou gelatina.
4. Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto
 - ✓ Ajudar a parturiente no movimento e alternância de posições, por ela escolhida de forma a aliviar o cansaço, aumentar o conforto, melhorar a circulação e promover a progressão do trabalho de parto.
5. Assistir no uso de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto
 - ✓ Ajudar a parturiente na técnica de respiração.
6. Avaliar evolução do trabalho de parto
 - ✓ Efetuar toque vaginal;
 - ✓ Informar a parturiente qual a evolução do trabalho de parto;

⁸ Promover um ambiente calmo, tranquilo, sem pontos de distração ou causadores de stress, promove o relaxamento da parturiente contribuindo assim para uma experiência de parto positiva (WHO, 2018).

⁹ A mulher pode escolher livremente como se movimentar e qual a posição que considera mais benéfica para o seu trabalho de parto, tornando-se assim uma forma de distração dos desconfortos que estão inerentes a todo o processo, permitindo melhorar o conforto e a sensação de controlo sobre o seu próprio corpo (Ferrão & Zangão 2017).

¹⁰ Para mulheres de baixo risco, a ingestão de líquidos é recomendada (WHO, 2018).

- ✓ Informar a parturiente que já se observa o coroamento do bebé.

7. Implementar medidas de proteção do períneo

- ✓ Aplicar técnica de proteção do períneo¹¹ ao suportar o períneo anterior e posterior com ambas as mãos para “proteção”, mantendo a flexão da cabeça fetal e controlo da expulsão da cabeça fetal.

8. Assistir no parto

- ✓ Preparar o material necessário para assistir no parto (campo esterilizado, clamp do cordão umbilical, compressas, luvas, bata...);
- ✓ Incentivar e elogiar a parturiente durante os esforços expulsivos espontâneos;
- ✓ Questionar a parturiente se quer sentir a cabeça do seu bebé durante o coroamento;
- ✓ Após a saída da cabeça do bebé, pedir à parturiente para suspender os esforços expulsivos e que respire rapidamente ou sopra para reduzir a pressão da apresentação no períneo, verificar a presença de circulares do cordão umbilical;
- ✓ Memorizar hora de nascimento;
- ✓ Secar o bebé;
- ✓ Permitir contacto pele com pele imediato, garantindo que o bebé se encontra seco e quente, de forma a prevenir as perdas de calor;
- ✓ Prestar atenção à perda sanguínea e aguardar pela dequitação;
- ✓ Inspeccionar períneo;
- ✓ Realizar a higiene perineal após a dequitação - lavar vulva e vagina com soro fisiológico.

9. Assistir na expulsão da placenta.

- ✓ Realizar extração placentária por tração controlada do cordão umbilical e pressão supra púbica;
- ✓ Aquando o descolmento da placenta, observado através do sinal de Krustner, pedir a mulher para reiniciar esforços expulsivos, de menor intensidade, e executar a manobra de Dublin (torção suave da placenta até exteriorização completa das membranas);
- ✓ Observar o tipo de dequitação (mecanismo de Schultz);
- ✓ Inspeccionar a placenta.

A adaptação extrauterina é um período crítico na vida do recém-nascido, uma vez que este terá de se ajustar às diversas alterações. Assim, após o nascimento torna-se importante avaliar a capacidade de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, através da utilização do Índice de Apgar. Este consiste na avaliação de cinco parâmetros, sendo eles a frequência cardíaca,

¹¹ WHO (2018) recomenda a utilização de técnicas para reduzir o traumatismo perineal e facilitar o nascimento espontâneo (incluindo massagem perineal, compressas mornas e proteção ativa do períneo com a mão) de acordo com a preferência das mulheres e com as opções disponíveis.

a respiração, a coloração da pele, a irritabilidade reflexa (choro) e o tónus muscular ao 1º, 5º e 10º minutos de vida. O score final é obtido pelo somatório da pontuação atribuída a cada parâmetro. No Quadro 2 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e atividades que implementei com o objetivo de promover a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Quadro 2 - Diagnóstico e intervenções relacionados com a adaptação à vida extrauterina

FOCO DE ATENÇÃO:	Nascimento
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
A Sara nasceu às 10:51h. Índice de Apgar ao 1º min com score de 10, 5º min com score de 10, 10º min com score de 10.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
10:51h - A Catarina encontrava-se em posição de decúbito lateral no momento do nascimento da Sara.	
10:54h - De acordo com a Catarina e o Vítor o corte do cordão será efetuado ao 3º minuto pelo Vítor. Catarina não pretende amamentar, mas gostava de realizar contacto pele com pele com a sua filha. Este contacto aconteceu de forma espontânea, a parturiente segurou o bebé junto ao seu peito nos primeiros momentos após o nascimento, tendo sido auxiliada neste momento, permaneceram em contacto pele com pele, aproximadamente uma hora. Posteriormente, foi oferecido leite adaptado por tetina.	
11:30h - A administração da vitamina K ocorreu quando o bebé estava em contacto pele com pele com a mãe.	
A Sara encontra-se bem-adaptada à vida extrauterina.	
DIAGNÓSTICO:	Nascimento
OBJETIVO: Promover a adaptação à vida extrauterina	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)	
Início: 10:54h	
1. <u>Executar clampeamento do cordão umbilical</u>	
✓ Realizar corte do cordão umbilical entre o 1º e o 3º minuto de vida ¹² , após validação com a mãe, foi realizado ao 3º minuto;	

¹² A WHO (2018) recomenda o corte tardio do cordão umbilical (não antes de um minuto após nascimento). Segundo os autores Souza et al. (2021) o corte tardio do cordão tem inúmeros benéficos para o recém-nascido. Aumenta os níveis de transfusão placentária para o recém-nascido permitindo que o volume sanguíneo retorne para o bebé cerca de 30 a 60%, pelo que leva a um aumento da hemoglobina diminuindo assim o risco de anemia na infância.

Numa revisão disponível na Cochrane, *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (2020) foi avaliado o efeito da clampagem do cordão umbilical. O efeito da clampagem do cordão umbilical em dois grupos de recém-nascidos de termo em que definiram o clampeamento do cordão precoce quando é inferior a 1 minuto após o nascimento e tardio quando o clampeamento fosse superior a 1 minuto ou quando o cordão umbilical deixava de pulsar. Concluíram que os recém-nascidos com corte precoce do cordão umbilical tinham concentrações de

- ✓ Clampar o cordão umbilical com uma distância de dois dedos de modo a permanecer um coto;
- ✓ Assistir o pai do bebé a cortar o cordão umbilical.

2. Executar técnica de pele com pele

- ✓ Colocar o recém-nascido em contacto pele com pele com a mãe¹³. Posiciona-lo ao nível do tórax da mãe, em decúbito ventral, com a cara virada para um dos lados, durante a primeira hora, ou até assim o desejar;
- ✓ Cobrir o recém-nascido com lençol seco e quente;
- ✓ Avaliar a respiração, tónus, coloração e posição do bebé de 15/15 mim.

3. Administrar vitamina K intramuscular.¹⁴

Nas primeiras duas horas após o parto, torna-se importante manter uma vigilância da puérpera, uma vez que é neste período que poderá ocorrer o risco de hemorragia pós-parto. Neste sentido, a vigilância constante e os cuidados imediatos são fundamentais para identificar e responder prontamente a qualquer complicação que possa surgir.

No quadro 3 perante o foco de atenção recuperação pós-parto: perda sanguínea pós-parto, apresento as intervenções e as atividades que foram implementadas de forma a determinar os sinais precoces de hemorragia pós-parto.

Quadro 3 - Intervenções relacionadas com recuperação pós-parto: perda sanguínea pós-parto

FOCO DE ATENÇÃO:	Recuperação pós-parto: perda sanguínea pós-parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 11:15h - A puérpera apresenta uma perda sanguínea em moderada quantidade; útero contraído na região infra umbilical; encontra-se normotensa e normocardica.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Puérpera apresenta útero bem contraído na região infra umbilical, apresenta lóquios em moderada quantidade de cor vermelho-vivo, com um odor “ <i>sui generis</i> ” e sem presença de coágulos.	

hemoglobina mais baixas e que entre os 3-6 meses tinham maior probabilidade de ter deficiência em ferro comparado com o outro grupo.

¹³ Segundo a WHO (2018) é recomendado manter os recém-nascidos (na ausência de complicações) em contacto pele-com-pele com a suas mães na primeira hora após o nascimento, para prevenir a hipotermia e promover a amamentação.

¹⁴ É indicado a administração de vitamina K intramuscular, após o nascimento, uma vez que tem sido demonstrada a sua eficácia na redução da prevalência da doença hemorrágica. Devido aos escassos depósitos e à curta semi-vida da vitamina K no recém-nascido, existe um comprovado risco, destes desenvolverem um quadro hemorrágico por défice desta vitamina (SPN, 2023). A administração pode ocorrer após o nascimento ou enquanto estiver a ocorrer o contacto pele com pele (Sequeira et al., 2020).

DIAGNÓSTICO:	Puerpério
OBJETIVO: Determinar os sinais precoces de hemorragia pós-parto	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)	
Início: 11:15h	
1. <u>Avaliar contração uterina</u> ✓ Assegurar que a puérpera apresentou esvaziamento vesical; ✓ Orientar a puérpera a colocar-se em posição dorsal e com joelhos fletidos; ✓ Colocar o bordo inferior da mão dominante em concha, na área onde se observa o fundo uterino e pressionar ligeiramente para baixo, e para a frente de forma a localizar o fundo uterino.	
2. <u>Avaliar lóquios</u> ✓ Determinar as características dos lóquios: lóquios em moderada quantidade de cor vermelho-vivo, com um odor “<i>sui generis</i>” e sem presença de coágulos.	

Uma vez que a puérpera se encontra hemodinamicamente estável e o recém-nascido bem-adaptado à vida extrauterina, duas horas após o parto, Catarina, Vítor e a recém-nascida Sara, foram transferidos para o internamento de puerpério.

Através deste caso, foi possível assistir a um parto fisiológico, onde o mais importante foi o apoio absoluto e respeitoso da Catarina, do Vítor e da Sara, fornecendo assim cuidados específicos e personalizados, não implementando intervenções desnecessárias, de forma a esta experiência fosse o mais positiva possível. Foi importante criar um ambiente calmo e acolhedor, transmitir tranquilidade, suporte e incentivo, de forma, a que esta se sentisse confiante das suas capacidades e empoderada para aquele momento.

Uma vez que não desejava analgesia epidural, foi importante para a Catarina escutar o seu corpo, sentir-se confiante, adotando assim as posições que a deixaram mais confortável, no entanto a respiração foi a estratégia não farmacológica, por ela utilizada para lidar com a dor de trabalho de parto.

Segundo Pereira et al. (2020) a utilização de métodos não farmacológicos possibilita uma melhor experiência de trabalho de parto, assegurando um parto mais humanizado ao colocar a mulher como protagonista.

De acordo com Baljon et al. (2022) os exercícios respiratórios devem ser realizados com inspiração profunda e rítmica pelo nariz e expiração lenta pela boca durante as contrações. Estes estimulam o sistema nervoso parassimpático, aumentam a oxigenação sanguínea e libertam endorfinas, o que diminui a frequência cardíaca promovendo uma sensação de calma (Isaac et al., 2023). Para Almeida et al. (2005) na fase ativa a respiração deve ser torácica com inspiração e expiração profundas e longas; na fase de transição a respiração deve ser lenta com inspiração sustentada por maior tempo possível durante o puxo contrátil, a fim de manter o diafragma exercendo força sobre o útero, seguido de expiração longa); no período expulsivo realizar respiração de pressão com execução de força abdominal (contração da musculatura estriada) no momento dos puxos.

Assim, de acordo com o regulamento n.º 391/2019 o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e convenientes significativos. Garante uma assistência de qualidade à mulher e proporciona um ambiente seguro durante o trabalho de parto e parto.

3.1.2. O uso da água na fase inicial do trabalho de parto

A dor surge como uma resposta sensorial, gerada pela integração de impulsos dos nervos periféricos, ativados por uma variedade de estímulos locais. O sistema sensorial da dor tem como função proteger o organismo e preservar a homeostase, detetando, localizando e identificando lesões, tanto reais quanto potenciais (Neves, 2020).

A dor durante o trabalho de parto manifesta-se essencialmente por dor abdominal e lombar associada à contratilidade uterina regular; dor pélvica ou perineal devido à compressão e distensão dos tecidos (Neves, 2020). A dor de trabalho de parto constitui um foco de atenção dos EEESMO, sendo definido pelo International Council of Nurses (ICN) (2019, p.54) uma “sensação de dor de intensidade e frequência crescentes, associada às contrações do útero e à dilatação cervical que ocorrem durante o trabalho de parto”.

Apesar do trabalho de parto ser considerado um fenómeno natural, tem sido demonstrado que a dor que o acompanha é uma experiência subjetiva e complexa, pelo que é interpretada de diferentes formas pela parturiente e que varia de mulher para mulher. Esta pode ser influenciada por diversos fatores nomeadamente o contexto social e cultura, crenças, pelo suporte familiar, pelo cansaço e até por experiências anteriores traumáticas (Santos et al., 2020).

O melhor método a utilizar para lidar com a dor, será aquele que, em determinado momento ao longo do trabalho de parto, ajude a parturiente a lidar com as suas sensações. Desta forma, segundo o Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO deve conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher. Assim, o papel do EEESMO é ajudar a mulher a compreender a dor de trabalho de parto como fisiológica e as estratégias que estão ao seu alcance para lidar com ela, nomeadamente os métodos não farmacológicos.

As estratégias não farmacológicas para lidar com a dor são uma opção ao uso do tratamento farmacológico. Através destas estratégias pretende-se melhorar a capacidade para lidar com a dor e não propriamente que esta desapareça (Cardoso et al., 2023b).

Relativamente às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, estas incluem: hidroterapia, deambulação e mudança de posição, exercícios de relaxamento, aromaterapia, massagem, musicoterapia, técnicas de

respiração, bola de parto, estimulação elétrica transcutânea e acupuntura (WHO, 2022; Santos et al., 2020).

A hidroterapia refere-se ao uso de água para acalmar e relaxar o corpo, o que pode ajudar a lidar com os desconfortos do trabalho de parto (Néné et al., 2016). Esta pode ser aplicada através de duche ou imersão na água. A água quente proporciona uma estimulação confortante dos nervos da pele, levando a uma vasodilatação com reversão da resposta nervosa simpática, provoca uma redução da produção de catecolaminas e promoção da libertação de endorfinas. Desta forma, demonstra benefícios ao nível da redução da intensidade da dor e ansiedade, promoção do relaxamento muscular e aumento da satisfação da mulher em relação ao parto (Ergin et al., 2023; Santos et al., 2020).

Uma meta-análise procurou analisar o efeito da hidroterapia, durante o primeiro estágio de trabalho de parto (Ergin et al., 2023). Os resultados referem uma ligeira redução da duração do primeiro estadiu de trabalho de parto, no grupo de intervenção, assim como uma diminuição significativa da intensidade da dor e dos níveis de ansiedade, e um aumento significativo do conforto experienciado pela parturiente (Ergin et al., 2023).

Os métodos não farmacológicos são técnicas fáceis de usar, económicas, seguras e obtêm resultados eficazes, estes permitem às parturientes sentirem-se preparadas para lidar com a dor de trabalho de parto, contribuindo para uma experiência de parto positiva, com o mínimo de intervenções possíveis (Ergin et al., 2023; Santos et al., 2020).

3.1.2.1. O efeito da água durante o trabalho de parto

A parturiente Catherine, 28 anos primigesta, IG: 39semanas + 5 dias, pelas 23:18h dirigiu-se ao serviço de urgência de obstetrícia do hospital da área de residência, por apresentar contratilidade dolorosa, com início pelas 21h. Toque vaginal realizado pela equipa médica na admissão, na qual se verificou uma dilatação de 3cm do colo do útero, 50% extinto, amolecido e em posição posterior, feto acima do I plano de Hodge. Bolsa amniótica íntegra. Admitida no bloco de partos, com diagnóstico de início de trabalho de parto. Veio acompanhada pela sua mãe.

A Catherine é saudável e desconhece alergias. Refere não ter restrições alimentares. Última refeição às 20h, desse dia. Comunicação verbal apenas em inglês.

A sua gravidez foi desejada e planeada, foi acompanhada na unidade de saúde familiar da sua residência. Refere ter frequentado a preparação para o parto do hospital. Catherine pretende um parto o mais natural possível, numa fase inicial não deseja analgesia epidural, sendo que a solicitará caso mude de ideias. Gostaria de experimentar hidroterapia na piscina existente no hospital. A parturiente foi informada acerca da utilização da piscina e explicados quais os critérios de entrada e saída da mesma.¹⁵

O grupo sanguíneo é ORh+¹⁶ e o SGB é negativo. Na recolha de dados Catherine referiu que pretende amamentar.

Após o acolhimento e efetuada a recolha de dados da Catherine, foram identificadas as necessidades dos cuidados de enfermagem, de forma a direcionar o foco de atenção, assim como enunciar os diagnósticos e

¹⁵ No hospital existe um protocolo de procedimentos a seguir quando as mulheres solicitam o uso da piscina. Quando manifestam essa vontade são explicados os critérios de entrada e saída da piscina. Se estiver de acordo com o que lhe foi apresentado, terá de assinar um consentimento informado. Foi ressalvado também que as parturientes só entram na piscina na fase ativa, pelo que, até esse momento, poderia utilizar o chuveiro como estratégia não farmacológica para lidar com a dor.

¹⁶ Deverá ser realizada colheita de sangue do cordão umbilical devido à incompatibilidade ABO.

prescrever as respetivas intervenções (e as atividades que concretizam a sua intervenção).

Através deste caso foi possível ajustar as necessidades individuais da parturiente, desde o uso do chuveiro, o uso da piscina e até ao momento que decide sair da mesma, com a finalidade da Catherine ter uma experiência de parto o mais positiva possível, indo ao encontro das suas expectativas.

Com o acompanhamento desta parturiente, foram adquiridas competências significativas em termos de avaliação da evolução do trabalho de parto assim como na implementação de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto, nomeadamente o uso da piscina. De forma a ir ao encontro das necessidades da parturiente, foi possível cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor. Indo assim ao encontro do regulamento n.º 391/2019 onde o EEESMO coopera com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor.

Neste caso, foi possível colaborar com o anestesista na colocação do cateter epidural¹⁷, assim como a realização de várias intervenções decorrentes desta técnica. Previamente foi colocado um acesso venoso para administração de fluídos - lactato de ringer - para prevenção da hipotensão. Foi possível ensinar e instruir a parturiente na adoção de uma postura mais correta para a realização do procedimento. Foi realizada a monitorização da tensão arterial materna, da temperatura assim como a monitorização do CTG. No final da realização da técnica a parturiente era posicionada em decúbito dorsal durante aproximadamente 30 minutos, de forma que o analgésico se distribuisse de igual modo pelos os dois hemisférios corporais. A eliminação urinária era frequentemente monitorizada, caso não ocorresse micção

¹⁷ O uso de analgesia epidural é cada vez mais utilizado para alívio da dor no trabalho de parto e parto. A analgesia epidural consiste na punção do espaço epidural, a nível lombar, com a administração de uma mistura de analgésicos. Sendo o cloridrato de ropivacaína (anestésico local) e o citrato de sufentanil (opioide) os mais utilizados. Este tipo de analgesia acarreta alguns efeitos secundários nomeadamente a hipotensão materna, febre e no caso de punção da dura mater poderá associar a presença de cefaleias intensas. A retenção urinária é outro efeito devido à redução da sensibilidade, levando a incapacidade em reconhecer a vontade de urinar (Néné et al., 2016). Antes da colocação do cateter epidural o anestesista explicava o procedimento à parturiente assim como todas as vantagens e desvantagens, posteriormente era dado o consentimento informada para assinar.

espontânea ou a mulher apresentasse desconforto ou globo vesical, era realizado esvaziamento vesical. O EEESMO preparava e administrava restantes dose de reforço do analgésico, conforme prescrição médica (administrar 10ml de Ropivacaina 2mg/ml por via epidural em SOS de 1/1h).

Outro ponto que destaco neste caso, foi conseguir ir ao encontro das expectativas da Catherine no pós-parto com o contacto pele com pele, culminando com a amamentação. Concretizando, por essa via, competências contempladas no regulamento n.º 391/2019 onde o EEESMO deve promover a saúde da mulher e do recém-nascido de forma a conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção da vinculação e apoio ao aleitamento materno.

Durante este período, foi notório os comportamentos inatos do recém-nascido ao longo dos nove estádios. Segundo Widström et al. (2020), após o nascimento, e em contacto pele com pele, o recém-nascido adota um comportamento instintivo, através de um processo que ocorre ao longo de 9 estádios iniciando com o choro de nascimento, depois vem o relaxamento, despertar, atividade, repouso, rastejar, familiarização com o mamilo, sucção (8.º estadio, correspondendo ao mamar espontaneamente) e por fim o sono. Ao longo deste período o recém-nascido coordena os cinco sentidos - visão, audição, olfato, paladar e tato. Assim, através desta prática foi possível favorecer a adaptação do recém-nascido ao ambiente extrauterino, e para a mãe, promove a amamentação e, para ambos, fortalece o vínculo afetivo.

No acompanhamento da Catherine, envolvendo a sua mãe em todo o processo, tomo como focos de atenção: trabalho de parto e o pós-parto imediato, e no recém-nascido o seu nascimento. Em seguida apresento a descrição e análise do modo como concebi e implementei os cuidados e de que forma este caso foi relevante para o desenvolvimento de competências.

No Quadro 4 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e as atividades que implementei com o objetivo de promover uma experiência de parto positiva.

Quadro 4 - Trabalho de parto

FOCO DE ATENÇÃO:	Trabalho de Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
21h - Na admissão Catherine refere uma dor ligeira, aquando da contração. No toque vaginal realizado pela equipa médica na admissão, apresentava uma dilatação de 3cm do colo do útero, 50% extinto, amolecido e em posição posterior, feto acima do I plano de Hodge. Bolsa amniótica íntegra. Apresentava contrações irregulares. Encontra-se na fase latente, no primeiro estádio do trabalho de parto. 22h - Inicia o uso do chuveiro, refere sentir um aumento da intensidade da dor, aquando da contração, mas com a água quente sente-se bem, pelo que pretende manter a ideia inicial e utilizar a piscina. 0h - Catherine refere uma maior pressão. Realizado toque vaginal apresentando uma dilatação de 5cm¹⁸ do colo do útero, 70% extinto, amolecido e em posição intermédia, feto acima do I plano de Hodge. Encontra-se assim na fase ativa do primeiro estádio do trabalho de parto. 0:30h - Catherine entra na piscina. 2h - Catherine refere um aumento da intensidade da dor, gostaria de sair da piscina e colocar cateter epidural. Quer saber se houve evolução. Ao toque apresenta uma dilatação de 7cm do colo do útero, extinto, amolecido e em posição centrada, feto acima do I plano de Hodge. Bolsa amniótica íntegra. Encontra-se na fase ativa no primeiro estádio do trabalho de parto. 2:40h - Colocado cateter epidural. 4h - Acorda com uma grande pressão na vagina. Neste momento teve rotura espontânea das membranas. Ao toque apresenta dilatação completa, extinto, em posição centrada, feto no I plano de Hodge, apresentação fetal cefálica e variedade occipto esquerda anterior. Apresenta contrações regulares. Solicita medicação para as dores, administrado ropivacaina via cateter epidural. 5h - Refere um aumento da pressão na vagina que não cede, refere mesmo que parece que está a arder. É visível a cabeça do feto. Neste momento Catherine opta por permanecer no leito, mantendo-se em posição semi-sentada¹⁹. 5:22h - Após o nascimento do bebé aguarda-se a dequitação. A puérpera encontra-se no terceiro estádio do trabalho de parto, que ocorre desde o nascimento até ao momento da expulsão da placenta. Encontra-se hemodinamicamente estável.	

¹⁸ A hidroterapia é recomendada quando a parturiente esteja na fase ativa do trabalho de parto (> 5 cm de dilatação), para evitar a desaceleração das contrações do trabalho de parto secundárias ao relaxamento muscular (Santos et al., 2020).

¹⁹ A posição de semi-sentada é definida como qualquer posição em que haja um ângulo superior a 45° entre o troco e os membros inferiores (Néné et al., 2016). Foi realizada num estudo a comparação entre o parto em posição de litotomia e parto com a parturiente sentada, na qual se conclui que a adoção da posição de semi-sentada durante o 2º estágio do trabalho de parto teve um efeito na redução da duração do período expulsivo, na redução da taxa de episiotomia, redução da taxa de parto instrumentado e na promoção de uma experiência de parto positiva (Fu et al., 2023).

5:40h - Dequitação natural e completa; globo de segurança de pinard formado; parturiente hemodinamicamente estável após dequitação.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

21h - Catherine pretende um parto o mais natural possível, numa fase inicial não deseja analgesia epidural, sendo que a solicitará caso mude de ideias. Gostaria de experimentar hidroterapia na piscina existente no hospital.

O quarto encontra-se apenas com uma luz de presença. Antes de usar a hidroterapia, no momento da contração, Catherine usa a bola de pilates enquanto a sua mãe realiza massagem na região lombar.

23h - Catherine refere que a água ajuda a lidar com a dor no momento da contração pelo que mantém a ideia da piscina.

0:30h - Realizadas intervenções segundo protocolo de entrada na piscina. Hemodinamicamente estável, apirética.

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

2:30h - Colocado cateter venoso periférico com soroterapia, uma vez que irá colocar cateter epidural²⁰.

2:40h - Encontra-se no leito para colocação do cateter, refere que está muito cansada e gostaria de descansar um pouco. Iniciou monitorização contínua de CTG.

3h - Encontra-se a dormir.

Teve rotura espontânea das membranas amnióticas às 4h, manteve-se sempre com líquido claro com um cheiro característico. Sem perda de sanguínea via vaginal. Hemodinamicamente estável.

A Catherine teve um parto eutócico às 5:22h na posição semi-sentada, sem intercorrências, com períneo íntegro e com uma perda de sangue adequada a este período.

A placenta apresenta um cordão com 40cm, duas artérias, uma veia, inserção do cordão umbilical marginal, apresenta dois folhetos, o amnion e o córion, reconstituição da bolsa sem alterações, bordos regulares, cotilédonos íntegros.

DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
---------------------	--------------------------

OBJETIVOS:

- Determinar a evolução do trabalho de parto e o bem-estar fetal;
- Facilitar o trabalho de parto/nascimento;
- Promover o autocontrolo: lidar com o trabalho de parto;
- Prevenir laceração do períneo;
- Promover um parto eutócico;
- Promover a dequitação.

²⁰ A colocação de cateter venoso periférico é uma prática comum durante o trabalho de parto. De acordo com a WHO (2018), a inserção de cateter venoso periférico é recomendada na presença de analgesia epidural.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)**Início:** 21:30h

1. Gerir ambiente físico para promover o relaxamento
 - ✓ Garantir um ambiente da unidade, calmo, tranquilo e confortável. Uma unidade, com pouca luminosidade, manter porta fechada e manter a privacidade - permanecendo no quarto apenas a sua mãe.²¹
2. Assistir no posicionar
 - ✓ Incentivar a parturiente a escutar o seu corpo e adotar a posição que se sinta mais confortável.
3. Gerir ingestão de líquidos
 - ✓ Oferecer à parturiente líquidos;
 - ✓ Incentivar a ingerir água, chá ou gelatina.
4. Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto
 - ✓ Ajudar a parturiente no movimento e alternância de posições, por ela escolhida de forma a aliviar o cansaço, aumentar o conforto, melhorar a circulação e promover a progressão do trabalho de parto.²²
5. Avaliar evolução do trabalho de parto
 - ✓ Efetuar toque vaginal;
 - ✓ Informar a parturiente qual a evolução do trabalho de parto;
 - ✓ Informar a parturiente que já se observa o coroamento do bebé.
6. Referenciar à equipa de anestesia
 - ✓ Comunicar à equipa de anestesia a decisão da mulher;
 - ✓ Colaborar no procedimento médico de colocação de cateter epidural.
7. Implementar medidas de proteção do períneo
 - ✓ Aplicar técnica de proteção do períneo ao suportar o períneo anterior e posterior com ambas as mãos para “proteção”, mantendo a flexão da cabeça fetal e controlo da expulsão da cabeça fetal.
8. Assistir no parto
 - ✓ Preparar o material necessário para assistir no parto (campo esterilizado, clamp do cordão umbilical, compressas, luvas, bata...);
 - ✓ Incentivar e elogiar a parturiente durante os esforços expulsivos espontâneos;
 - ✓ Questionar a parturiente se quer sentir a cabeça do seu bebé durante o coroamento;
 - ✓ Após a saída da cabeça do bebé, pedir à parturiente para que suspenda os esforços expulsivos e que respire rapidamente ou sopra para reduzir a pressão da apresentação no períneo, verificar a presença de circulares do

²¹ Um ambiente confortável, controlado e acolhedor pode reduzir a perceção da dor e a ansiedade, facilitando a evolução do trabalho de parto, assim como, a presença continua da pessoa significativa está associada a um menor tempo de trabalho de parto (Hodnett et al., 2013).

²² Promover a liberdade de escolha da posição verticalizada durante o primeiro estadio de trabalho de parto permite à mulher sentir-se capacitada, envolvida nos cuidados e consequentemente viver uma experiência mais positiva no parto (Ferrão & Zangão, 2017).

- cordão umbilical;
- ✓ Memorizar hora de nascimento;
- ✓ Secar o bebé;
- ✓ Permitir contacto pele com pele imediato, garantindo que o bebé se encontra seco e quente, de forma a prevenir as perdas de calor;
- ✓ Prestar atenção à perda sanguínea e aguardar pela dequitação;
- ✓ Inspeccionar períneo;
- ✓ Realizar a higiene perineal após a dequitação - lavar vulva e vagina com soro fisiológico.

9. Assistir na expulsão da placenta.

- ✓ Realizar extração placentária por tração controlada do cordão umbilical e pressão supra púbica;
- ✓ Aquando o descolmento da placenta, observado através do sinal de Krustner, pedir a mulher para reiniciar esforços expulsivos, de menor intensidade, e executar a manobra de Dublin (torção suave da placenta até exteriorização completa das membranas);
- ✓ Observar o tipo de dequitação (mecanismo de Schultz);
- ✓ Inspeccionar a placenta.

O uso de estratégias não farmacológicas amplia os recursos para lidar com a dor, e ajudam a manter uma sensação de autocontrolo sobre o processo do parto, podendo ser usadas pela mulher com ou sem a pessoa significativa (Cardoso et al., 2023b). No entanto, a presença da pessoa significativa torna-se um apoio essencial no uso das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, uma vez que podem colaborar na realização de exercícios da mobilidade de bacia, no uso da bola de parto, na realização de massagem, são essenciais para fornecer apoio emocional, usando elogios e apoiando a mulher, fazendo-se sentir mais controladas e confiantes. Vários são os benefícios com o apoio contínuo durante o trabalho de parto, nomeadamente a redução da necessidade de epidural, partos instrumentados, partos por cesariana, depressão pós-parto. A presença da pessoa significativa ajuda as mulheres a terem uma experiência de parto positiva (Bohren et al., 2019).

O desenvolvimento de capacidade para usar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto, tem efeito na redução da percepção da dor e da ansiedade (Cardoso et al., 2023b). No quadro 5 perante o foco de atenção: capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas apresento os dados, diagnóstico, intervenções assim como, as

atividades que implementei de forma a capacitar a puérpera e sua mãe no uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor.

Quadro 5 - Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas - diagnósticos e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 21:30h - Catherine refere que no momento da contração sente uma dor a nível da região lombar. Nesse momento a mãe realiza massagem nessa zona, mas sente que não o executa da forma mais eficaz. 0:30h - Refere que o uso da água a faz relaxar, gostava de saber se pode conjugar os dois métodos e de que forma.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Catherine pretende um parto o mais natural possível, numa fase inicial não deseja analgesia epidural, pretende utilizar estratégias não farmacológicas como a água e a massagem. Deambula pelo quarto, agachando-se no momento da contração. Estar sentada na bola de pilates e mobilizando a bacia ajuda a lidar com a dor.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar capacidade sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
OBJETIVO: - Melhorar a capacidade sobre lidar com a dor de trabalho de parto utilizando estratégias não farmacológicas; - Melhorar a capacidade da pessoa significativa em realizar massagem.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção) Início: 21:30h <u>Instruir e treinar a massagem²³ (pessoa significativa)</u> - Demonstrar à sua mãe como realizar massagem durante o trabalho de parto permitindo a parturiente experiencie o efeito em si e treine a sua utilização. <u>Instruir e treinar estratégias de relaxamento em meio aquático²⁴</u> ✓ Instruir exercícios de massagem, permitindo a parturiente experiencie o efeito em si e treine a sua utilização.	

²³ Um estudo realizado por Chang et al. (2002) que investigou os efeitos da massagem lombar na dor e ansiedade durante o trabalho de parto em mulheres primíparas, os resultados mostraram que as mulheres que receberam massagem, referem menos dor e apresentam uma dilatação cervical mais rápida em comparação com o grupo controlo.

²⁴ Num estudo foi analisado o impacto da água quente na experiência do parto, revelando que o grupo de intervenção teve uma experiência mais positiva, com uma maior perceção de apoio dos profissionais e um maior sentimento de segurança e maior envolvimento ativo no parto (Sharifipour et al., 2022).

A autoeficácia é definida como a capacidade de uma pessoa realizar com sucesso um determinado comportamento num momento específico da vida. Reflete crenças pessoais sobre comportamentos que podem influenciar os resultados (Bandura, 1997). Este conceito foi introduzido por Albert Bandura e tem sido aplicada nos diferentes contextos da vida humana. A autoeficácia durante o trabalho de parto e o parto refere-se à confiança que a parturiente tem na sua capacidade de enfrentar as diferentes etapas durante o processo. Essa confiança é fundamental para que ela possa controlar seu comportamento ao longo do trabalho de parto (Sousa et al., 2019).

No quadro 6 apresento os dados, diagnóstico e intervenções com o objetivo de melhorar a autoeficácia e promover a confiança nas suas próprias capacidades para lidar com a dor de trabalho de parto.

Quadro 6 - Diagnóstico e intervenções relacionadas com a autoeficácia para lidar com a dor

FOCO DE ATENÇÃO:	Autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
1h - Catherine mostrou-se insatisfeita com o modo como está a lidar com o aumento da intensidade da dor. Ao longo da conversa refere “não vou ser capaz”, “eu não vou conseguir”.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Encontra-se na piscina, vai alternando o posicionamento, tanto sentada como de quatro apoios. Sempre que possível a mãe realiza massagem na região lombar.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.
OBJETIVOS:	
- Melhorar a autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas; - Promover a confiança nas suas próprias capacidades para lidar com o trabalho de parto.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Início: 1h	
<u>Analisar com a parturiente os resultados alcançados;</u> <u>Elogiar o desempenho da parturiente;</u> <u>Avaliar a evolução na autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto</u>	

usando estratégias não farmacológicas.

A amamentação é a forma mais natural de fornecer ao recém-nascido os nutrientes essenciais para seu crescimento e desenvolvimento saudável. A amamentação deve ser incentivada o mais cedo possível, preferencialmente na primeira hora de vida do recém-nascido, e que seja mantida de forma exclusiva até os seis meses de idade (WHO, 2017). Os EEESMO tornam-se essenciais para o sucesso da prática do aleitamento materno, uma vez que, a sua assistência é baseada em evidência científica, tornando assim, que este momento seja vivenciado de forma prazerosa, livre de intercorrências e com satisfação (Nóbrega et al., 2023). Perante o foco de atenção amamentar, no quadro 7 apresento os dados e diagnóstico e intervenções implementadas com o objetivo de promover a amamentação na primeira hora de vida.

Quadro 7 - Amamentação: diagnóstico e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Amamentar
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Catherine referiu que gostaria de amamentar o seu filho.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
O Ethan mamou de forma eficaz, apresenta uma boa pega, bons reflexos de sucção e de deglutição, durante uma hora.	
DIAGNÓSTICO:	Amamentação
OBJETIVO: Promover a amamentação na 1º hora de vida.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Início: 5h	
1. <u>Gerir o ambiente físico</u> 2. <u>Assistir a Catherine a posicionar-se em decúbito lateral</u> 3. <u>Assistir a Catherine a posicionar o Ethan para mamar</u>	

Após o nascimento o recém-nascido era colocado sobre o peito da mãe, pele com pele. Esta técnica era uma prática comum utilizada pelo hospital. Não sendo realizada apenas se, as condições maternas ou do recém-nascido não o

permitisse ou por opção dos pais. O contato ininterrupto durante 90 minutos, maximizam a prontidão dos recém-nascidos para a amamentação (WHO, 2022). Deve iniciar imediatamente após o nascimento de forma contínua até à primeira mamada (Cardoso et al., 2024).

Com o acompanhamento da Catherine foi possível respeitar e apoiar todos os seus desejos e vontades expressas na admissão, garantindo assim que esta se sentisse ouvida e valorizada, tornando assim a experiência de parto o mais satisfatória e positiva possível. Foi possível desenvolver competências no âmbito da promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto e no período pós-natal, bem como a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, assim como conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

3.1.3. Quando a natureza necessita de ajuda: a indução do trabalho de parto

A indução do trabalho de parto consiste num processo artificial de estimulação uterina com o intuito de precipitar a fase ativa do trabalho de parto cujo objetivo final culmina num parto vaginal (Neves, 2020), inclui um conjunto diverso de métodos que desencadeiam contratilidade uterina (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPPMMF), 2022).

A maturação cervical designa um processo de preparação (amolecimento, encurtamento e dilatação) do colo do útero que ocorre tanto num parto espontâneo como num parto induzido (SPPMMF, 2022).

A indução do trabalho de parto deverá ser considerada quando a manutenção da gravidez é mais prejudicial para a grávida e/ou feto do que a terminação da mesma e apenas quando a via vaginal é adequada, tendo como o intuito de

reduzir eventos adversos materno-fetais, de forma a reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (DGS, 2015; Montenegro et al., 2014; Neves, 2020).

As indicações para a indução do trabalho de parto podem ser de causa materna ou fetal. A gravidez prolongada é a indicação mais frequente devido ao aumento significativo da morbimortalidade perinatal a partir das 42 semanas de gestação (Neves, 2020). Outras indicações são: hipertensão materna, rotura de membranas em ausência de trabalho de parto, restrição de crescimento fetal, patologia médico-cirúrgica materna, morte fetal intrauterina, condições sociais/demográficas (Graça, 2017; Neves, 2020).

O sucesso da indução do trabalho de parto está relacionado com diversos fatores nomeadamente a multiparidade, o índice de massa corporal superior a 30kg/m^2 , o peso de recém-nascido inferior a 3500g e a condição cervical favorável são considerados fatores de bom prognóstico. A condição cervical é o mais determinante, sendo de primordial importância a sua avaliação prévia à indução, sendo esta avaliação realizada através do índice de Bishop. Este índice correlaciona diversos dados durante a observação cervical da grávida, nomeadamente dilatação, extinção, consistência, descida e posição do colo uterino (Neves, 2020).

Valores do índice de Bishop inferiores a sete, o colo é considerado desfavorável, pelo que, deve ser realizada a maturação cervical com prostaglandinas ou dilatação mecânica do colo antes da indução do trabalho de parto, com valores iguais ou superiores a sete está indicado a indução do trabalho de parto com ocitocina (Ramalho & Moucho, 2024).

Vários são os métodos de indução do trabalho de parto, estes podem ser métodos farmacológicos através da perfusão de ocitocina²⁵ quando o colo é favorável, quando o colo é desfavorável os métodos mais utilizados são a dinoprostona e o misoprostol. Quanto aos métodos mecânicos o mais antigo e

²⁵ Durante o parto a sua ação é sob a contratilidade do miométrio. A sua administração é efetuada por via endovenosa. A ocitocina começa a atuar sobre o músculo uterino em média 3 a 5 minutos após o início da respetiva administração e são necessários pelo menos 40 minutos para que doses estáveis estejam presentes no plasma.

muito utilizado é o descolamento das membranas, causando libertação de prostaglandinas endógenas, outros métodos incluem diferentes tipos de cateter e dilatadores, sendo mais utilizado a sonda de foley (Neves, 2020).

A escolha do método de maturação e indução do trabalho de parto deve ser individualizada, considerando a avaliação da grávida e do feto e ir de encontro às expectativas da mulher. Uma vez que não existe um método único ideal para todas as grávidas, deve ser-lhes dada a oportunidade de participar na escolha após informação detalhada. É essencial ajustar as expectativas da grávida durante este processo, pelo que se considera um fator crucial para sua adesão ao método escolhido (SPPMMF, 2022).

Neste caso clínico, foi recomendada a indução por apresentar uma gravidez de 41 semanas e 3 dias, a OMS recomenda que seja oferecida às mulheres a possibilidade de indução de trabalho de parto a partir das 41 semanas de gestação, não sendo recomendado a sua realização antes desta data para mulheres com gravidez sem complicações (WHO, 2022).

Neste caso, a grávida apresentava um índice de Bishop com um score de 1, pelo que foi realizada maturação cervical com recurso a dois comprimidos misoprostol 25µg, por via oral, segundo prescrição médica.

O misoprostol é uma prostaglandina, inicialmente desenvolvido para a prevenção da úlcera gástrica, no entanto, desde os anos 80 do século XX que é utilizado na indução do trabalho de parto. Por ser dos métodos mais barato e eficaz é o fármaco de primeira linha para a indução do trabalho de parto, induzindo a contratilidade uterina ao nível cervical promovendo assim o amadurecimento do colo. Está contraindicado quando existem antecedentes de cirurgia uterina, pelo risco significativamente superior de rotina uterina. O misoprostol pode ser administrado via oral, sublingual, retal (Neves, 2020; SPPMMF, 2022).

Não existe consenso quanto à dose e intervalo entre administrações, a *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (2023) recomenda a administração de 25µg-50µg por via vaginal de 4/4 horas ou 25µg-50µg por via

oral de 2/2 horas, já a WHO (2022) recomenda a administração de 25µg por via oral de 2/2 horas ou 25µg por via vaginal de 6/6 horas.

Com a administração de misoprostol, pelo risco de hipertonia uterina (contração superior a dois minutos) e/ou taquissistolia (mais de cinco contrações em dez minutos) a monitorização cardiotocográfica deve ser realizada antes de cada aplicação (30 minutos), durante uma hora após a sua administração e sempre que existir contratilidade uterina dolorosa regular (Ramalho & Moucho, 2024; SPPMMF, 2022).

3.1.3.1. A importância do significado atribuído à indução do trabalho de parto

A parturiente Marta, 32 anos primigesta, grávida de 41 semanas e 3 dias. Pelas 8:30h deu entrada no hospital para indução de trabalho de parto. Na admissão, o toque vaginal realizado pela equipa médica, Marta apresentava colo posterior, duro, com 1cm de dilatação em início de extinção. Bolsa amniótica íntegra. Veio acompanhada pelo seu marido João. O nome da bebé será Maria. Foram encaminhados para o bloco de partos.

A Marta é saudável e desconhece alergias. Refere não ter restrições alimentares. Última refeição às 8h, desse dia. O grupo sanguíneo é ARh+ e o SGB é negativo. Refere que pretende amamentar. A sua gravidez foi desejada e planeada, foi acompanhada na unidade de saúde familiar da sua residência, que decorreu sem intercorrências. Refere ter frequentado a preparação para o parto do hospital.

Durante o acolhimento, foi possível perceber o faceis triste da Marta, em conversa referiu, que ao longo da gravidez, sempre construiu a ideia de que iria entrar em trabalho de parto espontaneamente, não pensando que poderia ser através da indução, pois desta forma a medicação é que irá fazer a

evolução do trabalho de parto e não o seu corpo. Menciona que apesar de ser um parto induzido, gostaria de experienciar um parto eutócico, mas com recurso a analgesia epidural e gostaria de manter sempre que possível a mobilidade e alternância de posições. Após o acolhimento e de ter efetuado a recolha de dados da Marta, foram identificadas as necessidades dos cuidados de enfermagem, de forma a direcionar o foco de atenção, assim como enunciar os diagnósticos e a prescrever as respetivas intervenções (e as atividades que concretizam a sua intervenção). Assim torna-se notório que a maior necessidade identificada será reformular o significado que atribuiu a indução do trabalho de parto, reformular o seu modo de pensar e ressignificar o modo como entende a indução do trabalho de parto.

A escolha deste caso deve-se ao facto de se tratar de uma indução de trabalho de parto que se encontra numa fase latente do trabalho de parto, permitindo assim aquisição de conhecimentos nesta área. O acompanhamento do primeiro estadio do trabalho de parto, torna-se bastante importante, uma vez que é a fase mais longa do trabalho de parto, pelo que é importante a assistência à mulher e o seu marido para uma experiência de parto positiva. Através deste caso foi possível desenvolver habilidades e suporte e ajuda na reformulação do significado que a Marta tinha atribuído à indução do trabalho de parto. A identificação dos significados atribuídos pode surgir a partir de expressões faciais e comportamentais ou através da valorização de palavras quando se explora as expectativas e significados. (Cardoso et al., 2023 b). Assim, tornou-se importante desenvolver uma comunicação clara e eficaz, de forma a garantir que as suas preferências e decisões fossem respeitadas e ouvidas. Ao promover uma escuta ativa e empática tornou-se fundamental para ganhar confiança e segurança no casal. Enquanto EEESMO foi importante adequar os cuidados às necessidades específicas da Marta e do seu marido João, de forma a promover uma experiência de parto positiva.

Uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e clientes, torna-se fundamental uma vez que promove uma relação terapêutica facilitadora da expressão de ideias, sentimentos e expectativas (DGS, 2015).

O presente plano de cuidados decorreu durante o turno da manhã (8h às 14h) do bloco de partos.

Durante o acompanhamento da Marta, envolvendo o João em todo o processo, tomo como focos de atenção: trabalho de parto, significado atribuído à indução do trabalho de parto e capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto. Em seguida apresento a descrição e análise do modo como concebi e implementei os cuidados e de que forma este caso foi relevante para o desenvolvimento de competências. No quadro 8 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e atividades que implementei com o objetivo de promover uma experiência de parto positiva.

Quadro 8 - Diagnóstico e intervenções relacionadas com trabalho de parto

FOCO DE ATENÇÃO:	Trabalho de Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
9h - Marta foi admitida no bloco de partos para indução do trabalho de parto. Toque vaginal realizado pela equipa médica, Marta apresentava colo posterior, duro, com 1cm de dilatação em início de extinção. Apresentação fetal cefálica. Bolsa amniótica íntegra. Iniciou CTG. 10h - De modo a iniciar o processo de indução, foi administrado dois comprimidos misoprostol 25µg, por via oral às 10h, conforme prescrição médica. 13h - Toque vaginal apresentava colo posterior, com 2cm de dilatação e 50% de extinção. Bolsa amniótica íntegra. Iniciou CTG. 14h - Por indicação médica, administrado dois comprimidos misoprostol 25µg, por via oral.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Marta refere vontade de ter um parto eutócico com recurso a analgesia epidural. 9:30h - Uma vez que irá iniciar indução do trabalho de parto, foi colocado acesso venoso periférico. Bem-estar fetal - linha de base: 140bpm; variabilidade: 5-25 bpm; com acelerações e sem desacelerações, sem contratilidade uterina e com registo de movimentos fetais. 13h - Bem-estar fetal - linha de base: 140bpm; variabilidade: 5-25 bpm; com acelerações e sem desacelerações, contratilidade uterina irregular e com registo de movimentos fetais.	
DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
OBJETIVOS:	
• Determinar a evolução do trabalho de parto e o bem-estar fetal; • Promover o autocontrolo: lidar com o trabalho de parto;	

- Facilitar o trabalho de parto/nascimento;
- Promover um parto eutócico.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)**Início:** 9h

1. Gerir ambiente físico
 - ✓ Garantir um ambiente da unidade, calmo, tranquilo e confortável. Uma unidade, com pouca luminosidade, manter porta fechada e manter a privacidade - permanecendo no quarto apenas o seu marido.
2. Avaliar bem-estar fetal
 - ✓ Monitorização cardiotocográfica
3. Assistir no posicionar
 - ✓ Incentivar a parturiente a escutar o seu corpo e adotar a posição que se sinta mais confortável.²⁶
4. Avaliar evolução do trabalho de parto
 - ✓ Efetuar toque vaginal;
 - ✓ Informar a parturiente qual a evolução do trabalho de parto.
5. Gerir ingestão de líquidos
 - ✓ Oferecer à parturiente o almoço;
 - ✓ Incentivar a ingerir água, chá ou gelatina.
6. Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto
 - ✓ Ajudar a parturiente no movimento e alternância de posições, por ela escolhida de forma a aliviar o cansaço, aumentar o conforto, melhorar a circulação e promover a progressão do trabalho de parto.

O significado é construído a partir da interpretação que cada pessoa faz da realidade que o envolve e experiencia. A atribuição de significado positivo ou neutro à experiência pode ser facilitador da transição. A reformulação dos significados demora o seu tempo e precisa de ser nutrida pela promoção da reflexão sobre as razões para tal entendimento da realidade. Assim, é importante substituir o que pensa por novas visões, pensamentos e emoções (Cardoso et al.,2023b). No quadro 9 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e atividades implementadas com o objetivo de reformular significado atribuído à indução do trabalho de parto.

²⁶ O EEESMO deve fornecer todas as orientações sobre os benefícios da deambulação e das posições verticais, durante o trabalho de parto, de forma a que a parturiente tome uma decisão consciente e informada e, dessa forma, contribuir para uma experiência positiva no parto, o que terá claramente efeito ao nível da satisfação com o parto (Ferrão & Zangão 2017).

Quadro 9 - Diagnósticos e intervenções relacionados com o significado atribuído à indução do trabalho de parto

FOCO DE ATENÇÃO:	Significado atribuído à indução do trabalho de parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 9:30h - Marta refere que não era isto que esperava para o seu parto, referindo mesmo que, com a indução do trabalho de parto perdeu o controlo do seu parto e das expectativas que tinha idealizado.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: 9:30h - A parturiente referiu que o seu desejo era um parto eutócico de início espontâneo. 12h - Marta consegue perceber ser um procedimento normal para a sua IG que poderá manter o seu desejo de um parto eutócico. Neste momento para ela é que a sua filha nasça saudável. Desta forma, o significado atribuído à indução do trabalho de parto é facilitador.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar o significado atribuído à indução do trabalho de parto
OBJETIVOS: Reformular significado atribuído à indução do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção) Início: 9:30h <u>Assistir parturiente a analisar significado dificultador</u> ✓ Explicar o que é um significado; - O significado é uma representação interna, que, por ser um pensamento, não é permanente, pode ser alterado. ✓ Explicar sobre indução do trabalho de parto; - A gravidez prolongada é um dos motivos para a realização da indução do trabalho de parto. É um processo artificial de estimulação uterina com o intuito de precipitar a fase ativa do trabalho de parto cujo objetivo final culmina num parto vaginal. Esta será iniciada com recurso a dois comprimidos misoprostol 25µg, por via oral. ✓ Analisar com a Marta a compreender quais os fatores que a levam a percecionar esta experiência como dificultadora; - Foram colocadas questões para promover a reflexão sobre a indução do trabalho de parto: O que a leva a pensar que perdeu o controlo do seu parto? O que ganha e o que perde por pensar dessa forma? Conhece alguém que conheça que tenha tido uma experiência bem-sucedida? De que forma poderá usar essa experiência? De 0 a 10, quanto considera que esse modo de pensar contribuirá para a experiência de parto que gostaria de ter? Estas questões permitiram à Marta refletir sobre a indução do trabalho de parto, de forma a reformular o seu significado, tornando-se facilitador. <u>Avaliar evolução no significado atribuído à indução do trabalho de parto</u>	

A capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto envolve desenvolver habilidades para usar a posição corporal, os ossos e os músculos pélvicos, com ou sem dispositivo, como elementos facilitadores do trabalho de parto (Cardoso et al., 2023b).

A OMS recomenda e encoraja o movimento e a verticalidade durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco (WHO, 2018). As posições e os movimentos corporais usam a gravidade para ajudar na descida da cabeça do feto através da pelve (Cardoso et al., 2023b). A capacidade da mulher se movimentar e adotar diferentes posições não só reduz a dor e o desconforto como também melhora a eficácia das contrações uterina e acelera a progressão do trabalho de parto (Lawrence et al., 2013). No primeiro estadio de trabalho de parto caminhar e adotar posições verticais reduzem a dor de trabalho de parto, o risco de parto por cesariana a necessidade de analgesia epidural, influenciam a experiência positiva em relação ao parto e não parece estar associado ao aumento da intervenção ou efeitos negativos nas mães e o bem-estar dos bebés (Garbelli & Lira, 2021; Lawrence et al., 2013).

A utilização de dispositivos facilitadores do trabalho de parto facilita a adoção de posições promotoras da mobilidade da pelve levando a progressão do trabalho de parto (Cardoso et al., 2023b). Durante o acompanhamento da Marta e do João o dispositivo utilizado como estratégia foi a bola de parto como promotora da mobilidade da bacia, durante o primeiro estadio de trabalho de parto. O uso da bola de parto facilita o posicionamento vertical e a mobilidade pelo que promove a decida do feto auxiliada pela gravidade, assim como o aumento das dimensões pélvicas (Cardoso et al., 2023b).

No quadro 10 apresento os dados, diagnóstico e intervenções com o objetivo de melhorar a capacidade da Marta para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Quadro 10 - Diagnóstico e intervenções relativamente à capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

FOCO DE ATENÇÃO:	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 10h - Marta reconhece a vantagem da utilização das estratégias facilitadoras do trabalho de parto e relaciona a sua execução com a evolução. No entanto, tanto a sua postura corporal, assim como a sua posição quando se encontra sentada na bola necessita de ser melhorada para evoluir para mestria, revelando alguns desequilíbrios. Questiona se é possível ajudá-la a melhorar esta postura, utilizando também a bola de parto.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Marta encontra-se sentada na bola de parto e realiza movimentos de saltitar e movimentos circulares, demonstra dificuldade em utiliza-la.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS: Melhorar a capacidade da Marta para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção) Início: 10h <u>Instruir e treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto</u> ✓ Demonstrar como realizar os exercícios promotores da evolução do trabalho de parto; ○ De pé - com os pés ligeiramente afastados e joelhos ligeiramente fletidos, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas, e com a pelve - desenhar movimentos circulares para a esquerda e para a direita; movimentos para a frente e para trás; movimentos de desenhar o sinal de infinito. ○ Sentada - com as pernas ligeiramente afastadas, associar uma ligeira inclinação lateral em ambos os sentidos, produzindo assimetria. ✓ Proporcionar à parturiente experiencie o efeito em si. <u>Instruir e treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto</u> ✓ Demonstrar o uso da bola de parto; ○ De pé - de frente para a bola deverá abraçar-la contra uma superfície dura; de costas para a bola deverá apoiar a bola entre as costas e uma parede, com os pés ligeiramente afastados à largura da anca e joelhos fletidos, fazendo movimentos de agachamento e laterais. ○ Sentada - garantir que a anca-jelho-tornozelo se encontra em ângulo de 90° e se encontra descalça ou com calçado antiderrapante. Mobilizar movimentos de saltitar em cima da bola; realizar movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito. ✓ Proporcionar à parturiente experienciar o uso da bola de parto.	

Durante o acompanhamento da Marta e do João foi possível compreender a importância de promover momentos oportunos para dialogar e refletir com eles relativamente à indução do trabalho de parto. Foi necessário analisar o significado atribuído a indução do trabalho de parto e desta forma, transmitir informações que os ajude a melhorar o significado, desmistificando os pensamentos negativos, fortificando a autoestima e proporcionando ferramentas para que se sintam preparados para aquele momento.

Foi importante tornar-me proativa e dinâmica com este casal, desempenhando assim, um papel fundamental na recomendação das estratégias facilitadoras do trabalho de parto de forma a ajudar a Marta a sentir-se o mais confortável, segura e capacitada durante o trabalho de parto.

A liberdade de movimentos da Marta foi sempre possível, mesmo nos momentos de necessidade de realizar CTG, uma vez que foi sempre utilizada a telemetria, permitindo assim utilizar a bola de parto e o deambular, tornando-se benéfico para promover a dilatação cervical e a descida do feto no canal de parto.

Face às competências dos EEESMO, estes têm autonomia para contribuir de uma forma significativa na experiência do momento do parto da mulher/casal, ao informá-los e capacitá-los, de forma que façam escolhas cada vez mais conscientes, sendo eles os principais protagonistas nesse momento.

3.1.4. A diabetes gestacional

A Diabetes Gestacional é caracterizada como uma intolerância aos hidratos de carbono, sendo diagnosticada ou detetada pela primeira vez durante a gravidez, com graus variáveis de hiperglicemia materna (Araújo et al., 2022; Montenegro et al., 2014; Neves, 2020).

A diabetes gestacional é fator de risco para diversas complicações maternas e fetais, (Almeida et al., 2017), não apresenta risco aumentado de malformações congénitas, no entanto, em relação ao feto a complicação mais grave será a macrosomia, com todos os problemas que daí possam advir. Em relação à complicação materna mais frequente é a pré-eclampsia (Neves, 2020). Relativamente aos riscos infantis incluem a obesidade, atraso no desenvolvimento neurológico e intelectual, bem como diabetes *mellitus* tipo 2 (Almeida et al., 2017).

A grávida com diabetes gestacional deverá ser acompanhada por um nutricionista/dietista que deverá realizar um plano alimentar personalizado de acordo com o estado nutricional. O exercício físico é fundamental para melhoria do controlo glicémico, principalmente no período pós-prandial (Néné et al., 2016; Neves, 2020). No hospital onde foi realizado o estágio, as grávidas com diagnóstico de diabetes gestacional, realizam uma primeira consulta com o EEESMO com o objetivo de ajudar a adaptar-se a esta nova condição de saúde, nomeadamente promover o conhecimento sobre a dieta, autovigilância do perfil glicémico; necessidade do exercício físico; e, posteriormente, instruir e treinar a autovigilância: glicemia capilar. Seguidamente, na consulta a equipa médica faz o encaminhamento para nutrição e endocrinologista.

A IG ideal para a programação do parto depende, essencialmente, do controlo metabólico materno e alterações no crescimento fetal. A indução do trabalho de parto é recomendada às 39 semanas nas mulheres com diabetes gestacional com necessidades de terapêutica farmacológica (Almeida et al., 2017), tem como objetivo a diminuição da morte fetal e/ou complicações relacionadas com a macrosomia (distocia de ombros, lesões do plexo braquial, fratura da clavícula, asfixia) que apresentam risco aumentado.

De acordo com Almeida et al. (2017) os potenciais benefícios associados à indução do trabalho de parto são para evitar mortes fetais tardias e complicações relacionadas com o aumento excessivo do peso fetal (distocia de ombros e lesões do plexo braquial). Referindo também as potenciais

desvantagens, nomeadamente o risco de taquissístolia, induções falhadas, aumento do risco de parto intervencionado, prematuridade iatrogénica.

O parto via vaginal é considerado sempre o preferencial, no entanto, perante uma estimativa ponderal fetal superior a 4500gr, deverá ser ponderada uma cesariana eletiva (Almeida et al., 2017; Montenegro et al., 2014; Néné et al., 2016; Neves, 2020).

No pós-parto é relevante incidir sobre a promoção de estilos de vida saudáveis e incentivar a amamentação precoce, uma vez que diminui o risco de desenvolvimento futuro de diabetes (Almeida et al., 2017; DGS, 2011).

3.1.4.1. O uso da bola em forma de amendoim durante a utilização de analgesia epidural

A parturiente Andreia, 26 anos primigesta, grávida de 39 semanas, apresenta diabetes gestacional controlada com dieta e antidiabéticos orais, pelas 8:30h deu entrada no hospital para indução de trabalho de parto de forma a evitar as complicações associadas à diabetes gestacional. Veio acompanhada pelo seu marido Pedro. O nome da bebé será Francisca e tem uma estimativa de peso fetal de 3500gr. No toque vaginal realizado pela equipa médica, Andreia apresentava colo posterior, duro, com 1cm de dilatação em início de extinção, apresentação cefálica. Bolsa amniótica íntegra. Sem registo de contrações. Foram encaminhados para o bloco de partos, para indução do trabalho de parto.

A sua gravidez foi desejada e planeada, o diagnóstico de diabetes gestacional da Andreia foi diagnosticado ainda no primeiro trimestre, pelo que o acompanhamento da gravidez foi realizado no hospital pelas EEESMO, na consulta externa. O grupo sanguíneo é ORh+ e SGB é positivo.

A Andreia é saudável e desconhece alergias. Quando questionada sobre as suas expectativas, desejos e vontades, refere ter a expectativa de um parto eutócico com recurso a analgesia epidural, mas pretende manter-se ativa com alternância de posições ao longo do trabalho de parto. Refere que a presença do Pedro será muito importante e gostaria que fosse ele a realizar o corte do cordão. Pretende realizar contacto pelo com pele com a Francisca e amamentar na primeira hora de vida.

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO tem a responsabilidade de cuidar da mulher inserida da família e comunidade durante o trabalho de parto a fim de promover a saúde materna e facilitar a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Este deve ser capaz de identificar precocemente e prevenir complicações que possam afetar a saúde da mulher e do recém-nascido.

Ao realizar um plano de cuidados para uma parturiente com diabetes gestacional, proporcionou adquirir conhecimentos nesta área de estudo, baseado na evidência, assim como ao nível das competências e capacidades, permitindo tomar decisões autónomas e analisar as intervenções do EEESMO. Neste caso as intervenções centraram-se no conhecimento/capacidade da parturiente para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto, visto ser as maiores necessidades da parturiente.

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO apresenta como competência providenciar cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto, de forma a conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções específicas, de acordo com estas condições. No caso da Andreia, uma diabética gestacional controlada com dieta e antidiabéticos orais será importante monitorizar os seus níveis de glicose e se necessário administrar insulina com o objetivo de estabilizar os valores.

O presente plano de cuidados decorreu durante o turno da tarde (14h às 20h) do bloco de partos.

Na admissão do bloco de partos de forma a iniciar o processo de indução do trabalho de parto, foi colocado acesso venoso periférico para a realização de terapêutica endovenosa. Iniciou monitorização cardiotocográfica, apresentando frequência cardíaca fetal: 110-140bpm; variabilidade: 5-25 bpm; com acelerações e sem desacelerações, sem contratilidade uterina e com registo de movimentos fetais. Sendo uma grávida com diabetes gestacional, iniciou protocolo de atuação do serviço: iniciou perfusão de polieletrolítico glicosado a 125ml/h e pesquisa de glicemia capilar de 4/4h. Às 9:30h - foram administrados dois comprimidos Misoprostol 25µg, por via oral. Por apresentar um SGB positivo iniciou protocolo do serviço, ou seja, iniciou antibioterapia com penicilina²⁷ alternando entre a potássica e a sódica.

Às 13h - toque vaginal apresentava colo posterior, com 3cm de dilatação e 50% de extinção, colo intermédio, amolecido. Bolsa amniótica íntegra. O traçado CTG apresenta frequência cardíaca fetal: 140bpm; variabilidade: 5-25 bpm; com acelerações e sem desacelerações, com registo de movimentos fetais, e contrações irregulares.

13:30h - Foi administrada 2ª dose de penicilina. Por indicação médica, foi administrada 2ª toma de dois comprimidos Misoprostol 25µg, por via oral.

Durante o turno da manhã foi colocado cateter epidural, solicitando bólus de medicação quando apresentava dor na região lombar e abdominal aquando da contração uterina, no entanto pretende manter a mobilidade e alternância de posições.

No acompanhamento da Andreia, envolvendo o seu marido Pedro todo o processo, tomo como focos de atenção: trabalho de parto, conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto, capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto e metabolismo. Em seguida

²⁷ A penicilina pertence ao grupo de antimicrobianos chamado beta-lactâmicos e exerce uma influência significativa sobre as bactérias Gram-positivas. É o antibiótico usado para a profilaxia de prevenção de infeção neonatal por SGB. A profilaxia deve ser iniciada no momento da admissão por trabalho de parto ou rotura prematura de membranas e deverá terminar no momento do parto. Deve ser administrada de 4/4h até ao parto com uma dose inicial de 5 milhões de unidades e 2,5 milhões de unidades nas doses seguintes (Montenegro et al., 2014). No hospital o antibiótico mais usual era a penicilina administrado por via endovenosa, alternando entre a sódica e a potássica, no entanto, em caso de a grávida apresentar alergia era utilizado a clindamicina.

apresento a descrição e análise do modo como concebi e implementei os cuidados e de que forma este caso foi relevante para o desenvolvimento de competências. No Quadro 11 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e as atividades que implementei com o objetivo de promover uma experiência de parto positiva.

Quadro 11 - Diagnóstico e intervenções relacionadas com trabalho de parto

FOCO DE ATENÇÃO:	Trabalho de Parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: Andreia encontra-se em indução do trabalho de parto desde as 9:30h. Apresenta cateter epidural para administração de terapêutica. Às 13h no toque vaginal apresentava colo posterior, com 3cm de dilatação e 50% de extinção, colo intermédio, amolecido. Feto acima do I plano de Hodge. Bolsa amniótica íntegra. 14:30h - A minha chegada Andreia encontrava-se calma, a descansar no leito, sem dor. Monitorização continua por telemetria. 15h - Andreia refere uma dor na região lombar e abdominal aquando da contração uterina, pelo que solicita administração de medicação. Requisitou novamente pelas 17h. A gestão de analgesia foi controlada através da administração de terapêutica prescrita. 17:30h - Apresenta contrações regulares: duas contrações em dez minutos. Realizado toque vaginal, apresenta uma dilatação de 6cm do colo do útero, extinto, amolecido e em posição intermédia, feto no I plano de Hodge. Por indicação médica não foi administrado nova dose de misoprostol, realizada amniotomia para posteriormente iniciar perfusão de ocitocina.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A expectativa da Andreia é que seja um parto eutócico e pretende manter-se ativa com alternância de posições ao longo do trabalho de parto. 14:30h - Bem-estar fetal: normal (linha de base: 140 bpm; variabilidade: 5-25 bpm, com acelerações e sem desacelerações, contrações irregulares, com registo de movimentos fetais). 15h e 17h - Hemodinamicamente estável. Bem-estar fetal: normal (frequência cardíaca fetal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm, com acelerações e sem desacelerações, contrações irregulares, com registo de movimentos fetais). 17:30h - Realizada amniotomia. Características do líquido: líquido claro em moderada quantidade e um cheiro característico. Bem-estar fetal: normal (Frequência cardíaca fetal: 110- 140 bpm; variabilidade: 5-25 bpm, com acelerações e sem desacelerações, contrações rregulares, com registo de movimentos fetais). 18:30h- Iniciou perfusão²⁸ endovenosa com dez unidades de ocitocina em 1000ml de soro glicosado a 5% ao ritmo de 15ml/h	

²⁸ Perante índice de Bishop favorável pode ser iniciada a perfusão de ocitocina uma hora após a realização de amniotomia. Inicia perfusão endovenosa com dez unidades de ocitocina em 1000ml de soro glicosado a 5% ao ritmo de 15ml/h (Ramalho e Moucho, 2024).

DIAGNÓSTICO:	Trabalho de parto
OBJETIVOS: • Determinar a evolução do trabalho de parto e o bem-estar fetal; • Promover o autocontrolo: lidar com o trabalho de parto; • Facilitar o trabalho de parto/nascimento; • Promover um parto eutócico.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção) Início: 14:30h 1. <u>Gerir ambiente físico para promover o relaxamento</u> ✓ Garantir um ambiente da unidade, calmo, tranquilo e confortável. Uma unidade, com pouca luminosidade, manter porta fechada e manter a privacidade - permanecendo no quarto apenas a sua pessoa significativa. 2. <u>Assistir no posicionar</u> ✓ Incentivar a parturiente a escutar o seu corpo e adotar a posição que se sinta mais confortável. 3. <u>Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto</u> ✓ Ajudar a parturiente no movimento e alternância de posições, por ela escolhida de forma a aliviar o cansaço, aumentar o conforto, melhorar a circulação e promover a progressão do trabalho de parto. 4. <u>Avaliar evolução do trabalho de parto</u> ✓ Efetuar toque vaginal; ✓ Informar a parturiente qual a evolução do trabalho de parto. 5. <u>Avaliar bem-estar fetal</u> ✓ Monitorização cardiotocográfica 6. <u>Gerir analgesia</u> ✓ Administrar bólus de ropivacaina por cateter epidural.	

Sendo o trabalho de parto um processo corporal, este pode ser influenciado por diversos fatores, nomeadamente a eficácia das contrações uterinas, a descida da apresentação fetal, a mobilidade da pelve, o relaxamento e elasticidade dos músculos pélvicos e os níveis de hormonas de stress e os seus efeitos. O conhecimento de como algumas acções/comportamentos poderão influenciar estes fatores, poderá contribuir para compreender as razões para a adoção de estratégias facilitadoras do trabalho de parto (Cardoso et al., 2023b). Assim, face aos dados recolhidos, no quadro 12 apresento o

diagnóstico e as atividades que implementei com o objetivo de facilitar a progressão do trabalho de parto.

Quadro 12 - Diagnóstico e intervenções relativamente ao conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

FOCO DE ATENÇÃO:	Conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
Andreia refere lembrar-se que nas sessões de preparação para o parto foram abordados os vários benefícios relativamente às estratégias facilitadoras do trabalho de parto, para a promoção da descida do bebé. Falaram também dos diferentes dispositivos existentes no hospital, mas só se lembra de posições com a bola de partos. 15:30h - Uma vez que ainda apresenta algum formigueiro e diminuição da sensibilidade ao nível dos membros inferiores e irá ter que permanecer no leito, apresenta interesse em saber mais sobre qual o dispositivo que mais se adqua a ela neste momento.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Andreia encontra-se acompanhada pelo seu marido. Refere que não quer estar parada, mesmo tendo de ficar na cama gostaria de se mobilizar. Encontra-se no leito, uma vez que foi administrado ropivacaina por via epidural.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVO:	
Facilitar a progressão do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)	
Início: 15:30h 1. <u>Ensinar sobre o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto</u> ✓ Explicar a utilidade da bola em forma de amendoim²⁹ ○ A bola em forma de amendoim é uma alternativa à bola de parto tradicional, é uma grande bola alongada em formato de amendoim, este formato permite que seja colocada entre as pernas da mulher durante o trabalho de parto, enquanto ela permanece deitada, facilitando a abertura da pelve e melhorando as contrações uterinas conferindo assim benefícios semelhantes à posição vertical (Grenvik et al.,2019). O uso da bola em forma de amendoim pode ser considerado em mulheres em trabalho de parto sob analgesia epidural de forma a	

²⁹ A meta-análise realizada por Grenvik et al. (2019), com 648 participantes, demonstrou que o uso da bola amendoim, em combinação com a analgesia epidural, reduziu a duração total do trabalho de parto em mais de uma hora. Também um estudo realizado por Outland e Alvarado (2019) indicou que o uso da bola amendoim em parturientes sob analgesia epidural esteve associado a um aumento no número de partos vaginais eutócicos.

facilitar a progressão do trabalho de parto.

A mulher é protagonista do seu parto, sentir-se capaz para lidar com o trabalho de parto contribui para que tenha uma experiência mais positiva, por se sentir mais no controlo do processo, mais informada para fazer escolhas e compreenda melhor o processo em si (Cardoso et al., 2023b). A capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto pode ser entendida como o conjunto de habilidades necessárias para ser capaz de realizar determinada ação que visa, direta ou indiretamente influenciar positivamente a evolução do trabalho de parto. No quadro 13 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e atividades que implementei com o objetivo de capacitar a Andreia no uso da bola em forma de amendoim.

Quadro 13 - Diagnóstico e intervenções relativamente à capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

FOCO DE ATENÇÃO:	Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
15:30h - Andreia refere que nas sessões de preparação para o parto apenas fizeram exercícios na bola de parto. Não utilizaram a bola em forma de amendoim, pelo que solicita saber como usa-la na posição de deitada ou semi sentada. Não tem experiência no uso da bola em forma de amendoim.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
No hospital existe ao dispor vários dispositivos, nomeadamente bola de parto e bola em forma de amendoim. 15h - Solicita analgesia uma vez que já começa a sentir dor na região lombar e abdominal aquando da contração uterina. 15:30h - Refere que ainda apresenta algum formigueiro e diminuição da sensibilidade ao nível dos membros inferiores. Uma vez que irá permanecer deitada durante mais algum tempo, gostaria de usar a bola em forma de amendoim.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto
OBJETIVOS:	
Melhorar a capacidade da Andreia para usar a bola em forma de amendoim como estratégias facilitadoras do trabalho de parto.	

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)**Início:** 15:30h

1. Instruir e treinar³⁰ o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto (bola em forma de amendoim)
 - ✓ Demonstrar o uso da bola em forma de amendoim
 - Posição - lateral esquerdo: deverá colocar a bola entre as coxas, com uma das pernas pousada na cama ligeiramente fletida, e com a outra perna sobre a zona mais estreita da bola em ângulo reto entre a anca e o joelho e o pé fica apoiado na cama; colocar a bola sobre o colchão, paralela ao corpo, e apoiar o joelho na parte mais larga da bola e o pé na outra parte mais alta.
 - Posição semi-sentada: deverá colocar a bola sobre a cama, apoiando uma das pernas na parte mais estreita da bola, a outra perna em abdução a rodear a parte mais larga da bola pousada na cama.
 - ✓ Proporcionar à grávida experienciar o uso da bola em forma de amendoim.

Perante o foco de atenção: metabolismo, no quadro 14 apresento os dados, diagnósticos e intervenções que implementei com o objetivo de promover a autogestão: glicemia.

Quadro 14 - Metabolismo: diagnósticos e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Metabolismo
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
17:30h - Andreia refere que em casa cumpria todo o esquema das pesquisas de glicemia capilar e que fazia seu registo no livro, de acordo com o que foi falando nas consultas. No entanto, refere que estando no hospital, em trabalho de parto não sabe se deve continuar a fazer da mesma forma e não sabe se terá precursões no seu filho.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
Andreia tem diabetes gestacional controlado com dieta e antidiabéticos orais. É acompanhada na consulta externa do hospital desde o início do diagnóstico, pelo que tem consigo a máquina de controlo que lhe foi fornecida. Última pesquisa de glicemia capilar foi às 13:30h com valor de 95mg/dl. Mantém perfusão de polieletrolítico glicosado a 125ml/h.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar a autoeficácia para vigiar a glicemia durante o trabalho de parto
OBJETIVO:	
• Promover a autogestão: glicemia	

³⁰ Instruir - demonstrar como se faz; Treinar - parturiente ou pessoa significativa experienciam (Cardoso et al., 2023b).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)**Início:** 17:30h**1. Ensinar sobre monitorização de glicemia**

- ✓ Explicar o protocolo utilizado no hospital quando a mulher se encontra em trabalho de parto.
 - De acordo com o protocolo do hospital, deverá manter as pesquisas de glicemia capilar de 4/4h com a sua máquina. Deverá manter valores de glicemia capilar entre 70-110mg/dl. Poderá ser necessário administrar insulina regular subcutânea em função da glicemia capilar (Almeida et al., 2017; Montenegro et al., 2014).

2. Ensinar sobre monitorização da glicemia do recém-nascido

- Explicar o protocolo utilizado no hospital das pesquisas do de glicemia capilar ao recém-nascido. A hipoglicemia no recém-nascido é frequente devido ao estímulo hiperglicémico materno que esteve sujeito durante o seu desenvolvimento fetal (Néné et al., 2016). Os sintomas causados pela hipoglicemia são: letargia, tremores e irritabilidade em casos mais graves pode causar convulsões e coma. A identificação precoce e o tratamento adequado são essenciais para prevenir complicações a longo prazo (SPN, 2016).
- De acordo com o protocolo do hospital, o recém-nascido após o nascimento deve fazer três pesquisas de glicemia capilar. A primeira medição será realizada 30 minutos após a alimentação, as restantes serão realizadas antes das mamadas. Caso o valor seja superior a 45mg/dl antes da alimentação significa que o recém-nascido está dentro dos valores esperados (SPN, 2016).

Durante o acompanhamento do trabalho de parto, foram adquiridas competências significativas em termos de avaliação da evolução do trabalho de parto, realização de amniotomia³¹ e implementação de posicionamentos adequados para facilitar o progresso do trabalho de parto. Assim, foi possível o uso da bola em forma de amendoim para aumentar o conforto materno e otimizar os resultados do trabalho de parto, mesmo quando esta se encontrava sob analgesia epidural, com vista a contribuir para uma experiência de parto positiva. O uso da bola de amendoim é uma intervenção eficaz e barata a ser utilizada pelo EEESMO, quando a parturiente se encontra

³¹ A amniotomia refere-se à perfuração da bolsa amniótica, por via vaginal e utilizando a pinça de Herff, levando à libertação de líquido amniótico contido a frente da apresentação fetal. Deve ser realizada apenas quando o colo já apresentar alguma dilatação e extinção, no momento da contração e quando a apresentação fetal estiver apoiada, devido ao risco do prolapso do cordão (Montenegro & Filho, 2017; Néné et al., 2016; Neves, 2020).

sob a analgesia epidural podendo ajudar a reduzir os efeitos secundários à sua utilização, permitindo assim uma experiência de parto positiva (Outland & Alvarado, 2019).

Segundo a WHO (2018) uma experiência de parto positiva envolve: o parto num ambiente seguro, com recursos e profissionais qualificados; evitar intervenções desnecessárias ou excessivas, intervindo apenas quando necessário; presença de um acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto; suporte emocional adequado à mulher e sua pessoa significativa durante todo o processo; respeito pelas escolhas e preferências da mulher; promoção do contacto pele com pele entre mãe e o recém nascido e a possibilidade de iniciar amamentação.

Foi sempre, promovido o bem-estar emocional e a relação terapêutica com a parturiente e pessoa significativa, providenciando sempre informações acerca dos procedimentos a realizar e da progressão do trabalho de parto, de forma que estes se sintam seguros e confiantes ao longo de todo o processo, fomentando a sua participação na tomada de decisão.

3.2. Cuidar da mulher no período pós-parto e do recém-nascido

De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO cuida da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-parto, no sentido de potenciar na saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Ao longo da vida do ser humano, este vivencia processos de transição associados a eventos e processos de vida. A transição é definida como uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro, refere-se tanto ao processo como ao resultado de interações entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e relaciona-se com os contextos e

situações (Meleis & Chick, 1986). Segundo Meleis et al. (2010) uma vez que este processo de transição envolve o reajuste às novas condições, o enfermeiro tem o papel de facilitador neste processo, devendo garantir que fornece o conhecimento necessário, para lidar com este processo de transição, com vista ao bem-estar do indivíduo. Tornar-se mãe e tornar-se pai são processos que correspondem a transições (Cardoso, 2011).

Relativamente à transição para a parentalidade esta refere-se a um processo irreversível, com início durante a gravidez, com mudanças individuais, que ocorrem à medida que cada mulher e cada homem se concebe como mãe e como pai respetivamente (Cardoso et al. 2024). É um período crítico de ajustamento, tanto para as mulheres como para os homens, requer tempo para a incorporação de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades necessárias às decisões e ações relativas às competências parentais (Cardoso et al. 2024).

No que diz respeito à adaptação à parentalidade esta refere-se a um programa de saúde concebido e implementado por EEESMO, que visa desenvolver as competências parentais³² da mulher e do homem-pai/pessoa com quem partilha o projeto da maternidade (PQCEESMO,2021). Assim, é fundamental que os EEESMO forneçam orientações claras e apoio contínuo para ajudá-los a ganhar a confiança necessária nas suas competências parentais. A interação cliente-EEESMO é a chave crítica do sucesso da promoção da adaptação à parentalidade (Cardoso et al. 2024).

Desta forma, é função do EEESMO acompanhar a mulher/casal na adaptação a parentalidade, planeando e implementando intervenções de enfermagem de forma a proporcionar uma parentalidade saudável, de forma que sejam capazes de exercer o papel de mãe e papel de pai com mestria, tomando as suas próprias decisões de forma consciente, informada e segura.

³² As competências parentais são definidas como um conjunto de conhecimentos, habilidades e de atitudes que facilitam e otimizam o desempenho, com mestria o papel de mãe e o papel de pai, assegurando o pleno potencial de crescimento e desenvolvimento da criança (PQCEESMO,2021).

3.2.1. Puerpério

A palavra puerpério tem origem do latim - *puer*, criança + *parus*, trazer a luz. Atualmente a palavra puerpério define o intervalo que ocorre depois do nascimento, durante o qual as alterações anatómicas e fisiológicas ocorridas na mãe retornam ao seu estado pré gravídico (Cunningham et al., 2016).

Para Paladine et al. (2019) este é um período marcado por várias mudanças podendo incluir mudanças corporais, hormonais, psicológicas e sociais. É essencial que a mulher esteja capacitada para lidar com as transformações daí decorrentes para que a transição ocorra de uma forma mais agradável possível (Fialho et al., 2020). Este deve ser o foco dos EEESMO destinando-se não só a prevenção de complicações, como também o incentivo para o autocuidado da puérpera e nos cuidados ao recém-nascido (Néné et al., 2016).

Com as diferentes alterações é esperado que a mulher/casal encontrem alguns desafios, que por si só acabam por ser uma aprendizagem e à medida que os dias vão passando vão surgindo necessidades que carecem de ser colmatadas (Baratieri & Natal, 2019).

O EEESMO, sendo promotor da saúde, é um profissional de saúde que apresenta ferramentas necessárias - os conhecimentos, as competências e as capacidades de inovação - para aumentar o conhecimento e autoconfiança da mulher/casal, neste novo processo, que é assumir o papel de mãe e o papel de pai (Aranda, 2016; PQCEESMO, 2021).

Assim, a missão dos cuidados especializados em saúde materna e obstétrica centra-se na promoção da saúde e de transições saudáveis, perspetivam uma resposta profissional às necessidades da mulher/casal/pessoa significativa no âmbito da adaptação à parentalidade e do pós-parto (PQCEESMO, 2021). Torna-se uma fase crítica na vida das mulheres e coincide com a fase de adaptação e grande vulnerabilidade dos seus recém-nascidos. A maioria dos

casos de mortalidade e morbilidade materna e neonatal corresponde a alterações fisiopatológicas neste período.

“Ter um filho muda tudo: um dia, na vida de um homem e de uma mulher, nasce um filho, e nada mais será como antes” (Cardoso, 2011, p. 21).

3.2.1.1. Do internamento, ao desafio do regresso a casa

A Ana, 35 anos, encontra-se no segundo dia de puerpério após parto eutócico às 17:04h, com IG de 38 semanas e 4 dias. É uma 2.^a gesta, 2.^o para, teve um parto eutócico há nove anos com 38 semanas e 5 dias. Apresenta como antecedentes cirúrgicos uma apendicectomia aos 18 anos, é alérgica à penicilina. Gravidez planeada e vigiada no centro de saúde da sua área de residência. O rastreio do SGB estava negativo, e o seu grupo de sangue é ORh+.

A Ana já se encontrava internada no serviço de gravidez com complicações, por suspeita de pielonefrite aguda, para tratamento de infeção. Foi transferida, posteriormente para o bloco de partos com diagnóstico de início de trabalho de parto. A Ana encontra-se acompanhada pelo seu marido Jorge.

A Rita nasceu às 17:04h por parto eutócico, com APGAR 10/10/10, com um peso de 2970gr, 49cm de comprimento e 34 cm de perímetro cefálico. Realizou contacto pele com pele com a mãe e mamou na primeira hora de vida.

Com a escolha deste caso, promoveu-se a saúde da mulher e do recém-nascido, concebendo, implementado e avaliando intervenções de promoção e apoio à adaptação pós-parto, informar, orientar e apoiar a mãe no autocuidado e a cuidar do seu filho.

Ao longo dos dois dias de internamento foi importante planejar e preparar a alta, identificando junto da puérpera e do seu marido, quais as suas necessidades, fornecendo apoio, orientação e cuidados especializados para garantir a saúde e o bem-estar da mãe e do recém-nascido. A informação dada de forma progressiva ao longo do internamento permite que esta seja interiorizada de forma gradual pelos pais.

Nesse período, a puérpera encontra-se mais vulnerável, sendo os cuidados essenciais para promover e apoiar sua adaptação pós-parto, promovendo o autocuidado e recuperação pós-parto. Neste caso, no âmbito da adaptação à parentalidade, o conhecimento sobre as mudanças face à chegada do recém-nascido, apresentaram a maior das necessidades evidenciada pelo casal.

A chegada de um recém-nascido é um período de mudanças que a nível familiar quer a nível conjugal, que ultrapassam a dimensão biológica da mulher. O conhecimento acerca das transformações que ocorrem com esta chegada, são essenciais para que a mãe e o pai e restante família, proporcionem a oportunidade de se adaptar e lidar com essas mudanças com mais confiança (Cardoso et al., 2024).

Durante esta fase é importante o EEESMO, proporcionar atividades de vigilância e uma prestação de cuidados adequada, tanto para a mulher como para o recém-nascido, sendo que a WHO (2022) classifica o puerpério como o período mais negligenciado na prestação de cuidados obstétricos.

De acordo com os PQCEESMO (2021) é importante o EEESMO, na procura permanente da excelência no exercício profissional, e parceria com o cliente, promover processos eficazes de adaptação às novas condições de saúde, nomeadamente a preparação do regresso a casa, de acordo com as suas necessidades.

O presente plano de cuidados decorreu durante o turno da manhã (8h às 14h) do serviço de puerpério. No acompanhamento da Ana e da Rita, envolvendo em todo o processo o Jorge, tomo como focos de atenção: comportamento

para amamentar e conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido.

Relativamente à recuperação pós-parto, no início do turno, a puérpera relativamente a avaliação física apresenta o útero bem contraído, lóquios hemáticos em moderada quantidade, sem perda de coágulos, pelo que apresenta uma boa recuperação pós-parto. Apresenta mamas moles, mamilos proeminentes e íntegros, sem sinais inflamatórios, pelo que estará a ter uma amamentação eficaz. Amamenta de forma eficaz a Rita em livre demanda, demonstrando capacidade para reconhecer os sinais de fome e saciedade.

A OMS recomenda leite materno em exclusivo durante os primeiros seis meses de vida, seguido pela continuação de leite materno associado à diversificação alimentar aos dois anos de vida ou mais (WHO, 2017). O papel do EEESMO no aleitamento materno deve assegurar cuidados baseados na humanização e serem elaborados de acordo com as necessidades individuais da díade mãe/filho, para que este momento seja vivenciado da forma mais positiva possível (Nóbrega et al., 2023). Perante o foco de atenção comportamento para amamentar no quadro 15 apresento os dados e os respetivos diagnósticos.

Quadro 15 - Comportamento para amamentar: diagnósticos e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Comportamento para amamentar
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
10h: A Ana reconhece os sinais de fome e saciedade da Rita, reconhece os sinais de boa pega e identifica as posições facilitadoras para amamentar.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
10h: Ana pretende amamentar exclusivamente a Rita.	
DIAGNÓSTICO:	Conhecimento sobre amamentação facilitador
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
10:20h - Perante os sinais de fome da Rita, Ana colocou a recém-nascida à mama. Adota uma posição que lhe seja mais confortável, para facilitar a amamentação. Reconhece os sinais de uma boa pega, pelo que corrige a pega inicial e estimula a recém-nascida sempre que necessário. Termina amamentação quando demonstra sinais de saciedade e coloca a bebé a eructar, numa posição adequada.	

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

10h - Ana pretende amamentar exclusivamente a Rita. Terminou a mamada pelas 10:20h, tendo mamado 30 minutos na mama direita e acabou por largar a mama quando já tinha adormecido. No final a Rita encontra-se relaxada e a dormir.

DIAGNÓSTICO: Capacidade para amamentar facilitadora.

A chegada de um recém-nascido à família é um momento emocionante e transformador, não apenas para a mãe e pai, mas também para os irmãos mais velhos (Cardoso et al., 2014).

No âmbito da adaptação à parentalidade e perante o foco de atenção conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido no quadro 16 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e atividades que foram implementadas com o objetivo de promover a aceitação do recém-nascido pela irmã mais velha.

Quadro 16 - Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido: diagnósticos e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: Ana e Jorge expressam alguma preocupação em relação à reação da filha mais velha à chegada de Rita. Uma vez que tem 9 anos e teve sempre a atenção dos pais e avós só para ela, gostariam de saber como amenizar esse impacto.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Uma vez que a Ana já se encontrava internada, deixaram a sua filha mais velha com os avós. Pelo que optaram que esta só iria conhecer a sua irmã no regresso a casa pós-parto.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido
OBJETIVO:	
Promover a aceitação pela irmã mais velha	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção)	
Início: 9h	
- Ensinar sobre estratégias facilitadoras da integração do recém-nascido na família ✓ Explicar a reação esperada por parte da irmã mais velha; ○ Foi explicado que a chegada de um irmão mais novo pode desencadear ciúmes, no entanto corresponde a uma resposta normal face à situação. A filha mais velha poderá sentir que está a ser substituída e terá de dividir o espaço que até agora	

era só seu. Com nove anos encontra-se na idade escolar pelo que apresenta uma capacidade de raciocínio mais lógico, compreende melhor o que é dito pelos adultos, apresenta um maior controlo emocional. Assim, nesta fase, ela poderá manifestar interesse em assumir o papel de irmã mais velha e mostrar interesse em saber mais e ajudar nos cuidados à Rita.

- ✓ Explicar estratégias facilitadoras da aceitação do recém-nascido pela irmã mais velha.
 - Será importante envolver a irmã mais velha, se assim o desejar, nos cuidados da Rita, explicando sempre o que se passar e tirando alguma dúvida existente. Poderá delegar tarefas relacionadas com a Rita (buscar fralda, roupa, ajudar no banho); encorajar a irmã mais velha a criar um presente ou escrever uma carta para dar quando chegar a casa; mostrar interesse nas atividades que desenvolve, dando a perceber que a relação não muda com a chegada da Rita. Reservar momentos para estar centrada apenas nela.

Uma vez que Rita encontra-se no segundo dia de vida, os pais solicitaram dar o primeiro banho na presença da EEESMO, assim como os cuidados ao coto umbilical. Apesar de ser a segunda filha, gostariam de relembrar alguns cuidados relativamente a estes dois procedimentos.

A OMS recomenda o primeiro banho do recém-nascido depois das 24 horas após o nascimento, mantendo desta forma a pele com vernix caseoso, a camada protetora (OMS, 2017). Desta forma, foi possível perceber o conhecimento dos pais, assim como capacitá-los, demonstrando e explicando as técnicas de higiene, de acordo com as suas dúvidas. Com o banho, foi possível também prestar cuidados ao coto umbilical³³. A OMS (2022) recomenda os cuidados ao coto umbilical de forma que este se mantenha limpo e seco. De acordo com a SPN (2023), se o cordão umbilical for cortado e

³³ É da responsabilidade do cordão umbilical a ligação do feto à placenta de forma a garantir as trocas gasosas e os nutrientes necessários ao desenvolvimento fetal. Após o nascimento do bebé, é realizado o corte do cordão umbilical, passando a ser chamado coto umbilical. Inicialmente tem um aspeto gelatinoso, com o passar do tempo torna-se seco, escuro e duro até à sua queda. É importante manter o coto sempre limpo e seco de forma a evitar o risco de infeção (Silva et al., 2020). Entre o 3º e o 4º dia inicia-se o processo de mumificação, sendo que a queda do coto pode ocorrer entre o 4º e o 15º dia. Durante este período é importante vigiar os sinais inflamatórios, nomeadamente a presença de secreções na base do coto, eritema da pele ao redor da implantação do umbigo. Apesar de ser um tecido em processo de mumificação, possui vasos que dão acesso direto à corrente sanguínea, pelo que se torna um excelente meio de cultura, podendo facilmente contrair uma infeção. A onfalite é o termo dado à infeção do coto umbilical, podendo originar uma sepsis se irradiar para a parede abdominal, vasos umbilicais e peritoneu (Silva et al., 2020). O coto umbilical pode ser uma das fontes de infeção para os recém-nascidos pelo facto de ser uma porta de entrada para bactérias patogénicas (Silva et al., 2023).

clampado em condições assépticas, a aplicação de antissépticos tópicos não é recomendada, sendo que o risco de onfalite depende da qualidade dos cuidados no parto e no período pós-natal imediato. Desta forma, Silva et al. (2023) refere que é recomendado o uso de clorexidina ou álcool 70% em bebés que nasçam em ambientes de alta mortalidade neonatal, em que não são utilizados materiais esterilizados aquando da clampagem e corte do cordão.

Assim, foi recomendada a utilização da técnica *dry care*, que consiste em manter o coto umbilical limpo e seco. Durante esta prática foi possível ensinar sobre a evolução do coto, o tempo médio de queda, como realizar *dry care*, os cuidados a ter com a pele após a sua queda, assim como reconhecer os sinais de infeção. A Rita apresenta um coto umbilical em início do processo de mumificação, sem cheiro, com pele peri-umbilical íntegra.

Assim longo do internamento foram explorados diversos temas, tais como, a amamentação, rotinas do bebé, alterações normais desta fase, sinais de alerta, medidas de prevenção da síndrome de morte súbita do lactente, medidas de segurança no carro e em casa e seguimento de recém-nascido saudável. O EEESMO deve responder às necessidades da mulher, assim como às do recém-nascido. As intervenções devem ter em consideração um plano individual, ajudando a mãe no seu processo fisiológico e psicológico, potenciando o autocuidado, treinando-a nos cuidados à criança (Mesquita et al., 2011).

É importante no dia do regresso a casa as mães e os pais, haver implementação de intervenções já implementadas previamente com conteúdos específicos de informações relevantes em relação a várias questões relacionadas com a saúde do seu filho, nomeadamente em relação à promoção e vigilância da sua saúde. O momento de saída do hospital é sempre um desafio e uma altura em que surgem muitas questões e preocupações para as mães e os pais (SPN, 2023).

Em suma, nesta fase, o EEESMO torna-se o suporte e o apoio para as mães e para os pais, fornecendo informações e capacitando-os para que se sintam

capazes e confiantes para cuidarem do seu filho. De acordo com o Regulamento n.º 391/2019, o EEESMO deve promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção, proteção e apoio à adaptação ao pós-parto e à parentalidade.

3.3.Cuidar da mulher e pessoa significativa face a uma gravidez com complicações

De acordo com o regulamento n.º 391/2019, o EEESMO, entre outras, assume a responsabilidade de cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal. Desta forma, os EEESMO, são profissionais preparados para assegurar a assistência pré-natal.

O período pré-natal, de acordo com a DGS (2008) é uma fase extremamente sensível da vida mulher, crucial para a deteção precoce de acontecimentos que podem afetar o bem-estar materno-fetal. O seu principal objetivo é garantir acompanhamento durante toda a gravidez, reduzindo a morbimortalidade materna e fetal.

A assistência pré-natal é um *continuum* de cuidados concebidos e implementados pelos EEESMO voltados para a promoção da adaptação à gravidez e à parentalidade, e preparação para o parto, de forma a contribuir para uma experiência positiva da gravidez e parto (PCQCEESMO, 2021).

Segundo Cardoso et al. (2023a) a adaptação gravidez consiste num processo através do qual cada mulher se ajusta ao “estar e sentir-se grávida”, que começa no início da gravidez e continua à medida que a gravidez avança. Os ajustamentos incluem dimensões físicas como “estar grávida” e dimensões

sociais e emocionais como “sentir-se grávida” (Cardoso et al., 2023a). De acordo com a mesma autora, o EEESMO assiste a mulher tanto na vigilância da gravidez com o objetivo de avaliar a evolução da gravidez, detetar sinais de saúde e desvios da normalidade precocemente, assim como na adaptação à gravidez de forma a promover na grávida a aquisição de conhecimentos, a consciencialização da sua realidade e a reformulação de significados, de modo que a mesma seja capaz de tomar decisões informadas na promoção do seu bem estar e de vivenciar a sua gravidez da melhor forma (Cardoso et al., 2023a).

A gravidez é um processo fisiológico e natural da mulher, em que um novo ser cresce e se desenvolve dentro do seu corpo, aproximadamente durante 40 semanas, entre a concepção e o parto (CIPE, 2019).

Contudo, em determinadas circunstâncias ao longo da gravidez poderão surgir fatores de risco que condicionam um agravamento da condição de saúde da grávida e/ou feto, comprometendo o seu bem-estar (Alves et al., 2021; Oliveira & Mandú, 2015). De uma forma geral, o conceito de risco, corresponde à probabilidade de ocorrer um resultado desfavorável para a saúde do indivíduo, sendo possível estabelecer uma relação de causa-efeito entre o fator em causa e o fenómeno decorrente (Oliveira & Mandú, 2015).

Para Graça (2017) a gravidez é considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral.

A DGS (2015) determina que certas patologias podem ser correlacionadas com um maior risco de mortalidade e morbilidade materno-fetal como por exemplo: diabetes mellitus e/ou gestacional, hipertensão arterial e/ou pré-eclâmpsia, cardiopatias, antecedentes de tromboembolismo, doença renal, patologia tiroideia, anemia, artrite reumatóide, epilepsia, tuberculose, asma e perturbações do foro psiquiátrico. Refere ainda que, determinados comportamentos maternos podem constituir fatores de risco na gravidez, nomeadamente as deficiências na ingestão nutricional e/ou distúrbios do

comportamento alimentar, consumo de tabaco/álcool/substâncias psicoativas, exposição ambiental a poluentes e infeções sexualmente transmissíveis.

Nem todos os casos necessitam de internamento num serviço de cuidados especializados, no entanto, determinadas situações, requerem maior vigilância materno-fetal, pelo que, o internamento torna-se fundamental (Rodrigues et al., 2016).

A descoberta de um diagnóstico de uma doença durante a gravidez pode desencadear uma série de emoções difíceis de gerir, o medo do desconhecido e a incerteza, irão sobrepor a alegria e a esperança.

Desta forma, o EEESMO no âmbito da prestação de cuidados na assistência à mulher com complicações, deverá ser capaz de: conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez; cooperar com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante.

Uma vez que, a instituição não apresentar um número suficiente e constante de grávidas internadas anualmente, este estágio foi realizado em consulta de grávidas de risco, pelo que o acompanhamento deste caso, realizou-se aquando do estágio de puerpério. Assim sendo, este foi o primeiro contacto que tive com uma grávida em contexto de internamento.

3.3.1. Vivenciar a gravidez com colestase gravídica

Para garantir as melhores condições possíveis para o crescimento fetal, diversas são as mudanças fisiológicas e anatómicas, que ocorrem no corpo da mulher, durante a gravidez. Para uma gravidez saudável, todos os órgãos e sistemas adaptam o seu funcionamento (Piechota & Jelski, 2020).

Um dos órgãos que adapta o seu metabolismo às necessidades da gravidez, é o fígado. Uma das funções hepáticas que sofre alterações é o transporte dos ácidos biliares, o que leva a um aumento progressivo dos níveis de ácidos biliares séricos totais (Piechota & Jelski, 2020; Williamson & Geenes, 2014).

Assim, colestase gravídica, também conhecida como colestase intra-hepática da gravidez ou colestase obstétrica, é uma condição hepática durante a gravidez. Esta caracteriza-se por uma acumulação excessiva dos componentes tóxicos da biliar no organismo (Jurk et al., 2021). Segundo Morton e Laurie (2019) a colestase gravídica é a doença hepática mais comum associada a gravidez. Predominantemente a colestase gravídica surge no 3.º trimestre abrangendo 65% dos casos, no entanto pode surgir em 10% dos casos no 1.º trimestre e 25% dos casos no 2.º trimestre (Montenegro & Filho, 2017).

Normalmente, resolve-se espontaneamente após o parto sem consequências a longo prazo para a mulher (Jurk et al., 2021; Odutola et al., 2023). Segundo Ozkan et al. (2015) resolve-se espontaneamente 48 horas após o parto. Contudo, poderá representar um risco significativo para o feto nomeadamente, morte fetal intrauterina, parto pré-termo, espontâneo ou iatrogénico, baixos índices de Apgar, padrão de frequência cardíaca anteparto não tranquilizador e presença de mecónio no líquido amniótico.

O principal sintoma associado à colestase gravídica é o prurido, que resulta dos sais biliares séricos elevados (Cunningham et al., 2016; Jurk et al., 2021; Odutola et al., 2023; Ozkan et al., 2015). O prurido normalmente começa nas extremidades, podendo iniciar-se nas palmas das mãos e plantas dos pés, mas

pode tornar-se generalizado por todo o corpo, sendo que agrava no período noturno, pelo que, as grávidas podem referir insónia secundária ao prurido (Neves, 2020; Odutola et al., 2023). Segundo Jurk et al. (2021) existem outros sintomas mais raros e não específicos como: dor no quadrante superior direito do abdómen devido ao estiramento da cápsula hepática, náuseas e anorexia.

Valores analíticos poderão estar alterados, nomeadamente níveis elevados de ácidos biliares séricos totais, em 60% dos casos poderá haver uma elevação nas enzimas hepáticas, ainda assim, os níveis de alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST) raramente ultrapassam o dobro do limite superior da normalidade para a gravidez (Ozkan et al., 2015).

Uma vez diagnosticada a colestase gravídica, o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, de forma a reduzir o risco de morbimortalidade perinatal e atenuar os sintomas maternos (Ozkan et al., 2015; Odutola et al., 2023). O tratamento com ácido ursodesoxicólico pode reduzir significativamente o prurido materno e os ácidos biliares elevados (Jurk et al., 2021).

A colestase gravídica não constitui uma indicação para a realização de cesariana, pelo que sempre que possível este deve ser parto vaginal (Odutola et al., 2023). Vários são os autores que defendem a indução do trabalho de parto.

Em caso de colestase gravídica, alguns autores defendem a indução do parto às 37 semanas de gestação de forma eletiva, com o objetivo de reduzir o risco de morte fetal intrauterina (Odutola et al., 2023; Piechota & Jelski, 2020). O ACOG (2020) defende que o parto deve ocorrer entre as 36 semanas e 0 dias e as 37 semanas e 0 dias de gestação, especialmente em mulheres com sintomas persistentes, mesmo após o tratamento com ácido ursodesoxicólico. A indução do trabalho de parto deve ser realizada dependendo dos níveis de ácidos biliares (Borovac-Pinheiro et al. 2023; Ramalho & Moucho 2024).

Para Ramalho e Moucho (2024) a terminação da gravidez é realizada de acordo com os valores dos ácidos biliares:

- 37+0 - 38+6 semanas, se ácidos biliares <40 µmol/L;

- 36+0 - 37+6 semanas, se ácidos biliares 40-90 $\mu\text{mol/L}$;
- 34+0 - 36+6 semanas, se:
 - Ácidos biliares > 100 $\mu\text{mol/L}$;
 - Prurido excruciante e refratário ao tratamento;
 - Alterações graves/progressiva da função hepática;
 - Antecedentes de colestase intra-hepática da gravidez com morte fetal antes das 36 semanas.

Após o parto, existem algumas orientações a seguir, nomeadamente: suspender o ácido ursodesoxicólico devendo manter a hidroxizina; marcar reavaliação analítica, a realizar em ambulatório aos 10-15 dias pós-parto; referenciar à consulta de gastroenterologia, se houver manutenção de alterações analíticas no puerpério ou ácidos biliares $\geq 100 \mu\text{mol/L}$ durante a gravidez (Ramalho & Moucho, 2024).

3.3.1.1. O impacto do internamento face ao diagnóstico de colestase gravídica

A Sandra é uma grávida de 31 anos, com IG de 36 semanas + 3 dias, primigesta, encontra-se internada no serviço de Obstetrícia e de Ginecologia, no internamento de grávidas de risco, com diagnóstico de colestase gravídica.

Recorreu ao serviço de urgência do hospital da sua área de residência por prurido generalizado, mais acentuado na região dos braços, mãos, pernas, pés e pescoço, com dois dias de evolução.

Na admissão negou cefaleias, alterações visuais ou epigastralgias. Negou perda de sangue via vaginal ou perda de líquido amniótico. Hipertensa, assintomática, exame químico de urina sem alterações. Colheu sangue para

estudo analítico, realizou CTG e realizou pesquisa de SGB³⁴. Tipo de sangue B Rh+. Não tem conhecimento de alergias. Refere ter como antecedentes enxaquecas.

Este plano de cuidados refere-se ao primeiro dia de internamento, no turno da manhã (8h-14h), dando resposta às necessidades apresentadas pela grávida.

A escolha deste caso deve-se à possibilidade de desenvolver e adquirir um conjunto de diversas competências técnico-científicas, essenciais para a conceção, planeamento e implementação de cuidados especializados à mulher grávida com patologias associadas à gravidez. Permitiu assim, uma reflexão acerca da patologia em questão (colestase gravídica) e da importância dos cuidados pelo EEESMO. Desta forma, foi necessário mobilizar conhecimentos para dar resposta à necessidade de cuidados individualizados.

O acompanhamento desta grávida possibilitou a aquisição de competências na monitorização cardiotocográfica, além de destacar a importância de adaptar a comunicação à situação vivenciada, visando promover o seu bem-estar e minimizar o impacto negativo do internamento. Assim, foi possível desenvolver uma comunicação terapêutica eficaz, tornando-se um fator essencial para tornar os cuidados especializados e individualizados.

A comunicação pode ser definida de variadas maneiras como uma forma de interagir, partilhar, participar, transmitir, diagnosticar, intervir ou tranquilizar face a um determinado assunto ou contexto. A sua eficácia depende do momento em que esta ocorre, do comportamento que o profissional e o utente adota, das características pessoais dos intervenientes (Sequeira, 2016). Importa que um profissional de saúde desenvolva competências ao nível de comunicação, quer esta seja entre profissional-utente, intra e interpessoal ou em equipa (Sequeira, 2016).

³⁴ A pesquisa da presença de SGB é realizada entre as 35 e 37 semanas. É uma bactéria coco gram-positiva, pode provocar infecções do trato urinário, amnionite e bacteriemia na mulher grávida. No recém-nascido a transmissão vertical durante o trabalho de parto e parto pode ocorrer por infeção *in útero*, que resulta da ascensão do agente bacteriano desde o canal de parto até à cavidade amniótica, no decurso de uma rutura de membranas, ou pela passagem do feto no canal de parto de uma mulher colonizada (Néné et al., 2016).

Consideram-se características determinantes numa comunicação terapêutica que esta, seja, individualizada e personalizada, que tenha objetivos definidos, requer uma utilização intencional da comunicação terapêutica recorrendo a técnicas e estratégias específicas de comunicar, ocorrendo num contexto específico (Sequeira, 2016).

Ao longo do acompanhamento da Sandra e face ao seu internamento por colestase gravídica, tomo como focos de atenção a gestação, o conhecimento sobre desenvolvimento fetal e o conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da colestase gravídica. Desta forma, apresento seguidamente a descrição e análise do modo como foram concebidos e implementados os cuidados de forma a relevar o desenvolvimento de competências.

Durante o turno foram prestados cuidados, decorrentes da prescrição da equipa médica de obstetrícia, relativamente à terapêutica farmacológica, esta foi administrada segundo prescrição médica.

O **ácido ursodesoxicólico** é o fármaco de eleição para o tratamento da colestase gravídica, é um ácido biliar hidrofílico terciário, presente em pequenas quantidades no organismo. A sua absorção ocorre tanto passivamente por difusão no jejuno e íleo como de forma ativa no ílio distal (Jurk et al., 2021). É considerado o agente terapêutico mais eficiente, com segurança e eficácia comprovadas (Ozkan et al., 2015), apesar de não estar aprovado na gravidez, ele é tolerado pela maioria das mulheres, no entanto poderão ocorrer alterações gastrointestinais como diarreia (Jurk et al., 2021). Segundo Cunningham et al. (2016) o uso desta terapêutica está associado a melhoria do alívio do prurido, diminuição do ácido biliar e dos níveis de enzima sérica, assim como na redução de certas complicações neonatais como parto pré-termo e sofrimento fetal. A dose inicial recomendada deve ser de 500mg até uma dose máxima diária de 2gr.

O **paracetamol** é um anti-inflamatório não esteroide (AINE), possui atividades analgésicas e antipiréticas. Não tem ação anti-inflamatória, pode ser usado em qualquer idade e em vários tipos de dor. Os efeitos terapêuticos iniciam

geralmente entre trinta minutos a uma hora após administração e dura aproximadamente de quatro a seis horas (Cardoso, 2013). Existe sob a forma oral, retal e endovenosa, sendo esta a mais eficaz e com mais rápido início de ação (Cardoso, 2013). Por não possuir efeitos adversos conhecidos e ser considerado seguro para o uso materno, o paracetamol é frequentemente escolhido como o medicamento de primeira linha para o alívio de sintomas como dores de cabeça e lombalgias durante a gravidez (Filho & Salaroli, 2024; Piechota & Jelski, 2020). O paracetamol pode atravessar a barreira placentária, atingindo o feto em concentrações similares às encontradas na circulação materna influenciando assim processos biológicos cruciais para o desenvolvimento fetal. Assim, tem vindo a surgir preocupações sobre os potenciais impactos do seu uso prolongado, uma vez que poderá estar relacionado a efeitos adversos no desenvolvimento fetal, especialmente no desenvolvimento neurológico infantil (Filho & Salaroli, 2024). O paracetamol é amplamente considerado seguro durante a gravidez, torna-se essencial que seja utilizado apenas quando estritamente necessário, em doses mínimas e sob supervisão médica (Filho & Salaroli, 2024; Montenegro & Filho, 2017).

A **hidroxizina** segundo o infarmed está indicada para alívio do prurido causado por condições alérgicas da pele, tais como urticária, dermatite atópica e de contato, e do prurido decorrente de outras doenças sistêmicas. A sua ação inicia-se em 15 a 30 minutos após a administração e dura de 4 a 6 horas. A hidroxizina é rapidamente absorvida pelo trato gastrointestinal (estômago e intestino) e metabolizada no fígado em vários metabólitos. É eliminada principalmente pela urina.

De forma a monitorizar o bem-estar materno-fetal foram implementadas atividades de vigilância, entre elas, avaliação de sinais vitais (uma vez turno ou sempre que necessário) e a realização de CTG (uma vez turno).

No quadro 17 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e as atividades que implementei com o objetivo de promover o bem-estar fetal.

Quadro 17 - Gravidez: dados, diagnóstico e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Gestação
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 9h - IG 36 semanas + 3 dias, encontra-se no primeiro dia de internamento com diagnóstico de colestase gravídica. Tem indicação de monitorização cardiotocográfica uma vez turno.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: 9h - Ficou monitorizada durante 45 minutos. A Sandra já tomou o pequeno-almoço e encontra-se no leito a repousar, uma vez que durante a noite não descansou bem devido ao prurido sentido.	
DIAGNÓSTICO:	Gravidez
OBJETIVO: Determinar o bem-estar fetal.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção) Início: 9h <u>Avaliar bem-estar fetal</u> ✓ Monitorização cardiotocográfica ○ FCF: 143 bpm ○ Variabilidade: entre 5 e 25 bpm ○ Acelerações: presentes ○ Desacelerações: ausentes ○ Contrações: ausentes ○ Movimentos fetais: presents	

O desenvolvimento fetal reporta-se ao desenvolvimento intrauterino. Concomitante com o desenvolvimento corporal - a gravidez e desenvolvimento fetal - decorre o desenvolvimento de um vínculo emocional entre a mulher e o seu filho. O conhecimento sobre o desenvolvimento fetal refre-se a um conjunto de informações que ajudam a grávida a construir uma imagem do seu filho em desenvolvimento. Importa assim, proceder à avaliação do conhecimento sobre o desenvolvimento fetal de modo a conseguir ajudar a grávida a compreender como o feto cresce e se desenvolve. Perante o domínio de adaptação à gravidez e como foco de atenção o conhecimento sobre o desenvolvimento fetal, no quadro 18 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e as atividades implementadas.

Quadro 18 - Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: dados, diagnósticos e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Conhecimento sobre desenvolvimento fetal
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 9h: Na realização do CTG, Sandra refere que no dia anterior, quando foi internada, a equipa médica falou que haveria a possibilidade de o seu bebé nascer antes do tempo, através da indução do trabalho de parto, no caso de não haver evolução favorável do diagnóstico. Refere sentir-se um pouco preocupada relativamente a isso uma vez que o bebé tem 36 semanas. Gostaria de saber mais acerca das características do seu filho neste momento.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Sandra encontra-se no primeiro dia de internamento com diagnóstico de colestase gravídica, com IG de 36 semanas + 3 dias. Encontra-se deitada no leito com fáceis cansado, referindo não ter descansado bem.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre desenvolvimento fetal
OBJETIVO: • Que a Sandra tenha o conhecimento necessário para que seja capaz de reconhecer os marcos de desenvolvimento fetal.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção) Início: 9h 1. <u>Ensinar sobre desenvolvimento fetal</u> ✓ Explicar o desenvolvimento fetal das 34 às 37 semanas ○ Na fase da gravidez que a Sandra se encontra, a audição do feto já se encontra desenvolvida e já é capaz de diferenciar os sons e reagir a estímulos. É capaz de, visualmente, distinguir entre o claro e o escuro. O feto já está mais crescido, parte das rugas desaparecem, devido à gordura que se tem acumulado debaixo da sua pele. Já consegue agarrar com firmeza. Move-se com frequência e dá pontapés fortes. Os seus órgãos já se desenvolveram o suficiente, os pulmões já se encontram maduros, o que lhe permite já viver fora da barriga da mãe. Se nascer a partir das 37 semanas, já não é prematuro.	

Perante o domínio de adaptação à gravidez e como foco de atenção o conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da colestase gravídica, no quadro 19 apresento os dados, diagnóstico, intervenções e as atividades implementadas.

Quadro 19 - Conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da gravidez: dados, diagnósticos e intervenções

FOCO DE ATENÇÃO:	Conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da colestase gravídica
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: 10h: Quando recorreu a urgência não sabia que ia ficar internada, pelo que não trouxe roupa, nem produtos de higiene. Gosta de usar cremes com fragâncias, roupa confortável, mas justa ao corpo. A sua alimentação é a base de cozidos e grelhados, faz várias refeições ao dia e bebe cerca de 2l água por dia. Refere ainda que gosta de tomar banho com água bem quente. Devido a sua condição não sabe se necessita de alterar algumas medidas.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: IG de 36 semanas + 3 dias, encontra-se no primeiro dia de internamento com diagnóstico de colestase gravídica. Após descansar um pouco, refere ter mais ânimo e energia, pelo que deseja tomar um duche. Não veio preparada para ficar internada. O marido está disponível para trazer os produtos e a roupa mais adequada para a sua condição. Durante a noite sentiu bastante prurido, sendo necessário fazer terapêutica prescrita em sos.	
DIAGNÓSTICO:	Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão dos efeitos colaterais da colestase gravídica: prurido
OBJETIVO: • Que a Sandra tenha o conhecimento necessário para que seja capaz de autogerir os efeitos colaterais considerados por si como desagradáveis.	
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (atividades que concretizam a intervenção) Início: 10h 1. <u>Ensinar sobre autogestão dos sintomas</u> ✓ Explicar estratégias facilitadoras da autogestão do prurido. ○ Usar produtos de higiene com ph ácido (igual ao da pele); ○ O banho dever ser tomado com água morna e o mais rápido possível; ○ Usar produtos de higiene suaves e sem fragâncias (evitar sabonetes e produtos de higiene agressivos, que possam ressecar a pele e levar ao prurido); ○ Evitar aplicação de perfumes na pele; ○ Aplicar óleo natural após o banho; ○ Usar pijamas confortáveis e soltos; ○ Usar roupa de algodão.	

Ao longo da prestação de cuidados durante a manhã, foi possível desenvolver uma relação terapêutica com a Sandra, criando um ambiente de confiança e segurança, sentindo-se dessa forma ouvida e compreendida, de forma a

minimizar impacto do internamento face ao diagnóstico de colestase gravídica. Segundo Gomes et al. (2012) os enfermeiros devem procurar garantir o sucesso da comunicação aquando da prestação de cuidados, uma vez que níveis de comunicação eficazes indicam resultados mais positivos. Assim, foi possível identificar as suas necessidades, adaptando os cuidados de acordo com essas necessidades e sempre que necessário fornecer o suporte emocional.

O estabelecimento de relações adequadas leva ao envolvimento ativo dos clientes no processo de cuidar, reduz os níveis de ansiedade e melhora a adesão às recomendações (Cardoso et al., 2023a).

A interação com a Sandra contribuiu para o sucesso da recolha de dados e da efetividade das intervenções, através de uma comunicação eficaz, habilidades de escuta ativa e adaptação da comunicação com base nas suas características, valores e preferências. A comunicação clínica ente EEESMO-cliente é fator crítico de sucesso (Cardoso et al., 2023a).

Ao longo deste período, foi assim possível desenvolver competências específicas, nomeadamente a prevenção de complicações tanto materna como fetais, bem como planear e implementar intervenções personalizadas, tendo em consideração as necessidades específicas da mulher no contexto de um internamento face ao diagnóstico de colestase gravídica. Essas competências visam garantir um cuidado seguro, eficaz e centrado na mulher, promovendo o bem-estar da mãe e do feto.

Assim, de acordo com o regulamento n.º 391/2019, o EEESMO deve promover a saúde da mulher, diagnosticar precocemente, prevenir complicações, providenciar cuidados e facilitar a sua adaptação durante o período pré-natal.

4. POSIÇÕES DA MULHER FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO DURANTE A FASE ATIVA - REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

A prática de enfermagem baseada nas melhores evidências científicas, é um modelo que visa integrar os resultados da investigação mais recente, a experiência clínica do profissional de saúde e as preferências e valores do paciente nos cuidados. Este modelo assegura que os cuidados prestados sejam atualizados, eficazes e adaptados às necessidades individuais de cada pessoa, promovendo melhores resultados de saúde (Melnik & Fineout-Overholt, 2019).

Uma prática baseada em evidências fundamenta-se em resultados de estudos científicos rigorosos, como ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e meta-análises. Estes tipos de investigação são considerados os mais robustos para determinar a eficácia de intervenções clínicas. Por exemplo na área da enfermagem de saúde materna e obstétrica, a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto tem sido amplamente recomendada com base em evidências que demonstram benefícios para a progressão do parto (Rajaei & Sadeghi, 2019; Sharma & Hay, 2020).

Os EEESMO devem equilibrar o conhecimento técnico com uma aplicação prática sensível às condições reais das pessoas de quem cuidam, respeitando a autonomia e preferências. Na prática de enfermagem, a tomada de decisões centrada na pessoa garante que os cuidados respeitem as crenças culturais, as expectativas e os objetivos individuais, criando uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa, tal como preconizado nos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (2001) e nos PQCEESMO (2021).

A implementação da prática baseada em evidências requer uma atualização constante do conhecimento e mobilização dos resultados da investigação, o que implica o acesso a bases de dados científicas e a recursos educacionais. Além disso, é fundamental que as organizações de saúde promovam uma cultura atualização contínua e inovação, onde a investigação e a aplicação de novos conhecimentos sejam incentivadas. No entanto, existem alguns desafios. A falta de tempo no ambiente clínico, a dificuldade em interpretar

estudos complexos e a resistência a mudanças por parte de alguns profissionais podem dificultar o processo. Para superar estes desafios, é importante que os enfermeiros desenvolvam competências em pesquisa e interpretação de dados científicos, além de colaborarem com outros profissionais para integrar novas práticas baseadas em evidências (Schmidt & Brown, 2019; Sharma & Hay, 2020).

A prática de enfermagem baseada em evidência é, assim, um pilar central para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Ao integrar conhecimento científico, experiência clínica e as preferências dos clientes dos cuidados, os enfermeiros podem tomar decisões mais informadas e oferecer cuidados que resultem em melhores resultados para a saúde (Hodnett et al., 2013; Sharma & Hay, 2020).

No contexto de sala de partos, a mobilização dos resultados da investigação e uma prática baseada em evidências não é exceção. A investigação sobre as posições que facilitam o trabalho de parto durante a fase ativa tem vindo a ganhar relevância nas últimas décadas, com o objetivo de melhorar a experiência da parturiente e os desfechos materno-fetais.

Estudos atuais indicam que posições mais verticais – como de pé, em cócoras, ajoelhada ou de quatro apoios – são mais vantajosas durante a fase ativa do trabalho de parto. Estas posições aproveitam a gravidade para ajudar na descida do feto pelo canal de parto e podem aumentar o diâmetro da pelve, permitindo-lhe uma passagem mais facilitada. Além disso, essas posições oferecem à mulher maior controlo sobre o seu corpo e contribuem para a diminuição da dor, sem recorrer a estratégias farmacológicas (Jonge et al., 2004; Lawrence et al., 2013).

A evidência também sugere que o uso de posições verticalizadas pode diminuir a duração da fase ativa do parto assim como a necessidade de intervenções obstétricas, como o uso de fórceps ou ventosa (Gupta et al., 2017).

A adoção por parte da mulher de posições verticais ainda enfrenta desafios, devido a barreiras culturais, institucionais e até algumas mulheres encaram como “normal” a posição de deitada. Assim, é essencial que as recomendações clínicas sejam baseadas em evidência robusta, mas que também respeitem as escolhas informadas da parturiente, promovendo uma abordagem personalizada e centrada na mulher (Jonge et al., 2004; Lawrence et al., 2013).

Segundo a WHO (2018) a fase ativa do primeiro estadio de trabalho de caracteriza-se por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e dilatação cervical de 5 cm até a dilatação completa. A duração desta fase geralmente não se estende além de 12 horas no primeiro trabalho de parto, e geralmente não ultrapassa as dez horas em trabalhos de parto subsequentes. A duração média da fase ativa é de quatro horas no primeiro trabalho de parto e três horas no segundo e trabalhos de parto subsequentes, quando o ponto inicial de referência é de cinco cm de dilatação cervical (WHO, 2018).

Desde 1996 que a OMS refere que a mulher, deve ter a liberdade de escolher a posição e movimentação durante o trabalho de parto e deve ser estimulada a posições não supinas durante o mesmo (OMS, 1996). Desta forma, atualmente, recomenda-se incentivar a adoção da mobilidade e da posição vertical durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco (WHO, 2018).

Assim, segundo o regulamento n.º 391/2019 o EEESMO deve avaliar e determinar a adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o trabalho de parto, bem como conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto.

Assim, partindo de uma inquietação da prática clínica, procurou-se resposta para a questão: Quais as posições que a mulher poderá escolher e adotar que irão facilitar a evolução do trabalho de parto durante a fase ativa? Para responder a esta questão implementaram-se os passos inerentes a uma revisão narrativa da literatura que em seguida se apresentam.

Estratégia de pesquisa e de análise

A estratégia de pesquisa para a revisão narrativa da literatura foi elaborada com o objetivo de aprofundar a temática relativamente às posições que a mulher poderá escolher e adotar e que facilitarão a evolução do trabalho de parto durante a fase ativa.

A revisão narrativa é uma abordagem de análise da literatura científica que tem como objetivo fornecer uma visão ampla e descritiva de um tema ou área de estudo. Esse tipo de revisão não segue necessariamente uma metodologia rigorosa e estruturada como as revisões sistemáticas, mas é amplamente utilizada para explorar, contextualizar e compreender determinado tópico. Descreve o estado atual do conhecimento sobre o tema, identifica lacunas na literatura e oferece uma visão geral das perspectivas existentes (Cordeiro et al. 2007).

A pesquisa foi realizada na base de dados disponíveis usando os descritores "position" e "labor". Os resultados da pesquisa indicaram uma diversidade de estudos que sublinham a importância das posições da mulher durante o trabalho de parto e o papel dos EEESMO em oferecer apoio, ajudando as mulheres a tomarem decisões informadas sobre as suas preferências durante o parto.

Resultados

A literatura científica mais recente que evidência a investigação realizada nos últimos dez anos, destaca a importância das posições adotadas pela mulher durante a fase ativa do trabalho de parto, evidenciando como estas escolhas podem facilitar o progresso do parto e melhorar a experiência da parturiente. O posicionamento da mulher é um elemento crucial para influenciar o conforto e os desfechos do parto, além de estar associada à percepção de controlo e bem-estar durante este processo.

A revisão da literatura aborda os efeitos das diferentes posições adotadas pelas mulheres ao longo do trabalho de parto. Relativamente aos efeitos na mulher, a revisão analisa o impacto das posições no conforto da mãe, na

redução da dor e na satisfação com a experiência do parto. Posições verticais, como ficar em pé, agachar ou caminhar, têm mostrado proporcionar maior conforto e mobilidade, permitindo que a mulher participe ativamente no processo de parto. Estas posições estão associadas à redução da duração do trabalho de parto, permitindo uma progressão mais rápida e natural, além de contribuir para a diminuição da necessidade de intervenções médicas.

Quanto aos efeitos no feto, a revisão investiga como as posições durante o trabalho de parto podem influenciar o bem-estar fetal e a segurança neonatal. Posições verticais facilitam a descida e podem reduzir o risco de complicações, favorecendo uma boa adaptação extrauterina e com menos necessidade de intervenções. Assim, a revisão organiza os resultados de forma a destacar os benefícios das posições facilitadoras do trabalho de parto, demonstrando os efeitos positivos maternos e fetais.

Efeitos maternos

As posições maternas durante o trabalho de parto desempenham um papel crucial no bem-estar físico e emocional da mulher. A escolha das posições durante o trabalho de parto pode influenciar a intensidade da dor, a duração do trabalho de parto, a necessidade de intervenções médicas e a recuperação pós-parto.

Gizzo *et al.* (2014) realizou um estudo de coorte observacional com mulheres no termo da gravidez, com o objetivo de comparar entre a posição supina e as posições adotadas livremente pelas mulheres em trabalho de parto, realizado em Itália. Concluíram que o recurso a posições alternativas ao decúbito influencia positivamente o progresso do trabalho de parto, reduz o nível de dor sentida pelas parturientes e diminui as intervenções obstétricas, nomeadamente a episiotomia e os partos distócicos, pelo que aumenta a satisfação sentida pelas mulheres.

O recurso a posições verticalizadas no primeiro estadio do trabalho de parto, tem numerosas vantagens, pelo que se torna imperativo que os EEESMO permitam às mulheres utilizar estas posições verticalizadas durante o trabalho

de parto, devendo ser incentivadas a adotarem a posição mais confortável para si e a alternarem os movimentos e posições espontaneamente (Gizzo *et al.*, 2014).

A revisão de Kibuka *et al.* (2021) inclui revisões sistemáticas da Cochrane sobre os efeitos das posições maternas durante o trabalho de parto, com o objetivo de compara entre as posições verticais e as posições horizontais avaliando a duração do trabalho de parto e a necessidade de intervenções. Estes referem que o posicionamento materno afeta a biomecânica e as adaptações fisiológicas do trabalho de parto, sendo que os mecanismos biomecânicos do posicionamento adotado pela mulher estão associados às dimensões pélvicas, pressão intrauterina e à adaptação da cabeça fetal no canal de parto. Os principais resultados indicam que as posições verticais durante o trabalho de parto estão associadas a uma redução do primeiro estadio de trabalho de parto e uma redução das cesarianas. No entanto o estudo alerta que apesar dos resultados sejam positivos, eles não são definitivos, devido a qualidade das evidências. Permanece assim a incerteza quanto ao efeito da posição vertical em comparação com as posições horizontais na duração de trabalho de parto.

Adotar posições verticais oferece diversas vantagens, como o aumento das dimensões da pelve, o que pode reduzir a probabilidade de distocia de ombros, permite que a gravidade favoreça a descida do feto e além disso, melhora a circulação materna. A posição de cócoras, em particular, apresenta benefícios adicionais, pois amplia o ângulo da pelve, facilitando uma melhor progressão da cabeça fetal (Kibuka *et al.*, 2021).

A revisão sistemática de Mirzakhani *et al.* (2020) procurou avaliar o efeito da posição materna durante o trabalho de parto sobre os desfechos maternos e neonatais. O estudo incluiu várias posições, como posições eretas, laterais e supinas, e investigou como essas influenciam a duração do parto, o risco de trauma perineal, a necessidade de intervenções e os resultados fetais, como a frequência cardíaca e a oxigenação. As principais conclusões sugerem que posições verticais, como ficar em pé ou usar um banco de parto, estão

associadas a uma redução na duração do trabalho de parto e na necessidade de intervenções, como cesarianas ou o uso de fórceps. As posições laterais mostraram-se benéficas na redução de traumas perineais. Por outro lado, a posição supina foi associada a partos mais longos e a uma maior taxa de intervenções.

Este estudo reforça a importância de permitir que as mulheres escolham suas posições durante o trabalho de parto, considerando as vantagens dessas posições para a saúde da mulher e neonatal. Isso sugere que a flexibilidade nas opções de posição pode resultar em uma experiência de parto mais positiva e com menos complicações (Mirzakhani et al., 2020).

Também Kibuka et al. (2021) referem que a extensão do efeito da posição vertical em comparação com o das posições horizontais necessita de definições precisas de cada posição e das consequências biomecânicas maternas para permitir uma replicação destes métodos. Portanto, até novos resultados, as mulheres durante o trabalho de parto, devem ser encorajadas a adotar a posição que consideram mais confortável (Kibuka et al., 2021).

Outro aspeto relevante abordado por Kibuka et al. (2021) foi a importância da presença de profissionais de saúde que incentivem e apoiem as mulheres na escolha das suas posições durante o trabalho de parto. O apoio contínuo dos EEESMO pode contribuir significativamente para a experiência positiva das mulheres durante o parto, reduzindo a ansiedade e promovendo a autoconfiança.

A investigação de Melnyk e Fineout-Overholt (2019) destacou a importância do suporte contínuo por parte de profissionais de saúde durante o trabalho de parto. Este estudo baseia-se na pesquisa de Gennaro sobre as consequências do stresse e comportamentos de saúde em mulheres grávidas de minorias étnicas e na pesquisa de Melnyk sobre intervenções cognitivo-comportamentais para promover comportamentos de estilo de vida saudáveis, saúde física e bem-estar psicossocial. A presença dos EEESMO que incentivem a mobilidade e a escolha de posições adequadas não apenas melhora a

evolução do trabalho de parto como também torna a experiência da mulher mais positiva. Os resultados do estudo sugerem que o suporte contínuo, combinado com a liberdade de movimentos, criam um ambiente mais propício para uma experiência de parto positivo. É crucial entender que cada mulher é única e pode ter preferências diferentes em relação às posições adotadas durante o trabalho de parto. A abordagem individualizada é vital para respeitar as necessidades e desejos da parturiente.

Neste sentido, é recomendado que os EEESMO não imponham à mulher uma posição durante o trabalho de parto, mas sim incentivem a que esta, escolha uma posição em que se sinta mais confortável (Kibuka et al., 2021).

O estudo de Garbelli e Lira (2021) focou-se em avaliar o conhecimento das EEESMO sobre as posições da mulher durante o trabalho de parto e suas necessidades de informação, numa região norte da Itália. A pesquisa revelou que, embora muitas EEESMO estivessem cientes dos benefícios das posições alternativas durante o parto, como a promoção da progressão fetal, redução da dor e prevenção de complicações como trauma perineal, havia uma lacuna significativa na formação específica sobre essas técnicas.

A importância de melhorar o conhecimento e as habilidades das EEESMO é apontada como um fator essencial para incentivar a prática baseada em evidências nos cuidados durante o trabalho de parto (Garbelli & Lira, 2021).

É essencial, portanto, que os EEESMO apoiem a mulher na escolha de posições que promovam o seu conforto e segurança, respeitando suas preferências durante o trabalho de parto.

Efeitos fetais

As posições adotadas pelas mulheres durante o trabalho de parto podem ter um impacto significativo no bem-estar fetal. O posicionamento adequado não só influencia a evolução do trabalho de parto e a experiência da mulher como também afeta diretamente o feto, promovendo um ambiente favorável para a sua adaptação extrauterina.

Pesquisas indicam que posições verticais, como ficar em pé, sentada ou de cócoras, podem melhorar a oxigenação fetal ao facilitar o fluxo sanguíneo através da placenta, devido à redução da pressão sobre os vasos sanguíneos.

Essas posições também ajudam na correta rotação e descida do feto, favorecendo um melhor encaixe da cabeça fetal na pelve. Como resultado, há uma redução no risco de complicações como sofrimento fetal e distocia de ombros. Além disso, algumas posições, como as laterais, podem aliviar a pressão sobre o cordão umbilical, prevenindo a compressão que pode afetar negativamente a oxigenação do feto (Gizzo et al., 2014; Mirzakhani et al., 2020).

Desta forma, Mirzakhani et al. (2020) referem que em relação ao bem-estar fetal, os resultados indicaram que a mobilidade durante o trabalho de parto, proporcionada por posições alternativas à posição supina, pode melhorar a oxigenação fetal e a frequência cardíaca.

O ensaio clínico randomizado com grupos paralelos de Yeturi et al. (2023), que investigou a influência da posição materna no parto, no qual as mulheres foram alocadas em posições verticais ou horizontais. Os resultados mostraram que a posição vertical reduziu a duração do primeiro estágio do trabalho de parto e as taxas de cesarianas. O estudo concluiu que as posições verticais podem ser mais benéficas para a mãe, promovendo uma progressão trabalho de parto mais rápido, o que pode reduzir o risco de sofrimento fetal associado a um trabalho de parto prolongado e com uma diminuição da intensidade de dor (Yeturi et al., 2023).

Os mesmos autores destacaram que posições como lateral ou ajoelhada podem reduzir o cansaço físico do parto, o que pode levar a menos complicações neonatais. No entanto, as diferenças na necessidade de cuidados neonatais diferenciados entre essas posições e a posição de litotomia não foram estatisticamente significativas, sugerindo que os benefícios podem depender de outros fatores clínicos contextuais (Yeturi et al., 2023).

Kibuka et al. (2021) também revelaram que a liberdade de movimentos e a escolha de posições durante o trabalho de parto estavam associadas a melhores resultados tanto para a mãe quanto para o feto, como menos intervenções cirúrgicas e menor probabilidade de sofrimento fetal.

Desta forma, compreender como as diferentes posições afetam o feto durante o trabalho de parto é essencial para otimizar tanto a experiência materna quanto o bem-estar fetal, tornando o trabalho de parto mais eficaz e com menos riscos de complicações materno-fetais e neonatais.

Conclusão

A literatura mais recente evidência a importância das posições da mulher durante a fase ativa do trabalho de parto uma vez que estas desempenham um papel crucial na progressão do trabalho de parto, melhorando tanto a experiência da parturiente quanto os resultados para o feto.

A mobilidade, a escolha de posições não supinas e o apoio profissional são elementos-chave que podem influenciar positivamente não só o progresso do trabalho de parto assim como a experiência da parturiente e os resultados obtidos.

Através desta revisão narrativa da literatura, foi assim possível responder à questão inicialmente apresentada: Quais as posições que a mulher poderá escolher e adotar que irão facilitar a evolução do trabalho de parto durante a fase ativa?

No entanto, independentemente das posições que possam favorecer a progressão do trabalho de parto, é evidente em diversos estudos que as mulheres devem ser incentivadas a adotar a posição que consideram mais confortável, promovendo assim uma experiência de parto mais positiva, contribuindo para uma maior satisfação e bem-estar durante todo este processo.

O reconhecimento da importância do significado atribuído à escolha das posições durante o trabalho de parto é fundamental para promover uma experiência de parto mais positiva e mais segura.

É fundamental que os EEESMO promovam a mobilidade e liberdade de movimento durante o trabalho de parto, sempre com base na evidência científica, de forma a proporcionar uma experiência de parto positiva para cada mulher e garantir os melhores desfechos perinatais.

5. REFLEXÃO SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo pretende-se realizar uma reflexão crítico-reflexiva daquilo que foi o meu percurso ao longo do curso de MESMO, fazendo referência às competências desenvolvidas presentes no Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do EEESMO da OE.

Ao longo da minha experiência, vivi um período de grande crescimento, tanto a nível pessoal como profissional. Desde o início, tive a oportunidade de desenvolver competências essenciais para a prática clínica, com o acompanhamento da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, durante o trabalho de parto e período pós-parto. Cada passagem que tive, pelos diferentes contextos de estágio, foi uma jornada de aprendizagem, descoberta e enriquecimento, que veio consolidar a minha paixão pela área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Ser EEESMO significa dominar um conjunto abrangente de conhecimentos, capacidades e habilidades específicas, respondendo sempre as necessidades individuais de cada mulher, de forma acompanhar todo o seu ciclo reprodutivo.

A OE preconiza que o estudante realize um conjunto de experiências clínicas mínimas, ao longo do seu percurso, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Várias foram as experiências vivenciadas ao longo do estágio de natureza profissional, desta forma e de acordo com o preconizado, os números estipulados foram cumpridos na totalidade. Relativamente à ordem cronológica que os módulos do estágio iriam ocorrer, inicialmente considerei que teria sido mais interessante ser realizado de acordo com o processo natural da gravidez, iniciar com gravidez com complicações, trabalho de parto e parto e por fim puerpério. No entanto, ter iniciado o estágio no bloco de partos foi uma mais-valia e uma grande aprendizagem para os restantes.

Transversal a todos os estágios, destaco também a aquisição e o desenvolvimento de competências no campo dos registos de enfermagem no sistema informático. Este processo ocorreu de forma gradual, uma vez que, na minha prática profissional, nunca havia trabalhado com esse sistema. Essa experiência exigiu um esforço considerável para me adaptar, mas, com o decorrer dos estágios, consegui aprimorar esta prática e dessa forma ganhar confiança no uso desta ferramenta.

Assim, o primeiro estágio a realizar foi no bloco de partos, este tornou-se sem dúvida o mais desafiador não só pela extensa variedade de conhecimentos, bem como, as competências e habilidades a adquirir.

Todas as experiências contabilizadas proporcionaram oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências para cuidar da mulher durante o trabalho de parto. Durante este estágio várias foram as EEESMO que tive como orientadoras. A cada turno era atribuída uma tutora diferente, pelo que a adaptação não foi fácil, uma vez que tive de me adaptar às suas particularidades, às suas práticas e às suas orientações, o que se tornou bastante desafiador, tornado-se assim um processo gradual. No entanto, com o passar do tempo, o facto de ter estado com diferentes enfermeiras, tornou-se bastante valioso e enriquecedor, desta forma, pude observar diferentes abordagens de trabalho, o que permitiu para o meu desenvolvimento de competências, nomeadamente de adaptação e integração fomentando em mim uma flexibilidade nas relações interpessoais e um grande espírito de colaboração.

Neste sentido, também senti falta de momentos de discussão/ reflexão com as enfermeiras, de forma a contribuir para uma melhor aprendizagem, podendo ser favorecedor da mudança tanto na forma de pensar como de agir.

Uma dificuldade encontrada, neste estágio foi a complexidade na análise dos traçados cardiotográficos. Foi necessário aprofundar conhecimentos relativamente a cardiotocografia, através da pesquisa bibliográfica, observação, análise e discussão com as tutoras, para alcançar competências

na leitura e interpretação. Sempre que foram identificados traçados não tranquilizadores (taquicardia e bradicardia fetal, desacelerações tardias, variáveis, prolongadas, variabilidade reduzida ou ausente) tentei identificar a causa e corrigi-la sempre que possível, sendo que em situações fora da área de atuação do EEESMO, era comunicado à equipa médica.

Destaco, sem dúvida o trabalho em equipa realizada dentro do bloco de partos, isso possibilitou o desenvolvimento de competências a nível da comunicação e das relações interpessoais. Uma comunicação atempada, clara e precisa, é fundamental na gestão de situações de urgência, por exemplo, pois exige a mobilização rápida de todos os elementos. Este período também foi fundamental para aperfeiçoar as minhas competências de comunicação, não só com as equipas multidisciplinares, mas também com as grávidas, pessoas significativas, com as suas famílias, permitindo uma abordagem mais individualizada, procurando sempre ir ao encontro daquilo que eram as expectativas e desejos de cada parturiente. Sendo um hospital bastante procurado devido às suas práticas e filosofia, foi possível prestar cuidados a famílias de diferentes culturas. Isso exigiu não apenas conhecimento e adaptação, mas também atenção à linguagem e à integração cultural nos cuidados prestados. A multiculturalidade traz desafios significativos especialmente no que se refere à barreira linguística, mas também oferece oportunidades para enriquecer a experiência através da diversidade cultural.

De entre os pontos de aprendizagem mais relevantes, destaco a capacidade de tomar decisões clínicas de forma rápida e eficaz, especialmente em situações de urgência, como na gestão de partos complicados ou de emergências. Felizmente ao longo do estágio poucas foram estas situações, uma vez que o serviço de Obstetrícia e de Ginecologia está adequado para a resolução de patologias de baixa complexidade e só podem ser admitidas grávidas em trabalho de parto de início espontâneo, grávidas para indução de trabalho de parto ou ainda para cesariana eletiva, quando a idade gestacional é superior a 34 semanas. O facto de assistir e prestar cuidados a parturientes sem patologia ou com patologias de baixa complexidade, permitiu-me adquirir

outras competências nomeadamente usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto, assim como, lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas, ou seja, aprender no máximo daquilo que é o exercício autónomo dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Um dos meus pontos fortes, sendo destacada tanto ao longo do estágio como em avaliação final, foi a empatia e a capacidade de criar um ambiente de segurança e acolhimento para as mulheres e suas pessoas significativas, o que facilitou a experiência de parto positiva.

Considerando a definição de experiência de parto positiva, abordada ao longo do relatório, posso afirmar que as práticas adotadas por este hospital, estão em total consonância com todos os parâmetros estabelecidos, respeitando sempre as necessidades, especificidades e desejos da mulher, do casal, da pessoa significativa. Foi, portanto, uma experiência extremamente enriquecedora, que reforçou o meu entendimento sobre a importância de um cuidado humanizado centrado na mulher, tornando o processo de trabalho de parto e parto mais respeitoso, acolhedor, promovendo o empoderamento da mulher.

Embora as experiências de perda gestacional tenham sido poucas neste estágio, percebo que ainda é uma área, para mim, muito sensível e que a gestão emocional ainda precisa de algum investimento. Foram situações difíceis de gerir uma vez que envolvem uma carga emocional intensa tanto para a mulher como para a equipa de enfermagem, exigindo assim uma sensibilidade e empatia para lidar com todas as emoções envolvidas neste processo. Embora tenha ganho mais resiliência ao longo deste caminho, sei que é essencial continuar a aprimorar a minha capacidade de lidar com as emoções e oferecer o apoio necessário em momentos tão desafiadores.

Ainda no bloco de partos, tive a oportunidade de prestar cuidados imediatos ao recém-nascido, o que me permitiu aprimorar habilidades na prevenção de complicações e na avaliação do seu bem-estar.

A experiência no puerpério foi sem dúvida a minha área de eleição. É nesta fase que os EEESMO têm um papel significativo em todo o processo de transição para a parentalidade, funcionam como sendo o elo de ligação entre o recém-nascido, a mãe e o pai, promovendo a ligação mãe/pai-filho, fornecendo informações, apoio emocional e orientações práticas. Essa atuação é fundamental para garantir que as mães e os pais se sintam seguros e confiantes nas suas novas funções, facilitando a adaptação à nova dinâmica familiar e promovendo o bem-estar do recém-nascido.

Torna-se um período de adaptação delicado, tanto a nível físico como psicológico e social, surgem alterações em torno da mulher e família, pelo que, o EEESMO deve ser o promotor desta adaptação, de forma a alcancem a harmonia desejada, assim, tive sempre em consideração a promoção de um ambiente calmo, tranquilo e acima de tudo privilegiar a privacidade e conforto da nova família.

Ainda durante este estágio, tive a oportunidade, juntamente com outras colegas estudantes, de proporcionar um Dia da Mãe diferente para todas as mães que se encontravam no serviço. Esta atividade consistiu em oferecer uma flor a cada mulher, permitir que, caso assim o desejassem, fossem maquilhadas por uma profissional e, por fim, marcar o dia com uma foto em família.

O facto de a instituição não apresentar um número suficiente e constante de grávidas internadas anualmente, o estágio de grávidas com complicações ocorreu maioritariamente em consulta e na urgência de obstetrícia e de ginecologia. Apesar das oportunidades de contacto com grávidas internadas terem sido poucas, reconheço a importância das intervenções implementadas, com o objetivo de garantir a prevenção de complicações, assim como, a promoção da saúde da mulher grávida, sendo essencial possuir conhecimentos, aptidões e competências. Com as consultas consegui desenvolver de forma significativa as minhas competências no âmbito da assistência pré-natal, aprimorando minha capacidade de fornecer cuidados preventivos, no caso de gravidez com complicações, ajudar a mulher a

adaptar-se à sua nova situação e fornecer orientações adequadas durante este período crucial da gravidez.

Passar pelo serviço de urgência de obstetrícia e de ginecologia também se tornou um desafio, pois requer competências científicas, humanas e de liderança, em que priorizar as intervenções é essencial, para uma resposta adequada às necessidades da mulher.

Com o apoio da EEESMO a sua experiência e expertise, capacitou-me para dar uma resposta atempada e adequada de acordo com as necessidades das mulheres. Na urgência também foi possível prestar cuidados especializados à mulher com desvios ao padrão normal da gravidez, sendo esta o primeiro contacto que se estabelece com as grávidas em trabalho de parto. Assim, neste estágio pude aperfeiçoar e adquirir novas competências quer ao nível da assistência pré-natal quer em contexto de serviço de urgência de obstetrícia.

Por fim, destaco também a importância da reflexão crítica sobre o que aprendi ilustrada a partir dos casos clínicos. De facto, estes oferecem uma oportunidade valiosa para o partilha de conhecimentos. Ao documentar e disseminar os casos estudados, é possível contribuir não só para a minha formação contínua, como também dos colegas, permitindo o enriquecimento da prática clínica em equipa, ajudando a criar uma base de dados de experiências e soluções que possam ser aplicadas em situações semelhantes.

Assim sendo, a construção destes casos clínicos vai muito além de uma simples exigência académica, sendo uma prática que deve permanecer ao longo da vida profissional de um enfermeiro especialista. Permite uma exploração crítica e otimizada dos cuidados prestados, promovendo o desenvolvimento contínuo de competências e a busca constante pela excelência no exercício da enfermagem.

Durante os estágios, vivenciei mudanças profundas, não apenas nas minhas competências técnicas, mas também no meu desenvolvimento pessoal. A constante interação com grávidas/puérperas/recém-nascidos/pessoas significativas fez-me refletir sobre o impacto transformador dos EEESMO na

vida das famílias, e como isso influenciou a minha visão do mundo e das relações humanas. Ao longo do tempo, senti-me mais confiante nas minhas decisões, mais atenta às necessidades das mulheres e com um sentido renovado de responsabilidade enquanto profissional de saúde.

O resultado do curso de MESMO reflete uma profunda transformação que senti ao longo desta jornada. Para além de apresentar um relatório que servirá de elemento para a prestação de provas públicas para a obtenção do grau de Mestre, hoje, após a realização do estágio de natureza profissional, sinto-me mais preparada, segura e capacitada para enfrentar cenários clínicos complexos e desafiantes, sempre com o foco na humanização dos cuidados. Enquanto futura EEESMO, que a conclusão deste curso de mestrado me habilitará, tudo farei para ser uma profissional completa, atenta às necessidades da mulher e do recém-nascido, e apta a intervir em situações de urgência, garantindo sempre o bem-estar e a segurança.

No futuro, o meu objetivo é continuar a desenvolver as minhas competências, contribuindo para a evolução dos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica em Portugal e procurando sempre melhorar a qualidade de vida das famílias com quem trabalharei.

Assim, considero que todas as atividades realizadas foram muito enriquecedoras para o desenvolvimento das competências específicas de EEESMO, permitindo-me cumprir com êxito as atividades propostas.

6. REFLEXÃO FINAL

Com a elaboração deste relatório foi possível realizar uma reflexão crítica sobre as experiências desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, decorrido 12 de setembro de 2023 e 28 junho 2024. Durante este estágio, as experiências vivenciadas permitiram a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do EEESMO, tendo diversos fatores contribuído ou dificultado esse processo. O caminho é longo, mas é compreensível a necessidade desta formação alargada com a finalidade da aquisição e desenvolvimento das competências necessárias para a prestação de cuidados especializados de excelência.

Os estágios desempenham um papel fundamental na formação dos EEESMO, não apenas oferecem uma oportunidade para a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos, mas também constituem um momento crucial para a integração e desenvolvimento de competências específicas.

A redação deste relatório serviu também como um recurso para a identificação de práticas baseadas em evidências, para a reflexão a posteriori sobre a ação e revisão dos conhecimentos aplicados na prática clínica. A reflexão sobre as práticas e intervenções realizadas durante o estágio permite uma melhor compreensão das competências desenvolvidas e das lacunas que ainda precisam ser preenchidas.

Assim, através das competências adquiridas, é proporcionado aos EEESMO a capacidade de desenvolver uma abordagem centrada na mulher, oferecendo cuidados mais respeitadores. Ao adquirirem uma compreensão profunda das necessidades físicas, emocionais e psicológica, os EEESMO proporcionam um acompanhamento mais empático, respeitando a individualidade de cada mulher/casal, apoiando as suas decisões durante a gravidez, parto e pós-parto e ao longo do ciclo reprodutivo. Este cuidado centrado na mulher contribui

para uma experiência de parto mais positiva e pode ter um impacto significativo na saúde mental da mãe e no vínculo inicial com o seu bebé.

Com o final deste caminho, é possível fazer um balanço bastante positivo de toda a experiência ocorrida ao longo deste ano de estágio. Muitas foram as dificuldades, conciliar a vida académica com a vida profissional e pessoal, nem sempre foi um caminho fácil, mas a motivação para atingir este objetivo esteve sempre presente. Juntamente a isto, nesta trajetória, estiveram todos os que me acompanharam, a minha família, as colegas de curso, todos os elementos docentes, os tutores, outros profissionais de saúde, e os clientes dos meus cuidados, cujo contacto durante este percurso proporcionaram um grande desenvolvimento profissional e pessoal.

Em retrospectiva para o meu percurso, enquanto formanda do MESMO, marca o final de uma etapa repleta de desafios, cuja conclusão fica marcada por sentimentos de orgulho e gratidão, e que permanecerá para sempre na minha memória e no meu coração. Este longo caminho de aprendizagens e desenvolvimento, foi uma experiência bastante positiva e enriquecedora, contribuindo assim, para um crescimento pessoal e profissional, com competências para prestar cuidados especializados na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACOG. (2020). *Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth*. ACOG Committee Opinion No.814. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology* 136: e100-6.
- Almeida, M. C., Dorés, J., & Ruas, L. (2017). Consenso “diabetes gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-1-Mar%C3%A7o-2017-Recomenda%C3%A7%C3%B5es-p%C3%A1gs-24-38.pdf>
- Almeida, N. A. M., Sousa, J. T. D., Bachion, M. M., & Silveira, N. D. A. (2005). The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 52-58. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9LTjBBhNc34SqtDgYSzgqpN/?format=pdf&lang=pt>
- Alves, T. O., Nunes, R. L. N., Sena, L. H. A., Alves, F. G., Souza, A. G. S., Salviano, A. M., ... Dias, J. L. C. (2021). Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 14860-14872.
- Araújo, B., Paiva, S., & Paiva, I. (2022). Diabetes gestacional: Evolução dos critérios de diagnóstico e terapêutica. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 17(2), 47-53. http://www.revportdiabetes.com/wpcontent/uploads/2022/06/RPD_Junho_2022_Perspectiva_47_53.pdf
- Baljon, K., Romli, M. H., Ismail, A. H., Khuan, L., & Chew, B. H. (2022). Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and massage (BRM) on maternal and newborn outcomes among primigravidae in Saudi Arabia: A

- randomized controlled trial. *International Journal of Women's Health*, 14, 279-295. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S347971>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baratieri, T., & Natal, S. (2019). Postpartum program actions in primary health care: An integrative review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 4227-4238.
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Borovac-Pinheiro, A., Inversetti, A., Di Simone, N., & Barnea, E. R. (2023). FIGO good practice recommendations for induced or spontaneous labor at term: Prep-for-labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 163(S2), 51-56. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15114>
- Cardoso, A. (2013). *Manual de tratamento da dor* (1ª ed.). Lidel
- Cardoso, A. M. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Porto. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornarse%20mae_tornarse%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competências%20parentais.pdf
- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

- Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). *Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Chang, M. Y., Wang, S. Y., & Chen, C. H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: A randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 68-73.
- Cordeiro, A. M.; Oliveira, G. M.; Rentería, J. M.; Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 34, n. 6, p. 428-431.
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2016). *Obstetrícia de Williams* (24^a ed.). McGraw-Hill Education.
- Direção-Geral de Saúde (DGS). (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/prt-mn-74-07-plan-strategy-2015-prt-2015-programa-nacional-vigilancia-gbr.pdf>
- Direção-Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. https://www.spdc.pt/files/publicacoes/11230_2.pdf
- Ergin, A., Aşci, Ö., Bal, M. D., Öztürk, G. G., & Karacam, Z. (2024). The use of hydrotherapy in the first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13192. <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>

- Ferrão, A., & Zangão, B. (2017). Liberdade de movimentos e posições no primeiro estágio do trabalho de parto. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 3(1), 886-894.
- Filho, G. P. S. D. C., & Salaroli, R. (2024). Uso do paracetamol durante a gravidez e o desenvolvimento neurológico infantil. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(10), 4665-4676.
- Fu, L., Huang, J., Li, D., Wang, H., Xing, L., Wei, T., et al. (2023). Effects of Using Sitting Position versus Lithotomy Position during the Second Stage of Labour on Maternal and Neonatal Outcomes and the Childbirth Experience of Chinese Women: A Prospective Cohort Study. *Healthcare* 11, 2996.
- Garbelli, L., & Lira, V. (2021). Maternal positions during labor: Midwives' knowledge and educational needs in northern Italy. *European journal of midwifery*, 5.
- Gizzo, S., Di Gangi, S., Noventa, M., Bacile, V., Zambon, A., & Nardelli, G. B. (2014). Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *BioMed research international*.
- Gomes, F., Amendoeira, J., e Martins, M. (2012). A comunicação no processo terapêutico das famílias de doentes mentais. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 54-60.
- Graça, L. M. (2017). *Medicina materno-fetal* (5ª ed.). Lidel - Edições Técnicas.
- Grenvik, J. M., Rosenthal, E., Saccone, G., Della Corte, L., Quist-Nelson, J., Gerkin, R. D., Gimovsky, A. C., Kwan, M., Mercier, R., & Berghella, V. (2019). Peanut ball for decreasing length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 242, 159-165. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.09.018>

- Gupta, J., Sood, A., Hofmeyr, G., & Vogel, J. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Hodnett, E., Gates, S., Hofmeyr, G., & Sakala, C. (2013). Continuous labor support for women. . *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. [https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3\(1\).886](https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).886)
- ICNP Browser. (2019). *ICN - International Council of Nurses*. International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Infarmed. (2023). *Resumo das características do medicamento: Hidroxizina*. https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml?med_guid=b26c34001c1711e694ffc2c7341d0730
- International Federation of Gynecology and Obstetrics. (2023). *Misoprostol ONLY dosing chart: Recommended regimens 2023*. International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- Jonge, A., Teunissen, D., & Lagro-Janssen, A. (2004). Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(1), 35-45.
- Jurk, S. M., Kremer, A. E., & Schleussner, E. (2021). Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Review of the literature. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 81(10), 940-947. <https://doi.org/10.1055/a-1522-5178>
- Kibuka, M., Price, A., Onakpoya, I., Tierney, S., Clark, M. (2021). Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane systematic reviews. *European Journal of Midwifery*, 5(December), 57. <https://doi.org/10.18332/ejm/142781>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G., Dowswell, T., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).

- Lopes, M., & Silva, A. (2016). *Enfermagem de saúde comunitária: Teoria e prática*. Lisboa: Lidel.
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2009). *Enfermagem na maternidade* (7^a ed.). Lusodidacta.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer
- Meleis, A., & Chick, N. (1986). Transitions: A nursing concern. *School of Nursing Departmental Papers*, 239-240.
- Meleis, A., Swyer, L., Im, E.-O., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Transition theory. In *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*.
- Melnyk, B., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-Based Practice in Nursing & Healthcare: A Guide to Best Practice*. 4th ed. Jones & Bartlett Learning.
- Mesquita, A. C., Paulino, C. S., & Nogueira, S. A. (2011). Uma nova vida após o parto: Cuidados à mulher no puerpério. *Percursos*, 19, 39-48. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7312/1/AnabelaAlmeidaFeliciano_RM.pdf
- Mirzakhani, K., Karimi, F., Vatanchi, A., Zaidi, F., & Najmabadi, K. (2020). The Effect of Maternal Position on Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 8(1), 1988-2004. doi:10.22038/jmrh.2020.14073
- Morton, A., & Laurie, J. (2019). The biochemical diagnosis of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstetric Medicine*, 12(2), 76-78. <https://doi.org/10.1177/1753495X18795979>
- Néné, M., Marques, R., & Batista, M. A. (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica* (1^a ed.). Lisboa: Lidel.
- Neves, J. (2020). *Obstetrícia fundamental*. Lidel.

- Nóbrega, M. S., Mota, K. S., Felipe, A. O. B., Ribeiro, P. M., & Moreira, D. S. (2023). Enfermeiros na promoção do aleitamento materno no puerpério imediato: Revisão integrativa. *Revista Convergência*. <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.10-042>
- Odutola, P. O., Olorunyomi, P. O., Olatawura, O. O., Olorunyomi, I., Madojutimi, O., Fatunsin, A. O., & Okeke, U. (2023). Intrahepatic cholestasis of pregnancy is associated with increased risk of hepatobiliary disease and adverse fetal outcomes: A systematic review and meta-analysis. *iLIVER*.
- Oliveira, D., & Mandú, E. (2015). Mulheres com gravidez de maior risco: Vivências e percepções de necessidades e cuidados. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 93-101. <https://www.scielo.br/j/ean/a/Zmx4qBMrpVCywS6kMWY7bFw/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (PQCEESMO)*. Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial da Saúde. (1996). *Maternidade segura, assistência ao parto normal: Um guia prático*. Departamento de Investigação e Saúde Reprodutiva. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Outland, L., & Alvarado, Y. (2019). Preventing cesareans with peanut ball use. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(1), 107. <https://doi.org/10.5430/jnep.v10n1p107>
- Ozkan, S., Ceylan, Y., Ozkan, O. V., & Yildirim, S. (2015). Review of a challenging clinical issue: Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 21(23), 7134. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476874/>

- Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum care: An approach to the fourth trimester. *American Family Physician*, 100(8), 485-491.
- Pereira, A. C. C., Costa, A. L. M. L., Costa, A. B., Geber, B., Alkmim, B. F., Camarano, G. C. V., ... & Lopes, A. G. (2020). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: Revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(10), e4448. <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4448>
- Piechota, J., & Jelski, W. (2020). Intrahepatic cholestasis in pregnancy: Review of the literature. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1361. <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/5/1361>
- Rajaei, S., & Sadeghi, R. (2019). The effects of different maternal positions on labor outcomes: A systematic review. . *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 17(5), 307-314.
- Ramalho, C., & Moucho, M. (2024). *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. Lidel.
- Regulamento n. ° 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República n. ° 26, Série II. <https://dre.pt>
- Regulamento n.º391/2019. (2019). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Diário da República n.º 85, Série II. <https://dre.pt>
- Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: A review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38, 136-140.
- Roger, J., & Drennan, J. (2018). Advanced Midwifery Practice: Essentials of Skilled Midwifery Practice. New York: Springer.

- Schmidt, N., & Brown, J. (2019). *Evidence-Based Practice for Nurses: Appraisal and Application of Research (4th ed.)*.
- Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica (1ª ed.)*. Lidel.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lidel.
- Sharifipour, P., Kheirkhah, M., Rajati, M., & Haghani, H. (2022). The effect of delivery ball and warm shower on the childbirth experience of nulliparous women: A randomized controlled clinical trial. *Trials*, 23(1), Article 529. <https://doi.org/10.1186/s13063-022-06358-x>
- Sharma, S., & Hay, D. (2020). Maternal position during labor: A review of current evidence. . *Midwifery*, 84, 102683
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN). (2016). *Hipoglicemia neonatal*. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Hipoglicemia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN). (2023). *Cuidados gerais ao recém-nascido saudável*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF). (2022). *Normas de orientação clínica*. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Matura%C3%A7%C3%A3o-Cervical.pdf
- Sousa, A. P. P. A., Santos, C. S. V.B., & Ferreira, M. M. R. S. (2019). Construir a confiança para o parto: Avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 27-36. <https://doi.org/10.12707/RIV18047>
- Widström, A-M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2020). A plausible pathway of imprinted behaviors: Skin-to-skin actions of the newborn immediately after birth follow the order of fetal development and

intrauterine training of movements. *Medical Hypotheses*, 133, 109432.
<https://doi.org/10.1016/j.mehy.2019.109432>

Williamson, C., & Geenes, V. (2014). Intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 124(1), 120-133.
https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2014/07000/intrahepatic_cholestasis_of_pregnancy.17.aspx

World Health Organization (2017). WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (WHO). (2016). Midwives' Voices, Midwives' Realities: Findings from a Global Consultation on Providing Quality Midwifery Care. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363138/9789240052796-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>

Yeturi, S., Yaliwal, R., Bidri, S., Mudanur, S., Shiragur, S., & Malapure, P. (2023). A randomized parallel group trial to assess the impact of maternal

birthing position on maternal and fetal outcome. . *Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 7(3), 23-26

