

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

O SIGNIFICADO DAS VOCALIZAÇÕES DA MULHER NA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Desenvolvimento de competências na área específica de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Autor

Rafaela Gonçalves

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso De Mestrado Em Enfermagem De Saúde Materna E Obstétrica

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Alexandrina Cardoso

Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Nádia Gomes

Professor Assistente, Mestre

Autor

Rafaela Gonçalves

Porto, 2024

AGRADECIMENTOS

Às docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna da Escola Superior de Enfermagem do Porto, em especial à coordenadora do curso e minha orientadora Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pela sabedoria, pela orientação e principalmente pela exigência;

À Professora e Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica Nádía Gomes, por todos os incentivos e pela disponibilidade demonstrada sempre sem exceção;

A todas as minhas Enfermeiras Tutoras com quem tive o prazer de aprender, com destaque à Enfermeira Joana Faria, o meu agradecimento por todas as horas e experiências que me permitiste vivenciar a teu lado e, principalmente, por me deixares voar alto sem nunca me deixares cair... Joana, és especial;

Ao Diogo, por ser colo, paciência e persistência, por me motivar a fazer mais e melhor e por acreditar sempre em mim em tudo na minha vida;

Aos meus pais e irmão, por terem feito de mim o que sou hoje;

Aos meus amigos para a vida, Cátia, Mariana, Natália e André, que bom é contar convosco em todas as etapas;

À Mariana, à Inês e à Catarina, sem vocês este caminho tinha sido mais duro de caminhar;

À Melissa, a minha amiga mais paciente, que atura todos os meus devaneios;

À minha avó e ao meu avô, a minha estrelinha, por estarem sempre comigo.

RESUMO

Este relatório de estágio profissional descreve as atividades realizadas durante o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica num hospital central, entre fevereiro de 2023 e janeiro de 2024. Nele é abordada a conceção de cuidados, atividades diagnósticas e intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contextos clínicos, incluindo assistência à grávida com complicações, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, com base nas competências aos mesmos atribuídos no Regulamento das Competências Específicas.

Durante a prática clínica, surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as vocalizações da parturiente e o seu significado ao longo do trabalho de parto, levando à elaboração de uma revisão narrativa da literatura.

Para além disso, foi realizada uma reflexão crítica das práticas observadas em estágio e a sua aplicação perante a evidência científica mais atual.

Palavras-chave: vocalização, gravidez, trabalho de parto, parto

ABSTRACT

This professional internship report describes the activities carried out during the Master's Degree in Maternal Health and Obstetric Nursing in a central hospital, between February 2023 and January 2024. It addresses the design of care, diagnostic activities and interventions of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Nursing in clinical contexts, including assistance to pregnant women with complications, women in labor, women who have recently given birth and newborns, based on the competencies attributed to them in the Regulation of Specific Competencies.

During clinical practice, the need arose to deepen knowledge about the parturient woman's vocalizations and their meaning throughout labor, leading to the elaboration of a narrative review of the literature.

Furthermore, a critical reflection was carried out on the practices observed during the internship and their application in light of the most current scientific evidence.

Keywords: vocalization, pregnancy, labor, birth

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

OE - Ordem dos Enfermeiros

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SU - Serviço de Urgência

OMS - Organização Mundial de Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

ACOG - American College of Obstetrics and Gynecology

PBE - Prática Baseada na Evidência

ICN – International Council of Nurses

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

RCIU - Restrição de Crescimento Intra-Uterino

RCM - Royal College of Midwives

HPP - Hemorragia Pós-Parto

NICE - National Institute for Clinical Excellence

APPT - Ameaça de Parto Pré-Termo

CTG - Cardiotocografia

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	18
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO	21
1.1 Assistir a mulher no parto em posição de quatro apoios	21
1.1.1 As vocalizações da mulher ao longo do trabalho de parto: Revisão narrativa da literatura	30
1.2 Autoeficácia como fator preponderante para o sucesso do trabalho de parto	37
1.3 O controlo do próprio parto	47
1.4 O papel do EEESMO numa emergência obstétrica.....	55
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL	64
2.1 O desafio de amamentar a filha durante o período em que está em fototerapia.....	65
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL – GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES.....	76
3.1 A importância do plano de parto na gestão das expectativas	76
4. REFLEXÃO CRÍTICA TENDO POR BASE O REGULAMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	83
5. CONCLUSÃO	89
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio de natureza profissional com relatório englobada no Mestrado de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto no ano letivo 2023/2024, foi elaborado o presente relatório, tendo como foco o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), conforme definido nos Regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE) - nº 140/2019 e nº 391/2019.

O estágio de natureza profissional culmina então com a elaboração de um relatório, cujo propósito é descrever criticamente as competências adquiridas durante o estágio clínico, destacando aquelas exigidas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Assim sendo, a execução deste relatório de estágio e a sua discussão são essenciais para a conclusão do curso e, posteriormente, a aquisição das competências essenciais para a candidatura à obtenção do título de EEESMO comprovado pela OE.

Este relatório de estágio de natureza profissional retrata assim a jornada realizada como estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica num hospital central no período decorrido entre 6 de fevereiro de 2023 e 5 de janeiro de 2024. Este espaço temporal foi subdividido em três momentos: Sala de Partos num total de 500h; Puerpério contemplando 100h; e Internamento de Grávidas de Risco perfazendo 200h. Nesta circunstância, é fundamental salientar a relevância dos estágios para o aprimoramento de uma abordagem crítica e reflexiva e embasada em evidências científicas. Durante os diferentes módulos, foram desenvolvidas competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Neste documento são relatadas as experiências vivenciadas durante o estágio, acompanhadas por uma análise crítica e reflexiva das práticas em ambiente hospitalar promotoras do desenvolvimento de competências como EEESMO. Em cada um destes contextos, foram concebidos cuidados e implementadas intervenções de enfermagem baseadas na mais recente evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento de competências no cuidado especializado a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

Durante o estágio de Trabalho de Parto e Parto, surgiram algumas questões relacionadas com o uso pela mulher de vocalizações durante o trabalho de parto, levantando a necessidade de reflexão sobre esse tema: Será que a vocalização durante o trabalho de parto tem efeito terapêutico na sua evolução? Qual o significado das vocalizações da mulher ao longo do trabalho de parto? Será que a linguagem e o discurso da mulher modificam no decorrer do trabalho de parto?

De facto, ao longo do trabalho de parto, a mulher pode apresentar diversas vocalizações, que são sons produzidos pela boca, garganta e cordas vocais. Essas vocalizações podem variar em intensidade, frequência e duração, e podem ser expressas como gemidos, grunhidos, suspiros, entre outros. De acordo com a evidência, essas vocalizações podem ter um papel importante na evolução do trabalho de parto. Na revisão sistemática desenvolvida por Whitburn et al. (2017), identificou-se que as vocalizações podem ajudar a reduzir a dor e a tensão muscular, aumentar a sensação de controlo e reduzir a necessidade de intervenções médicas durante o trabalho de parto. As vocalizações agudas e curtas, por exemplo, foram associadas à fase inicial do trabalho de parto, enquanto as vocalizações mais longas e graves foram mais frequentes durante a fase ativa (Simpson et al., 2015). As vocalizações também podem ser utilizadas como uma forma de comunicação entre a mulher e sua equipa de saúde, permitindo que identifiquem as necessidades e desejos da mulher e prestem um cuidado mais individualizado e respeitoso durante o trabalho de parto (Leap et al., 2010).

A estrutura deste trabalho contempla quatro capítulos. Os três primeiros abordam as áreas de intervenção da prática clínica supervisionada, organizadas conforme a ordem de sucessão dos diferentes estágios: trabalho de parto, pós-parto e gravidez com complicações. O primeiro capítulo detalha a aquisição de competências durante o trabalho de parto e parto, incluindo uma revisão da narrativa acerca do significado das vocalizações ao longo do trabalho de parto. O segundo capítulo diz respeito ao autocuidado no pós-parto e adaptação à parentalidade, sendo que o terceiro capítulo especifica o desenvolvimento de competências especializadas durante a gravidez com complicações. Por último, no quarto capítulo, é realizada uma reflexão crítica das experiências em estágio tendo por base o Regulamento nº391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, esmiuçando-se aquelas que se destacaram por estarem na base de vivências mais marcantes em ensino clínico.

Para cada uma das componentes de estágio foram estabelecidos objetivos específicos, incluindo a aquisição de competências para fornecer cuidados especializados e de qualidade durante a gravidez, tanto em casos de baixo risco como de alto risco, durante o trabalho de parto e parto, e no período pós-parto, integrando os cuidados ao recém-nascido e promovendo o papel parental. Além disso, pretendeu-se desenvolver competências nas áreas da prática profissional, ética e legal, bem como na gestão dos cuidados e no desenvolvimento profissional. Para além disso, tem-se como objetivo demonstrar capacidades de investigação científica, fomentando o conhecimento através de uma revisão da narrativa sobre a temática mencionada.

Para a redação deste relatório, procedeu-se à consulta de evidência científica, utilizando os seguintes recursos de pesquisa: EBSCOhost, Scopus, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), Google Académico, para além de obras literárias científicas disponíveis na biblioteca da ESEP.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O estágio em contexto de sala de partos decorreu num serviço que comporta 9 quartos individuais sob a responsabilidade de três Enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por turno. As grávidas são admitidas no serviço por duas vias: através do Serviço de Urgência (SU) ou, aquando de um internamento programado (em caso, por exemplo, de Indução do Trabalho de Parto), através da secretaria do internamento tal como indicado previamente na consulta de termo às utentes.

Na sala de partos desta unidade hospitalar é permitida a presença de um acompanhante à escolha da parturiente durante 24h por dia, sendo o mais frequente o acompanhamento pelo companheiro/ pai da criança. De facto, diz-nos a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2018, que a inclusão dos acompanhantes no trabalho de parto é vista como uma estratégia que aumenta a satisfação da experiência de parto. A mesma orientação defende a presença de um acompanhante à escolha da mulher durante todo o processo de trabalho de parto, com referência, no entanto, à importância de serem respeitados os desejos individuais de cada mulher, mesmo daquelas que escolhem não ter um acompanhante.

1.1 Assistir a mulher no parto em posição de quatro apoios

São várias as experiências gratificantes enquanto aluna em estágio na sala de partos, pelo que destaco inicialmente uma em que o acompanhante se tornou o suporte necessário durante o trabalho de parto: *Grávida de 39s+5d deu entrada através do SU com queixas de contratilidade uterina dolorosa. Tratava-se de uma parturiente de 36 anos de idade, cuja língua materna era o inglês, IIIGIP, com uma experiência de parto eutócico anterior bastante positiva. De grupo sanguíneo A+ e Streptococcus do Grupo B negativo, fez-se acompanhar pelo seu marido.*

Após acomodação da parturiente na sala de partos, esta revela estar com dor. Expressa-se utilizando frases curtas, com pausas no diálogo entre as contrações. Quando questionada acerca

da forma como pretende lidar com a dor, esta refere preferir estar sozinha com o marido. De facto, sabe-se que a presença dos companheiros no trabalho de parto tem uma influência positiva no mesmo. Estes apoiam as mulheres de diversas maneiras diferentes, nomeadamente fornecendo apoio informativo, facilitando inclusive a comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres e favorecendo o modo como as mulheres lidam com a dor. Para além disso, os companheiros fornecem apoio prático, incluindo encorajar as mulheres movimentarem-se, massajando-as ou simplesmente segurando as suas mãos. De destacar também o apoio emocional, o uso de elogios, tranquilizando também as mulheres, contribuindo para aumentar a confiança e sensação de controlo das mesmas (Bohren et al.,2019).

A parturiente não pretende recorrer à analgesia epidural. O casal fica sozinho no quarto com luz baixa e música ambiente da escolha do casal.

FOCO DE ATENÇÃO:	CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [20/07/2023 – 00h] A parturiente recebe massagem na lombar realizada pelo seu companheiro. [20/07/2023 – 00h] A parturiente deambula na sala de partos, agachando durante a contração. [20/07/2023 – 00h] A parturiente vocaliza durante a contração.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Informação de toque vaginal à entrada no SU: 8cm dilatação, colo mole e intermédio.	
DIAGNÓSTICO:	CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS FACILITADORA

Como referido anteriormente, neste caso clínico tornou-se evidente a importância da presença do convivente significativo. Segundo Lopes e Silva (2021), os companheiros são escolhidos pelas mulheres para as acompanhar durante o trabalho de parto, tendo como missão recordar as estratégias aprendidas durante o programa de preparação para o parto, proporcionar tranquilidade e reforçar positivamente as habilidades das mães durante o processo. De acordo

com os mesmos autores, quando verbalizam as expectativas sobre o acompanhamento dos parceiros durante o trabalho de parto, expressam confiança neles como elemento de apoio.

Já no que toca à massagem que o companheiro realizava, a utilização da massagem durante o parto parece ter um impacto emocional devido ao contacto físico com a parturiente, à diminuição dos níveis de cortisol e norepinefrina, e ao aumento da libertação de serotonina. As mulheres em trabalho de parto mostram-se disponíveis à massagem na zona lombossagrada entre as contrações (Ferreira et. al, 2021).

Sabe-se que a possibilidade de movimentação durante todos os estádios do trabalho de parto permite que a parturiente se ajuste à posição que lhe proporciona maior conforto (Amaro et. al, 2021). Percebi que a parturiente o fazia intuitivamente, o que contribuía para a evolução do seu trabalho de parto.

Para que o parto ocorra, é essencial que o feto se adapte e progrida no canal de parto, acompanhado das contrações do útero e do alargamento dos diâmetros da pelve. Sabe-se que as posições verticais aumentam os diâmetros transversal e ântero-posterior da pelve. Além disso, as contrações uterinas são mais eficazes quando a mulher está numa posição vertical (Zang et al, 2020).

FOCO DE ATENÇÃO:	CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [20/07/2023 – 00h20] A parturiente deambula durante o intervalo das contrações [20/07/2023 – 00h25] A parturiente mobiliza a bacia na bola e partos durante o intervalo das contrações.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Informação de toque vaginal à entrada no SU: 8cm dilatação, colo mole e intermédio.	
DIAGNÓSTICO:	CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO FACILITADORA

Durante a interação, pelas 1h45, constata-se rotura espontânea das membranas. O líquido amniótico é claro e sem cheiro e o CTG tranquilizador. A parturiente refere necessidade de

realizar esforços expulsivos. Posiciona-se inicialmente de cócoras no colchão previamente colocado no chão, colocando-se de seguida de quatro apoios suportada pelo companheiro no momento dos esforços expulsivos.

FOCO DE ATENÇÃO:	PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [20/07/2023 – 1h45] Posição do colo do útero: anterior Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 100% Dilatação do colo do útero: 10cm Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos Duração da contração uterina: 50 Segundos Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea Posição fetal: esquerda Apresentação fetal: cefálica Variedade fetal: OEA Descida do feto: 3.º plano de Hodge Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A parturiente verbaliza “não aguento mais”; “não consigo!”; “vou desistir!”. No intervalo das contrações, o companheiro incentiva-a “tu vais conseguir!”; “estás tão perto!”; “imagina o nosso bebé connosco!”.	
DIAGNÓSTICO:	TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Promover evolução favorável do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Assistir no posicionar 2) Assistir no parto 3) Assistir na expulsão uterina	

Especificação da intervenção: Assistir no posicionar

Atividades que a concretizam

- Ajudar a parturiente adotar a posição mais favorável para si (4 apoios)

Especificação da intervenção: Assistir no parto

Atividades que a concretizam

- Assegurar bem-estar materno-fetal: monitorização fetal contínua
- Técnica hands-off

De acordo com o preconizado pela DGS (2023), na fase ativa do 2.º estadio do trabalho de parto, os cuidados a prestar à parturiente englobam a realização de um exame vaginal a cada 30 minutos (se não se verificar nenhum acontecimento que exija um exame no momento) e, ainda, permitir à mulher escolher a posição da sua preferência. Ora, neste caso, a parturiente especificamente verbalizou preferir que não lhe fossem realizados exames vaginais, o que lhe foi consentido uma vez que não existia razão clínica para tal. Ao mesmo tempo, não foi realizada proteção do períneo, com exceção do suporte da cabeça fetal aquando da expulsão, de forma a controlar a força da gravidade uma vez que se trata de uma posição verticalizada. No que diz respeito ao uso das técnicas "hands-on" e "hands-off" na prevenção de lesões no pavimento pélvico, a diferença estatística entre os resultados dos grupos "hands-on" e "hands-off" foi baixa, o que permite várias interpretações, incluindo a possibilidade de que a técnica "hands-on" não resulte em uma diferença tão significativa quanto se imaginava. De facto, dos 14 estudos incluídos nesta revisão, apenas três foram ensaios controlados. Entre esses estudos, seis observaram uma redução nas lesões quando a técnica "hands-on" foi aplicada. No entanto, nos ensaios controlados, não houve diferença estatisticamente significativa nos resultados entre os grupos (Lima et. al, 2020).

No que se refere ao posicionamento, intuitivamente (uma vez que se encontrava sem qualquer analgesia, por opção), a parturiente procurou aquela que lhe dava mais conforto. Inicialmente, realizou esforços expulsivos de cócoras. Este comportamento é suportado por Alves (2021), que nos diz que as posições verticais estão associadas a: redução da duração do segundo estadio do trabalho de parto, menos partos instrumentados, menor incidência de episiotomias, menor sensação de dor durante o parto e maior probabilidade de períneo íntegro.

No entanto, o trabalho de parto culminou na posição de quatro apoios, conhecida por ser benéfica para aliviar a tensão nas costas e aumentar a eficácia dos esforços expulsivos durante

o segundo período do trabalho de parto. A única desvantagem é a dificuldade que é manter a posição por muito tempo (Amaro et. al, 2021).

Tal não foi necessário, uma vez que os esforços expulsivos foram rapidamente eficazes.

FOCO DE ATENÇÃO:	NASCIMENTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [20/07/2023 – 2h20] Hora do nascimento: 2:20 Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9 Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10 Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: O casal deseja cortar o cordão umbilical em conjunto apenas quando este deixar de pulsar.	
DIAGNÓSTICO:	NASCIMENTO
OBJETIVO: Promover adaptação favorável à vida extrauterina	
INTERVENÇÕES 1) Executar clameamento do cordão umbilical 2) Executar técnica de pele com pele	

Especificação da intervenção: Executar clameamento do cordão umbilical

Atividades que a concretizam

- Clampar cordão umbilical depois de deixar de pulsar como desejado pela parturiente

Especificação da intervenção: Executar técnica de pele com pele

Atividades que a concretizam

- Auxiliar parturiente a mudar de posição, passando do chão para a cama, e a colocar o recém-nascido em contacto pele com pele

De facto, é indicação da DGS (2023) a laqueação tardia do cordão umbilical, com indicação de esperar pelo menos um a dois minutos após o nascimento a não ser que o recém-nascido necessite de cuidados imediatos ou em caso de rotura do cordão umbilical. Se for preferência da parturiente, há a possibilidade de esperar que o cordão deixe de pulsar. Aliás, em bebés de termo, a clampagem tardia do cordão umbilical traduz-se num aumento dos níveis de hemoglobina ao nascimento e consequentemente nas reservas de ferro essenciais aos primeiros dias de vida, sendo favoráveis ao desenvolvimento (ACOG, 2020). No entanto, sabe-se que retardar o corte do cordão umbilical leva a um aumento na quantidade de sangue transferido da placenta para o recém-nascido, o que aumenta os níveis de glóbulos vermelhos e, por conseguinte, os níveis de bilirrubina. No entanto, em bebés nascidos a termo, estudos indicaram apenas um aumento mínimo na necessidade de tratamento com fototerapia (McDonal et al.,2014).

O contacto pele com pele aconteceu também de forma espontânea. A parturiente segurou o bebé junto ao seu peito nos primeiros momentos após o nascimento, tendo sido auxiliada a transferir-se para o leito onde permaneceram em contacto pele com pele, aproximadamente uma hora. Durante este espaço temporal, o recém-nascido alternou entre um estado de alerta suficiente para procurar a mama com períodos de sonolência e relaxamento.

A evidência científica reitera a importância do contacto pele com pele entre mãe e recém-nascido. Sabe-se que ajuda na transição para a vida extrauterina, contribuindo para manter a temperatura corporal do recém-nascido estável, prevenindo assim a hipotermia. Para além disso, diminui os níveis de stress do recém-nascido, aumenta os níveis de ocitocina na mãe, facilita o início precoce da amamentação e fortalece o vínculo entre ambos. Daí a recomendação de contacto pele com pele nas primeiras horas de vida, se possível, adiando outros cuidados imediatos (WHO, 2018).

É também na primeira hora após o nascimento que tanto o recém-nascido como a mãe partilham um momento especial. É na primeira hora de vida que os dois fortalecem a sua ligação emocional, sendo recomendado que a amamentação ocorra espontaneamente neste timing. Nesta hora, ocorre o pico máximo de adrenalina, garantindo que o recém-nascido tenha a energia necessária para procurar a mama. Por isso, é de extrema importância que o bebé seja colocado em contacto com o corpo da mãe imediatamente após o nascimento e que não haja

interferência, permitindo-lhe procurar a mama independentemente do tempo que precisar (Antunes et al., 2022).

Este comportamento instintivo segue um processo de desenvolvimento em nove estádios durante as primeiras horas de vida. Começa com o choro do nascimento, passa por momentos de relaxamento, despertar, atividade, descanso, rastejar, familiarização com o mamilo e, por fim, sucção e sono (Widström et al., 2020).

O contacto pele com pele culminou com o recém-nascido a ser amamentado.

Enquanto o contacto pele com pele acontecia, deu-se a dequitação.

FOCO DE ATENÇÃO:	PÓS-PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [20/07/2023 – 2h40] Tipo de dequitação: Fisiológica, mecanismo de Duncan Hora da dequitação: 2:40h Estado do períneo: Íntegro Perda sanguínea vaginal: Conforme a esperada Contração do útero pós-parto: Útero contraído	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Parto eutócico às 2h20. [20/07/2023 – 2h40] A parturiente referiu “vontade de puxar novamente” (sic).	
DIAGNÓSTICO:	TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto	
INTERVENÇÕES 1) Avaliar evolução da recuperação pós-parto	

Especificação da intervenção: Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Atividades que a concretizam

- Vigiar globo de segurança de Pinard
- Vigiar perda sanguínea

- Avaliar períneo: íntegro

As mudanças fisiológicas e anatômicas que se sucedem após o parto afetam vários órgãos e sistemas do corpo, sendo um processo contínuo que exige uma vigilância rigorosa e cuidados específicos por parte dos profissionais de saúde. Segundo a DGS (2023), é da competência dos EEESMO avaliar a perda sanguínea vaginal, o pulso radial e a pressão sanguínea, estes últimos, dados que nos permitem antever desequilíbrio hemodinâmico. De seguida, cabe-nos realizar a extração da placenta, avaliando as suas características, nomeadamente a sua integridade quanto à presença de todos os cotilédones. Torna-se essencial ainda verificar, de seguida, a contração uterina pela formação do globo de segurança de Pinard e, por último, a integridade do canal de parto e a necessidade de suturar.

Asseguradas as condições de segurança e a monitorização programada da pressão sanguínea e frequência cardíaca, foi permitida à tríade a vivência da experiência com privacidade.

Este caso clínico foi de elevada importância enquanto futura EEESMO. Tendencialmente, temos necessidade de, por vezes, interferir na experiência de parto para sentirmos ora uma sensação de controlo sobre a situação, ora uma finalidade para a nossa presença. Esta vivência traduziu-se na prova de que, por vezes, fazer menos é, sem dúvida, fazer melhor.

Durante esta interação emergiram as questões sobre a problemática das vocalizações durante o trabalho de parto. De facto, foi observada a sua utilização pela parturiente neste caso clínico, como algo inato e espontâneo. A parturiente vocalizava instintivamente, acompanhada pelos incentivos do marido, como se mais nada nem ninguém existisse à sua volta. Tal despertou o meu interesse, na medida em que apesar de todos os avanços técnicos e científicos na assistência ao trabalho de parto, continua a ser tabu para algumas mulheres a forma como vão soar perante os outros. Esta parturiente espelhou a forma como devemos olhar para o trabalho de parto: único, individual e, o mais importante, da mulher e de mais ninguém. Assim sendo, estando a parturiente a vivenciar um trabalho de parto sem intervenção de analgesia, por preferência sua, vocalizando de forma involuntária, terão essas vocalizações efeito terapêutico?

1.1.1 As vocalizações da mulher ao longo do trabalho de parto: Revisão narrativa da literatura

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2015), explicitado no Código Deontológico, artigo 109º, alínea c), página 10, o enfermeiro assume o dever, almejando a excelência do exercício profissional, de “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”. Deste modo, é primordial que a prestação de cuidados de enfermagem seja baseada em evidência científica, na tentativa de resposta mais eficaz aos desafios surgidos ou até a questões relativas a práticas já existentes.

Ora, a Prática Baseada na Evidência (PBE), que se entende como um “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (ICN, 2012, página 10), traduz-se numa forma de fundamentar assuntos e por consequência dar poder e autonomia aos enfermeiros no exercício da nossa profissão. OS EEESMO não são exceção, uma vez que representam um papel crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade, seguros e com foco nos clientes (WHO, 2017).

Dada a extensa informação disponível na esfera da saúde, manifesta-se a necessidade de sistematizar o conhecimento científico com recurso a revisões da literatura. A revisão da narrativa permite uma descrição abrangente de um assunto, mas não é uma análise sistemática de todas as fontes de informação disponíveis. A sua relevância reside na capacidade de fornecer uma atualização rápida sobre os estudos relacionados com o tema, empregada para fornecer uma visão geral do estado atual de um tema específico, principalmente do ponto de vista teórico ou contextual (Canuto & Oliveira, 2020).

Assim sendo, foi realizada a pesquisa de artigos com vista a dar resposta às seguintes questões: Quais as características das vocalizações durante o trabalho de parto? Qual o significado das vocalizações da mulher ao longo do trabalho de parto? Será que a vocalização durante o trabalho de parto tem efeito terapêutico na sua evolução? Foram utilizados motores de busca como SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e a EBSCOhost que contém bases de dados

como CINAHL Compleat, MedicLatina, MEDLINE e PubMed), com recurso a palavras-chave como os termos MeSH (Medical Subject Headings) e termos em linguagem natural. Foram organizadas as questões de investigação tendo por base a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), tal como exemplificado na tabela seguinte. Adicionalmente, foram realizadas pesquisas livres no Google Scholar e outras fontes.

População	Conceito	Contexto
Parturientes, mulheres em trabalho de parto, grávidas	Uso de vocalização, sons, gemidos, cantar	Durante o trabalho de parto
Parturient women; laboring women; women in labor	Vocalization; verbalization; voice; sound; breath; mouth; voice work; sighing; moaning, groan-ing; grunting, chanting; calling out; noisy breathing; coping strategy; singing	Labour; labor; delivery; childbirth; birth

O trabalho de parto é uma experiência profunda e transformadora que tem sido objeto de investigação científica e fascínio cultural ao longo dos séculos. Este é definido por Graça (2017) como uma sucessão de acontecimentos fisiológicos que conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto ao longo do canal de parto e à sua expulsão para o exterior, bem como dos demais produtos de concepção, designadamente, a placenta e as membranas amnióticas. Inicia-se pelo desencadear de contrações uterinas regulares, em frequência e intensidade, com perceção dolorosa, decorrendo conjuntamente a extinção e a dilatação cervical. Na mesma literatura, assenta-se a divisão do trabalho de parto em três estadios: o primeiro estadio diz respeito à dilatação e extinção/apagamento do colo do útero, assim como o início da descida da apresentação fetal; o segundo estadio inicia-se com a dilatação completa e termina na expulsão do feto (período expulsivo); sendo que o terceiro e último estadio vai a partir do nascimento até à expulsão da placenta e membranas (dequitação).

De acordo com Gomes et al. (2020), promover a assistência ao parto humanizado requer alterações de atitudes e de comportamentos, por meio de uma assistência que assegure o

respeito e a sensibilidade com a tríade mulher-criança-família. A humanização deve ir além de tratar bem as pessoas, abrangendo principalmente o enaltecimento e o respeito das suas particularidades.

A humanização do parto é um assunto relevante atualmente. Para muitos médicos e diretores de serviço, isso implica proporcionar melhores condições e conforto às parturientes, permitir a presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e oferecer um atendimento gentil e simpático. Muitas unidades hospitalares têm-se modernizado, incluindo quartos individuais para maior conforto e privacidade durante o parto. Além disso, a disponibilidade da epidural em muitos serviços obstétricos é considerada um indicador de humanização, mesmo quando administrada sem solicitação expressa da mulher. No entanto, humanizar o parto vai muito além de simples melhorias físicas nas instalações hospitalares ou de oferecer a opção da epidural. Consiste em devolver o protagonismo às mulheres, dando-lhes voz e respeitando suas escolhas e desejos durante o processo de parto. Isso significa ouvir suas opiniões, entendê-las e fornecer informações completas para que possam tomar decisões conscientes e informadas sobre o momento mais marcante das suas vidas. Em essência, trata-se de colocar as mulheres no centro do processo de parto e nascimento, reconhecendo sua autonomia e direito à autodeterminação (Correia, 2011).

Deste modo, as experiências vivenciadas durante o estágio suscitaram imensuráveis reflexões, assim como curiosidades. De facto, durante o trabalho de parto, as vocalizações emergem como um aspeto único e cativante da experiência. Essas expressões vocais, que vão desde gritos primitivos até mantras sussurrados, são muito mais do que meros sons, servindo como um canal fundamental para a comunicação e a incorporação do processo de parto (Whitburn et al., 2017).

A importância das vocalizações durante o trabalho de parto transcende o domínio do ruído, estas representam uma manifestação profunda da dor, expressão emocional e a interação entre mente e corpo. Desde os tempos mais remotos da humanidade, mulheres em trabalho de parto têm recorrido à vocalização como um meio instintivo de enfrentar a dor e expressar as emoções profundas que emergem nesse momento crucial.

A temática da respiração faz parte da preparação para o parto desde que Lamaze em 1956 introduziu a premissa de que a parturiente altera conscientemente o ritmo e a profundidade da sua respiração de acordo com a intensidade do trabalho de parto, e pode contar as suas respirações, intercalando pequenos "sopros" em intervalos regulares (Pierce, 1998).

No entanto, segundo o mesmo autor, alguns programas desenvolvidos após Lamaze não utilizam a respiração controlada, mas enfatizam os benefícios da respiração diafragmática relaxada, ou abdominal. Os seus contributos foram mesmo assim importantes, uma vez que o princípio central da preparação para o parto tem sido que a respiração não só fornece oxigénio, mas também apoia o bem-estar mental e emocional da mulher durante o trabalho de parto. Embora se fale muito sobre a respiração na preparação para parto, pouco se fala sobre a voz. Um objetivo da preparação inspirada em Lamaze era equipar a mulher grávida com ferramentas mentais para que, mesmo no trabalho de parto mais intenso, ela pudesse manter-se no controlo do mesmo. No entanto, até à data, as técnicas de respiração eram demonstradas sem som na preparação para o parto, para serem praticadas em casa da mesma maneira. Uma mensagem implícita era transmitida de que expressar emoção ou esforço vocal durante o trabalho de parto não era aceitável, traduzindo-se em vez disso num sinal de estar "fora de controlo". Mesmo hoje, algumas mulheres grávidas admitem que um dos seus receios sobre o parto é como vão soar para os outros.

No estudo supracitado, o autor introduz o conceito de “tom”. Consiste em vocalizar o comprimento da exalação de uma respiração em um único tom, utilizando um som de vogal ou um zumbido (o tom difere do canto por não ter melodia nem palavras). Para estudar o valor do tom na gravidez e no trabalho de parto, o autor introduziu o assunto nas suas preparações para o parto. A apresentação incluía componentes cognitivos, experienciais e audiovisuais. Alguns aspetos fisiológicos e psicológicos do tom foram descritos; o tom foi demonstrado e experimentado em grupo; e um vídeo foi exibido e discutido, mostrando um parto no qual a parturiente vocaliza consistentemente durante as contrações. Posteriormente, instruía as grávidas a praticar os tons ao longo de várias semanas, tendo solicitado feedback de seguida. Através deste experimento percebeu através da descrição das mulheres englobadas no estudo, que vocalizar beneficiava as parturientes no controlo da dor, na conexão com o seu bebé, ajudando a relaxar e a diminuir a ansiedade ao mesmo tempo que lhes dava uma sensação de poder e controlo de todo o processo de parto.

Após as ideias de Lamaze, que perduraram no tempo, surgiu o método Bradley, que encorajava as parturientes a confiar no próprio corpo e a procurar uma respiração abdominal profunda e relaxada (Danford & Mercein, 2017).

Referem-nos os autores que embora a respiração seja abordada na preparação para o parto, percebe-se que a libertação de som é uma ideia que não é enfatizada. Quando o som é

mencionado, o tipo de som encorajado é algo limitado em comparação com a gama de vocalizações passíveis de serem transmitidas. Já Lamaze advogava principalmente gemidos baixos uma vez que se considerava útil manter a mandíbula da parturiente solta e relaxada, o que se correlaciona diretamente com um períneo solto e relaxado.

Não obstante, ao direcionar as mulheres para usar tons baixos e reconfortantes com o objetivo de manter a parturiente calma, pode-se inadvertidamente desempoderar as mulheres ao limitar sua expressão. Assim sendo, o uso do som e da expressão vocal durante o trabalho de parto é uma estratégia muito útil para capacitar as mulheres durante o parto e, em alguns casos, pode até ajudar a lidar com a dor. A libertação de som assume várias formas - seja através de entoação, fala, canto ou rugidos (Danford & Mercein, 2017).

Quanto à respiração, surge intimamente ligada à vocalização, com a discussão constante relacionada com os esforços expulsivos. De facto, comumente é aconselhada a realização da manobra de Valsava, que envolve expirar de forma forçada contra uma glote fechada para criar pressão intratorácica e intra-abdominal que se acredita ajudar a empurrar o feto. No entanto, a ACOG (2017) desaconselha esta prática, incentivando os esforços expulsivos com a glote aberta, o que permite a libertação do som e da voz. Tal pode prolongar ligeiramente a duração desta fase do trabalho de parto, mas considera-se a sua prática mais saudável para a mãe e o bebé.

Segundo a OMS (2018), muitas mulheres têm preferência por um parto natural e confiam em si mesmas e no seu corpo para dar à luz os seus bebés sem intervenções desnecessárias, como orientações relativas ao modo como devem realizar esforços expulsivos. Uma das recomendações em relação aos tipos de esforço é encorajar as mulheres a realizarem o esforço expulsivo da maneira que se sintam confortáveis, ou seja, não se recomenda “puxo” dirigido durante o período expulsivo.

Durante o período expulsivo, o empurrar com a glote aberta (incluindo gemidos e grunhidos) pode ocorrer de três a cinco vezes por contração, com breves períodos de empurrar com a glote fechada, e inclui respirações não relacionadas ao empurrar entre cada esforço. Não devem ser dadas instruções verbais além de incentivo e elogios (Lee et al., 2018).

Uma das técnicas para manter a glote aberta é a vocalização, que envolve a tonificação da voz e a libertação de ar através de um som de vogal cantado, utilizando um tom grave e produzindo sons com as vogais (Neta, 2019).

Ao longo do trabalho de parto, o controlo da respiração é crucial, pois promove concentração e relaxamento para a parturiente, reduzindo os riscos de traumas no períneo durante o período expulsivo e melhorando a oxigenação sanguínea da mãe e do feto. As técnicas respiratórias envolvem respirações inspiratórias e expiratórias prolongadas, proporcionando uma maior consciência do músculo do diafragma. Entre as melhores técnicas para manter um maior controlo da respiração durante o período expulsivo, destaca-se o uso da glote aberta, sendo a vocalização uma delas (Souza & Paiva, 2022).

Segundo Leppanen (2018), cantar e vocalizar podem capacitar as pessoas durante a gravidez e o parto, pois permite-lhes fazer algo que ajudará a aliviar sua dor. No entanto, este método pertence às técnicas alternativas para lidar com a dor, uma vez que não utiliza nenhum procedimento médico ou tecnológico.

O mesmo autor refere que o método de cantar durante o parto é simples e exequível, podendo consistir em produzir sons com apenas uma vogal, por exemplo, *a*. Durante o trabalho de parto, os sons são direcionados para os quadris com a vocalização baixa. O objetivo da vocalização é induzir relaxamento na área pélvica para ajudar o processo de parto. Algumas mulheres perceberam que, se não emitissem sons durante as contrações, a dor era muito mais intensa do que quando vocalizavam ou cantavam. Portanto, era mais fácil suportar a dor enquanto cantavam e vocalizavam, tornando-se a parturiente não apenas passiva, mas uma agente ativa no seu trabalho de parto.

Outra evidência diz respeito ao bem-estar fetal. Durante algumas fases do trabalho de parto, quando a parturiente suspende a respiração, a frequência cardíaca do feto diminui. Contrariamente, vocalizando ou cantando, percebeu-se que era possível aumentar a frequência cardíaca do feto, uma vez que é impossível sustentar a respiração enquanto canta. Para além disso, vocalizar durante o trabalho de parto induz a sensação de que a pressão é direcionada para dentro e para baixo do corpo, causando a vibração dos ossos da pelve. Essa vibração ajuda a aliviar a dor, sendo a sensação descrita como se os sons empurrassem a dor para longe do corpo (Leppanen, 2018).

As vocalizações durante o trabalho de parto, embora muitas vezes subestimadas e subexploradas, desempenham assim um papel fundamental na expressão da dor, no alívio do sofrimento e na promoção do progresso do parto (Danford & Mercein, 2017).

Através da minha observação ao longo do estágio de sala de partos, apercebi-me que as vocalizações podem ser vantajosas nas diversas fases do trabalho de parto. Vocalizar durante o trabalho de parto é uma prática comum que pode oferecer diversos benefícios às mulheres em diferentes estádios do processo. No primeiro estágio do trabalho de parto, vocalizar pode ajudar a relaxar e a lidar com a dor. Muitas mulheres encontram alívio ao vocalizar, utilizando sons ou palavras para concentrar a mente e reduzir a sensação de desconforto. Estas vocalizações tinham como características serem agudas e curtas.

À medida que o trabalho de parto avança para o segundo estágio, vocalizar pode ser útil para facilitar o processo de parto. Neste momento, focar-se em vocalizações específicas pode ajudar a relaxar os músculos do períneo, facilitando a passagem do bebé durante a fase de expulsão. Nesta fase, observa-se que as vocalizações são mais longas e graves.

Para algumas mulheres que optam por não receber anestesia epidural, a vocalização pode ocorrer de forma instintiva durante os esforços expulsivos. O corpo naturalmente procura formas de lidar com a intensidade do momento, e vocalizar pode ser uma resposta espontânea que ajuda a canalizar a energia e a enfrentar as contrações.

Além disso, algumas mulheres podem aprender técnicas de vocalização durante o trabalho de parto, especialmente em relação ao momento dos esforços expulsivos. Esta vocalização ensinada pode estar relacionada com técnicas de puxo dirigido ou espontâneo, orientadas pelo profissional de saúde. Ao utilizar sons específicos ou respirações controladas, a mulher pode potencializar os esforços expulsivos, auxiliando no processo de dar à luz.

Em resumo, vocalizar durante o trabalho de parto pode ser uma ferramenta valiosa para as mulheres, proporcionando alívio da dor, facilitando o progresso do parto e promovendo uma experiência mais tranquila e controlada durante o nascimento do bebé.

Assim sendo, importa refletir posteriormente alguns aspetos que decorrem da revisão elaborada e da observação em contexto de estágio de sala de partos. Por que motivo tentam resistir as mulheres à necessidade de vocalização durante o trabalho de parto? Será por vergonha ou receio? Sabe-se que nos filmes o parto é sempre associado a gritos, normalmente alusivos a uma sensação negativa de dor enquanto, de geração em geração, se transmite a ideia de que só se é “bem-comportada” se for silenciosa durante o trabalho de parto. Interessa assim ponderar sobre as mensagens que as mulheres estão a receber durante as intervenções de

preparação para o parto e desmistificar ideias pré-definidas. Devemos incentivar cada mulher a vivenciar o seu momento conforme o seu corpo e mente pedem.

Em suma, esta pesquisa possibilitou entender a importância do EEESMO naquele que é o instigador da vivência de um trabalho de parto de acordo com as preferências da parturiente, parto esse onde a mulher pode e deve dar voz aos seus sentimentos e emoções. Verificou-se, no entanto, que a maioria dos estudos encontrados se foca, na sua generalidade, na diferença entre o puxo dirigido e o puxo espontâneo, assim como as características da respiração. A temática das vocalizações carece de estudos mais aprofundados para que se possa uniformizar e incentivar a sua livre utilização.

1.2 Autoeficácia como fator preponderante para o sucesso do trabalho de parto

Outra experiência enriquecedora na Sala de Partos envolveu: *Grávida de 39s+6d internada no turno antecedeu o meu (de manhã, pelas 7h30) por rotura espontânea de membranas em casa às 6h30. Tratava-se de uma parturiente de 30 anos de idade, IG, de grupo sanguíneo B+ e Streptococcus do Grupo B negativo, fez-se acompanhar do seu marido. Ambos realizaram preparação para o parto e parentalidade, apresentando um plano de parto.*

No início do turno, após a minha apresentação à parturiente, esta mostra-se cansada. Refere ter estado a realizar exercícios de mobilidade da bacia na bola de pilates durante o turno da manhã pelo que prefere descansar. No entanto, pouco tempo depois, demonstrou desconforto, revelando aumento da sensação de dor, pelo que propus a realização de exame vaginal.

FOCO DE ATENÇÃO:	PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[29/03/2023 – 15h] Posição do colo do útero: posterior Consistência do colo do útero: intermédio Extinção do colo do útero: 50% Dilatação do colo do útero: 4cm Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos Duração da contração uterina: 20 Segundos Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical	

Integridade das membranas amnióticas: membranas rotas Posição fetal: esquerda Apresentação fetal: cefálica Descida do feto: acima 1.º plano de Hodge Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A parturiente refere no plano de parto desejar que não lhe sejam oferecidas estratégias farmacológicas para lidar com a dor a não ser que a própria as solicite. A parturiente refere no plano de parto que ouvir música com o companheiro ou recordar memórias com ele a ajudam a relaxar. A parturiente apresenta-se calma e comunicativa com o seu companheiro. Na interação, utiliza frases longas e descritivas da fase em que se encontra.	
DIAGNÓSTICO:	TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Promover evolução favorável do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Assistir no posicionar 2) Envolver pessoa significativa no trabalho de parto 3) Avaliar evolução do trabalho de parto	

Especificação da intervenção: Assistir no posicionar

Atividades que a concretizam

- Incentivar alternância de posicionamento para alívio da dor, procurando a posição que o próprio corpo lhe pede

Especificação da intervenção: Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Incentivar companheiro a massajar a parturiente, uma vez que a mesma se mostra disponível para ser massajada

Na literatura, é apontado que as posições verticais ajudam a diminuir a duração do trabalho de parto e promovem o bem-estar da mãe e do bebê, sem aumentar a necessidade de intervenções médicas ou causar efeitos adversos (Leite et al., 2019).

Mover-se durante o trabalho de parto e adotar posições verticais aliviam a dor, promovem uma melhor circulação fetal-materna, melhoram a oxigenação fetal e produzem contrações uterinas mais eficazes. Além disso, reduzem a duração do trabalho de parto, facilitam a descida fetal e diminuem o trauma perineal. As mulheres solicitam menos frequentemente a analgesia epidural quando adotam uma posição vertical. Sabe-se que durante o parto, as mulheres percebem uma dor menos intensa quando estão em posição vertical ou lateral (Bonapace et al., 2018).

Na revisão da Cochrane elaborada por Lawrence et al. (2013) que incluía 25 estudos dos quais faziam parte 5218 mulheres, foi passível de ser verificado que mulheres que assumiam as diferentes posições verticais tinham menos probabilidade de solicitar analgesia epidural.

Assim, durante a primeira fase do trabalho de parto, as mulheres devem ser incentivadas a escolher a posição que acharem mais confortável uma vez que o movimento e a verticalidade contribuem para o sucesso do trabalho de parto (WHO, 2018).

A parturiente questionou também durante a interação qual seria a evolução da dor e quais as vantagens e desvantagens de recorrer à analgesia epidural. Dado que foi um assunto enunciado pela mesma, foi aprofundado com a parturiente e o seu companheiro, sendo sempre decisão da mulher a sua utilização.

FOCO DE ATENÇÃO:	CONHECIMENTO SOBRE LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[29/03/2023 – 16h] A parturiente questiona quais as vantagens e desvantagens de recorrer à analgesia epidural no que toca à evolução da dor e do trabalho de parto.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A parturiente refere no plano de parto desejar que não lhe sejam oferecidas estratégias farmacológicas para lidar com a dor a não ser que a própria não as solicite.	

DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
OBJETIVO: Melhorar conhecimento sobre trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Ensinar sobre dor de trabalho de parto 2) Ensinar sobre métodos não farmacológicos para lidar com a dor de trabalho de parto 3) Ensinar sobre métodos farmacológicos para aliviar a dor de trabalho de parto 4) Avaliar evolução no conhecimento sobre trabalho de parto	

Especificação da intervenção: Ensinar sobre dor de trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Referir que a dor de trabalho de parto não constitui sinal de lesão ou doença, sendo um sinal positivo de que o corpo está preparado para o trabalho de parto e que este está a decorrer da forma expectável.
- A dor durante o trabalho de parto transmite informações à mente sobre o que está a acontecer no corpo e desencadeia a produção de hormonas, como endorfinas e ocitocina, que funcionam como analgésicos naturais. A localização e a intensidade da dor podem variar ao longo do trabalho de parto, uma vez que esta resulta dos ajustes em diferentes partes do corpo.

Especificação da intervenção: Ensinar sobre métodos não farmacológicos para lidar com a dor de trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Música, respiração, massagem, uso de água, qualquer atividade que no seu dia a dia seja prazerosa e relaxante para si. Tal como referido no plano de parto escrito pela parturiente, a música é uma opção relaxante para si.

Especificação da intervenção: Ensinar sobre métodos farmacológicos para aliviar a dor de trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Quanto às vantagens: A analgesia epidural é uma forma de alívio da dor regional que bloqueia a sensação de dor numa região específica do corpo, neste caso, nos segmentos espinhais inferiores. Isso proporciona alívio da dor apenas nessa área, sem resultar na perda completa da sensibilidade física, mantendo a atividade motora (se opção); reduz a dor associada ao trabalho de parto – contrações menos dolorosas; Parturiente mantém-se acordada, colaborante e consciente.
- Quanto às desvantagens: A analgesia epidural interfere de forma significativa com algumas das hormonas mais importantes do TP e nascimento, o que pode explicar o seu efeito negativo nas diversas fases do TP, nomeadamente o prolongamento tanto do primeiro estagio do trabalho de parto, como do segundo.

Conforme preconizado pela DGS (2023), é missão do EEESMO monitorizar a dor e a capacidade da parturiente para lidar com ela em todas as interações. Devemos informar a parturiente sobre métodos não-farmacológicos para lidar com a dor e sobre opções farmacológicas de alívio. Se a parturiente desejar medidas não-farmacológicas, estas devem ser disponibilizadas. Se ela solicitar um método farmacológico de alívio da dor ou quiser mais informações sobre ele, pode ser necessário entrar em contacto com um médico anestesiologista.

Sabe-se que no que toca à evolução do trabalho de parto, a epidural pode prolongar a segunda fase e aumentar a probabilidade de um parto instrumentado. É um direito da mulher ser informada dos prós e contras deste método farmacológico uma vez que estas esperam participar ativamente no processo de tomada de decisão sobre a utilização da analgesia epidural e desejam receber apoio e orientação independentemente da opção que escolham. Comumente, mulheres que inicialmente não planeavam usar a epidural tendem a adotar uma mentalidade aberta, mantendo todas as opções em possibilidade durante o trabalho de parto. A decisão de solicitar, ou não, uma epidural era frequentemente influenciada por fatores como a capacidade de suportar a dor, a duração do trabalho de parto e as recomendações recebidas dos profissionais de saúde durante esse período (Borrelli et. al, 2020).

FOCO DE ATENÇÃO:	CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[29/03/2023 – 16h] Durante a interação, a parturiente refere preferir optar, de momento, pelas estratégias não farmacológicas para lidar com a sua dor, tendo dificuldade em identificar qual a estratégia mais vantajosa nesta fase do trabalho de parto.	
[29/03/2023 – 16h] A parturiente refere uma dor na região lombar aquando das contrações.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A parturiente refere no plano de parto desejar que não lhe sejam oferecidas estratégias farmacológicas para lidar com a dor a não ser que a própria não as solicite.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
OBJETIVO:	

Melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
INTERVENÇÕES 1) Instruir estratégias de relaxamento 2) Treinar estratégias de relaxamento 3) Avaliar evolução na capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Especificação da intervenção: Instruir estratégias de relaxamento

Atividades que a concretizam

- Orientar para uso de água no chuveiro

O uso do chuveiro tem sido objeto de estudo em diversos artigos, revelando resultados positivos no que toca ao bem-estar e ao limiar de dor em mulheres em trabalho de parto que fazem uso desse método não farmacológico para lidar com a dor (Lopes, 2019).

Segundo a OMS (2018), é crucial explorar e introduzir métodos não farmacológicos para lidar com a dor no processo de trabalho de parto, devido à sua segurança e à menor necessidade de intervenções. Nas principais medidas não farmacológicas estão inseridas o uso de água, a deambulação, os exercícios de relaxamento, a aromaterapia, a massagem, o uso de música, as técnicas de respiração, a bola de parto, a estimulação elétrica transcutânea e a acupuntura.

O banho de imersão ou de aspersão tem como objetivo principal reverter os efeitos negativos da ansiedade e da dor, promovendo uma resposta de relaxamento. A água quente proporciona uma estimulação reconfortante aos nervos da pele, o que promove a vasodilatação e reverte a resposta nervosa simpática (Sakman et al., 2020).

Diante das recomendações internacionais, a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF) sugere que a imersão em água durante o trabalho de parto possa ser oferecida a mulheres saudáveis, com gravidez sem complicações, entre as 37 e 41 semanas de gestação. Além disso, pode ser oferecida a oportunidade de imersão em água durante o primeiro estadiu do trabalho de parto como forma de lidar com a dor, uma vez que evidências mostraram que tal diminui a necessidade de analgesia epidural (SPOMMF, 2018).

Apesar de não ser uma prática no serviço onde foi realizado o estágio, outros estudos sobre uso de água como forma terapêutica revelaram que proporciona alívio da dor, embora com efeito de curta duração. Além disso, destacam a sua facilidade de aplicação, a ausência de efeitos colaterais associados e a acessibilidade, sem a necessidade de treino prévio (Guterres et al., 2019).

A água tem o efeito de reduzir a tensão muscular, o que resulta em diminuição da sensação de dor, por ação do calor e da flutuabilidade. Ao mesmo tempo, ajuda na progressão do trabalho de parto na medida em que promove o relaxamento, a redução dos níveis de catecolaminas e aumento da ocitocina. Esta prática pode ser utilizada durante o trabalho de parto, independentemente de as membranas estarem intactas ou não (Bonapace et al., 2018).

A revisão da Cochrane realizada por Cluett, Burns & Cuthbert (2018), com o objetivo de avaliar os efeitos da imersão em água durante todos os estádios do trabalho de parto em mulheres e seus bebês, incluiu 15 estudos, dos quais 8 abordaram o primeiro estágio do trabalho de parto. Apesar de poucas diferenças em aspetos como a probabilidade de parto vaginal espontâneo, parto instrumentado ou cesariana, ou lacerações de terceiro e quarto graus, concluíram que a imersão em água pode reduzir o recuso à analgesia epidural.

No entanto, a imersão obedece a uma série de condições de segurança, nomeadamente a presença de um EEESMO durante o período em que a parturiente se encontra na água (entre 60 a 90 minutos), a monitorização cardiotocográfica, a avaliação da temperatura da água que não deve exceder os 38°C e, não menos importante, a formação da equipa quanto à temática (Pereira et al., 2018).

A parturiente mostrou-se interessada em adotar as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, voltando a referir mais tarde aumento da sensação de dor.

FOCO DE ATENÇÃO:	PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[29/03/2023 – 18h] Posição do colo do útero: posterior Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 50% Dilatação do colo do útero: 8cm Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos Duração da contração uterina: 20 Segundos	

Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical Integridade das membranas amnióticas: membranas rotas Posição fetal: esquerda Apresentação fetal: cefálica Variedade fetal: OEA Descida do feto: acima 1º plano de Hodge Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A parturiente refere no plano de parto desejar que não lhe sejam oferecidas estratégias farmacológicas para lidar com a dor a não ser que a própria as solicite.	
DIAGNÓSTICO:	TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Promover evolução favorável do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Avaliar evolução do trabalho de parto	

FOCO DE ATENÇÃO:	CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [29/03/2023 – 17h] A parturiente mostra-se satisfeita pela evolução do seu trabalho de parto, mantendo no momento a opção de lidar com a sua dor com recursos a estratégias não farmacológicas. [29/03/2023 – 17h] A parturiente refere não saber que estratégia alternativa utilizar para lidar com a sua dor mais intensa nesta fase do trabalho de parto.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A parturiente refere no plano de parto desejar que não lhe sejam oferecidas estratégias farmacológicas para lidar com a dor a não ser que a própria as solicite.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
OBJETIVO:	

Melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
INTERVENÇÕES 1) Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto 2) Avaliar evolução na capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Especificação da intervenção: Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Ajudar a identificar o uso de estratégia de relaxamento habitual: Oferecer a experiência de estratégias para lidar com a dor durante o trabalho de parto e refletir sobre seu impacto, por exemplo, ouvir e cantarolar ao som da música previamente escolhida, reforçando positivamente a forma como está a lidar com a dor de trabalho de parto. Questionar sobre o seu efeito.

Durante o trabalho de parto, ouvir música pode desempenhar um papel crucial para as mulheres, oferecendo uma abordagem não farmacológica que tem o potencial de reduzir tanto a dor quanto a ansiedade. Estudos mostram que essa prática também fornece um apoio psicológico abrangente, aliviando o stress e promovendo um maior sentido de controlo durante o processo (McCaffrey et al., 2020).

Por exemplo, num ensaio clínico randomizado, realizado em mulheres nulíparas com gestações únicas a termo, foi observado que ouvir música resultou em níveis de dor estatisticamente e significativamente mais baixos do que quando não havia música (grupo de controlo). Além disso, a presença de música durante o trabalho de parto e o parto também foi associada a uma diminuição do nível de ansiedade (Buglione et al., 2020)

Outro autor reitera que o uso da música tem sido destacado pelos seus benefícios no controlo da dor e na redução dos níveis de ansiedade, especialmente entre mulheres primíparas, sendo válido tanto para a fase inicial quanto ativa do trabalho de parto (Santero, 2020).

Além disso, a música é reconhecida como um dos métodos não farmacológicos alternativos que proporciona maior relaxamento entre as contrações. Esse facto ajuda a aumentar o limiar de dor da parturiente, resultando numa redução da dor durante as contrações, além de diminuir a ansiedade e a tensão frequentemente associados ao parto (Lorencetto et al., 2021).

Estas evidências destacam, portanto, a importância e os benefícios da música como uma ferramenta valiosa para mulheres durante o trabalho de parto, oferecendo uma maneira eficaz e segura de promover conforto físico e bem-estar emocional. Tendo já a parturiente identificado essa estratégia como promotora do relaxamento previamente ao início do trabalho de parto, foi oportuno o incentivo a usá-la neste momento.

No entanto, pouco tempo depois, a parturiente mostrou-se insatisfeita com o modo como está a lidar com o aumento da intensidade da dor.

FOCO DE ATENÇÃO:	AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[29/03/2023 – 19h] A parturiente refere “não vou ser capaz”, “não acredito que vou conseguir” (sic).	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A parturiente refere no plano de parto desejar que não lhe sejam oferecidas estratégias farmacológicas para lidar com a dor a não ser que a própria as solicite, revelando, numa escala de 0-10, confiança de nível 7 na sua capacidade para lidar com o seu trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR AUTOEFICÁCIA PARA LIDAR COM A DOR DE TRABALHO DE PARTO USANDO ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
OBJETIVO: Melhorar autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas	
INTERVENÇÕES	
1) Analisar com a parturiente os resultados alcançados 2) Elogiar desempenho da cliente 3) Avaliar evolução na autoeficácia para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas	

A autoeficácia durante o trabalho de parto e parto envolve a confiança da mulher grávida na sua capacidade de lidar com as diferentes etapas ativas do trabalho de parto. Essa confiança é vital para que ela possa regular seu comportamento durante o processo. Além disso, as suas expectativas sobre os resultados desse comportamento, ou seja, como suas ações afetam o

desfecho esperado do parto, também desempenham um papel significativo na sua forma de agir (Sousa et al., 2019).

Este caso clínico revelou-se muito satisfatório na medida em que, posteriormente, tomei conhecimento que a parturiente conseguiu levar avante o seu plano de parto, tendo sido um parto eutócico não medicalizado. Tal provou o quão crucial é que os profissionais de saúde adotem abordagens centradas na mulher e incentivem o *empowerment* durante a assistência ao trabalho de parto. Tal não apenas promove melhores resultados maternos e neonatais, mas também contribui para uma experiência de parto mais positiva e satisfatória para as mulheres, devendo ser sempre esse, a par da segurança, o foco do nosso trabalho.

1.3 O controlo do próprio parto

Outra experiência gratificante, envolveu: *Grávida de 37s+1d, num primeiro dia de indução do trabalho de parto por RCIU. Trata-se de uma primigesta, de 30 anos de idade, grupo de sangue O+. Encontrava-se acompanhada pelo marido e ambos realizaram preparação para o parto.*

Segundo a DGS (2015), a indução do trabalho de parto envolve a estimulação artificial das contrações uterinas e/ou a maturação cervical com o objetivo de iniciar o trabalho de parto. Situações que requerem a indução do trabalho de parto incluem casos em que os riscos associados à continuação da gestação são maiores do que os de interrompê-la, desde que não haja necessidade de um parto imediato. Indicações para a indução do trabalho de parto incluem complicações médicas ou obstétricas maternas ou fetais, como gestação prolongada, pré-eclâmpsia, oligoâmnios, restrição de crescimento fetal, entre outros.

O sucesso da indução do trabalho de parto está relacionado à avaliação do índice de Bishop, que considera a condição cervical da grávida (dilatação, consistência, posição e apagamento do colo e, ainda, os planos de Hodge) sendo que um score igual ou inferior a cinco é considerado desfavorável, geralmente requerendo maturação cervical.

Métodos de indução do trabalho de parto incluem agentes farmacológicos como dinoprostona e misoprostol, bem como métodos mecânicos como a sonda de Foley. A escolha do método varia conforme o protocolo hospitalar e as condições individuais de cada grávida.

Uma complicação associada à indução é a hiperestimulação uterina, que pode impactar negativamente o bem-estar fetal, levando a taquissístolia uterina, caracterizada por cinco ou mais contrações uterinas em dez minutos. Isso requer monitorização cuidadosa da frequência cardíaca fetal e do padrão de contratilidade, pois contrações uterinas intensas podem reduzir a perfusão uteroplacentária, aumentando o risco de hipoxia fetal (Fonseca, 2016).

Neste caso clínico, foi recomendada a indução por restrição de crescimento fetal (RCF). Conforme Graça (2017), em casos de RCF com ou sem alterações fluxométricas, há indicações para programar o parto assim que atingidas as 37 semanas de gestação.

À entrada no meu turno, a parturiente foi examinada para administração da 2.^a toma de Misoprostol 25mcg via vaginal.

FOCO DE ATENÇÃO:	PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [02/03/2023 – 15h] Posição do colo do útero: posterior Consistência do colo do útero: firme Extinção do colo do útero: 50% Dilatação do colo do útero: 2cm Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos Intensidade da contração uterina: leve [25-30mmHg] Duração da contração uterina: 20 Segundos Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical Integridade das membranas amnióticas: membranas rotas Posição fetal: esquerda Apresentação fetal: cefálica Variedade fetal: OEA Descida do feto: acima 1.º plano de Hodge Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas) Perda sanguínea vaginal: sem perda sanguínea vaginal Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: [02/03/2023 – 15h] A parturiente refere desconforto lombar, com sensação de “pontada” (sic). A parturiente descreve no plano de parto o uso de água quente como estratégia relaxante.	

DIAGNÓSTICO:	TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Promover evolução favorável do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Gerir ambiente físico para promover relaxamento 2) Assistir no uso de estratégias para promover relaxamento 3) Aplicar embalagem quente 4) Avaliar evolução do trabalho de parto	

Especificação da intervenção: Gerir ambiente físico para promover relaxamento

Atividades que a concretizam

- Enfermaria com luz baixa e blackout da janela fechado, música ambiente a gosto da parturiente

Especificação da intervenção: Assistir no uso de estratégias para promover relaxamento

Atividades que a concretizam

- Orientar para uso de água quente no chuveiro com recurso a bola de parto

FOCO DE ATENÇÃO:	SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [02/03/2023 – 16h] A parturiente refere sensação de perda de controlo do seu parto por se encontrar em indução do trabalho de parto. [02/03/2023 – 16h] A parturiente desvaloriza a sua intervenção ao longo do trabalho de parto uma vez que este “é guiado pela indução” (sic).	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A parturiente descreve no plano de parto o desejo de um parto eutócico não medicalizado e de início espontâneo.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR SIGNIFICADO ATRIBUÍDO À INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Reformular significado atribuído à indução do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES	

- 1) Assistir cliente a analisar significado dificultador
- 2) Avaliar evolução no significado atribuído à indução do trabalho de parto

Especificação da intervenção: Assistir cliente a analisar significado dificultador

Atividades que a concretizam

- Explicar que o significado é um pensamento que pode mudar
- Explicar indução do trabalho de parto, reforçando a sua necessidade de acordo com as orientações
- Analisar com a cliente o plano de parto, colocando questões com vista a alterar o modo como encara a indução de trabalho de parto de forma a reformular o entendimento da indução como um processo necessário, destacando o modo como pode intervir no trabalho de parto.

De acordo com Torres (2021), a progressão do trabalho de parto ao ser induzido difere daquela que ocorre naturalmente. A duração total de trabalho de parto é significativamente mais longa, principalmente devido à extensão da fase latente do mesmo. No entanto, os períodos de dilatação após atingir os 6 cm são, por norma, semelhantes. A indução do trabalho de parto pode também causar frustração nas mulheres com experiência de parto anterior, que comparam sua experiência com o trabalho de parto espontâneo. Por outro lado, muitas mulheres não estão bem informadas sobre o procedimento de indução, o que as faz sentir-se inseguras e hesitantes.

FOCO DE ATENÇÃO:	CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS E A EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[02/03/2023 – 16h45] A parturiente refere que não tem vontade de pôr em prática o que aprendeu durante a preparação para o parto uma vez que a indução é que vai ditar o desenvolvimento do seu trabalho de parto.	
[02/03/2023 – 16h45] A parturiente não reconhece as vantagens da utilização das estratégias facilitadoras do trabalho de parto.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A parturiente descreve no plano de parto o desejo de um parto eutócico não medicalizado e de início espontâneo.	

DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS E A EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO:	Melhorar consciencialização da relação entre as estratégias facilitadoras e a evolução do trabalho de parto
INTERVENÇÕES	1) Contratualizar com a parturiente experiência indutora da consciencialização 2) Avaliar evolução da consciencialização da relação entre as estratégias facilitadoras e a evolução do trabalho de parto

Especificação da intervenção: Contratualizar com a parturiente experiência indutora da consciencialização

Atividades que a concretizam

- Contratualizar com a parturiente o experienciar as diferentes estratégias, de forma a perceber a sua efetividade: alternância entre deambulação e a mobilidade na bola de parto, de acordo com a sua preferência
- Analisar com a parturiente a relação entre as estratégias facilitadoras e a evolução do trabalho de parto

O grau de envolvimento de uma pessoa em determinada atividade é influenciado pelo seu nível de consciencialização. Quando não há consciência sobre algo, o envolvimento fica comprometido, pois é improvável que alguém se envolva em algo que não reconhece como existente (Brito, 2012).

Assim, diz-nos Balaskas (2017), que adotar posições verticais durante o trabalho de parto pode resultar num processo mais curto, fácil e menos doloroso. Tal deve-se à maior eficiência das contrações uterinas nessa posição. Além disso, a pressão exercida pela cabeça do feto em descida é mais direta e uniformemente distribuída. Os movimentos do feto ajudam a estimular as contrações uterinas e a amolecer e dilatar o colo do útero. A descida e rotação do feto na pelve são facilitadas quando ocorrem a favor da gravidade. Em somatório, quando a mulher não está deitada ou semi-reclinada durante o trabalho de parto, há mais espaço na pelve, permitindo que esta se mova e se ajuste.

Numa revisão sistemática da Cochrane que incluiu mulheres com gravidez de termo, sem complicações na gravidez, foram realizadas duas comparações diferentes: trabalho de parto com mobilidade em contraste com cuidados na cama. As posições verticais variaram desde mulheres sentadas, ajoelhadas, agachadas ou a deambular. Concluiu-se que a duração da

primeira fase do trabalho de parto foi, em média, 1,36 horas mais curta no grupo que adotou posições verticais ao longo do trabalho de parto (Lawrence et al., 2013).

A parturiente consente o experienciar das diferentes estratégias e posteriormente solicita para que lhe seja realizado o exame vaginal.

FOCO DE ATENÇÃO:	PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[02/03/2023 – 19h] Posição do colo do útero: anterior (melhorou) Consistência do colo do útero: mole (melhorou) Extinção do colo do útero: 80% (aumentou) Dilatação do colo do útero: 4cm (aumentou)	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A parturiente descreve no plano de parto o desejo de um parto eutócico não medicalizado e de início espontâneo.	
DIAGNÓSTICO:	TRABALHO DE PARTO

A parturiente mostrou-se satisfeita com a evolução do seu trabalho de parto, tendo sido reforçado positivamente o seu esforço. De facto, para algumas mulheres, os exames vaginais podem ser experienciados como impulsionadores, confirmando as suas capacidades e sendo usados como uma ferramenta para reivindicar responsabilidade pelo próprio parto (Jenkins et al, 2023).

FOCO DE ATENÇÃO:	CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[02/03/2023 – 19h] A parturiente mobiliza-se na bola de partos e questiona como pode contribuir mais para a evolução do seu trabalho de parto. [02/03/2023 – 19h] A parturiente refere “queria sentir que estou no controlo do meu próprio parto” (sic).	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	

A parturiente descreve no plano de parto o desejo de um parto eutócico não medicalizado e de início espontâneo.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto 2) Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto 3) Instruir exercícios de mobilidade da bacia 4) Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia	

Especificação da intervenção: Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Demonstrar o uso da bola de parto: sentada, com os pés no chão, sendo o ângulo do joelho de 90 graus, rodar os quadris para a frente e para trás, no sentido dos ponteiros do relógio, no sentido oposto aos ponteiros do relógio e a simular o infinito, por exemplo;
- Demonstrar o uso da bola de amendoim: deitada de lado, colocar a bola entre as coxas com uma perna apoiada na cama ligeiramente dobrada e a outra perna sobre a parte mais estreita da bola, formando um ângulo reto entre a anca e o joelho, por exemplo;
- Demonstrar o uso do disco insuflável: deitada em decúbito dorsal, procurando fazer movimentos dos ísquios para a esquerda e para a direita de forma a promover assimetrias, por exemplo.

Especificação da intervenção: Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Proporcionar à parturiente experienciar o uso dos diversos dispositivos de acordo com a sua preferência

Especificação da intervenção: Instruir exercícios de mobilidade da bacia

Atividades que a concretizam

- Demonstrar a realização de exercícios da mobilidade da bacia nas diferentes posições:
 - Se desejar estar sentada: com as pernas ligeiramente afastadas, associar a inclinação lateral em ambos os sentidos, produzindo assimetria;
 - Se desejar estar de pé: dançar ou balançar a pelve com movimentos circulares para a esquerda e para a direita; para a frente e para trás; imaginando e simulando o sinal de infinito; ou ainda agachar, movimento a pelve com os mesmos movimentos nessa posição;
 - Se desejar estar deitada: em decúbito lateral, abraçar o joelho ao peito, apoiando a perna numa almofada para maior conforto.

Especificação da intervenção: Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia

Atividades que a concretizam

- Proporcionar à parturiente experienciar os diferentes posicionamentos de acordo com a sua preferência.

Sabe-se que durante o trabalho de parto, é considerado que a pelve está livre quando os ossos e ísquios têm movimento em todas as direções sobre as cabeças femorais, o que só é possível se os membros inferiores estiverem em flexão igual ou inferior a 90 graus em relação ao tronco. Por outro lado, se os membros inferiores estiverem em extensão ou flexão superior a 90 graus, a pelve perde sua mobilidade e não é considerada livre. Durante o primeiro estadio do trabalho de parto e durante a transição para o segundo estadio, é encorajada a realização de movimentos assimétricos que ajudem na descida fetal adequada no canal de parto. Um desses movimentos é a contranutação, movimento que permite ao osso sacro bascular para trás, afastando o promontório da sínfise púbica e movendo o cóccix para frente em direção ao ísquio. Esse movimento aumenta o diâmetro ântero-posterior da pelve de entrada, sendo relevante no início do trabalho de parto (Mineiro, Rito, Cardoso & Sousa, 2016).

Encontrando-se a parturiente na fase latente do trabalho de parto, os movimentos supracitados tornam-se úteis para a evolução do trabalho de parto.

FOCO DE ATENÇÃO:	CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS E A EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[02/03/2023 – 19h] A parturiente reconhece as vantagens da utilização das estratégias facilitadoras do trabalho de parto, relacionando a sua execução com a evolução do seu trabalho de parto.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A parturiente descreve no plano de parto o desejo de um parto eutócico não medicalizado e de início espontâneo.	
DIAGNÓSTICO:	CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE AS ESTRATÉGIAS FACILITADORAS E A EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO FACILITADORA

1.4 O papel do EEESMO numa emergência obstétrica

Por último, mas não menos enriquecedora, foi assistida uma *Grávida de 40s+1d em trabalho de parto, IIIGIP (parto eutócico 2017), grupo de sangue O+ e Streptococcus do Grupo B negativo. Acompanhada pelo marido, deram entrada no dia 17/05 pela 3h30 com rotura de membranas.*

Acompanhada por mim na tarde do mesmo dia, a parturiente foi algaliada durante o turno anterior por retenção urinária na sequência do bloqueio sensitivo após analgesia epidural. Nessa altura foi examinada pela última vez, apresentando-se com 6cm/80%, colo anterior e mole, com perda de líquido amniótico claro e sem cheiro.

FOCO DE ATENÇÃO:	CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[17/05/2023 – 15h] A parturiente questiona, durante a interação, formas de colaborar na evolução do trabalho de parto na cama, uma vez que “não sente as pernas” (sic).	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A parturiente descreve no plano de parto o desejo de alternância de posicionamento durante o trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CAPACIDADE PARA USAR ESTRATÉGIAS FACILITADORAS DO TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Instruir posição facilitadora do trabalho de parto 2) Treinar posição facilitadora do trabalho de parto 3) Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto	

Especificação da intervenção: Instruir posição facilitadora do trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Demonstrar à parturiente como colocar-se em decúbito lateral, se confortável para si
- Demonstrar uso de almofada entre as pernas, se confortável para si
- Demonstrar o uso de bola em amendoim entre as pernas para facilitar assimetrias, se confortável para si.

As posições de decúbito lateral oferecem benefícios em comparação com as posições de decúbito dorsal. Para além de serem compatíveis com o uso de analgesia epidural, estas podem ser mantidas por períodos prolongados, permitindo que a mulher descanse sem diminuir a frequência das contrações. Existem várias adaptações que podem ser feitas para promover assimetrias, como colocar a perna superior em flexão e rotação externa, enquanto a perna inferior permanece estendida. Ao apoiar a perna de cima, por exemplo, numa almofada ou bola em forma de amendoim, a pelve mantém a sua mobilidade. Essa posição é vantajosa especialmente quando há epidural e quando a apresentação fetal está num dos primeiros dois planos de Hodge (Parés & Calais-Germain, 2009). Recomenda-se que a mulher mantenha essa posição por um tempo, a cada 30 a 60 minutos e de acordo com a tolerância e preferência da parturiente e, em seguida, alterne o lado em que está deitada, mas mantendo a posição das pernas (Simkin, Hanson & Ancheta, 2017).

De seguida, a parturiente apresentou aumento da sensação de dor pelo que foi examinada.

FOCO DE ATENÇÃO:	PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[17/05/2023 – 17h]	
Posição do colo do útero: anterior	
Consistência do colo do útero: mole	
Extinção do colo do útero: 100%	
Dilatação do colo do útero: 9cm	
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos	
Duração da contração uterina: 40 Segundos	
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical	
Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea	
Posição fetal: esquerda	
Apresentação fetal: cefálica	
Variedade fetal: OEA	
Descida do feto: Entre o 1.º e 2.º plano	
plano de Hodge	
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)	

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A parturiente defende no plano de parto o uso de medidas farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO:	TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Promover evolução favorável do trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Gerir ambiente físico para promover relaxamento 2) Gerir analgesia 3) Avaliar evolução do trabalho de parto	

Especificação da intervenção: Gerir ambiente físico para promover relaxamento

Atividades que a concretizam

- Manter luminosidade reduzida
- Reproduzir playlist previamente selecionada pela parturiente (plano de parto)

Especificação da intervenção: Gerir analgesia

Atividades que a concretizam

- Administrar bólus de ropivacaína 0,2% por cateter epidural conforme prescrição

Tal como previamente planeado pela mulher, foi utilizada a música que, segundo a própria, a ajuda a reduzir o stress e a ansiedade. Além disso, evidências sugerem que a música pode melhorar a frequência cardíaca e respiratória, além de diminuir a percepção da dor, devido à libertação de substâncias químicas cerebrais que regulam o humor da pessoa que a ouve (Maia et al., 2021).

No entanto, as medidas não farmacológicas e farmacológicas não se mostraram duradouras, uma vez que a parturiente apresenta dor e percepção de puxo.

FOCO DE ATENÇÃO:	PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	

[17/05/2023 – 17h50] Posição do colo do útero: anterior Consistência do colo do útero: mole Extinção do colo do útero: 100% Dilatação do colo do útero: 10cm Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos Duração da contração uterina: 50 Segundos Dor de trabalho de parto: dor do período expulsivo Descida do feto: 3.º plano de Hodge Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas)	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A parturiente refere no plano de parto o uso de medidas farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto.	
DIAGNÓSTICO:	TRABALHO DE PARTO
OBJETIVO: Promover parto eutócico	
INTERVENÇÕES 1) Assistir no posicionar 2) Assistir no parto	

Especificação da intervenção: Assistir no posicionar

Atividades que a concretizam

- Incentivar a parturiente adotar a posição mais favorável para si (decúbito lateral)

Especificação da intervenção: Assistir no parto

Atividades que a concretizam

- Técnica hands off

Segundo o Royal College of Midwives (RCM, 2012), mulheres que optam por posições verticais ou laterais durante o segundo estadio do trabalho de parto experimentam uma redução na duração desse período. Além disso, têm uma menor probabilidade de necessitar de parto instrumentado, menor taxa de episiotomia e relatam maior satisfação com a experiência do parto.

FOCO DE ATENÇÃO:	NASCIMENTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [17/05/2023 – 18h25] Hora do nascimento: 18h25 [17/05/2023 – 18h35] Índice de Apgar – score ao 1º minuto: 9 Índice de Apgar – score ao 5º minuto: 10 Índice de Apgar – score ao 10º minuto: 10	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A parturiente documenta no plano de parto o desejo de clampar o cordão umbilical após o 1º minuto. A parturiente documenta no plano de parto a intenção de realizar contacto pele a pele aquando do nascimento.	
DIAGNÓSTICO:	NASCIMENTO
OBJETIVO: Promover adaptação favorável à vida extrauterina	
INTERVENÇÕES 1) Executar clampeamento do cordão umbilical 2) Executar técnica de pele com pele	

Especificação da intervenção: Executar clampeamento do cordão umbilical

Atividades que a concretizam

- Clampar cordão umbilical após o 1º minuto (como desejado pela parturiente e expresso no plano de parto)

Especificação da intervenção: Executar técnica de pele com pele

Atividades que a concretizam

- Colocar recém-nascido em contacto pele com pele com a mãe (como desejado pela parturiente e expresso no plano de parto)

Previamente já foram abordadas as vantagens de proceder à laqueação tardia do cordão umbilical, com ênfase para as diretrizes enunciadas pela DGS, assim como as evidências que apoiam o contacto pele com pele após o nascimento. No entanto, neste caso clínico, a mulher,

a passar por um processo de parto pela segunda vez, não tinha uma experiência anterior satisfatória quanto a esta prática, com necessidade de intervenção da neonatologia aquando do nascimento do primeiro filho. Ora, foi visível a satisfação do casal nesta experiência de nascimento, com o tão aguardado momento do contacto pele com pele entre mãe e filho, sendo também para isso que trabalhamos: contribuir para uma experiência de parto positiva a quem não teve essa oportunidade em vivências prévias.

FOCO DE ATENÇÃO:	PÓS-PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [17/05/2023 – 19h] Tipo de dequitação: Fisiológica, mecanismo de Duncan Hora da dequitação: 19h Estado do períneo: Laceração perineal 1.º grau Perda sanguínea vaginal: Superior à esperada com coágulos Contração do útero pós-parto: Atonia uterina	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: TA = 86/48mmHg; FC = 111bpm	
DIAGNÓSTICO:	HEMORRAGIA PÓS-PARTO
OBJETIVO: Promover recuperação pós-parto	
INTERVENÇÕES 1) Referenciar complicação pós-parto ao médico 2) Implementar medidas de tratamento de hemorragia pós-parto 3) Avaliar evolução da recuperação pós-parto	

Especificação da intervenção: Referenciar complicação pós-parto ao médico

Atividades que a concretizam

- Sinalizar emergência obstétrica: verbalizar o diagnóstico de forma clara para toda a equipa; solicitar apoio de obstetrícia e anestesiologia.

Especificação da intervenção: Implementar medidas de tratamento de hemorragia pós-parto

Atividades que a concretizam

- Assegurar acesso venoso periférico (2) de calibre 14G ou 16G preferencialmente nas veias do antebraço (veia cubital mediana)
- Assegurar esvaziamento vesical
- Realizar massagem uterina
- Administrar bólus de ocitocina conforme prescrição médica
- Monitorização contínua da pressão sanguínea e frequência cardíaca
- Administrar soroterapia: Repor até 1500 mL de perdas hemáticas com cristalóides/colóides

As mudanças que ocorrem no corpo após o parto afetam diversos órgãos e sistemas, demandando uma atenção especial dos profissionais de saúde. Durante o período logo após o parto, conhecido como puerpério imediato, é crucial manter uma vigilância constante, especialmente nas primeiras duas horas, pois é quando o risco de complicações é mais elevado.

Conforme nos diz a OMS (2014), a Hemorragia Pós-Parto (HPP) é comumente definida como uma perda de sangue de 500 ml ou mais nas 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave é definida como uma perda de sangue de 1000 ml ou mais no mesmo período. A HPP afeta aproximadamente 2% de todas as parturientes: está associada não apenas a quase um quarto de todas as mortes maternas globalmente, mas também é a principal causa de mortalidade materna na maioria dos países em vias de desenvolvimento. A HPP é um contribuinte significativo para a morbidade materna grave, assim como para uma série de outras condições maternas associadas a perdas de sangue mais substanciais, incluindo choque e disfunção orgânica.

A atonia uterina é nomeada como a causa mais comum de HPP, mas traumas do trato genital (ou seja, lacerações vaginais ou cervicais), rutura uterina, retenção de tecido placentário ou distúrbios de coagulação materna também podem ter o mesmo desfecho. Embora a maioria das mulheres que experimentam complicações de HPP não tenha fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis, a grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas a um maior risco de sangramento após o parto. A HPP pode ser agravada por anemia pré-existente e, nesses casos, a perda de um volume menor de sangue ainda pode resultar em sequelas clínicas adversas (OMS, 2014).

O primeiro passo no tratamento da HPP é reconhecê-la precocemente. Diagnosticar rapidamente é fundamental para controlar a hemorragia a tempo, evitando que se torne grave e diminuindo o risco de complicações como coagulopatia e outras morbidades preveníveis. A administração de ocitocina endovenosa deve ser iniciada imediatamente como parte do

tratamento. Pode ser administrada através de uma perfusão contínua ou num bólus endovenoso lento de 10U, embora este último esteja associado a casos de hipotensão grave. Entre as medidas mecânicas para controlar a hemorragia, a massagem uterina bimanual é uma opção. Consiste em aplicar pressão no fundo uterino com uma mão enquanto a outra mão é inserida na vagina, comprimindo o fundo do útero e o colo uterino. Essa compressão sustentada promove a contração uterina e a compressão dos vasos sanguíneos no leito placentar (Carvalhas et. al, 2017).

A OMS (2014) confirma que a ocitocina intravenosa é o fármaco recomendado para o tratamento da HPP. No caso de a ocitocina intravenosa não estiver disponível, ou se o sangramento não responder à ocitocina, é recomendado o uso de ergometrina intravenosa ou um medicamento prostaglandínico (incluindo misoprostol sublingual, 800 µg). É preferível utilizar cristaloídes isotónicos em vez de coloídes para a ressuscitação intravenosa de fluidos em mulheres com HPP. Já o ácido tranexâmico é recomendado para o tratamento da HPP se a ocitocina e outros fármacos não conseguirem parar o sangramento ou se se suspeitar que o sangramento possa ser parcialmente devido a trauma. A massagem uterina é recomendada para o tratamento da HPP. O uso de compressão uterina bimanual é recomendado como medida temporária até que cuidados adequados estejam disponíveis para o tratamento da HPP devido a atonia uterina após o parto vaginal.

Na condição de as mulheres não responderem ao tratamento com uterotónicos, ou se estes não estiverem disponíveis, é recomendado o uso de tamponamento intrauterino com balão para o tratamento da HPP devido a atonia uterina. Se outras medidas falharem e se os recursos necessários estiverem disponíveis, é recomendado o uso de embolização da artéria uterina como tratamento para a HPP devido a atonia uterina. Se o sangramento persistir apesar do tratamento com uterotónicos e outras intervenções conservadoras disponíveis (por exemplo, massagem uterina, tamponamento com balão), é recomendado o recurso a intervenções cirúrgicas (OMS, 2014).

FOCO DE ATENÇÃO:	PÓS-PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[17/05/2023 – 19h15] Quantidade de lóquios: Conforme a esperada	

Contração do útero pós-parto: Útero contraído	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: TA = 110/71mmHg; FC = 88bpm Tipo de dequitação: Fisiológica, mecanismo de Duncan Hora da dequitação: 19h Estado do períneo: Laceração perineal 1.º grau	
DIAGNÓSTICO:	PÓS-PARTO
OBJETIVO: Promover recuperação pós-parto	
INTERVENÇÕES 1) Avaliar evolução da recuperação pós-parto	

Este caso clínico destacou-se dos demais na medida em que, mesmo perante uma emergência obstétrica, foi assegurado o contacto pele com pele entre o recém-nascido e o pai, o único disponível e solicitado tal como previsto no plano de parto do casal.

De facto, o contacto precoce entre pai e bebé não só promove um relacionamento próximo entre ambos, mas também acelera o desenvolvimento dos laços paternos. Estes benefícios sugerem que os pais podem assumir um papel maior no pós-parto precoce quando as mães ainda estão fisicamente debilitadas. O primeiro momento de contacto entre um pai e o seu filho desperta nele uma consciência de si mesmo, uma vez que é um elemento crucial para o bem-estar do recém-nascido, podendo ainda reforçar sentimentos de carinho e proteção (Nené et al., 2017).

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PÓS-NATAL

O estágio decorreu num capaz de alojar 20 puérperas em quartos individuais acompanhadas pelo recém-nascido e pessoa significativa, se a puérpera assim o desejar. A tríade dá entrada proveniente da sala de partos, sendo a informação relevante transmitida aos profissionais do internamento através do processo clínico documentado em papel, do processo eletrónico e também via telefone a partir dos EEESMO que assistiram o parto na sala de partos.

Tal como na sala de partos, o internamento de obstetrícia permite a presença de um acompanhante 24h por dia e ainda dois momentos diários de visitas.

Segundo a DGS (2015), o puerpério é o período que se inicia após a dequitação, estendendo-se por quatro a seis semanas. Durante esse tempo, ocorrem mudanças fisiológicas relacionadas à transição do estado gravídico para o não gravídico, variando de acordo com as características fisiológicas individuais de cada mulher. Este período pode ser dividido em três fases de acordo com Graça (2017): imediato, abrangendo as primeiras 24 horas pós-parto, com possibilidade de complicações mais frequentes; precoce, estendendo-se até a primeira semana após o parto; e tardio, indo até a sexta semana pós-parto, marcado pela completa involução uterina e retorno do ciclo menstrual.

O puerpério é uma fase crítica na vida das mulheres e coincide com a adaptação significativa aos seus recém-nascidos e os cuidados aos mesmos. A maioria dos casos de mortalidade e morbidade materna e neonatal está relacionada com alterações fisiopatológicas nesse período. No entanto, a OMS (2022) classifica o puerpério como o período mais negligenciado na prestação de cuidados obstétricos. Por esse motivo, é imperativo que intervenhamos como EEESMO, proporcionando atividades de vigilância e uma prestação de cuidados adequada, tanto para a mulher como para o recém-nascido.

2.1 O desafio de amamentar a filha durante o período em que está em fototerapia

De destacar a interação num turno com uma *puérpera no 3.º dia pós-parto distócico por cesariana no dia 20/07/2023 às 23h27 e um recém-nascido do sexo feminino, 1º filho, com peso à nascença 2995g. O contacto acontece durante o dia 23/07, no turno da manhã, aproximadamente 56h pós-parto.*

A cesariana, habitualmente classificada como parto distócico, implica a extração do feto através de laparotomia (DGS, 2015).

A interação com esta puérpera e recém-nascido coincide com a alta clínica que, no caso do local de estágio, ocorre após 48 horas para partos vaginais e 72 horas após cesarianas, podendo ser orientadas altas precoces às 36 horas e 48 horas, respetivamente, desde que não haja complicações.

Na prática clínica, no dia da alta, um exame físico da puérpera é realizado pelo médico obstetra em colaboração com o enfermeiro. Ao longo da preparação para o retorno ao domicílio (que acontece desde a admissão), são avaliados e reforçados os conhecimentos e habilidades adquiridos durante o internamento, abordando aspetos variados nomeadamente os cuidados com a ferida cirúrgica (perineal ou abdominal), lóquios, amamentação, alimentação, métodos contraceptivos, bem como as mudanças emocionais pós-parto, mediante as necessidades de cada puérpera.

Durante o internamento, os profissionais de saúde devem também avaliar os seguintes critérios para melhorar os resultados maternos e neonatais: o bem-estar físico da mulher e do bebé e o bem-estar emocional da mulher; as habilidades e confiança da mulher para cuidar de si mesma e as habilidades e confiança da mãe e do pai para cuidar do recém-nascido (OMS, 2022).

Após um parto por cesariana, é relevante avaliar a amamentação. O início da lactação está mais fortemente ligado ao ambiente metabólico ou endócrino do trabalho de parto do que ao próprio parto. É o ambiente hormonal do trabalho de parto que desempenha um papel crucial no início da lactação, sendo a ocitocina e a prolactina importantes para a ejeção do leite e o estabelecimento da interação mãe-recém-nascido. Esta produção hormonal difere entre mães que dão à luz por cesariana e por via vaginal (Prior et al., 2012).

As diferenças na amamentação após uma cesariana em comparação com um parto vaginal devem-se então a desequilíbrios na produção de hormonas maternas. Em particular, a secreção reduzida de ocitocina em mães que passaram por cesariana durante a amamentação pode não apenas diminuir a ejeção do leite, mas também interferir no vínculo entre mãe e o recém-nascido. Além disso, a concentração de dopamina circulante materna aumenta após a cesariana. A dopamina é um inibidor da secreção de prolactina e pode, assim, limitar a lactogénese (Hyde et al., 2011).

Sabe-se que o leite materno é um alimento natural e completo, adequado aos recém-nascidos. As vantagens da amamentação para mães e recém-nascidos são vastas e já amplamente reconhecidas, tanto a curto quanto a longo prazo. Há um consenso global de que a prática exclusiva da amamentação é a abordagem mais benéfica para alimentar as crianças até os 6 meses de idade uma vez que esta fortalece a ligação entre mãe e criança, reduzindo os riscos de hemorragia, depressão pós-parto, assim como de cancro da mama e ovário. Assim, a amamentação exclusiva dos recém-nascidos otimiza também o seu crescimento e desenvolvimento (DGS, 2015).

No entanto, a forma de alimentar o seu filho é sempre decisão da própria mulher. O EEESMO deve respeitar as decisões da mãe, as suas influências culturais, preferências e experiências prévias de amamentação (NICE, 2021).

FOCO DE ATENÇÃO:	LACTAÇÃO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[23/07/2023 – 9h] A puérpera apresenta a mama esquerda mole, mamilo íntegro e proeminente. A mama apresenta-se normotérmica ao toque.	
[23/07/2023 – 9h] A puérpera apresenta a mama direita mole, mamilo íntegro e proeminente. A mama apresenta-se normotérmica ao toque.	
[23/07/2023 – 9h30] No final da mamada, a puérpera realiza extração manual de colostro, massajando-o nos mamilos.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A puérpera pretende amamentação exclusiva para a sua bebé.	
DIAGNÓSTICO:	LACTAÇÃO (PRESENÇA DE COLOSTRO)

FOCO DE ATENÇÃO:	COMPORTAMENTO PARA AMAMENTAR
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[23/07/2023 – 9h] A puérpera oferece a mama enquanto reconhece sinais de fome.	
[23/07/2023 – 9h] A puérpera utiliza estratégias para estimular o mamar.	
[23/07/2023 – 9h] A puérpera reconhece os sinais de boa pega.	
[23/07/2023 – 9h] A puérpera adota posição confortável para facilitar o mamar.	
[23/07/2023 – 9h25] A puérpera termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A puérpera pretende amamentação exclusiva para a sua bebé.	
[23/07/2023 – 9h25] A recém-nascida foi amamentada às 9h, tendo mamado durante 25 minutos na mama esquerda.	
[23/07/2023 – 9h25] A recém-nascida apresenta-se relaxada, adormecendo após a mamada.	
DIAGNÓSTICO:	CAPACIDADE PARA AMAMENTAR

No caso de um parto distócico por cesariana, uma ferida abdominal estará presente. Assim sendo, é crucial realizar uma vigilância cuidadosa da ferida para prevenir complicações e fornecer os cuidados apropriados para uma ferida cirúrgica, como descrito por Graça (2017). Deve-se vigiar o local da incisão para detetar sinais como edema, hematomas, dor ou equimoses, a fim de avaliar o progresso da cicatrização da ferida cirúrgica. Isso envolve observar atentamente a ferida e a pele circundante, verificar o tecido da ferida em relação à regeneração epitelial e garantir a integridade da linha de sutura. Assim sendo, após o banho da puérpera, foi realizado o tratamento à ferida cirúrgica, tendo sido novamente colocado um penso “favo de mel” que permite à mulher observar as características da ferida.

FOCO DE ATENÇÃO:	FERIDA CIRÚRGICA
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[23/07/2023 – 10h30] Características da ferida cirúrgica:	

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: normal. Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal. Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente. Tipo de sutura da lesão tegumentar: descontínua. Material de sutura da lesão tegumentar: metal. Número de pontos de sutura da lesão tegumentar: 16. Exsudado: ausente.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: A puérpera foi submetida a uma cesariana no dia 20/07/2023. A puérpera apresenta uma ferida cirúrgica no abdómen inferior, de comprimento aproximadamente 20cm.	
DIAGNÓSTICO:	FERIDA CIRÚRGICA
OBJETIVO: Promover cicatrização da ferida cirúrgica	
INTERVENÇÕES 1) Executar tratamento da ferida cirúrgica (Abdómen inferior) 2) Aplicar penso de ferida (Abdómen inferior) 3) Avaliar evolução da ferida cirúrgica	

Especificação da intervenção: Executar tratamento da ferida cirúrgica (Abdómen inferior)

Atividades que a concretizam

- Limpeza com compressas e soro fisiológico

Especificação da intervenção: Aplicar penso de ferida (Abdómen inferior)

Atividades que a concretizam

- Aplicação de penso impermeável (favo de mel)

FOCO DE ATENÇÃO:	FERIDA CIRÚRGICA
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [23/07/2023 – 10h30] A puérpera questiona sobre a remoção do material cirúrgico. [23/07/2023 – 10h30] Quando questionada sobre os cuidados à ferida cirúrgica, a puérpera refere que deve estar atenta à humidade do penso. [23/07/2023 – 10h30] Quando questionada sobre os sinais que a levam a concluir que a ferida cirúrgica está em boas vias de cicatrização, esta refere não saber.	

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A puérpera foi submetida a uma cesariana no dia 20/07/2023.	
A puérpera apresenta uma ferida cirúrgica no abdómen inferior, de comprimento aproximadamente 20cm.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE PROMOÇÃO DA CICATRIZAÇÃO DA FERIDA CIRÚRGICA
OBJETIVO: Melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da cicatrização da ferida cirúrgica	
INTERVENÇÕES	
1) Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica 2) Ensinar sobre evolução favorável da ferida cirúrgica 3) Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da ferida cirúrgica	

Especificação da intervenção: Ensinar sobre cuidados à ferida cirúrgica

Atividades que a concretizam

- Explicar que é recomendado escolher roupas mais largas para evitar a compressão na área da ferida cirúrgica
- Explicar que é recomendado evitar atividades que possam aumentar a dor na região da ferida cirúrgica
- Explicar que é recomendado estar atenta ao penso aplicado, observando qualquer presença de líquido (exsudado) ou perda de sangue. Em caso de ocorrência, procurar assistência no Centro de Saúde
- Explicar que os pontos serão retirados aproximadamente no décimo dia, também no Centro de Saúde.

Especificação da intervenção: Ensinar sobre evolução favorável da ferida cirúrgica

Atividades que a concretizam

- Explicar que deve vigiar a ferida e a pele circundante, através do penso favo de mel que permite essa observação (sem o retirar), devendo estes estar rosados, sem sinais inflamatórios, como calor, vermelhidão, dor, inchaço, exsudado ou sangramento
- Explicar que é normal que a dor local diminua ao longo do período de cicatrização; portanto, se a dor reaparecer ou piorar, considerar um sinal de alerta e recorrer ao Centro de Saúde.

Já durante o acompanhamento da gravidez, é importante discutir o uso de métodos contraceptivos e reforçar essa temática no pós-parto. Diz-nos Marques (2022), que o aconselhamento sobre métodos contraceptivos deve começar durante as consultas pré-natais, dando à mulher a oportunidade de escolher antecipadamente o método mais adequado. O

aconselhamento contraceutivo antes do parto parece aumentar a probabilidade de utilização de um método contraceutivo eficaz.

A Sociedade Portuguesa de Contraceção, em 2020, refere que o espaço de tempo entre as gravidezes desempenha um papel crucial na morbilidade e mortalidade perinatal, infantil e materna, com evidências sugerindo que um intervalo inferior a 2 anos tem um impacto adverso na saúde das mães e dos filhos. Assim sendo, é importante iniciar a discussão sobre os benefícios do espaçamento entre os nascimentos e a necessidade de usar métodos contraceutivos após o parto durante as consultas pré-natais e reforçar essas informações durante o período pós-parto.

A escolha do método é influenciada por vários fatores, como por exemplo o processo fisiológico do pós-parto, se a mulher está a amamentar exclusivamente e o planeamento de futuros filhos. A utilização de contraceutivos hormonais contendo apenas progestativo não afeta a qualidade nem a quantidade do leite materno. Quanto à amamentação exclusiva, esta atua como um método contraceutivo temporário, aproveitando o efeito natural da amamentação na fertilidade, através do aumento dos níveis de prolactina, que inibem a ovulação. A eficácia desse método depende de quatro condições: a mulher permanecer em amenorreia, a amamentação ser exclusiva ou quase exclusiva, com intervalos entre mamadas inferiores a 6 horas, e a criança ter menos de 6 meses de idade (DGS, 2015).

FOCO DE ATENÇÃO:	PUERPÉRIO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[23/07/2023 – 10h45] Contração do útero pós-parto: útero contraído. Quantidade de lóquios: conforme a esperada.	
[23/07/2023 – 10h45] A puérpera questiona a necessidade de utilizar um método contraceutivo, uma vez que amamenta exclusivamente.	
[23/07/2023 – 10h45] A puérpera questiona a eficácia da amamentação como método contraceutivo.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
A puérpera foi submetida a uma cesariana no dia 20/07/2023.	
A puérpera pretende um segundo filho no espaço de 2 anos.	

A puérpera utilizava a pílula combinada como método contraceptivo antes de decidir engravidar. Refere que, após a amamentação, esta seria uma opção para si uma vez que se trata de um método confortável para o casal.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AUTOCUIDADO PÓS-PARTO
OBJETIVO: Melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto	
INTERVENÇÕES 1) Ensinar sobre uso de contraceptivos 2) Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto	

Especificação da intervenção: Ensinar sobre uso de contraceptivos

Atividades que a concretizam

- Explicar que para mulheres que não amamentam, a ovulação geralmente ocorre em torno após o primeiro mês pós-parto, portanto, é recomendada a utilização de um método contraceptivo eficaz à escolha da mulher. No entanto, para mulheres que amamentam, a ovulação pode ocorrer mais tarde e depende das características da amamentação. Nesses casos, o início da contraceção pode ser adiado.
- Explicar que a amenorreia lactacional é um método natural que exige a presença de três condições: parto há menos de 6 meses, a mulher deve estar em amenorreia e a amamentação deve ser exclusiva, com mamadas noturnas e diurnas em intervalos inferiores a 6 horas.
- Explicar que a taxa de efetividade deste método é de 98%, ou seja, há uma taxa prevista de falhas que resultam em gravidez de 1 a 2%.
- Explicar que na ausência de uma das condições necessárias referidas previamente, a utilização de outro método contraceptivo deve ser ponderada.
- Explicar que não é recomendada a utilização da pílula que utilizava previamente uma vez que se trata de um estroprogestativo e, portanto, não é indicada enquanto amamentar.
- Explicar que caso opte pela pílula, esta deve conter apenas progestativo, dado que a mesma não tem impacto na amamentação.

No que toca ao outro cliente alvo dos meus cuidados, o recém-nascido, foi realizado o exame físico com vista à avaliação do seu estado de saúde e à identificação de possíveis alterações à normalidade que possam perturbar o seu desenvolvimento esperado. Para isso, o recém-nascido foi avaliado de forma sequencial e cefalocaudal (Santos et al., 2020)

Este exame físico requer condições que foram garantidas, nomeadamente: ambiente calmo, luz natural, temperatura ambiente adequada (25-28°C) e sem estímulos, tendo sido realizado após a mamada do recém-nascido. Não obstante, foi garantido o consentimento dos pais, explicado o procedimento e os seus objetivos, estando ambos presentes durante a sua realização.

No que toca ao aspeto geral do recém-nascido, este apresentava-se calmo, com postura em flexão e sem assimetrias nos movimentos. Quando despido, apresentou choro vigoroso. Foi foco da minha atenção a cor da pele, que habitualmente se encontra rosada, mas que, neste caso, tinha uma coloração amarelada devido à icterícia neonatal já explanada anteriormente.

Foi avaliado o pulso (129bpm) e a respiração (36rpm), encontrando-se adequados à idade.

Terminado o olhar sob o aspeto geral do recém-nascido, foi avaliada a cabeça, com foco na palpação das fontanelas que se encontravam planas e firmes, sem abaulamentos ou saliências. Já quando observados os olhos, percebi que as pupilas são simétricas e o recém-nascido pestaneja quando direcionada a luz ao olho. Os pavilhões auriculares encontravam-se normalmente implantados, tal como a boca, havendo reflexo de busca quando o recém-nascido sente a mão a tocar-lhe nos quatro pontos cardeais, sugando também a própria mão. Não existem alterações no palato.

Quanto ao pescoço e tórax, verifiquei simetria nas clavículas, já evidenciada pelos movimentos simétricos dos membros do recém-nascido. Foi realizada a auscultação e avaliado o reflexo de Moro, sem alterações. Seguidamente, ao colocar o dedo em contacto com a mão do recém-nascido, este fecha-a, revelando reflexo de preensão, presente bilateralmente. As mãos e os dedos do recém-nascido não evidenciam malformações.

Já no abdómen, os quatro quadrantes não têm alterações e foi inspecionado o cordão umbilical, que se apresenta sem sinais inflamatórios, amolecido e gelatinoso, características adequadas aos dias de vida do recém-nascido. Confirmado também a presença de três vasos: uma veia e duas artérias.

Na região genital, importa pesquisar alterações anatómicas que, neste caso, não existiam, e ainda palpar o saco escrotal, provando-se a presença de ambos os testículos nas mesmas.

Passando para os membros inferiores, estes apresentavam-se simétricos e sem alterações no seu posicionamento. Foi avaliado o reflexo cutâneo plantar, sendo que ao acariciar o exterior da planta do pé no sentido superior, os dedos do recém-nascido apresentam hiperextensão. O reflexo de marcha e encontra-se presente.

De seguida, o recém-nascido foi posicionado em decúbito ventral, não se tendo verificado nenhuma alteração na coluna nem sinais sugestivos de espinha bífida (ondulações, sinuosidades ou acumulação de pelos).

O exame físico do recém-nascido revelou-se de acordo com as características de normalidade esperadas com exceção do estado da pele uma vez que a recém-nascida se encontrava icterícia.

O rastreio da bilirrubina não é recomendado a todos os recém-nascidos, mas sim aos que apresentem pele icterícia a olho nu ou fatores de risco como idade gestacional inferior a 38 semanas, irmão com icterícia neonatal que requereu tratamento com fototerapia e intencionalidade materna de amamentação exclusiva (NICE, 2010).

No entanto, no local de estágio, a medição dos níveis de bilirrubina transcutânea era feita pelos pediatras usando um bilirrubinómetro (ou por meio da bilirrubina sérica, através de uma punção capilar no pé do recém-nascido, se valores elevados) por rotina no turno da manhã, a todos os recém-nascidos, independentemente das horas de vida. Tendo em conta que cada vez mais se potencia a alta precoce, o rastreio da hiperbilirrubinémia acontece de forma a tentar minimizar a probabilidade de o recém-nascido desenvolver icterícia já no domicílio.

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2016), a icterícia neonatal é caracterizada pela coloração amarela da pele e dos olhos, tornando-se esta visível quando os níveis de bilirrubina no sangue ultrapassam 5mg/dl. Essa coloração geralmente aparece primeiro no rosto (olhos e mucosas) e progride para as extremidades, desaparecendo na ordem inversa.

De acordo com os mesmos autores, a hiperbilirrubinemia, na maioria dos casos, não indica uma doença subjacente e é definida como icterícia fisiológica, ocorrendo após as 24 horas de vida, tipicamente entre o 3.º e o 5.º dia de vida. Resulta das características próprias do recém-nascido devido ao alto volume de glóbulos vermelhos, a curta vida desses glóbulos e a imaturidade do fígado.

A fototerapia é o método mais frequentemente utilizado para tratar a icterícia, sendo reconhecida como segura e eficaz na diminuição da bilirrubina total, o que previne a sua potencial neurotoxicidade, como mencionado pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (SPN, 2016). No serviço de estágio, a fototerapia simples é realizada através da Manta, que consiste num dispositivo equipado com luz fluorescente, facilitando a excreção da bilirrubina através da fotoisomerização. Este dispositivo móvel permite manter o alojamento contínuo e as rotinas dos recém-nascidos, nomeadamente os seus cuidados sem condicionar a duração das mamadas.

A recém-nascida iniciou fototerapia por manta no turno.

FOCO DE ATENÇÃO:	CONHECIMENTO SOBRE INGESTÃO NUTRICIONAL DO RECÉM-NASCIDO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[23/07/2023 – 12h] A puérpera questiona quais os cuidados que deve ter com a recém-nascida de forma a contribuir para o sucesso do tratamento.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
[23/07/2023 – 12h] A recém-nascida inicia fototerapia por manta por indicação médica.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO INGESTÃO NUTRICIONAL DO RECÉM-NASCIDO
OBJETIVO: Melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido	
INTERVENÇÕES	
1) Ensinar sobre ingestão nutricional do recém-nascido 2) Avaliar evolução do conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido	

Especificação da intervenção: Ensinar sobre ingestão nutricional do recém-nascido

Atividades que a concretizam

- Explicar sinais de ingestão nutricional suficiente:
Referir a importância de assegurar o padrão de alimentação e eliminação do recém-nascido, uma vez que a hidratação através da mamada e as dejeções são importantes para o processo de eliminação da bilirrubina (a eliminação da bilirrubina acontece com as dejeções e com as micções, pelo que pode ser necessário aumentar a frequências das mamadas).
- Explicar intervalo entre mamadas: Nesta fase em que o aporte se torna importante para promover a eliminação da bilirrubina, importa referir que a bebé deve mamar em regime de livre demanda, com especial atenção para não exceder intervalos superiores a 3h. Para além disso, as mamadas podem ser mais longas uma vez que o tratamento com a fototerapia promove a sonolência da recém-nascida, tornando-se importante despertar a bebé, o que a mãe já faz corretamente.

Deste modo, abordar os sinais de uma amamentação eficaz, tais como boa produção de urina e fezes (quantidade de fraldas sujas e molhadas); o número de mamadas num período de 24 horas; a observação da sucção e deglutição durante as mamadas e o relaxamento após as mamadas detém o benefício de aumentar a confiança das mulheres. Isto não só contribui para

facilitar a manutenção da amamentação, como também ajuda a reduzir preocupações e ansiedades neste período desafiante do puerpério (NICE, 2021).

FOCO DE ATENÇÃO:	CONHECIMENTO SOBRE PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[23/07/2023 – 12h] A puérpera questiona quais os cuidados a ter com o dispositivo (manta).	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	
[23/07/2023 – 12h] A recém-nascida inicia fototerapia por manta por indicação médica.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DO RECÉM-NASCIDO
OBJETIVO: Melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido	
INTERVENÇÕES	
3) Ensinar sobre medidas de segurança em relação à fototerapia 4) Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido	

Especificação da intervenção: Ensinar sobre medidas de segurança em relação à fototerapia

Atividades que a concretizam

- Referir necessidade de colocação de venda durante o tratamento com fototerapia.
- Referir necessidade do recém-nascido se manter despido durante o tratamento, apenas com uso de fralda.
- Referir necessidade de vigiar sinais de temperatura excessiva do recém-nascido, nomeadamente sudorese.

Assim sendo, no que ao puerpério diz respeito, saliento esta experiência na medida em que, num momento em que seria expectável acontecer a alta, tal não acontece uma vez que o recém-nascido iniciou fototerapia. Apesar de ser um tratamento frequente como referido anteriormente, pode potenciar incertezas nas mães e pais dado que se indagam sobre as suas capacidades e ações perante o filho. No entanto, a mãe mostrou-se capaz de lidar com os desafios.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL – GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O estágio decorreu num serviço que contempla 3 quartos duplos alocado ao espaço físico do serviço de internamento de Ginecologia. Contrariamente aos restantes setores, não é permitida a presença de acompanhante uma vez que são quartos partilhados, estando autorizada a sua presença num período diurno entre as 12h e as 20h. Para além disso, são permitidas visitas em dois horários da tarde. As grávidas dão entrada, na sua maioria, através do Serviço de Urgência, sendo os motivos de internamento mais frequentes: Pré-Eclâmpsia, Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), colestase gravídica e restrição de crescimento intrauterino (RCIU).

Ao serviço de grávidas está atribuída uma EEESMO que tem ao cuidado o máximo de 6 mulheres.

3.1 A importância do plano de parto na gestão das expectativas

Destaque para um turno cuja experiência permitiu acompanhar: *Grávida de 27 semanas e 1 dias (30/09), no 25º dia de internamento por APPT. Ciclorrafia às 14 semanas por antecedente de abortamento no 2º trimestre. Colo funcional de 15.8mm.*

O Regulamento n.º 391/2019, que estabelece as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, aborda no artigo quatro a necessidade de adquirir habilidades para cuidar de mulheres dentro do contexto familiar e comunitário durante o período pré-natal. Destaca-se a importância da deteção precoce de possíveis complicações na gravidez fisiológica, utilizando os recursos clínicos e técnicos apropriados (OE, 2019).

A experiência de uma gravidez saudável pode influenciar positiva ou negativamente a transição para a parentalidade. Em casos de gravidez de alto risco, além das características de uma gravidez saudável, há necessidade de lidar com as particularidades da patologia ou da vigilância e tratamento para minimizar os seus impactos. Portanto, é fundamental considerar o papel do EEESMO na assistência a mulheres e casais em situações específicas como esta.

Embora a gravidez seja um evento natural do ponto de vista biológico, todas as gestações carregam algum nível de risco. Uma gravidez de alto risco é caracterizada pela presença de uma ameaça, potencial ou real, que coloca em perigo a vida da mãe ou do feto, podendo ocorrer durante ou exclusivamente durante a gestação. Portanto, mulheres com gravidezes de alto risco frequentemente requerem cuidados especializados, incluindo terapia medicamentosa e vigilância materno-fetal contínua e meticulosa, muitas vezes exigindo hospitalização (Rodrigues, Zambaldi, Cantilino & Sougey, 2016).

De entre as patologias mais frequentes, com claro destaque para a Pré-Eclâmpsia, APPT, colestase gravídica e Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU), importa explorar a que levou ao internamento referido.

O diagnóstico de APPT é caracterizado pelo aparecimento de contrações uterinas regulares que causam alterações no colo do útero antes das 37 semanas de gravidez. O parto prematuro (PPT) ocorre entre a 22.^a e a 36.^a semana e seis dias de gestação e afeta aproximadamente 10% das gravidezes, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal (Magro, Guerreiro & Fidalgo, 2016). Embora a etiologia do PPT não seja completamente compreendida, fatores de risco como idade avançada, intervalos curtos entre as gestações, colo do útero curto e estilo de vida podem estar associados a essa condição.

Assim sendo, uma das intervenções comuns resultantes de prescrição na prática clínica é a administração de corticoides para maturação pulmonar. Na instituição hospitalar onde ocorreu o estágio clínico, a dexametasona era administrada em quatro doses de 6mg por via intramuscular, com um intervalo de 12 horas.

Perante este diagnóstico clínico, era comum a prescrição de repouso no leito, seja relativo ou absoluto. No entanto, a evidência científica sugere que não há benefícios significativos em restringir atividades prolongadas, podendo esta prática acarretar efeitos adversos como aumento do risco de trombose venosa, atrofia muscular e redução da densidade óssea (Sosa et al., 2015).

Além das implicações fisiológicas, o repouso no leito também tem impacto psicológico. Vários estudos indicam que as mulheres submetidas a esta restrição tendem a experimentar perda de autonomia e isolamento social, o que pode levar ao desenvolvimento de sentimentos de inutilidade. Isso, somado à vulnerabilidade emocional decorrente do internamento, pode afetar negativamente a adaptação ao papel parental (Fernández-Míguez & Domínguez-Luna, 2012).

Portanto, é crucial fornecer informações à mulher e permitir uma discussão aberta entre os profissionais de saúde e a grávida, considerando os riscos e benefícios dessa prática, a fim de otimizar não apenas a adesão comportamental, mas também a experiência durante o internamento.

FOCO DE ATENÇÃO:	CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE AUTOGESTÃO DO REGIME DE REPOUSO E OS RESULTADOS PERINATAIS
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [30/09/2023 – 10h00] A grávida verbaliza que, após a alta, tenciona voltar à sua rotina prévia ao internamento. [30/09/2023 – 10h00] Quando questionada acerca do repouso aquando do regresso ao domicílio, a grávida revela desvaloriza a sua importância, referindo que “a fase mais importante já passou” (sic).	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Ciclorrafia às 14 semanas por antecedentes de abortamento no 2º trimestre. [30/09/2023 – 10h00] A grávida refere ser ela quem prepara as refeições uma vez o marido não se encontra presente na hora das mesmas. Quanto às restantes atividades domésticas, realizam-nas habitualmente em conjunto.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONSCIENCIALIZAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE AUTOGESTÃO DO REGIME DE REPOUSO E OS RESULTADOS PERINATAIS
OBJETIVO: Melhorar consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais	
INTERVENÇÕES 1) Analisar situação atual 2) Analisar com a cliente a relação entre o regime de repouso e os resultados perinatais 3) Ensinar sobre rotinas adequadas 4) Avaliar evolução da consciencialização da relação entre autogestão do regime de repouso e os resultados perinatais	

Especificação da intervenção: Analisar situação atual

Atividades que a concretizam

- Analisar, em conjunto, os resultados obtidos até ao momento com recurso à gestão do repouso (progressão da gravidez)

Especificação da intervenção: Analisar com a cliente a relação entre o regime de repouso e os resultados perinatais

Atividades que a concretizam

- Explicar necessidade de gerir o repouso, realçando que as suas rotinas de vida podem influenciar a possibilidade de entrar em trabalho de parto.
- Explicar que o repouso visa reduzir o stress, a carga física e, por conseguinte, a atividade uterina
- Evidenciar resultados obtidos até ao momento

Especificação da intervenção: Ensinar sobre rotinas adequadas

Atividades que a concretizam

- Informar sobre a criação de rotinas adequadas: encontrar maneiras de reorganizar tanto o seu tempo quanto o espaço em casa, além de ajustar as rotinas familiares de forma a manter um papel ativo na família sem comprometer os períodos de repouso

Como referido nos dados úteis ao contexto deste caso clínico, a grávida foi submetida a uma ciclorrafia às 14 semanas de gestação. Sabe-se que esta deve ser retirada previamente ao início do trabalho de parto, geralmente entre as 36 e as 37 semanas de gestação, a menos que o parto seja por cesariana, caso em que a remoção da sutura pode ser adiada até esse momento. Em mulheres que apresentem trabalho de parto pré-termo iminente, a ciclorrafia deve ser removida para minimizar o potencial trauma no colo do útero (Shennan & Story, 2022).

FOCO DE ATENÇÃO:	CONHECIMENTO SOBRE AUTOVIGILÂNCIA DE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:	
[30/09/2023 – 11h00] A grávida refere não saber quando há a necessidade de remoção da ciclorrafia.	
[30/09/2023 – 11h00] Quando questionada acerca dos sinais de início de trabalho de parto, a grávida refere a contratilidade uterina regular.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:	

Ciclorrafia às 14 semanas por antecedentes de abortamento no 2º trimestre.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE AUTOVIGILÂNCIA DE COMPLICAÇÕES DURANTE A GRAVIDEZ
OBJETIVO: Melhorar conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez	
INTERVENÇÕES 1) Ensinar sobre trabalho de parto 2) Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez	

Especificação da intervenção: Ensinar sobre trabalho de parto

Atividades que a concretizam

- Explicar como identificar que o trabalho de parto está a iniciar, uma vez que foi submetida a uma ciclorrafia: diferenciar as contrações de Braxton-Hicks de um padrão de contratilidade que indicia o trabalho de parto - a dor pode assemelhar-se a uma cólica menstrual intensa, irradiando das costas para a frente do abdómen; tornam-se mais regulares e prolongadas, normalmente durando entre 30 e 90 segundos, com o intervalo entre elas diminuindo progressivamente; mesmo se a grávida mudar de atividade ou posição, as contrações não cessam ou diminuem em intensidade, duração ou intervalo.
- Explicar quando deve recorrer aos serviços de saúde: uma vez que foi realizada a ciclorrafia, deve dirigir-se ao hospital aos primeiros sinais de trabalho de parto se esta ainda não tiver sido removida. São sinais indicativos de avaliação: a rotura de membranas, perda de sangue via vaginal, ausência ou diminuição da percepção de movimentos fetais, febre e contrações uterinas mais intensas e com uma frequência de uma contração uterina de 10/10 minutos.

Embora o foco da atuação do EEESMO durante o internamento materno-fetal muitas vezes seja direcionado para o bem-estar da mulher e do feto em casos de patologia, é crucial considerar a perspetiva da mulher/grávida como futura mãe e promover a transição para a parentalidade.

Quando o casal estava presente, avaliava-se a disponibilidade de ambos para intervenções de preparação para o parto. De acordo com Nené et al. (2016), intervenções que visam informar ajudam a reduzir a ansiedade e capacitam a grávida/casal, facilitando a adaptação a uma gravidez com complicações e à parentalidade. Cuidar de grávidas com complicações exige uma avaliação multidisciplinar, e o EEESMO, com seu conhecimento técnico-científico, reconhece não apenas as mudanças físicas da gravidez, mas também as dimensões emocionais e afetivas, proporcionando cuidados individualizados que consideram a esfera familiar e social de cada mulher/casal.

O parto em ambiente hospitalar é a escolha mais comum, tornando-se essencial realizar uma visita à maternidade e discutir essa temática durante a consulta e a elaboração do plano de parto, estratégia de planeamento do trabalho de parto, para permitir à mulher a liberdade de escolha sobre o local do parto. Essa visita proporciona consciencialização e antecipação dos eventos futuros, estabelecendo uma relação de confiança, respeito e segurança que pode promover um trabalho de parto mais natural e interações mais positivas com os profissionais de saúde. Além disso, reduz a ansiedade associada ao ambiente hospitalar desconhecido e estranho (Nené et al., 2018).

FOCO DE ATENÇÃO:	CONHECIMENTO SOBRE PLANO DE PARTO
DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO: [30/09/2023 – 13h00] A grávida refere ter começado a “idealizar o seu trabalho de parto” (sic). [30/09/2023 – 13h00] A grávida refere não querer que o seu bebé fique internado na neonatologia, percebendo, no entanto, que isso não depende de si. Refere que o contacto pele com pele é importante para si, mas revela achar que, caso o seu filho nasça prematuro, não poderá ter escolhas em relação a esse momento.	
DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO: Grávida com 27+1 semanas de gestação.	
DIAGNÓSTICO:	POTENCIAL PARA MELHORAR CONHECIMENTO SOBRE PLANO DE PARTO
OBJETIVO: Melhorar conhecimento sobre trabalho de parto	
INTERVENÇÕES 1) Ensinar sobre plano de parto 2) Avaliar evolução do conhecimento sobre plano de parto	

Especificação da intervenção: Ensinar sobre plano de parto

Atividades que a concretizam

- Explicar em que consiste o plano de parto e os seus benefícios: idealização, escrita ou não, das preferências da grávida ou do casal em relação ao trabalho de parto, compartilhado com os profissionais de saúde. Ajuda na tomada de decisões fundamentadas e promove a compreensão do que é controlável e do que não é. Elaborá-lo permite preparar-se para o parto, refletir sobre as necessidades e desejos, e promove uma sensação de poder na tomada de decisões.
- Explicar que o plano de parto permite a expressão das suas preferências em relação ao trabalho de parto e parto, sendo que a possibilidade de todas as suas idealizações serem cumpridas dependerá do bem-estar do recém-nascido ao nascimento, nomeadamente no que ao contacto pele com pele diz respeito.
- Providenciar visita ao internamento de obstetrícia, sala de partos e neonatologia.

A prática clínica não apenas aprimorou a capacidade de aplicar conhecimentos teóricos, mas também desenvolveu habilidades técnicas e práticas. Além disso, permitiu estabelecer uma relação contínua com as mulheres, compreender os seus receios, orientar as suas expectativas e atender às suas necessidades físicas e emocionais durante a gravidez, proporcionando um apoio vital durante esse momento tão significativo. Tal foi aqui exemplificado através deste caso clínico, tratando-se de uma grávida num internamento prolongado que, muitas vezes, necessitava de algo muito simples: a nossa presença.

4. REFLEXÃO CRÍTICA TENDO POR BASE O REGULAMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Uma das áreas de intervenção do EEESMO passa por “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal” o que foi colocado em prática no estágio de Internamento de Grávidas de Risco. De facto, este módulo de estágio permitiu, entre outros “avaliar o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” uma vez que na sua maioria, as grávidas internadas tinham prescrita a monitorização cardiotocográfica em periodicidade adequada à idade gestacional e motivo de internamento. A cardiotocografia (CTG), permite avaliar ao mesmo tempo a frequência cardíaca fetal (FCF), as contrações uterinas e os movimentos do feto (Oliveira & Sá, 2018).

A monitorização ocorria por pelo menos 20 minutos em traçados considerados normais, três vezes ao dia conforme prescrição médica, ou quando havia suspeita de alteração do bem-estar fetal (em casos de hipotensão materna ou administração de fármacos, por exemplo) por decisão autónoma do EEESMO. Para classificar o traçado, considerávamos a linha de base, variabilidade, presença de acelerações e desacelerações, e uma análise global que incluía a FCF e a atividade uterina. Esses dados eram interpretados juntamente com informações clínicas da gestação, como idade gestacional, medicação e condições patológicas.

Em caso de desacelerações, a grávida era instruída a adotar a posição de decúbito lateral esquerdo para melhorar a perfusão uterina. Desacelerações referem-se a momentos em que a FCF diminui temporariamente abaixo de 15 batimentos por minuto em relação à linha de base, por mais de 15 segundos. Com base nas suas características, as desacelerações podem ser categorizadas como precoces, tardias, variáveis, prolongadas. Traçados com baixa variabilidade eram avaliados considerando o contexto clínico, como idade gestacional, administração de corticoides por prescrição e ciclos de sono fetal. Nesses casos, poderíamos prolongar o tempo de monitorização ou sugerir à grávida que se alimentasse (Graça, 2017).

Uma dificuldade enfrentada foi a complexidade e variabilidade na análise dos traçados cardiotocográficos, exigindo treino e formação contínua para alcançar competência na leitura e interpretação dos mesmos, na medida em que, muitas vezes, é através do CTG que são detetadas precocemente alterações no bem-estar materno-fetal.

Para além disso, verifiquei que no local de estágio facilmente nos focávamos exclusivamente naquele que era o motivo de internamento patológico. Ora, para além de grávidas em situação de risco, estávamos perante mulheres que preparavam a chegada de um filho. Assim sendo, o EEESMO “concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” e tal deve ser foco do nosso trabalho na medida em que, em internamentos prolongados, as grávidas são privadas de assistir às sessões de preparação para o parto previamente programadas para si. Cabe-nos a nós, ainda que de forma adequada tendo em conta a individualidade do diagnóstico/ motivo de internamento e os seus condicionamentos e imprevisibilidades, permitir que a grávida e pessoa significativa tenham acesso a melhores cuidados que teriam caso não se encontrassem internadas. O internamento de grávidas permitiu assim mobilizar conhecimentos, aprimorar capacidades de comunicação e de gestão de expectativas dos casais.

É também da competência do EEESMO “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto”, sendo que foi possível colocar em prática praticamente todos aqueles que são os critérios de avaliação que constam no respetivo documento. A que se tornou mais desafiante e que causava, sem dúvida, mais inquietação desde o início do meu percurso formativo prendeu-se com “avalia a integridade do canal de parto e aplica técnicas de reparação, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação.” Efetivamente, constatei que suturar exige ~~apenas~~ apenas treino e aperfeiçoamento. No entanto, relacionado com esta temática é pertinente relevar que também a decisão de realizar ou não uma episiotomia me causava alguma inquietude. Durante o ensino clínico, foi posto em prática o que a evidência científica nos diz acerca da temática.

Uma episiotomia envolve uma incisão no períneo com o objetivo de aumentar a área de saída do feto, sendo indicada quando se reúnem condições como partos distócicos, fetos macrossómicos, histórico de cicatrizes prévias na área genital que possam antever a possibilidade de causar lacerações graves durante o parto e em situações de sofrimento fetal agudo (Fatia & Tinoco, 2016). No entanto, não há evidências que comprovem que a realização da episiotomia reduza a ocorrência de lesões perineais, incontinência urinária ou prolapso vaginal no futuro, portanto, a sua realização rotineira não é recomendada. Deve-se realizar uma avaliação cuidadosa das características perineais (com atenção a palidez do períneo, tecidos tensos ao toque e diminuição da elasticidade do períneo) e do bem-estar fetal antes de decidir pela realização da episiotomia (OMS, 2018).

Em todos os partos que acompanhei, verificou-se uma atuação pouco intervencionista, traduzindo-se numa prática baseada em evidência, contabilizando três episiotomias realizadas em quarenta partos assistidos. Para tal, analiso que tenham existido algumas condutas que podem ter contribuído para o sucesso destes números, nomeadamente, o facto de todas as parturientes terem sido motivadas e apoiadas para que seguissem o seu próprio ritmo e instinto, ouvindo o seu próprio corpo, no que toca à realização de esforços expulsivos. Nenhuma mulher foi incentivada a realizá-los assim que a dilatação se constatasse completa, mas sim que sentisse essa necessidade, tal como preconizado. Tal vai ao encontro do que nos diz a OMS em 2018, cujas diretrizes recomendam inclusive que, em mulheres que tenham recebido analgesia epidural, os esforços sejam adiados por uma a duas horas, desde que o bem-estar materno fetal esteja assegurado.

Destaco também, sem dúvida, “atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e risco controlado”. De facto, a experiência de sala de partos permitiu-me uma visão holística daquilo que é a mulher em todo o seu conceito e da sua capacidade para gerir o seu próprio parto. Permitiu-me olhar para este momento tão importante na vida de uma mulher como mera espectadora, trabalhando apenas com o foco de garantir uma experiência positiva para si e para a sua pessoa significativa, garantindo sempre a segurança materno-fetal. E aquilo que é uma experiência positiva para uma parturiente pode não o ser para outra, daí a importância do plano de parto.

Assim sendo, o plano de parto é utilizado como uma estratégia de planeamento do parto, delineando as preferências, valores, crenças e desejos individuais da mulher e de uma pessoa significativa em relação ao parto (OE, 2023).

Conforme afirmado OMS (2018), o principal objetivo para todas as mulheres grávidas é ter uma experiência de parto positiva. Isso inclui um trabalho de parto num ambiente seguro, com cuidados contínuos fornecidos por profissionais eficientes e atenciosos, do qual resulta o nascimento de um bebé saudável. A experiência do parto é de extrema importância para as mulheres, uma vez que as memórias desse momento permanecem ao longo do tempo e moldam sua autoimagem como mulher, mãe e parceira.

Ora, em todas as minhas experiências na sala de parto procurei ir ao encontro daquilo que eram as expectativas e desejos de cada parturiente. No entanto, nem sempre era perceptível, aquando da minha chegada já com o trabalho de parto em curso de algumas mulheres, de quais eram de facto as suas preferências. Sugiro, portanto, que na impossibilidade de ser o mesmo EEESMO a

acompanhar todo o processo de trabalho de parto de cada mulher que dá entrada na unidade hospitalar, urge a necessidade de se uniformizar a rotina de leitura de cada plano de parto (quando existem em formato físico ou digitalizado) das parturientes ao nosso cuidado no início de cada turno. Em somatório, também as ideias principais de cada um desses documentos, ou do que foi verbalmente percebido aquando da sua ausência escrita, poderiam ser transmitidas na passagem de turno, uma vez que mais do que a dilatação e características do colo do útero, importa perceber como cada mulher está a lidar e pretende lidar com a evolução do seu trabalho de parto.

Quanto ao puerpério, o regulamento incorpora nas competências dos EEESMO “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”.

Uma das reflexões importantes diz respeito a “identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”. Durante o estágio, verificou-se que era hábito no respetivo serviço de internamento, pesar diariamente todos os recém-nascidos.

Ora, dizem-nos as guidelines da NICE (2021) que é indicado monitorizar o peso na primeira semana de vida e novamente por volta das 8 semanas de vida, e apenas em outros momentos se houver algum indicador que suscite preocupação, como é o caso, por exemplo, de um recém-nascido com reflexos diminuídos e, consequentemente, dificuldade em mamar.

Já em 2017 era referido pela NICE que se deve monitorizar o peso se houver preocupações com o crescimento insuficiente, mas estarmos cientes de que pesar as crianças com mais frequência do que o necessário pode aumentar a ansiedade das mães e dos pais (por exemplo, pequenas alterações a curto prazo podem causar preocupação desnecessária). No local de estágio, essa preocupação era notória, na medida em que o peso do recém-nascido era considerado pelos casais como um indicador de saúde, mas, mais do que isso, um número que identifica e prevê o bem-estar do bebé pelo que, quando a balança identificava a perda de peso, este era um fator de stress nomeadamente em relação às suas competências e capacidades para alimentar o seu filho.

Sabe-se que os recém-nascidos podem perder até 10% do peso ao nascimento durante os primeiros dias após o parto (até ao terceiro ou quarto dia), peso esse que deve ser recuperado até às 2 semanas de vida (DGS, 2023).

Assim sendo, considerando a perda de peso fisiológica e tendo como objetivo tranquilizar as mães e os pais, o foco deveria ser a avaliação da alimentação do recém-nascido. Fatores como o tempo e frequência das mamadas, a sucção rítmica e a deglutição audível, os sinais de saciedade após a mamada, os sinais de ingestão suficiente como o número de fraldas molhadas e sujas diariamente são indicadores reais da saúde do recém-nascido. O indicador de um recém-nascido saudável inclui um número mínimo de micções igual ao número de dias de vida (um dia, uma micção) até obter seis micções diárias por volta do sexto dia, e uma ou mais evacuações moles e amareladas por dia (a partir do quarto dia, até lá eliminando mecónio).

Até porque, o que se sucede no internamento de puerpério para controlo do peso do recém-nascido, é a suplementação com leite adaptado. Neste caso, se a suplementação com uma fórmula infantil for dada a um recém-nascido amamentado devido a preocupações com o crescimento insuficiente após os primeiros dias de vida, é de extrema importância apoiar a mãe para que esta continue a amamentar e eventualmente aconselhar a extração de leite materno para promover a produção de leite e a alimentação do recém-nascido com leite materno disponível antes de qualquer fórmula (NICE, 2017). Aliás, é importante que os profissionais de saúde estejam cientes de que embora a alimentação suplementar com fórmula infantil possa aumentar o ganho de peso num recém-nascido amamentado se houver preocupações com o crescimento insuficiente, muitas vezes resulta na interrupção da amamentação.

Com base no exposto anteriormente, torna-se, portanto, dispensável pesar o recém-nascido diariamente na maternidade, a não ser que existe uma indicação específica, no caso de recém-nascidos prematuros ou com dificuldades em ser amamentados. Estes últimos exigindo sim uma monitorização mais rigorosa da sua evolução ponderal, mas, mais importante, das dificuldades possivelmente enfrentadas na amamentação.

Neste contexto, importa também refletir acerca da competência “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/ neonatal” na medida em que engloba uma das experiências mais marcante do meu percurso académico. Num dos turnos de estágio, uma das puérperas à minha tutora atribuída encontrava-se a vivenciar um processo de luto após a morte inesperada do seu recém-nascido algumas horas após o parto, o que aconteceu aproximadamente 24h antes do meu contacto.

Ao longo de toda a gravidez, as expectativas normalmente criadas estão relacionadas com a continuidade da vida e não da morte. Aquando de um diagnóstico de morte, o casal pode

experimental sentimentos de traição, engano e fracasso (Miranda & Zangão, 2020). Quando entrei no quarto, deparei-me de facto com uma puérpera disposta a verbalizar os seus sentimentos.

Diz-nos Koch (2014) que a relação entre o enfermeiro e o cliente é de extrema importância neste contexto. Dentro desta abordagem, a comunicação, especialmente a escuta ativa, desempenha um papel crucial na construção dessa relação. Outro autor acrescenta que a escuta ativa é uma intervenção que visa ouvir as preocupações do cliente, proporcionando um ambiente de participação e facilitando a expressão de conteúdos, o que por si só é benéfico. É importante considerar o ambiente adequado (local com privacidade, livre de ruídos e interferências) para promover uma relação terapêutica eficaz (Sequeira, 2006). Este último ponto, é de extrema importância e foi sem dúvida o que mais me chamou à atenção. A puérpera encontrava-se num quarto em que, de ambos os lados, estavam alojadas puérperas com os respetivos recém-nascidos. Ora, a puérpera em causa ouvia os ruídos, o choro, as manifestações de alegria, enquanto a sua vivência não se traduzia nos mesmos sentimentos. Esta confrontação com aquilo que ela não teve oportunidade de vivenciar tornava-se desconfortável para a puérpera, tendo a mesma manifestado preferência por um local mais isolado de todas as movimentações características de um serviço de puerpério.

Assim sendo, comprova-se que a experiência da mulher ou do casal a vivenciar uma perda neonatal nas instituições de saúde é considerada de menor importância do que a vivência de uma gravidez que culmina com o nascimento de um recém-nascido saudável.

Para mães que experimentaram a perda de uma gestação ou um recém-nascido, além do luto pela morte de seus filhos, também enfrentam o sofrimento causado pela falta de reconhecimento por parte de outras pessoas uma vez que a dor dessa perda não é reconhecida ou validada pelos outros (Melo & Vaz, 2019).

Tal como a perda gestacional ou neonatal é frequentemente subestimada pela sociedade, as necessidades dessas mulheres ou casais muitas vezes não recebem prioridade no contexto hospitalar, sendo exemplo disso o ambiente físico e estrutural, que não estão preparados para ter em conta elementos importantes como a privacidade ou a ausência de contato com outras grávidas, mães ou recém-nascidos.

5. CONCLUSÃO

O percurso durante o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica foi, embora recompensador, também muito desafiante. Ao longo do curso, adquiri competências que não apenas me permitiram concluir os estágios com sucesso, mas também contribuíram para o meu engrandecimento pessoal.

O presente relatório destaca as atividades desenvolvidas ao longo dos diferentes estágios, abrangendo etapas do ciclo reprodutivo: gravidez com complicações, trabalho de parto e parto, pós-parto e parentalidade. Para cada estágio, foram definidos objetivos específicos, alinhados com os objetivos gerais delineados pela ESEP sendo que todo o percurso realizado visou o cumprimento desses objetivos. Vale a pena ressaltar que nem todas as experiências foram descritas detalhadamente, sendo destacadas aquelas que contribuíram para o desenvolvimento de habilidades e competências específicas e promoveram momentos de reflexão crítica.

As atividades desenvolvidas seguiram o preconizado na evidência científica mais atual, e a maioria das intervenções nos estágios foi baseada nessa evidência encontrada. No entanto, algumas práticas foram realizadas de forma distinta, mas de acordo com as orientações dos orientadores de estágio e também concordantes com os protocolos da instituição.

Durante o estágio, foi possível cumprir os requisitos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2019) para a atribuição do título de EEESMO. Isso incluiu a realização de 100 exames pré-natais e cuidados a mulheres com patologias ginecológicas e obstétricas, a assistência a 40 parturientes e realização de pelo menos 40 partos eutócicos, participação ativa em pelo menos um parto de apresentação pélvica ou, quando não possível, uma simulação, prática de episiotomia e episiorrafia, e cuidados a pelo menos 100 puérperas e recém-nascidos.

Os estágios proporcionaram uma compreensão de que, mais do que simplesmente seguir uma sistematização dos cuidados de enfermagem, é essencial manter flexibilidade no planeamento e execução desses cuidados. Isso envolve adaptá-los de acordo com as experiências, expectativas e necessidades individuais de cada mulher, casal e, posteriormente, da tríade mãe-recém-nascido-pessoa significativa. Foi crucial conhecer cada mulher de forma atenta e individualizada, a fim de satisfazer suas necessidades específicas de uma forma competente, em vez de se oferecer apenas cuidados padronizados.

Além disso, a elaboração de uma revisão de literatura, com pesquisa em diversos motores de busca e agregadores de conteúdo, representou uma etapa importante de aprendizagem, mesmo diante da ausência de resposta para as questões de investigação. Esse processo permitiu uma consciencialização sobre a necessidade de produzir conhecimento com aplicabilidade na prática clínica.

Mesmo que tenham sido alcançados os objetivos em termos de conhecimento, competências e investigação, é importante destacar que a aprendizagem do EEESMO não se encerra com a conclusão do processo formativo acadêmico. É fundamental questionar, renovar e manter uma atualização constante do conhecimento adquirido. Somente assim é possível oferecer cuidados especializados de excelência no campo da saúde materna e obstétrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balaskas, J. (2017). Parto Ativo: Guia Prático Para o Parto Natural. 1ª ed. Lisboa: 4 Estações Editora.
- 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(3), CD012449.
- Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Feb;40(2):227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003. PMID: 29447711.
- Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Di Meglio, L., di Meglio, L., Toscano, P., Travaglino, A., Zapparella, R., Duval, M., Zullo, F., & Locci, M. (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 301(3), 693–698.
<https://doi.org/10.1007/s00404-020-05475-9>
- Calais-Germain B, Parés, NV (2009). Parir en movimiento: Las movilidades de la Pelvis en el Parto. La Liebre de Marzo, Espanha. ISBN 978-84-92470-12-9.
- Canuto, L. T., & de Oliveira, A. A. S. (2020). Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicologia em Revista*, 26(1), 83-102.
- Cardoso, A. (2011). Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.
- Chen, E. M., Gau, M. L., Liu, C. Y., & Lee, T. Y. (2017). Effects of Father-Neonate Skin-to-Skin Contact on Attachment: A Randomized Controlled Trial. *Nursing research and practice*, 8612024. <https://doi.org/10.1155/2017/8612024>
- Cluett, E. R., Burns, E., & Cuthbert, A. (2018). Immersion in water during labour and birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD000111.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub4>

- Correia, R. (2011). O desafio da humanização do parto em Portugal: questões essenciais na actualidade. *E-Cadernos CES*, (11). <https://doi.org/10.4000/eces.1240>
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: Direção-Geral de Saúde. ISBN 978-972-675-233-2. Recuperado de <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2015b). Indução do trabalho de parto. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Direção-Geral de Saúde. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Gomes, C., Oliveira, M. P., & Glauca, L. (2020). O papel do enfermeiro na promoção do parto humanizado. *Revista Recien*, 10, 181. Obtido de https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/352/pdf_1
- Graça, L. (2017). Medicina materno-fetal. Lisboa: Lidel
- Graça, M. (2010). Medicina Materno Fetal. (3ª ed. Ver.). Lidel.
- Hyde, M. J., Mostyn, A., Modi, N., & Kemp, P. R. (2011). The health implications of birth by Caesarean section. *Biological Reviews/Biological Reviews of the Cambridge Philosophical Society*, 87(1), 229–243. <https://doi.org/10.1111/j.1469-185x.2011.00195.x>
- Jenkins, H., Jessiman, W. C., Hubbard, G., & O'Malley, C. (2023). Exploring women's experiences, views and understanding of vaginal examinations during intrapartum care: A meta-ethnographic synthesis. *Midwifery*, 124, 103746–103746. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103746>
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD003934. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub4
- Leap, N., Dodwell, N. C. T., & Newburn, M. (2010). Working with pain in labour. An overview of evidence. *New Digest*, 49, 22-25.

- Lorencetto, S. B., Lemes, S. C., Bertella, C. B., Tuci, B. M., & Maia, J. S. (2021). Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 11(34), 277-286.
- MacDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evid Based Child Health*, 9(2), 303-97.
- Magro, C., Guerreiro, E. & Fidalgo, F. (2016). Ameaça de parto pré-termo e parto pré-termo. In M. Néné, R. Marques, & M. Batista, *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica* (pp. 211- 215). Lisboa: Lidel.
- Martins, J. T. (2017). Cantos pré-natal: alquimia sonora para gestantes. *Seminário Internacional Fazendo Gênero*, 11.
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., & Morris, P. S. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evid Based Child Health*, 9(2), 303-97.
- Melo, C. T. V., & Vaz, P. R. G. (2019). Perda gestacional e neonatal, um sofrimento como outro qualquer. *Matrizes*, 13(2), 91-112.
- Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20037. doi:10.12707/RV20037
- Muros Naranjo, M. C., Conde Puertas, E., & Luque López, E. (2011). Implicaciones obstétricas, perinatales y maternas de los púrpas espontáneos frente a los púrpas dirigidos. *Metas enferm*, 8-11.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010). Postnatal care up to 8 weeks after birth [Guidance]. NICE Clinical Guidelines, No. 98. Recuperado de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg98/chapter/Recommendations#care-for-all-babies>
- NICE (2017). Recommendations | Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children | Guidance | NICE. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng75/chapter/Recommendations#weight-loss-in-the-early-days-of-life> [Accessed 8 Apr. 2024]

- Oliveira, C & Sá, R. (2018). Cardiotocografia anteparto – Protocolos Febrasgo, Obstetrícia nº 81. Recuperado de: <https://sogirgs.org.br/area-doassociado>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício do Profissional de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8139/ponto_5_regulamento_padr%C3%B5es-de-qualidade-ce-esmo.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019a). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11870/1356013565.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019b). Circular Informativa: Atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista por via da Certificação Individual de Competências. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17193/circular_informativa-cd-2_2019-atrib-tit-prof-enf-esp-cicpdf__.pdf
- Owen, J., Andrews, W. W., Witter, F. R., & Cliver, S. P. (2003). Patient-Controlled Analgesia in Labor: Does a Background Infusion Increase the Overall Analgesic Use? *Obstetrics & Gynecology*, 101(3), 459–464. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02596-9](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02596-9)
- Patrizi, P., & Leao, E. (2017). Espaço cuidador: um conceito em construção para enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.5380/ce.v22i1.41026>
- Rodrigues, P., Zambaldi, C., Cantilino, A. & Sougey, E. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38 (3), 136-140. Recuperado de: <https://www.scielo.br/j/trends/a/6FgQXBXLdqfQrPmcmFfLX3S/?lang=en>
- Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E. D. L. N., & Santero, M. (2020). Music therapy in pain and anxiety management during labor: a systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 56(10), 526.

- Simpson, K. R., James, D. C., Knox, G. E. (2015). The power of vocalization: Perceptions of labor sounds during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 44(1), 46- 54.
- Sosa, C., Althabe, F., Belizán, J. & Bergel, E. (2015). Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-18.
Recuperado de: [https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in singleton-pregnancies-for preventing-preterm-birth](https://www.cochrane.org/CD003581/PREG_bed-rest-in-singleton-pregnancies-for-preventing-preterm-birth)
- Sousa, A. P. P. A., de Brito Santos, C. S. V., & 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.
- Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., Small, R. (2017). The relationship between women's characteristics and their experiences of and preferences for labour pain management: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Birth*, 44(4), 285-294.
- World Health Organization (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789248548505_por.pdf?sequence=12.
- World Health Organization. (2017). 10 facts on breastfeeding. World Health Organization.
Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. Recuperado de <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en>