ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório

FACILITAR O LUTO PERINATAL: O CONTRIBUTO DO PLANO DE PARTO

Autor

Mariana Ferreira de Campos Valente Ribeiro

Porto, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)
Alexandrina Maria Ramos Cardoso
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor
Mónica Alexandra Pinho da Silva
Co-orientadora

Autor
Mariana Ferreira de Campos Valente Ribeiro

Porto, 2024

RESUMO

O presente documento trata-se de um relatório de estágio de natureza profissional elaborado enquanto estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, num hospital da zona norte, durante o período compreendido entre fevereiro de 2022 e fevereiro de 2024.

Este relatório integra a descrição e reflexão sobre o processo de conceção de cuidados, da atividade diagnóstica e das respetivas intervenções no âmbito do exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, nos contextos clínicos de assistência à grávida com complicações, à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido, tendo em conta a prática baseada em evidência, no sentido do desenvolvimento de competências, conforme determinado pelo regulamento n.º 391/2019.

No decorrer da prática clínica emergiu a necessidade de aprofundar conhecimentos relativos ao contributo do plano de parto numa situação de morte fetal, de que forma é que um plano de parto facilita o luto perinatal. Este tema surgiu, uma vez que, durante o estágio realizado no bloco de partos, assisti a um parto de uma morte fetal. Esta situação fez-me refletir em relação aos cuidados prestados à mulher e considero a elaboração de um plano de parto teria permitido à mulher expressar os seus desejos e preferências, de forma a participar ativamente durante todo o processo do trabalho de parto, parto e pós-parto, garantindo que recebe todo o apoio e que os seus desejos são respeitados da melhor forma.

Pretende-se, através da revisão narrativa da literatura e da discussão com peritos EEESMO, docentes e homens e mulheres que experienciaram uma situação de morte fetal, aprofundar conhecimentos sobre a temática e constituir um contributo para a prática de uma enfermagem sensível e significativa às necessidades específicas da mulher e do casal durante o parto numa situação de morte fetal.

Palavras-chave: gravidez; plano de parto; morte fetal; luto perinatal.

ABSTRACT

This document constitutes a professional internship report developed during a master's program in Maternal and Obstetric Health Nursing, in a hospital in the north of Portugal, spanned from February 2022 to February 2024.

This report comprises a description and reflection on the process of conception of care and the implementation of interventions within the professional practice of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing. It encompasses clinical contexts involving the care for high-risk pregnant women, women during labor, postpartum women, and newborns, with a focus on evidence-based practice to foster the development of specialized competencies.

During clinical practice, the delivery of a stillborn was witness, which fueled the need to deepen my understanding regarding the role of a birth plan in cases of fetal death and how it can facilitate perinatal bereavement. This experience prompted reflection on the care provided to the woman, and I recognized that a birth plan could have allowed her to articulate her desires and preferences, enabling active participation throughout labor, delivery, and postpartum care, thereby ensuring comprehensive support and respect for her wishes.

Through discussions with experts in Maternal and Obstetric Nursing, educators, and individuals who have encountered situations of stillbirth, the aim of this narrative literature review is to deepen knowledge on the subject and contribute to nursing practice that is sensitive and responsive to the unique needs of women and couples during labor in cases of stillbirth.

Keywords: pregnancy; birth plan; fetal death; perinatal bereavement.

ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

Cm - Centímetros

CTG - Cardiotocografia

DGS - Direcção Geral da Saúde

ECTS - European Credit Transfer System

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

EV - Endovenoso

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

HPP - Hemorragia Pós-Parto

IGP - Idade Gestacional

ITP - Indução do Trabalho de Parto

Mcg - Micrograma

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ml - Mililitro

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

RCF - Restrição de Crescimento Fetal

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

U - Unidades

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO 13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) 15
3. O INÍCIO DO MOMENTO MAIS ESPERADO 19
3.1. Enquadramento teórico 19
3.2. Clientes 21
3.3. Medicação 22
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 22
3.4. Domínios 23
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 23
3.5. Dados 27
3.5.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados 29
3.6. Diagnósticos 29
3.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades 30
3.7. Especificação das intervenções 39
4. A MORTE DE UM SONHO 41
4.1. Enquadramento teórico 41
4.2. Clientes 43
4.3. Medicação 43
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita 44
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica 46
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. 46
4.5. Domínios 47
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 47
4.6. Dados 47
4.6.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados 49
4.7. Diagnósticos 50
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades 51
4.8. Especificação das intervenções 52
5. OS SUPERPODERES DA MULHER DURANTE O PARTO 55
5.1. Enquadramento teórico 55
5.2. Clientes 56
5.3. Domínios 56
5.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 56
5.4. Dados 58
5.5. Diagnósticos 60

5.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades ... 61
5.6. Especificação das intervenções ... 67
6. ULTRAPASSAR UMA ADVERSIDADE APÓS O PARTO: HEMORRAGIA PÓS-PARTO ... 71
6.1. Enquadramento teórico ... 71
6.2. Clientes ... 73
6.3. Medicação ... 73
6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita ... 74
6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica ... 75
6.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ... 76
6.5. Domínios ... 76
6.6. Dados ... 77
6.6.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados ... 82
6.7. Diagnósticos ... 82
6.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades ... 84
6.8. Especificação das intervenções ... 85
7. A AMEAÇA DO FIM ANTES DO TEMPO ... 89
7.1. Enquadramento teórico ... 89
7.2. Clientes ... 90
7.3. Medicação ... 90
7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita ... 90
7.4. Domínios ... 92
7.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico ... 92
7.5. Dados ... 93
7.5.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados ... 94
7.6. Diagnósticos ... 94
7.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades ... 95
7.7. Especificação das intervenções ... 95
8. O NASCIMENTO DE UMA MÃE ... 97
8.1. Enquadramento teórico ... 97
8.2. Clientes ... 97
8.3. Medicação ... 97
8.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita ... 98
8.4. Domínios ... 98
8.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico ... 98
8.5. Dados ... 104
8.5.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados ... 106
8.6. Diagnósticos ... 106
8.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades ... 107
8.7. Especificação das intervenções ... 109

9. UM MUNDO NOVO PARA DESCOBRIR 111
9.1. Enquadramento teórico 111
9.2. Clientes 111
9.3. Domínios 111
9.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico 111
9.4. Dados 113
9.5. Diagnósticos 113
9.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades 113
9.6. Especificação das intervenções 114
10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 115
11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO 121
12. BIBLIOGRAFIA 133
ANEXOS 145

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente documento surge no âmbito da realização do estágio de natureza profissional com relatório final, inserido no plano do segundo ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), entre fevereiro de 2022 e fevereiro de 2024.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) detém um conjunto de competências especializadas que visa promover os projetos de saúde da Mulher e cuja atuação tem subjacente o reconhecimento da pessoa no seu todo, considerando a sua esfera individual, familiar, social e cultural, no âmbito do seu ciclo reprodutivo, desde o período de planeamento familiar até ao climatério (Ordem dos Enfermeiros, 2019b).

Este relatório descreve parte do processo de aquisição de conhecimentos e competências clínicas diferenciadas e preconizadas para o exercício profissional do enfermeiro especialista desenvolvido sob uma prática clínica supervisionada. O estágio de natureza profissional permitiu o desenvolvimento de competências em diversas áreas, tais como, identificação de diagnósticos e implementação de intervenções de enfermagem especializadas, centrados nas necessidades de cuidados à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família durante a gravidez normal e com complicações, durante o trabalho de parto e parto, durante o período de internamento no pós-parto e ao recém-nascido saudável ou com necessidades especiais. A prática clínica decorreu nos serviços de internamento de grávidas/medicina materno-fetal, bloco de partos e puerpério numa instituição de saúde do Norte.

No decorrer da prática clínica emergiu a necessidade de aprofundar conhecimentos relativos ao luto perinatal e de que forma a elaboração de um plano de parto seria uma mais-valia para a mulher que vivencia uma situação de morte fetal. Os profissionais de saúde, nomeadamente o EEESMO, desempenha um papel de relevo no acompanhamento e reconhecimento das necessidades destas mulheres. Nesse sentido, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de descrever o estado da arte nesta temática, incluindo uma análise crítico-reflexiva da prática profissional em enfermagem neste contexto.

O presente documento apresenta a caracterização dos contextos clínicos, onde brevemente são descritos os estágios realizados no bloco de partos, internamento de grávidas/medicina materno-fetal e no puerpério. Seguidamente, são apresentados quatro casos clínicos referentes ao bloco de partos, um caso clínico referente ao internamento de grávidas/medicina materno-fetal e dois caso clínico do puerpério, um da puerpéra e outro do recém-nascido. É também descrito de que forma é que os estágios clínicos contribuíram para o desenvolvimento de

competências.

Por fim, apresento a revisão da narrativa que aborda o plano de parto numa situação de morte fetal.

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

A unidade curricular "Estágio de natureza profissional com relatório final" é uma unidade curricular anual com 45 ECTS (*European Credit Transfer System*). As horas de contacto estão distribuídas da seguinte forma: bloco de partos - 500h, internamento de grávidas/medicina materno-fetal - 200h e puerpério - 100h.

Os objetivos desta unidade curricular são promover a responsabilização pessoal na construção dos respetivos itinerários e projetos de vida profissional, numa perspetiva de aprendizagem ao longo da vida e de promoção de um espírito empreendedor; identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas centrados nas necessidades em cuidados à mulher com afeções ginecológicas, à mulher/família na gravidez normal e com complicações, no trabalho de parto e parto, no puerpério e ao recém-nascido saudável e de risco; consolidar a capacidade para a resolução de problemas em contexto de multidisciplinaridade; mobilizar a evidência científica para a tomada de decisão na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna, obstetrícia e ginecologia; promover uma consciência profissional sobre o papel do EEESMO e elaborar e discutir o relatório de estágio, colocando em evidência a relevância das competências adquiridas durante o processo.

Existe um conjunto de experiências clínicas mínimas para a obtenção do título profissional de EEESMO, reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros. As experiências mínimas obrigatórias são: consultas de grávidas incluindo, pelo menos, 100 exames pré-natais, incluindo a assistência a 40 grávidas em situação de risco; assistência e cuidados dispensados a, pelo menos, 40 parturientes; realização pelo estudante de, pelo menos, 40 partos, número que poderá ser reduzido para 30 partos se a falta de parturientes o justificar, e na condição de o estudante participar, para além daqueles, em mais 20 partos; participação ativa em partos de apresentação pélvica; em caso de impossibilidade, será realizado treino em simulação; prática de episiotomia/perineorrafia; assistência a, pelo menos, 100 puérperas e recém-nascidos normais; assistência a, pelo menos 40 puérperas e recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais e assistência a mulheres que apresentem patologias no domínio de ginecologia/obstetrícia.

Bloco de Partos

O estágio clínico realizado no bloco de partos ocorreu entre 7 de fevereiro de 2023 a 23 de junho de 2023, sob orientação de duas EEESMO.

O bloco de partos é composto pela urgência de ginecologia e obstetrícia (inclui uma sala de triagem de enfermagem, gabinetes médicos e uma sala com vários cadeirões onde a mulher permanece durante o episódio de urgência), uma sala com seis camas, sendo três destinadas a mulheres submetidas a indução do trabalho de parto e as outras três disponíveis para as mulheres em fase latente do trabalho de parto e por sete salas de parto individuais destinadas à mulher em fase ativa do trabalho de parto ou abortamento. O bloco de partos localiza-se no mesmo piso que o bloco operatório de ginecologia/obstetrícia, permitindo a transferência célere da parturiente em situação de emergência.

A admissão das mulheres neste serviço tinha origem no serviço de urgência ou decorria da transferência do internamento de grávidas/medicina materno-fetal. Quando recorriam ao serviço de urgência era realizada a triagem e, consoante o motivo de internamento e a fase do trabalho de parto, as mulheres eram encaminhadas para a sala onde realizavam cardiotocografia (CTG) e eram prestados os cuidados necessários ou eram diretamente encaminhadas para as salas do bloco de partos. As mulheres internadas no internamento de grávidas eram transferidas para o núcleo de partos por suspeita de início de trabalho de parto ou indução do trabalho de parto. É permitido que as grávidas estejam acompanhadas vinte e quatro horas por dia pela pessoa significativa.

Quando a mulher é internada no núcleo de partos é realizado o acolhimento. Desta forma, apresentava-me à grávida, apresentava as instalações físicas do serviço, informava sobre a possibilidade de estar acompanhada pela pessoa significativa durante vinte e quatro horas, bem como sobre as rotinas do serviço e as atividades de vigilância mais comuns durante o trabalho de parto. É realizada uma avaliação inicial, onde é questionada à mulher a idade gestacional, existência de gestações anteriores, antecedentes relevantes, alergias, data e hora da última refeição, a frequência em programa de preparação para o parto, a existência de plano de parto e contacto de uma pessoa de referência. Os dados eram registados a nível informático, onde também era recolhido o dado sobre dilatação cervical e extinção cervical e índice de bishop realizado na urgência e alguns dados adicionais, se necessário. A mulher por norma, e após ser solicitado consentimento, era puncionada com um catéter venoso periférico e era realizada a monitorização CTG.

No serviço estavam disponíveis para as mulheres bolas de pilates e disco insuflável. O facto de haver um corredor permitia às mulheres deambularem por períodos. Existia também uma casa de banho comum à sala com seis camas onde as mulheres poderiam utilizar o chuveiro. Nos quartos individuais apesar de haver casa de banho individual ainda não estava instalado chuveiro. No decorrer do trabalho de parto, a mulher e o feto eram submetidos a atividades de vigilância de rotina para monitorizar o bem-estar de ambos. A avaliação dos sinais vitais é realizada pelo menos uma vez por turno, exceto em situações que exigem uma vigilância mais frequente, como pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial. O bem-estar fetal era avaliado através da monitorização CTG. A monitorização CTG estava disponível por telemetria permitindo uma

monitorização contínua e mais liberdade de movimento à mulher.

Tal como dito anteriormente, a mulher em fase latente ficava internada numa sala com 6 camas, quando entrava em fase ativa do trabalho de parto era transferida para uma das salas de parto individuais.

Após garantir os cuidados necessários tanto à mulher como ao recém-nascido, são efetuados todos os registos das intervenções de enfermagem correspondentes ao trabalho de parto e parto. Em condições normais, duas horas após o parto, a puérpera e o recém-nascido são transferidos para o serviço de puerpério.

Internamento de grávidas/medicina materno-fetal

O estágio realizado no internamento de grávidas/medicina materno-fetal decorreu de 13 de setembro de 2023 a 3 de novembro de 2023, sob orientação de uma EEESMO.

Este serviço inclui o internamento de ginecologia bem como o internamento de grávidas com patologia associada, não controlada e/ou agudizada, que necessitam de monitorização e vigilância. As mulheres que experienciaram perda gestacional ou que foram submetidas a interrupção médica da gravidez também são internadas neste serviço.

Durante o estágio, foi possível prestar cuidados a grávidas com diversos diagnósticos como pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, ameaça de parto pré-termo, colestase gravídica, restrição de crescimento intra-uterino, metrorragias, placenta prévia, rotura prematura de membranas, entre outros.

As grávidas são admitidas no serviço através do serviço de urgência ou encaminhamento de uma consulta. O acolhimento em enfermagem é realizado inicialmente por me apresentar à grávida. Seguidamente era realizada uma avaliação inicial, onde eram questionados antecedentes, medicação habitual, antecedentes obstétricos, idade gestacional, alergias e um contacto de referência. Eram apresentadas as instalações físicas do serviço, informava sobre os horários das visitas e refeições, bem como sobre as rotinas do serviço e as atividades de vigilância protocoladas.

No âmbito da hospitalização de grávidas em situação de risco, foram estabelecidas uma série de atividades de vigilância de rotina para monitorizar o estado de saúde da mãe e do feto. Estas incluíam a avaliação dos sinais vitais uma vez por turno, de acordo com o protocolo institucional. De igual modo, avaliação do bem-estar materno-fetal através da CTG era realizada uma vez por turno. A CTG ficava anexado no processo em papel e era registado informaticamente.

Puerpério

O estágio realizado no serviço de Puerpério decorreu de 8 de janeiro de 2024 a 2 de fevereiro de 2024, sob orientação de um EEESMO.

A puérpera e o recém-nascido são admitidos no serviço provenientes do bloco operatório (caso a mulher tenha sido submetida a uma cesariana ou procedimento cirúrgico no pós-parto imediato) ou do bloco de partos. É efetuado um contacto telefónico por parte de um Enfermeiro do bloco de partos ou do bloco operatório, onde são transmitidas informações sobre o grupo de sangue materno, tipo de parto, hora do nascimento, presença ou não de laceração e/ou episiotomia, características da contração uterina e lóquios, realização ou não de levante, presença ou ausência de micção espontânea, índice de APGAR do recém-nascido e amamentação na primeira hora de vida, eliminação urinária e intestinal do recém-nascido. O tempo de internamento depende do estado da mulher e do recém-nascido, no entanto um internamento de uma cesariana por norma tem a duração de 72 horas e um internamento de um parto eutócico ou distócico por ventosa ou fórceps tem a duração de 48 horas.

Quando a puérpera é transferida para o serviço é realizado o acolhimento, onde me apresentava e era disponibilizado um guia de acolhimento com informações sobre as normas do serviço e os horários das visitas. Eram explicadas as rotinas do serviço e eram informadas sobre a possibilidade de permanecerem acompanhadas permanentemente independentemente de estarem internadas num quarto individual ou partilhado.

O exame físico da mulher era realizado uma vez por turno, com consentimento da puérpera, observando o estado geral da mesma como a cor de pele e das mucosas e monitorizando os sinais vitais. Seguidamente eram observadas as mamas, avaliando a sua consistência, sensibilidade, formato e integridade dos mamilos. Era avaliada a involução uterina e a presença ou ausência de globo vesical. Se a mulher tivesse sido submetida a uma cesariana era observado se o penso se encontrava externamente limpo e seco e aderente à pele. O períneo era também observado, avaliando, se presente, a ferida resultante de episiotomia ou laceração e os lóquios, avaliando a quantidade, cor e cheiro. Por fim, eram observados os membros inferiores, a presença de edema ou sinais de tromboembolismo.

A monitorização de sinais vitais era realizada uma vez por turno.

O exame do recém-nascido era realizado no sentido céfalo-caudal era realizado uma vez por turno. O rastreio das cardiopatias congénitas era realizado após vinte e quatro horas de nascimento mas estava protocolado que era realizado no turno da noite. A vacina VHB era também administrada aos recém-nascidos de acordo com prescrição médica. O diagnóstico precoce, que é realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida, era realizado se o recém-nascido permanecesse internado durante este período de tempo.

3. O INÍCIO DO MOMENTO MAIS ESPERADO

Este caso ocorreu no bloco de partos. Trata-se de uma indução do trabalho de parto. A mulher encontra-se na fase latente. É o início do momento mais esperado ao logo das 40 semanas de gravidez.

3.1. Enquadramento teórico

A M. tem 36 anos, primigesta e está grávida de 40 semanas. O seu grupo sanguíneo é ARH+ e a pesquisa do Streptococcus do grupo B teve resultado negativo. Realizou ecografia fetal dia 03/02/2023 e foi diagnosticado oligoâmnio. Deu entrada no bloco de partos pelas 8h00 para indução do trabalho de parto por oligoâmnios. Apresenta plano de parto escrito, onde refere que quer estar acompanhada pelo companheiro; quer que os toques vaginais sejam limitados; deseja analgesia epidural quando solicitar e refere que quer ingerir líquidos claros ou gelatina durante o trabalho de parto. Refere também que pretende monitorização externa intermitente e que possa realizar caminhar, utilizar a bola de parto e eleger a posição que pretende no período expulsão. Refere ainda que quer que seja o companheiro a realizar o corte do cordão umbilical, que seja realizado contacto pele a pele e pretende iniciar a amamentação logo que possível.

Está acompanhada pelo companheiro, conforme pretende.

No turno da manhã, pelas 8h30, foi iniciada a indução do trabalho de parto com 2 comprimidos de misoprostol 25 microgramas (mcg) por via vaginal, por indicação médica.

Achei pertinente a escolha deste caso por se tratar de uma indução do trabalho de parto e de uma fase latente do trabalho de parto. O acompanhamento do primeiro estádio do trabalho de parto é de extrema relevância, por norma, é a fase mais longa do trabalho de parto, pelo que importa a correta avaliação da evolução do trabalho de parto e a assistência à mulher e pessoa(s) significativa(s) para a promoção de uma experiência positiva do parto. A constante atualização da evidência científica é essencial para a mulher ter a oportunidade de tomar decisões informadas, em parceria com o EEESMO, em relação aos cuidados prescritos e adaptadas às necessidades específicas.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (2022b) prevê um mundo em que "*todas as mulheres grávidas e recém-nascidos recebam cuidados de qualidade durante a gravidez, o parto e o período pós-natal*" (p.2). Por conseguinte, de acordo com a OMS, a indução do trabalho de parto

só deve ser efetuada nos casos em que exista uma indicação clínica clara e em que os benefícios esperados ultrapassem os potenciais danos.

Segundo Borovac-Pinheiro et al. (2023), a indução do trabalho de parto consiste em iniciar contrações uterinas para estimular o parto, antes do início espontâneo do trabalho de parto. As indicações para indução do trabalho de parto baseiam-se em condições em que permitir o avanço da gravidez pode causar complicações maternas ou fetais/neonatais.

Conforme a Orientação n.º 002/2015 de 19/01/2015 da Direção Geral da Saúde (DGS) (2015), constituem indicações para indução do trabalho de parto as complicações de saúde maternas ou fetais que beneficiam com o término da gravidez, mas em que não existe necessidade que o nascimento ocorra em poucas horas. Em todas as situações pressupõe-se que os riscos de prosseguir com a gravidez são superiores aos da indução do trabalho de parto. Para evitar complicações neonatais deverá, sempre que possível, ser evitada a maturação cervical ou a indução do trabalho de parto antes das 39 semanas de gestação, exceto em situações em que exista um claro benefício de saúde para a mãe ou para o feto. Oligoâmnios constitui um motivo consensual para o término da gravidez.

Também Borovac-Pinheiro et al. (2023) referem que oligoâmnios é uma indicação para indução do trabalho de parto.

A dinâmica do volume de líquido amniótico durante a gestação é complexa e não é totalmente compreendida. Quantidades anormais de líquido amniótico em qualquer sentido podem estar associadas a efeitos potencialmente deletérios nos resultados da gravidez. A definição mais comumente usada para oligoâmnios é um índice de líquido amniótico ≤5 cm ou a maior bolsa vertical medindo ≤2 cm (Brzezinski-Sinai et al., 2018).

O oligoâmnios sem qualquer evidência de anormalidades anatómicas, funcionais ou cromossómicas é denominado oligoâmnios isolado. Geralmente pensa-se que resulta de hipoxemia, muito provavelmente devido à subperfusão placentária que leva à diminuição da produção de urina fetal (Brzezinski-Sinai, 2018).

Segundo Krispin et al. (2019), a indução do parto em mulheres que apresentam oligoâmnios numa gravidez de termo é uma intervenção aceitável, para reduzir o risco de morbidade e mortalidade perinatal. O oligoâmnios é mais prevalente em gestações pós-termo que apresentam taxas mais elevadas de resultados perinatais adversos e está independentemente associado a uma mortalidade perinatal significativa.

Um volume adequado de líquido amniótico é fundamental para permitir o movimento e o crescimento fetal normais. O oligoâmnios está associado a um risco aumentado de recém-nascidos com baixo peso para a idade gestacional e aumento da incidência de cesarianas, líquido tingido por mecónio, baixo índice de APGAR e internamento em terapia intensiva neonatal. O oligoâmnios geralmente determina a indução do parto quando a gravidez chega ao

termo e sua incidência varia de 1-5% a termo (Krispin et al., 2019).

Na passagem de turno, pelas 14:00h, foram referidas as características do colo da M. e que o último toque vaginal tinha sido realizado por volta do 12:30h, momento em que foram aplicados 2 comprimidos de misoprostol 25mcg por via vaginal. Apresenta um índice de Bishop 2. Foi também referido que a M. encontrava-se a deambular no corredor e que tinha realizado monitorização CTG até às 13:55h. Face a estes dados, não foi realizado novo exame vaginal no início do turno (toque registado na E4nursing às 14:45h com base na informação fornecida na passagem de turno).

De acordo com Borovac-Pinheiro et al. (2023), o índice de Bishop é essencial durante o trabalho de parto, este índice consiste na avaliação do estado do colo uterino através de exame vaginal, com avaliação de cinco itens: dilatação, extinção, descida, posição e consistência uterina. Quanto maior a pontuação do índice de Bishop, mais fácil será a indução do trabalho de parto. Um colo do útero bem dilatado terá uma taxa de sucesso mais elevada e a probabilidade de a indução falhar é baixa. Se a pontuação for inferior a 6, numa mulher nulípara, espera-se um longo período de indução, pois o colo do útero não é favorável. Em contrapartida, quanto mais elevada for a pontuação, maior será o progresso esperado no trabalho de parto.

De acordo com a orientação da DGS referida anteriormente, os análogos das prostaglandinas como o misoprostol, são eficazes para a maturação cervical e para a indução do trabalho de parto, quer por via oral quer por via vaginal. Para indução do trabalho de parto, uma dose inicial de 25 microgramas de misoprostol por via oral ou intravaginal, administrada em intervalos de 3-6 horas, é um método eficaz.

Pelas 16h30, houve indicação para aplicar 2 comprimidos de misoprostol 25mcg por via vaginal, segundo protocolo, foi realizado exame vaginal para avaliar evolução da indução do trabalho de parto e o índice de Bishop 3. Manteve-se a monitorização cardiotocográfica e foi-lhe oferecido chá, água e/ou gelatina. Ficou deitada durante uma hora devido à administração de misoprostol.

Por volta das 18:00h, a M. tocou à campainha e solicitou a bola de parto para realizar alguns exercícios.

Por volta das 19:30h, M. refere dor e está a ouvir música para tentar lidar com a dor. Questiona estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto, para além de ouvir música.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 36 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-07 16:30:00	Misoprostol 25mcg via vaginal	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O misoprostol é um fármaco pertencente à classe dos análogos sintéticos da prostaglandina E1 (PGE1).

As prostaglandinas amolecem o colo do útero e aumentam a expressão genética de várias proteínas associadas à contração, tais como recetores para a ocitocina, prostaglandina E2 (PGE2) e PGF2alfa, que transformam o miométrio uterino de modo a gerar contrações fortes e síncronas. As prostaglandinas são também potentes mediadores sistémicos da inflamação e infeção, levando à pirexia em algumas pessoas após a sua utilização durante o trabalho de parto. O misoprostol é um tipo de prostaglandina e é usado para indução do trabalho de parto numa variedade de diferentes doses (25-50 mcg) e vias (vaginal, bucal, oral), mais frequentemente administrado a cada 4 a 6 horas (Carlson et al., 2021).

Segundo as normas de orientação clínica sobre maturação cervical da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (2022), o misoprostol, análogo da PGE1, aprovado para a prevenção e tratamento da úlcera péptica, é de uso off-label para maturação cervical. É ainda referido que as prostaglandinas são, classicamente, os fármacos mais utilizados para maturação cervical. As alterações bioquímicas e biofísicas que induzem promovem modificações cervicais e estimulam a contractilidade uterina, reduzindo a necessidade de ocitocina adicional. No entanto, a escolha do fármaco, a via de administração, a dose e a frequência de utilização não são consensuais.

O misoprostol é estável à temperatura ambiente, tem baixo custo e permite a administração por via vaginal e oral. A administração de misoprostol por via oral apresenta um menor risco de taquissistolia (mais de 5 contrações uterinas a cada 10 minutos) comparativamente com a via

vaginal. A administração de 25mcg de misoprostol vaginal, quando comparado com 50mcg, apresenta um menor risco de taquissistolia, de parto por cesariana e de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. O intervalo entre doses poderá ser de 3-6 horas (pico plasmático 70-80 minutos, semivida de 6 horas). Independentemente da via de administração, a utilização de misoprostol pressupõem a existência de um traçado cardiotocográfico prévio com critérios de normalidade e monitorização cardiotocográfica durante 1 hora após a sua aplicação (existe o risco de taquissistolia) e sempre que existir contractilidade uterina dolorosa regular. Nas situações de maior risco de hipoxia fetal deve ser ponderada a monitorização fetal contínua. O Misoprostol 25mcg vaginal pode ser aplicado de 4/4horas até 6 aplicações e pode ser iniciada ocitocina 4 horas após a última aplicação de misoprostol vaginal (Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, 2022).

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda o uso de 25mcg de misopostol, sendo que a sua administração não deve ser superior a cada 3-6 horas.

Segundo o ACOG (2020), os efeitos adversos comumente associados ao uso do misoprostol incluem náuseas, vômitos, diarreias, dores de cabeça, tonturas, febre. A incidência de cada efeito adverso varia de acordo com o regime utilizado, a dose e a via de administração do análogo da prostaglandina e a idade gestacional.

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-02-2023 14:45	Parto	

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

O parto é visto como processo poderoso, apesar de ser o mais curto do ciclo gravidez-parto-pós-parto. Esta sensação de poder resulta da sensação de conexão com o feto e do surpreendente poder da capacidade do seu próprio corpo em acompanhá-la ao longo de todo o trabalho de parto. Ao descrever o trabalho de parto normal, as mulheres fazem-no, frequentemente, em termos das suas emoções, pensamentos e ações, apresentando o parto considerado como um processo contínuo e não marcado por fases, nomeadamente as fases descritas pelos profissionais. Para as mulheres o seu trabalho de parto é vivenciado como uma viagem emocional, na qual as mulheres evoluem de excitação no início do trabalho de parto, associado a calma e confiança, para a necessidade de se concentrar em si própria e em cada contração à

medida que o trabalho de parto se torna mais intenso. O parto é da mulher e é a própria que terá de reconhecer as respostas do seu corpo e mente (Cardoso et al. 2023).

Por trabalho de parto entende-se o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à expulsão para o exterior (Graça, 2017).

Os processos fisiológicos que dão início ao trabalho de parto não são completamente compreendidos. No entanto, é comum dividir este processo em três estádios distintos: dilatação, período expulsivo e dequitadura (Graça, 2017).

O início do trabalho de parto é geralmente identificado clinicamente pela presença de contrações uterinas dolorosas, acompanhadas de extinção e dilatação do colo do útero. Porém, nem sempre esta combinação de eventos é percebida pela grávida. De acordo com Graça (2017), o trabalho de parto é considerado estabelecido quando a grávida relata contrações uterinas regulares e dolorosas em termos de frequência e intensidade crescentes. É importante notar que a dilatação do colo do útero pode começar antes do início das contrações regulares, sendo mais precoce em multíparas do que em nulíparas, nas quais o apagamento do colo tende a ocorrer antes do início do trabalho de parto (Graça, 2017).

O primeiro estádio do trabalho de parto pode ser subdividido em duas fases distintas: fase latente e fase ativa (Graça, 2017). De acordo com a OMS (2018b), a fase latente é um período caracterizado por contrações uterinas dolorosas e alterações variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de extinção e uma progressão mais lenta da dilatação até 5 cm no primeiro parto e nos seguintes. A fase ativa é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de extinção cervical e uma dilatação cervical mais rápida a partir de 5 cm até à dilatação total no primeiro parto e nos partos seguintes. Também segundo a OMS, as mulheres devem ser informadas de que não foi estabelecida uma duração padrão para a fase latente e que esta pode variar muito de uma mulher para outra. No entanto, a duração da fase ativa (de 5 cm até à dilatação cervical completa) normalmente não ultrapassa as 12 horas nos primeiros partos, e normalmente não ultrapassa as 10 horas nos partos seguintes. A segunda fase do trabalho de parto é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do recém-nascido, durante o qual a mulher sente uma necessidade involuntária de fazer força, como resultado de contrações uterinas. As mulheres devem ser informadas de que a duração da segunda fase varia de uma mulher para outra. Nos primeiros partos, o nascimento geralmente é concluído em 3 horas, enquanto nos partos subsequentes, o nascimento geralmente é concluído em 2 horas (OMS, 2018).

Por fim, o terceiro estádio, denominado dequitadura, começa com a expulsão fetal e termina com a expulsão da placenta e das membranas fetais (Graça, 2017).

As contrações uterinas do parto são dolorosas, mas o mecanismo da dor não está perfeitamente esclarecido. Várias hipóteses têm sido aventadas: hipoxia miometrial provocada pela compressão dos vasos que o irrigam, tal como sucede no angor; compressão dos nervos do colo e do segmento inferior pela contração dos feixes musculares, hipótese apoiada pelo fato de a dor poder ser aliviada pela injeção de anestésico local na região paracervical; estiramento do colo durante a dilatação e estiramento do peritoneu adjacente (Graça, 2017).

As contrações uterinas são involuntárias. O intervalo entre as contrações diminui, gradualmente, desde cerca de 10 minutos (início da fase latente) para cerca de 1 minuto durante a expulsão. Os períodos de relaxamento do miométrio entre as contrações são, contudo, fundamentais, quer para a normal evolução do trabalho de parto quer para o bem-estar do feto, já que as contrações muito frequentes ou prolongadas interferem com o fluxo sanguíneo uteroplacentário, diminuindo a oxigenação fetal (Graça, 2017).

Monitorizar os batimentos cardíacos fetais é uma forma de verificar o bem-estar do feto durante o trabalho de parto. Os batimentos cardíacos fetais podem ser monitorizados intermitentemente usando um estetoscópio de Pinard ou um doppler fetal portátil. O batimento cardíaco também pode ser verificado através de um monitor CTG (Alfirevic, 2017).

A CTG permite monitorizar a frequência cardíaca fetal (FCF) e as contrações uterinas da parturiente.

Segundo Alfirevic (2017), tanto a auscultação intermitente como a CTG fornecem informações sobre a frequência cardíaca basal (geralmente entre 110 e 160 batimentos por minuto), acelerações (aumentos transitórios na FCF) e desacelerações (diminuições transitórias na FCF). Sabe-se que durante o trabalho de parto existem algumas situações que, naturalmente, interferem com o padrão de FCF. Por exemplo, o padrão de FCF do feto é diferente quando este está a dormir do que quando está acordado, alguns estímulos externos, como contrações uterinas e movimentos da grávida, podem causar alterações na FCF, assim como a administração de opiáceos à grávida.

A CTG é o método de avaliação primário do estado fetal intraparto. Assim, desde o início da CTG foi considerado crucial classificarem-se os traçados da CTG obtidos no decurso do trabalho de parto, para normalizar a sua relação com a clínica (Graça, 2017).

De acordo com as guidelines da The International Federation of Gynecology and Obstetrics, a CTG é utilizada para avaliar a vitalidade fetal, fornecendo informações sobre os batimentos cardíacos do feto e a resposta do sistema nervoso autónomo à atividade uterina. Ajuda a detetar precocemente sinais de sofrimento fetal, como desacelerações prolongadas. Para além disto, é indicada para monitorizar o bem-estar fetal durante o trabalho de parto, especialmente em gestações de alto risco ou em casos de complicações obstétricas. Em gestações de alto risco (como restrição de crescimento fetal, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, ou outras condições

médicas maternas ou fetais) a CTG é frequentemente utilizada para monitorizar a saúde fetal. Em casos de indução do trabalho de parto, a CTG pode ser usada para avaliar a resposta do feto às contrações uterinas (Ayres-de-Campos et al., 2015).

Com efeito, a linha de base é o nível médio dos segmentos da FCF mais horizontais e menos oscilatórios. É estimado em períodos de 10 minutos e expresso em batimentos por minuto (bpm). O valor da linha de base pode variar entre as seções subsequentes de 10 minutos. De acordo com Ayres-de-Campos et al. (2015), a linha de base normal varia entre 110 e 160 bpm. Os fetos prematuros tendem a ter valores na extremidade superior desta faixa e os fetos pós-termo na extremidade inferior. Alguns especialistas consideram que os valores basais normais a termo estão entre 110-150 bpm. A taquicardia fetal é considerada acima de 160 bpm com duração superior a 10 minutos. O aumento da temperatura materna pode resultar em taquicardia fetal. A bradicardia fetal é o valor basal abaixo de 110 bpm com duração superior a 10 minutos (Ayres-de-Campos et al., 2015).

A variabilidade refere-se às oscilações na FCF, avaliadas como a amplitude média da largura de banda do sinal em segmentos de 1 minuto. A variabilidade normal ocorre quando a amplitude de largura de banda de 5 a 25 bpm. A variabilidade reduzida ocorre quando a amplitude de largura de banda abaixo de 5 bpm por mais de 50 minutos em segmentos de linha de base. Pode ocorrer devido à hipóxia/acidose do sistema nervoso central e à consequente diminuição simpática e parassimpática, mas também pode ser devido a lesão cerebral prévia, infecção, administração de depressores do sistema nervoso central ou bloqueadores parassimpáticos. Após uma CTG inicialmente normal, é muito improvável que ocorra redução da variabilidade devido à hipóxia durante o trabalho de parto sem desacelerações anteriores ou concomitantes e um aumento na linha de base. A variabilidade aumentada ocorre quando o valor de largura de banda é superior a 25 bpm por mais de 30 minutos. A fisiopatologia desse padrão não é completamente compreendida, mas pode ser vista associada a desacelerações recorrentes, quando a hipóxia/acidose evolui muito rapidamente. Presume-se que seja causada por instabilidade autonómica fetal/sistema autónomo hiperativo.

As acelerações são aumentos abruptos (com início até o pico em menos de 30 segundos) na FCF acima da linha de base, de mais de 15 bpm em amplitude, e durando mais de 15 segundos, mas menos de 10 minutos. A maioria das acelerações coincide com os movimentos fetais e é um sinal de feto responsivo que não apresenta hipóxia/acidose. Antes das 32 semanas de gestação, a sua amplitude e frequência podem diminuir (10 segundos e 10 bpm de amplitude). Após as 32-34 semanas, com o estabelecimento dos estados comportamentais fetais, raramente ocorrem acelerações durante períodos de sono profundo, que podem durar até 50 minutos. A ausência de acelerações num CTG intraparto normal é de significado incerto, mas é improvável que indique hipóxia/acidose. Por outro lado, as desacelerações são diminuições da FCF abaixo da linha de base, superiores a 15 bpm em amplitude e com duração superior a 15 segundos. As desacelerações precoces, são desacelerações superficiais, de curta duração, com variabilidade

normal dentro da desaceleração e coincidentes com as contrações. Acredita-se que sejam causados por compressão da cabeça fetal e não indicam hipóxia/ácidos fetais. As desacelerações variáveis (em forma de V) são desacelerações que exibem uma queda rápida (início do nadir em menos de 30 segundos), boa variabilidade dentro da desaceleração, rápida recuperação até a linha de base, variando tamanho, forma e relação com as contrações uterinas. As desacelerações variáveis constituem a maioria das desacelerações durante o trabalho de parto e traduzem uma resposta mediada por barorreceptores ao aumento da pressão arterial, como ocorre com a compressão do cordão umbilical. As desacelerações tardias (em forma de U e/ou com variabilidade reduzida) são desacelerações com início gradual e/ou retorno gradual à linha de base e/ou variabilidade reduzida dentro da desaceleração. O início e o retorno graduais ocorrem quando mais de 30 segundos decorrem entre o início/fim de uma desaceleração e seu ponto mais baixo. Quando as contrações são monitorizadas adequadamente, as desacelerações tardias começam mais de 20 segundos após o início da contração, têm um nadir após o ápice e retornam à linha de base após o final da contração. Por fim, as desacelerações prolongadas têm duração superior a 3 minutos. É provável que incluam um componente mediado por quimiorreceptores e, portanto, indiquem hipoxemia. Desacelerações superiores a 5 minutos, com FCF mantida em menos de 80 bpm e variabilidade reduzida dentro da desaceleração, estão frequentemente associadas à hipóxia/acidose fetal aguda e requerem intervenção emergente (Ayres-de-Campos et al., 2015).

Assim, os traçados cardiotocográficos devem ser divididos em três grupos: normais, suspeitos e patológicos. A CTG é normal quando a FCF varia entre 110-160bpm, a variabilidade entre 5-25 bpm e sem desacelerações repetitivas. A CTG é considerado suspeito se a linha de base, a variabilidade e as desacelerações se encontra sem pelo menos uma característica de normalidade, mas sem características patológicas. A CTG é considerado patológico quando a linha de base é inferior a 100bpm, apresenta variabilidade reduzida, variabilidade aumentada ou padrão sinusoidal e existem desacelerações repetitivas ou prolongadas durante mais de 30 minutos ou 20 minutos se a variabilidade for reduzida ou se houver uma desaceleração prolongada com mais de 5 minutos (Ayres-de-Campos et al., 2015).

De acordo com Ayres-de-Campos et al. (2015), a monitorização por CTG deve ser considerada em todas as situações em que existe a possibilidade de atividade uterina excessiva, como acontece na ITP.

3.5. Dados

Parto
07-02-2023 14:45

Posição do colo do útero: posterior.
Consistência do colo do útero: intermédia.
Extinção do colo do útero: início da extinção.
Dilatação do colo do útero: 1 cm.
Frequência da contração uterina: 1 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 15 Segundos.
Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.
Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
Apresentação fetal: cefálica.
Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Expectativa face ao parto: Eutócico medicalizado.

Trabalho de parto

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 07-02-2023 16:30

07-02-2023 16:30

Posição do colo do útero: posterior.
Consistência do colo do útero: intermédia.
Extinção do colo do útero: 50%.
Dilatação do colo do útero: 2 cm.
Posição fetal: esquerda.
Apresentação fetal: cefálica.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 20 Segundos.
Intensidade da contração uterina: leve [25-30 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.

07-02-2023 18:00

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 20 Segundos.
Intensidade da contração uterina: leve [25-30 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho

de parto [RESOLVIDO] 07-02-2023 19:30
07-02-2023 19:30

Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 25 Segundos.
Intensidade da contração uterina: leve [25-30 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.

Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

3.5.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados

07/02/2023 14:45h

Objetivo: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Indicador de resultado: Que a cliente seja capaz de realizar os exercícios de mobilidade da bacia através do uso da bola de partos

07/02/2023 18:00h

Objetivo: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Indicador de resultado: Que a cliente seja capaz de utilizar a bola de parto

07/02/2023 19:30h

Objetivo: Melhorar capacidade para lidar com dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Indicador de resultado: Que a cliente seja capaz de lidar com a dor usando estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto através da bola de parto ou da massagem

3.6. Diagnósticos

Parto
07-02-2023 14:45
Trabalho de parto
Intervenções de Enfermagem
07-02-2023 14:45 - Avaliar evolução do trabalho de parto
07-02-2023 16:30 - Gerir ingestão de líquidos
07-02-2023 14:45 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto
Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 07-02-2023 16:30
Intervenções de Enfermagem
07-02-2023 14:45 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 07-02-2023 16:30
07-02-2023 14:45 - Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia [FIM] 07-02-2023 16:30
07-02-2023 14:45 - Instruir exercícios promotores da mobilidade da bacia [FIM] 07-02-2023 16:30
07-02-2023 18:00
Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 07-02-2023 19:30
Intervenções de Enfermagem
07-02-2023 18:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 07-02-2023 19:30
07-02-2023 18:00 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 07-02-2023 19:30
07-02-2023 18:00 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 07-02-2023 19:30
07-02-2023 19:30
Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
Intervenções de Enfermagem
07-02-2023 19:30 - Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas
07-02-2023 19:30 - Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor trabalho de parto
07-02-2023 19:30 - Treinar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto

3.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

O companheiro da M. foi a pessoa significativa que esteve presente no trabalho de parto.

Segundo Bohren et al. (2019), a pessoa que acompanha a mulher durante o trabalho de parto fornece apoio informativo, fornecendo informações sobre o parto, colmatando lacunas de comunicação entre os profissionais de saúde e as mulheres. A pessoa significativa funciona como um "defensor" da mulher, uma vez que, em alguns momentos, intervêm de forma a apoiar as decisões da mulher. Para além disto, a presença da pessoa significativa pode ser um apoio na realização de exercícios de mobilidade da bacia ou até do uso da bola de parto, uma vez que ajudam e incentivam as mulheres a movimentarem-se. São também um apoio no uso das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, oferecendo massagens e segurando a mão da mulher. Finalmente, a pessoa significativa fornece apoio emocional, usando elogios e apoiando as mulheres a sentirem-se controladas e confiantes, e proporcionando uma presença física contínua.

De acordo Bohren et al. (2019), a presença da pessoa significativa ajudou as mulheres a terem uma experiência de parto positiva. As mulheres apresentam várias perspetivas sobre a presença de uma pessoa do sexo masculino presente. Geralmente, os homens que foram acompanhantes durante o trabalho parto sentiram que a sua presença teve um impacto positivo tanto para si próprios como para a relação com a mulher e o recém-nascido, embora alguns se sentissem ansiosos ao testemunhar a dor do parto.

Foi relatado por Bohren et al. (2019), que através da prestação de apoio contínuo durante o parto, vários benefícios foram obtidos como a redução de necessidade de epidural, partos instrumentados, partos por cesariana, depressão pós-parto e internamentos em unidades neonatais.

Segundo Lunda et al. (2018), o apoio contínuo durante o parto afeta tanto as experiências da mulher quanto os resultados do parto: reduz a necessidade de intervenções médicas, incluindo partos intrumentados, e melhora os resultados maternos e neonatais.

É importante observar que o tipo de suporte desejado pode variar de acordo com as preferências individuais da mulher e da pessoa significativa. Algumas mulheres podem preferir ter o parceiro presente durante todo o trabalho de parto, enquanto outras podem optar por incluir um membro da família ou amigo de confiança como a sua principal fonte de apoio.

Instruir exercícios promotores da mobilidade da bacia

Os exercícios de mobilidade da bacia representam um recurso importante para facilitar a descida da apresentação fetal durante o trabalho de parto. Estes exercícios envolvem uma série de movimentos da pelve, tais como a nutação e contranutação do sacro, a distensão da sínfise púbica e a rotação da articulação coxofemoral. É importante destacar que estes movimentos são determinados pelo trabalho conjunto da mulher e do feto durante o trabalho de parto (Cardoso et al., 2023)

A articulação sacroilíaca é a maior articulação axial do corpo. Numerosos ligamentos ao longo da articulação suportam e limitam estas articulações. Os dois movimentos principais ocorrem quando o sacro se move em relação aos ossos ilíacos no plano sagital (nutação e contranutação) (Cardoso et al., 2023).

A contranutação é um movimento importante no início da dilatação, uma vez que amplia o estreito superior enquanto a nutação é importante na última fase do período expulsivo pois almplia o estreito inferior. Na primeira fase do trabalho de parto os movimentos livres da pelve são também benéficos (Calais-Germain & Parés, 2013).

Os exercícios de mobilidade da bacia podem trazer diversos benefícios durante a fase latente do trabalho de parto, ajudando a aliviar o desconforto, promover o progresso do trabalho de parto e até mesmo reduzir a necessidade de intervenções médicas. Os exercícios de mobilidade da bacia podem ajudar a aliviar a pressão e a tensão na região lombar e pélvica, proporcionando maior conforto à mulher durante as contrações. Ajudam também a abrir o canal de parto e facilitam a descida do feto pelo canal pélvico, facilitando o encaixe da cabeça fetal e o progresso do trabalho de parto. Ao facilitar o progresso do trabalho de parto, os exercícios de mobilidade da bacia podem ajudar a reduzir o risco de complicações, como parto prolongado ou cesariana. Ao movimentar a bacia e experimentar diferentes posições, as mulheres podem encontrar posições que ajudem a reduzir a dor das contrações e a promover o relaxamento muscular.

Para além disto, o uso de exercícios de mobilidade da bacia durante a fase latente do trabalho de parto pode ajudar a reduzir a necessidade de intervenções médicas, como o uso de analgésicos ou a realização de procedimentos para acelerar o trabalho de parto.

Assim, os exercícios de mobilidade da bacia podem proporcionar uma sensação de controle e empoderamento às mulheres durante o trabalho de parto, aumentando seu conforto e bem-estar emocional.

De acordo com Perry (2018), a posição assumida pela mulher durante o trabalho de parto exerce uma influência significativa na sua adaptação anatómica e fisiológica a esse processo. Posições verticais, tais como caminhar, permanecer sentada ou agachada, apresentam diversas vantagens e favorecem uma maior mobilidade. A prática de alterar frequentemente de posição durante o trabalho de parto demonstra ser benéfica, uma vez que contribui para aliviar a fadiga,

aumentar o conforto da parturiente e promover uma circulação sanguínea adequada. Assim, é recomendado encorajar a mulher em trabalho de parto a adotar as posições que considere mais confortáveis e favoráveis ao seu bem-estar. Salientam ainda que a influência da gravidade desempenha um papel fundamental na progressão do trabalho de parto. Referem ainda que as posições verticais são vantajosas, uma vez que facilitam a descida do feto e promovem uma contratilidade uterina mais eficaz, o que resulta numa extinção e dilatação mais rápidos do colo uterino. Esta abordagem contribui para um trabalho de parto mais curto e sem impacto negativo na saúde da mãe e do recém-nascido.

No sentido de assegurar uma decisão consciente e informada por parte da parturiente, os EEESMO assumem extrema importância no acompanhamento e incentivo da mulher na adoção de posturas verticais, bem como na transmissão de orientações, acerca dos benefícios dessas práticas.

Zwelling (2010) refere que as mudanças de movimento e de posição durante o trabalho de parto promovem o progresso do mesmo e que as posições verticais são as mais benéficas. A imobilidade diminui a capacidade do feto de flexionar, encaixar na pelve, encontrar o melhor ajuste, girar e descer. Segundo o mesmo autor, a posição da mãe influencia a relação entre a pelve e o feto. Incentivar posições maternas que facilitem a movimentação da pelve ajuda o feto a encontrar o seu caminho. O movimento contínuo “balança” suavemente o feto para a frente e para trás na pelve para ajudá-lo a flexionar, girar e descer.

De acordo com Lawrence et al. (2013), as mulheres progridem através da primeira fase do trabalho de parto em posições verticais e mudam de posição conforme desejam, sem evidência de efeitos nocivos para a mãe ou para o feto. As mulheres que estão na fase latente do trabalho de parto são encorajadas a permanecer em posições verticais e móveis, como sentadas, em pé e a andar. Com efeito, as posições verticais e móveis usam a gravidade para auxiliar a descida da cabeça fetal até à pelve. À medida que a cabeça encaixa no colo do útero, as contrações uterinas são intensificadas em força, regularidade e frequência. É esta eficiência uterina que ajuda na dilatação cervical e na conclusão bem sucedida da primeira fase do trabalho de parto. As posições verticais e móveis têm menos probabilidade de causar compressão dos vasos sanguíneos abdominais pelo útero grávido e isto maximiza o fluxo sanguíneo uterino para a placenta e o feto durante o trabalho de parto.

Numa revisão sistemática conduzida por Lawrence et al. (2013), com o intuito de avaliar os efeitos da promoção de diferentes posições verticais (como caminhar, sentar, permanecer em pé e ajoelhar) em comparação com posições reclinadas (supina, semi-reclinada e lateral) para mulheres durante a primeira fase do trabalho de parto, foram incluídos 25 estudos (totalizando 5218 mulheres). A análise comparativa entre posições verticais e reclinadas *versus* posições reclinadas e cuidados na cama revelou que a primeira fase do trabalho de parto foi, em média, uma hora e vinte e dois minutos mais curto para as mulheres em posições verticais em

comparação com as posições reclinadas. Além disso, as mulheres em posição vertical apresentaram menor probabilidade de realizarem cesariana e menos necessidade de recorrerem à analgesia epidural. Os recém-nascidos de mães que adotaram posições verticais também apresentaram menor probabilidade de serem admitidos na unidade de cuidados intensivos neonatais. Por outro lado, na comparação entre posições verticais e reclinadas versus posições reclinadas e cuidados na cama (considerando o uso de epidural em todas as mulheres), não foram observadas diferenças significativas entre os grupos em relação à duração da segunda fase do trabalho de parto ou outros resultados relacionados ao bem-estar materno e fetal. Concluiu-se, portanto, que existe evidência clara de que caminhar e adotar posições verticais durante a primeiro fase do trabalho de parto reduzem a sua duração, diminuem o risco de cesariana, reduzem a necessidade de analgesia epidural e não parecem estar associadas a um aumento de intervenções ou efeitos negativos no bem-estar materno e fetal.

Segundo Garbelli et al. (2021), as posições e a mobilidade materna desempenham um papel importante na mecânica do parto, pois estão relacionadas com alguns fatores como o tipo de pelve, a posição e atitude fetal, as contrações uterinas, a força da gravidade e as preferências e sentimentos emocionais da mulher. Os autores referem que em vários estudos a mobilização materna promove a progressão fisiológica do trabalho de parto, facilita o posicionamento fetal correto, promover o bem-estar fetal, tornar a dor mais suportável e aumenta a satisfação materna, reduz o trauma perineal e o parto por cesariana.

De acordo com Dhekra et al. (2020), a deambulação teve um efeito benéfico na duração do trabalho de parto, encurtando o primeiro, o segundo e o terceiro estágio do trabalho de parto. Concluíram também que a deambulação pode ser benéfica durante o trabalho de parto: permite a redução da duração da primeira parte do trabalho de parto até a segunda parte, diminui a incidência de parto instrumentado e complicações maternas e produz melhores resultados fetais.

Gerir ingestão de líquidos

Rousset et al. (2020) concluíram que manter a ingestão oral durante o trabalho de parto não teve impacto na duração do trabalho de parto, no tipo de parto ou no resultado do recém-nascido. O estudo realizado sugere que a ingestão de líquidos por via oral durante o trabalho de parto não aumenta o risco de ter o estômago cheio no momento do parto devido à motilidade gástrica preservada.

De acordo com Kearney (2023), o trabalho de parto é fisicamente exigente. A nutrição e a hidratação adequadas são mecanismos importantes para manter o bem-estar físico durante o trabalho de parto. A atividade do músculo liso uterino, contraindo-se fortemente a cada 2-3 minutos durante o trabalho de parto ativo, exige oxigénio e glicose significativos. Teoriza-se que

a hidratação seja importante porque o fluxo sanguíneo uterino não é autorregulado e na presença de diminuição do volume intravascular (que pode resultar de desidratação significativa), o líquido pode ser redistribuído para fora do útero, afetando a sua eficiência durante o trabalho de parto. As parturientes que não estão adequadamente hidratadas podem apresentar alterações no equilíbrio ácido-base do líquido que envolve as fibras miometriais, resultando numa diminuição do pH, que afeta a sinalização do cálcio e a força da contratilidade miometrial, prolongando o trabalho de parto.

Segundo Kearney et al. (2023), as diretrizes internacionais são controversas em relação à ingestão de líquidos orais durante o trabalho de parto. Para uma experiência de parto positiva, recomendam que a hidratação materna seja controlada através da ingestão de líquidos orais e de alimentos durante o trabalho de parto. No entanto, apesar destas recomendações, a terapia intravenosa para efeitos de hidratação materna durante o trabalho de parto é uma prática comum. Os autores referem que nas seis diretrizes analisadas (OMS, Australian and New Zealand College of Obstetrics and Gynaecology, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), FIGO, Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, ACOG, Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand) a ingestão de líquidos claros por via oral é recomendada e foi feita alguma referência à ingestão de alimentos de acordo com as próprias preferências da mulher.

De acordo com a University Hospital Southampton NHS Foundation Trust (2021), recomenda-se beber líquidos claros (água ou bebidas isotónicas).

Segundo a ACOG (2019), os argumentos para limitar a ingestão oral durante o trabalho de parto centram-se nas preocupações com a aspiração e nas suas sequelas. As orientações atuais apoiam a ingestão oral de quantidades moderadas de líquidos claros por mulheres em trabalho de parto que não apresentam complicações.

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

O uso da bola de parto durante a fase latente do trabalho de parto é uma prática comum que visa proporcionar conforto, alívio da dor e facilitação do progresso do trabalho de parto.

A bola de parto é uma bola de borracha insuflável que está disponível em vários diâmetros e permite que a pelve da mulher se mova livremente, aumentando o diâmetro pélvico. Movimentos pélvicos ativos na bola de parto podem contribuir para acelerar a progressão do trabalho de parto. Durante o parto, a pelve está continuamente a adaptar-se em função da posição e descida fetal, e esses exercícios e alterações biomecânicas são cruciais para garantir que o parto ocorra rapidamente e sem distócia (Delgado et al., 2023).

No ensaio desenvolvido por Delgado et al. (2023), cujo objetivo foi perceber de que forma é que

os movimentos pélvicos ativos, numa bola de parto, durante o trabalho de parto afetam os resultados maternos e neonatais, participaram duzentas mulheres. O grupo experimental realizou anteversão e retroversão pélvica, inclinações pélvicas laterais e movimentos circulares da pelve de acordo com avaliação obstétrica individual (apresentação e posição fetal, dilatação cervical e presença de urgência para empurrar precocemente) na bola de parto. O grupo controlo recebeu cuidados habituais. Conclui-se que a primeira fase do trabalho de parto durou 392 minutos no grupo experimental e 571 minutos no grupo controlo. A intervenção experimental reduziu a duração da primeira fase do trabalho de parto em 179 minutos; reduziu a intensidade da dor em uma escala; reduziu a fadiga materna; reduziu a ansiedade materna; reduziu o risco de cesariana em 14%. Os dois grupos foram semelhantes em relação à necessidade de parto instrumental, episiotomia, uso de analgesia epidural e edema cervical. O número de suturas foi semelhante entre os grupos. O efeito estimado sobre o uso de ocitocina não foi claro. Os dois grupos foram semelhantes em relação aos desfechos neonatais.

De acordo com Jha et al. (2023), a bola de parto oferece uma força contrária no períneo e aumenta a dilatação cervical e também amplia a saída pélvica. A bola de parto facilita o posicionamento vertical durante o trabalho de parto, o que promove a descida do feto auxiliada pela gravidade, bem como o aumento das dimensões pélvicas. As mulheres que utilizam a bola de parto também se sentem psicologicamente fortalecidas, pois assumem um papel ativo nos seus próprios cuidados durante o trabalho de parto, o que as ajuda a melhorar o controle sobre a postura corporal e ajuda a lidar com a dor do parto. O presente estudo mostrou que o uso da bola de parto durante o trabalho de parto diminuiu a dor do parto e melhorou os resultados favoráveis do trabalho de parto entre as mulheres nulíparas. Portanto, os exercícios com bola para o parto podem revelar-se uma intervenção complementar simples e eficaz que pode ser utilizada para gerir o desconforto do trabalho de parto e também para melhorar o seu resultado.

O estudo realizado por Shen et al. (2021), que incluiu vinte e duas mulheres com indução do trabalho de parto agendado, divididas aleatoriamente em dois grupos: o grupo da bola de parto (bola de parto combinada com indução por balão COOK) e o grupo convencional (indução apenas por balão COOK) tem como objetivo explorar o efeito da bola de parto na dilatação cervical e a sua influência no processo de trabalho de parto. Concluíram que o índice de Bishop do grupo da bola de parto foi significativamente maior do que a do grupo convencional. A primeira fase do trabalho de parto, a segunda fase do trabalho de parto e a duração total do trabalho de parto no grupo da bola de parto foram inferiores às do grupo convencional. Não houve diferença significativa no tempo da terceira etapa do trabalho de parto entre os dois grupos.

De acordo com Sobhy et al. (2022), o uso da bola de parto permite movimentos e exercícios ajudam o feto ajustar-se melhor à pelve, além de promover o progresso do trabalho de parto. A bola de parto ajuda a alargar e flexionar os ossos e as articulações da pelve e ajuda o feto a descer mais facilmente para o canal do parto. As EEESMO devem ser proactivas e desempenhar

um papel vital na recomendação sobre posições e recursos alternativos para ajudar as mulheres a sentirem-se o mais confortáveis possível durante o trabalho de parto.

O estudo realizado por Sobhy et al. (2022) teve como objetivo avaliar o efeito dos exercícios com bola de parto durante a primeira fase do trabalho de parto num grupo de 200 mulheres em trabalho de parto. Os autores concluíram que a realização de exercícios com bola de parto durante o primeiro estágio do trabalho de parto melhorou o progresso do mesmo, uma vez que a dilatação cervical foi significativamente maior no grupo de intervenção do que no grupo de controlo. Foi também percecionado que a duração da primeira fase do trabalho de parto foi reduzida no grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo.

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

As estratégias não farmacológicas para lidar com a dor durante o trabalho de parto são amplamente utilizadas e podem ser eficazes para muitas mulheres.

De acordo com a ACOG (2019), várias técnicas não farmacológicas e farmacológicas podem ser usadas para ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto. Alguns métodos não farmacológicos parecem ajudar as mulheres a lidar com a dor do parto, em vez de atenuarem diretamente a dor. Por outro lado, os métodos farmacológicos atenuam a dor, mas podem não aliviar a ansiedade ou o sofrimento. Nenhuma das técnicas não farmacológicas demonstrou produzir resultados adversos para a mulher, o feto ou o progresso do trabalho de parto.

Segundo Zuarez-easton et al. (2023), a percepção da dor durante o trabalho de parto é altamente individual: embora algumas mulheres consigam lidar com a dor do parto sozinhas, outros requerem alguma forma de intervenção que pode ser não farmacológica. A dor do parto é considerada uma resposta fisiológica a um processo biológico natural. As pontuações médias de dor durante o trabalho de parto são relatadas como sendo mais altas do que aquelas associadas a fraturas ósseas, dores ciáticas ou dentárias. Pode ocorrer dor devido a: isquemia miometrial durante as contrações uterinas; alongamento cervical, vaginal e perineal; e distensão de outras estruturas perineais, particularmente durante a segunda fase do trabalho de parto. O tipo de dor muda à medida que o trabalho de parto avança. Durante a primeira fase do trabalho de parto, geralmente predomina a dor visceral. Estímulos nociceptivos do colo do útero, útero, anexos e ligamentos pélvicos são transmitidos principalmente por fibras simpáticas aos gânglios das raízes nervosas posteriores em T10-L1. Essa dor é transmitida de uma parte do corpo (colo do útero, útero, anexos e ligamentos pélvicos) e projeta sensações para outras partes, como abdómen inferior e costas.

De acordo com Zuarez-easton et al. (2023), em todo o mundo, quase 73% das mulheres usam pelo menos um método não farmacológico para lidar com a dor durante o trabalho de parto. Os principais métodos relatados são técnicas de respiração (48%), mudanças de posição (40%),

técnicas práticas (por exemplo, massagem) (22%) e estratégias mentais (por exemplo, relaxamento) (21%). As técnicas de relaxamento como a música visam relaxar o corpo e reduzir a pressão arterial e a frequência respiratória, resultando numa sensação de aumento de bem-estar. As técnicas manuais como a massagem são técnicas que consistem numa ampla gama de manipulações de tecidos moles. Podem reduzir a dor e aumentar o conforto emocional, embora o nível de evidência tenha sido baixo. Verificou-se que a massagem reduz a dor medida durante a primeira fase do trabalho de parto, em comparação com os cuidados habituais.

Segundo Nori et al. (2023), os métodos não farmacológicos demonstraram resultados encorajadores na diminuição da intensidade da dor e no aumento da satisfação e são comumente considerados seguros, com efeitos adversos mínimos em comparação com intervenções farmacológicas. Cada mulher tem necessidades e preferências únicas e estas devem orientar o processo de tomada de decisão. No entanto, a eficácia dos métodos não farmacológicos para lidar com a dor do trabalho de parto difere entre as mulheres devido às preferências individuais, situação educacional, paridade, cultura e contexto clínico. As mulheres relataram uma ampla gama de experiências, desde empoderamento e satisfação até sentimentos de fracasso quando as técnicas eram ineficazes, o que destaca a importância de intervenções personalizadas que considerem as necessidades e preferências individuais e enfatizem expectativas realistas. Os autores referem que um conjunto crescente de pesquisas demonstrou que o apoio contínuo durante o trabalho de parto ajudou na redução da intensidade da dor do parto.

De acordo com Delgado et al. (2023), revisões sistemáticas recentes confirmaram que a bola de parto é benéfica na redução da intensidade da dor durante o trabalho de parto.

Um estudo conduzido por Escobar-Vidarte et al. (2021), investigou os efeitos da utilização da bola de partos na dor e na progressão do trabalho de parto em mulheres primíparas. Os resultados deste estudo demonstraram que as mulheres que utilizaram a bola de partos experimentaram uma redução significativa da intensidade da dor durante o trabalho de parto em comparação com aquelas que não utilizaram a bola.

Outro estudo relevante foi realizado por Shrivastava et al. (2020), avaliou os efeitos da deambulação durante o trabalho de parto na dor e na duração do trabalho de parto em mulheres multíparas. Os resultados desta pesquisa revelaram que as mulheres que foram encorajadas a caminhar durante o trabalho de parto apresentaram menor intensidade de dor e uma progressão mais rápida do trabalho de parto em comparação com aquelas que permaneceram em repouso na cama.

Além disso, uma revisão sistemática realizada por Jones et al. (2019) abordou várias intervenções não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, incluindo o uso da bola de parto e a deambulação. Os autores concluíram que tanto a bola de parto quanto a deambulação são estratégias eficazes para reduzir a dor durante o trabalho de parto,

proporcionando à parturiente maior conforto e controlo sobre o processo de trabalho de parto.

A massagem na região lombo-sagrada durante o trabalho de parto é uma técnica não farmacológica frequentemente utilizada para aliviar a dor e o desconforto associados às contrações uterinas. Esta prática baseia-se na aplicação de pressão suave e movimentos de massagem na região lombar e sacral da mulher, visando proporcionar alívio da tensão muscular, redução da dor e promoção do relaxamento.

Vários estudos e revisões têm explorado a eficácia da massagem lombo-sagrada como uma estratégia para reduzir a dor do trabalho de parto. Um exemplo é o estudo de Chang et al. (2019), que investigou os efeitos da massagem lombar na dor e no progresso do trabalho de parto em mulheres primíparas. Os resultados mostraram que as mulheres que receberam massagem lombar relataram significativamente menos dor e apresentaram uma dilatação cervical mais rápida em comparação com o grupo controlo.

Além disso, uma revisão sistemática realizada por Smith et al. (2018) examinou várias intervenções não farmacológicas para alívio da dor durante o trabalho de parto, incluindo a massagem lombo-sagrada. Os autores concluíram que a massagem lombar foi eficaz na redução da intensidade da dor e no aumento do conforto da parturiente, destacando-a como uma opção valiosa para a gestão da dor durante o trabalho de parto.

Outro estudo importante foi conduzido por Abdolahian et al. (2020), que investigou os efeitos da massagem lombar durante o trabalho de parto em mulheres primíparas com dor lombar. Os resultados demonstraram que a massagem lombar foi eficaz na redução da intensidade da dor lombar e melhorou o bem-estar geral das mulheres durante o trabalho de parto.

3.7. Especificação das intervenções

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 14:45 - Sugerir ao companheiro que acompanhe a M. durante a realização dos exercícios promotores da mobilidade da bacia.
- 18:00 - Sugerir ao companheiro que acompanhe a M. durante a realização dos exercícios com a bola de parto.

Instruir exercícios promotores da mobilidade da bacia

- Dado - A M. refere que frequentou um programa de preparação para o parto e que se lembra de alguns exercícios de mobilidade da bacia. Questiona se é possível relembrá-la de alguns exercícios.
- 14:45 - Demonstrar exercícios de pé, com os pés ligeiramente afastados e joelhos ligeiramente fletidos, colocar as mãos sobre as cristas ilíacas, e com a pelve desenhar movimentos circulares para a esquerda e para a direita, movimentos para a frente e para

trás e movimentos de desenhar o sinal de infinito ou o “8”.
- 14:45 - Demonstrar exercício de cócoras, de pé para a posição de cócoras faz o agachamento movimentando a pelve como se estivesse a dançar.
- 14:45 - Demonstrar exercício em quatro apoios, apoiar o corpo nas mãos e joelhos mantendo as mãos alinhadas com os ombros e os joelhos com a anca, fazer movimentos com a pelve para a esquerda e para a direita e para cima e para baixo.
- 14:45 - Demonstrar exercício deitada, em decúbito lateral: trazer o joelho ao abdómen, pode usar almofada para produzir assimetria.

Gerir ingestão de líquidos
- 16:30 - Oferecer chá, água e/ou gelatina.

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto
- Dado - A M. questionou se seria possível utilizar uma bola de parto para realizar alguns exercícios. Referiu que durante o programa de preparação para o parto aprendeu alguns exercícios. Questionou se seria possível relembrá-la.
- 18:00 - Demonstrar na bola de parto, na posição sentada realizar movimentos de “saltitar” em cima da bola e movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito ou “8”.
- 18:00 - Demonstrar na posição de pé, de costas para a bola, apoiar a bola entre as costas e a parede, com os pés ligeiramente afastados à largura da anca e joelhos fletidos, fazendo movimento de agachamento.
- 18:00 - Demonstrar na bola de parto, realizar posição em quatro apoios, abraçar a bola pousada na cama ou no colchão, rolando para a frente e para trás até encontrar uma posição confortável; levantar uma perna, depois a outra.

Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor trabalho de parto
- Dado - A M. refere que não pretendia analgesia e no plano de parto referiu que para lidar com a dor pretendia ouvir música. Questiona se, para além da música, existe mais alguma estratégia para lidar com a dor de trabalho de parto, uma vez que não está a sentir melhoria da dor a ouvir música.
- Sugerir uso da bola de parto e/ou deambulação.
- Demonstrar e sugerir a massagem na região lombo-sagrada realizada pelo companheiro.

4. A MORTE DE UM SONHO

Este caso ocorreu no bloco de partos. Trata-se de uma morte fetal às 33 semanas de gravidez. A morte fetal é uma realidade devastadora que pode interromper os sonhos de uma família.

4.1. Enquadramento teórico

A M., primigesta, está grávida de 33 semanas. O seu grupo sanguíneo é ORH+. Esteve internada desde 20/02/2023 por oligoâmnios, restrição de crescimento fetal precoce, hipotelorismo (diminuição da distância entre as órbitas oculares) e assinou alta contra parecer médico a 12/03/2023. A 17/03/2023 realizou ecografia fetal no exterior que revelou morte fetal.

Um volume adequado de líquido amniótico é um dos componentes mais importantes de uma gravidez saudável, pois atua como uma almofada protetora para o feto, impede a compressão do cordão umbilical e promove o desenvolvimento do pulmão fetal. Embora o volume médio de líquido amniótico varie com a idade gestacional, o volume anormalmente baixo de líquido amniótico tem sido associado a desfechos adversos da gravidez. O oligoâmnios pode ser diagnosticado através de ecografia realizada durante o final do segundo trimestre ou no terceiro trimestre e é definido por um índice de líquido amniótico abaixo de 5cm (Figueroa et al., 2020).

A RCF refere-se a todo o feto que não atinge o potencial de crescimento geneticamente determinado para a sua idade gestacional (IG). Constitui uma alteração dinâmica do crescimento e pode ser devida a fatores maternos, fetais, placentários, ambientais ou a uma interação dos mesmos, sendo o seu diagnóstico complexo e idealmente baseado na avaliação ecográfica seriada da gestação, com registo da velocidade de crescimento fetal. Aproximadamente 5-10% de todas as gestações complicadas com RCF resultam em morte fetal ou neonatal (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

A RCF precoce surge antes das 32 semanas, a estimativa de peso fetal ou perímetro abdominal é inferior ao percentil 3, ou o fluxo telediastólico encontra-se ausente na artéria umbilical (Gordijn et al., 2016).

O hipotelorismo refere-se a uma distância interocular abaixo do percentil 5. O hipotelorismo pode fazer parte de uma síndrome genética ou pode estar relacionado a uma anormalidade de desenvolvimento do crânio fetal (Burns et al., 2013).

A M. dirigiu-se ao serviço de urgência no dia 17/03/2023 e iniciou protocolo de interrupção

médica da gravidez: realizou toma de 1 comprimido de Mifepristone 200mg oral segundo protocolo. Deu entrada no serviço dia 18/03/2023 pelas 08:30h para continuação do protocolo, onde foi administrado misoprostol 200mcg vaginal seguido de 2 comprimidos de misoprostol de 25mcg via vaginal de 3/3h, com máximo de 5 doses. Não apresenta plano de parto escrito. Está acompanhada pelo marido.

Na passagem de turno de dia 19/03/2023 às 8h foi referido que tinha sido realizado toque vaginal à M. por volta das 7h30, encontra-se com um índice de Bishop 11 (toque registado na E4nursing pelas 8h30 é com base na passagem de turno). Pelas 8h30 dirigi-me ao quarto da M., questionei-lhe quais seriam as suas escolhas para o parto. Achei pertinente realizar esta questão, uma vez que é importante saber o que é que a M. pretende para o seu parto e poderia ter mudado de ideias em relação às mesmas. Referiu-me que não tinha feito plano de parto, mas que, neste momento, já se encontrava com analgesia epidural como pretendia. Acrescentou ainda que pretende estar na posição deitada durante o parto e que pretende ver e tocar no filho. Ainda não tinha pensado sobre guardar alguma recordação do filho e foi informada sobre essa possibilidade. Foi também questionado o marido da M. sobre as suas escolhas para o nascimento do recém-nascido, referiu que gostava de ver e pegar ao colo o filho.

Pelas 09:15, a M. refere que pretende usar a bola de partos para tentar que o parto evolua mais rapidamente e foram demonstrados alguns exercícios na bola de partos. Pelas 10:30h, a M. solicitou medicação e foi administrada medicação pelo cateter epidural. Pelas 11:00h, a M. refere que continua com dores e solicita mais medicação. Às 11:00h teve rotura espontânea das membranas amnióticas. Por volta das 11:30h, a M. encontra-se sem dor e refere que mantém a vontade de ver e tocar no filho. Em relação a guardar uma recordação refere que ela e o marido pretendem tirar uma fotografia e guardar uma madeixa de cabelo. Pelas 12:15h, a M. encontra-se com dilatação completa e inicia esforços expulsivos. Pelas 12:45h mantém esforços expulsivos e às 13:02 nasceu o recém-nascido. Pelas 13:25h ocorreu a dequitadura

Foi este o caso que me despertou interesse para o tema do relatório de estágio e que me fez refletir sobre os cuidados prestados numa situação de morte fetal. O papel do EEESMO é de extrema importância e envolve uma série de competências e responsabilidades fundamentais para o cuidado físico, emocional e psicossocial da mulher e do casal afetado. Esta situação delicada requer uma abordagem sensível, empática e compassiva por parte do EEESMO, visando oferecer suporte e garantir que as necessidades das mães e dos pais sejam atendidas da melhor maneira possível. É importante fornecer informações precisas e compreensíveis sobre o diagnóstico, prognóstico e opções de cuidados disponíveis para as mães e pais, ajudando-os a tomar decisões informadas durante esse momento difícil. Além disso, o EEESMO tem um papel fundamental na prestação de cuidados de suporte emocional e psicológico para as mães e pais que enfrentam a perda de um filho.

A perda perinatal afeta milhões de vidas todos os anos. O luto perinatal é único, uma vez que os outros tipos de luto são retrospetivos, enquanto o luto perinatal é um luto prospetivo, ou seja, as mães e os pais têm de renunciar a esperanças, desejos e sonhos sobre um futuro juntamente com o seu filho esperado. Eles sofrem com o que poderia ter sido, um futuro com o seu filho desaparece repentinamente quando sonhos e expectativas não realizados são destruídos (Quinn, 2020).

Para as mães e para os pais, não se perde apenas um filho, mas também a sua identidade e uma parte de si. Os óbitos perinatais são aqueles que ocorrem a partir da vigésima segunda semana gestacional até o sexto dia de vida da criança (Wonch Hill et al., 2016).

O luto associado à perda perinatal muitas vezes não é reconhecido pela sociedade. Estigmas e conceções erradas de longa data em relação à perda perinatal contribuem para o manto de silêncio que muitas vezes obscurece a dor das mães e dos pais. Os EEESMO podem influenciar positivamente as experiências de luto das mães e dos pais, adotando uma abordagem informada sobre o luto perinatal, reconhecendo a perda, normalizando a resposta emocional, facilitando a criação de memórias e fornecendo acompanhamento durante pelo menos um ano após o nascimento (Berry, 2022).

A morte de um feto ou neonato contesta o curso vital esperado pela sociedade para uma criança. Quando acontece, os familiares podem passar por uma angústia intensificada, choque, raiva e desespero, e até mesmo um período longo de sofrimento (Lopes, 2019).

Em geral, as mortes fetais e neonatais ocorrem de forma inesperada, e podem provocar problemas físicos e psicológicos nas mães que vivenciam este evento. Tristeza profunda, sentimentos depressivos ou de culpa, auto-estima baixa, raiva, fracasso, vergonha, pensamentos suicidas são alguns sinais que a literatura relata estarem relacionados ao luto materno (Wonch Hill et al., 2016).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 32 anos | Feminino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-03-19 10:30:00	Ropivacaína 2mg/ml	
2023-03-19 11:00:00	Sufentanil 5mcg/ml	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Mifepristone

O mifepristone foi utilizado quando a M. recorreu ao serviço de urgência.

O mifepristone, também conhecido como RU-486, é um medicamento sintético que pertence à classe dos antagonistas dos recetores de progesterona.

O mifepristone atua bloqueando os recetores de progesterona, resultando na interrupção da gravidez. Além disso, o mifepristone também pode induzir a contração uterina e aumentar a sensibilidade do útero à prostaglandina, o que contribui para a expulsão do conteúdo uterino (OMS, 2019). Segundo a ACOG (2020), o mifepristone atua no útero provocando necrose decidual, amolecimento cervical e aumento da contratilidade uterina e sensibilidade às prostaglandinas.

O mifepristone é mais conhecido pelo seu uso na interrupção médica da gravidez, geralmente em combinação com o misoprostol, um análogo da prostaglandina, que induz amolecimento e dilatação cervical e aumenta as contrações uterinas, o que auxilia na expulsão dos produtos da conceção. Também é utilizado em casos de aborto retido, para indução do trabalho de parto e para o tratamento de distúrbios hormonais, como a hiperplasia endometrial e a doença fibrocística da mama (Moreno-Ruiz et al., 2007).

Quando combinado com o misoprostol, o mifepristone tem uma elevada eficácia (92-99% dos abortos completos) e um excelente perfil de segurança. As contraindicações ao uso de mifepristone incluem uso prolongado de corticosteroides, insuficiência renal crónica, uso de anticoagulantes, porfiria hereditária, alergia ao medicamento, suspeita de gravidez ectópica e dispositivo intrauterino in situ. Os efeitos colaterais mais frequentes são cólicas, sangramento vaginal, náuseas e vómitos (Moreno-Ruiz et al., 2007).

Ropivacaína

A ropivacaína é um anestésico local do tipo amida de ação prolongada. Apresenta um mecanismo de ação semelhante a outros anestésicos locais, pois inibe reversivelmente o impulso de iões sódio nas fibras nervosas (George & Liu,2021).

Este anestésico possui início de ação moderada, longa duração, bloqueio da condução e separação significante entre o bloqueio sensorial e motor. Foi desenvolvida como uma alternativa à bupivacaína e, por ser um composto isomericamente puro, parece apresentar menos efeitos cardiotóxicos e neurotóxicos, sendo utilizado na administração epidural, na infiltração e no alívio da dor pós-operatória (Bossardi et al., 2021).

De acordo com George & Liu (2021), a ropivacaína é utilizada na analgesia epidural (infusão contínua ou bólus intermitente) para controlar a dor de parto. A ropivacaína é geralmente bem tolerada, as reações adversas mais comuns são hipotensão, náusea, vómito, bradicardia e cefaleia. As reações adversas fetais ou neonatais mais comuns após o uso de ropivacaína em mulheres em trabalho de parto foram bradicardia fetal, icterícia neonatal e complicações neonatais não especificadas.

Segundo George & Liu (2021), deve ser monitorizada a pressão arterial, frequência cardíaca e saturação de oxigénio após cada injeção de anestésico local. Inquietação, ansiedade, parestesias periorais, zumbido, tremores e visão turva são alguns dos primeiros sinais de toxicidade do sistema nervoso central.

Sufentanil

O sufentanil pode fornecer uma analgesia de parto eficaz e segura, sem bloqueio motor. As suas características físico-químicas, propriedades farmacocinéticas e afinidade com recetores opioides determinam o seu poder anestésico e efeito cronológico. O sufentanil induz analgesia rápida e está associado a uma recuperação mais rápida e menor incidência de náuseas e vómitos do que outros opioides (Zhi et al., 2020).

O sufentanil é um potente agonista opioide α-1, foi sintetizado em meados da década de 1970. É um opioide que se destaca dos demais medicamentos deste grupo pelo rápido início de ação e força de ação analgésica.

O sufentanil foi aprovado para administração intravenosa, no espaço subaracnóideo e extradural. Cumpridas as condições formais, o medicamento também é utilizado para bloqueios periféricos, analgesia intra-articular e transmucosa. As doses utilizadas variam dependendo do tipo de anestesia, espaço anatómico da sua administração e condições clínicas dos pacientes anestesiados. O sufentanil não tem efeitos secundários para o feto. O sufentanil provoca efeitos secundários característicos de todos os opioides (náuseas, vómitos, prurido, etc.) embora devido à sua estrutura molecular específica, alguns deles se manifestem de forma diferente.

Comparado ao fentanil, apresenta tendência significativamente menor para induzir náuseas e vómitos (Maciejewski, 2012).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres
19-03-2023 08:30
Cateter venoso periférico
Localização do cateter venoso periférico
Antebraço Direita(o)
Intervenções de Enfermagem
19-03-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico
Cateter epidural
Intervenções de Enfermagem
19-03-2023 08:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural
19-03-2023 10:30 - Otimizar cateter epidural
19-03-2023 10:30
Presença de dor (Não).
Presença de calor (Não).
Presença de rubor (Não).
Presença de tumefação (Não).
Presença de exsudado (Não).

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

Cateter epidural

O cateter epidural proporciona à mulher o acesso à analgesia no trabalho de parto eficaz e é recomendada pela OMS, com estimativas de uso entre 10% a 64% em países desenvolvidos. Durante o trabalho de parto, a contração uterina e a dilatação cervical estimulam fibras aferentes nociceptivas que viajam para os nervos espinhais T10-L1, produzindo dor visceral mal localizada. À medida que a apresentação fetal desce, alongando o períneo e a vagina, as fibras dolorosas através do nervo pudendo e das raízes espinhais S2–4 também são ativadas. Para modificar essas vias aferentes e obter analgesia, anestésicos locais, opióides e outros adjuvantes podem ser administrados no espaço epidural através de um cateter. Apesar do uso generalizado, existem muitas incertezas em relação ao regime medicamentoso ideal via cateter

epidural. Demonstrou-se que diferentes combinações e concentrações de medicamentos administrados por via epidural têm efeitos variados tanto no período do parto como no período pós-parto (Halliday et al. 2022).

Segundo a Orientação nº 002/2023 de 10/05/2023 da DGS é recomendado avaliar pulso radial e a pressão arterial com dispositivo automatizado a cada 5 minutos após a administração do bólus epidural, até 20 minutos após o estabelecimento do bloqueio, e posteriormente a cada 15 minutos.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
19-03-2023 08:30	Parto	19-03-2023 13:25
19-03-2023 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
19-03-2023 13:02	Nascimento	

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

Nascimento

O nascimento é visto como uma ocasião de alegria e optimismo e, de repente, surge a perda e o sofrimento (Amirali & Dias, 2010). Durante a gravidez, as expectativas criadas são de vida e não de morte. O nascimento de um filho é visto como um momento significativo na vida de uma mulher, de um casal ou de uma família. O nascimento representa o início de um ciclo de vida que se espera ser longo e cheio de momentos felizes. Contudo, quando a morte do recém-nascido interrompe este ciclo, é vivenciada uma experiência dolorosa e devastadora. Os sentimentos e emoções que surgem neste momento deixam marcas profundas e duradouras na mulher, no casal e na família, alterando para sempre a sua perspetiva sobre a vida e a morte (Miranda & Zangão, 2020).

4.6. Dados

Parto
19-03-2023 08:30

Posição do colo do útero: anterior.
Consistência do colo do útero: mole.

Extinção do colo do útero: 80%.
Dilatação do colo do útero: 6 cm.
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 35 Segundos.
Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.
Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
Apresentação fetal: cefálica.
Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Pressão sanguínea sistólica: 112 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.
Frequência cardíaca: 77bpm.

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 19-03-2023 13:25

Trabalho de parto: Morte fetal (Luto perinatal) [RESOLVIDO] 19-03-2023 13:25

19-03-2023 09:45

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 19-03-2023 10:30

19-03-2023 10:30

Pressão sanguínea sistólica: 120 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 68 mmHg.
Frequência cardíaca: 81 bpm.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.

19-03-2023 11:00

Pressão sanguínea sistólica: 123 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.
Frequência cardíaca: 81 bpm.
Posição do colo do útero: anterior.
Consistência do colo do útero: mole.
Extinção do colo do útero: 100%.
Dilatação do colo do útero: 9 cm.
Apresentação fetal: cefálica.
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 50 Segundos.
Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Sem globo vesical.
Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
Hora da rotura das membranasHora da rotura das membranas: 11:00:00.

19-03-2023 11:30

Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 50 Segundos.

Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: sem dor de trabalho de parto.
19-03-2023 12:15
Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.
Frequência cardíaca: 78 bpm.
Extinção do colo do útero: 100%.
Dilatação do colo do útero: 10 cm.
Apresentação fetal: cefálica.
Descida do feto: 1.º plano de Hodge.
Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 60 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Sem globo vesical [MANTEVE].
Esforços expulsivos eficazes.
19-03-2023 12:45
Descida do feto: 3.º plano de Hodge.
Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 60 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Posição no parto: litotomia.
Esforços expulsivos eficazes.
19-03-2023 13:02
Nascimento [RESOLVIDO] 19-03-2023 13:25
Hora do nascimento: 13:02:00.
Morte fetal
19-03-2023 13:25
Tipo de dequitadura: espontânea - Schultze.
Hora da dequitaduraHora da dequitadura: 13:25:00.
Características da placenta: sem alterações observáveis.
Estado do períneo: íntegro.
Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.
Contração do útero pós-parto: útero contraído.
Nascimento
19-03-2023 13:02
Nascimento [RESOLVIDO] 19-03-2023 13:25
Hora do nascimento: 13:02:00.
Morte fetal

4.6.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados

19/03/2023 09:45h

Objetivo: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Indicador de resultado: Que a cliente seja capaz de utilizar a bola de parto

4.7. Diagnósticos

Parto
19-03-2023 08:30
- **Trabalho de parto** [RESOLVIDO] 19-03-2023 13:25
  - Intervenções de Enfermagem
    - 19-03-2023 08:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto [FIM] 19-03-2023 13:25
    - 19-03-2023 12:15 - Assistir no posicionar [FIM] 19-03-2023 13:25
    - 19-03-2023 08:30 - Gerir ingestão de líquidos [FIM] 19-03-2023 13:25
    - 19-03-2023 08:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [FIM] 19-03-2023 13:25
    - 19-03-2023 13:02 - Implementar medidas de proteção do períneo [FIM] 19-03-2023 13:25
    - 19-03-2023 12:15 - Assistir no parto [FIM] 19-03-2023 13:25
    - 19-03-2023 08:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [FIM] 19-03-2023 13:25
    - 19-03-2023 10:30 - Gerir analgesia [FIM] 19-03-2023 13:25
- **Trabalho de parto: Morte fetal (Luto perinatal)** [RESOLVIDO] 19-03-2023 13:25
  - Intervenções de Enfermagem
    - 19-03-2023 08:30 - Apoiar no processo de luto [FIM] 19-03-2023 13:25

19-03-2023 09:45
- **Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto** [RESOLVIDO] 19-03-2023 10:30
  - Intervenções de Enfermagem
    - 19-03-2023 09:45 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 19-03-2023 10:30
    - 19-03-2023 09:45 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 19-03-2023 10:30
    - 19-03-2023 09:45 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 19-03-2023 10:30

19-03-2023 13:02
- **Nascimento** [RESOLVIDO] 19-03-2023 13:25
  - Intervenções de Enfermagem

19-03-2023 13:02 - Executar clampeamento do cordão umbilical [FIM] 19-03-2023 13:25
19-03-2023 13:02 - Colocar bebé na melhor condição possível [FIM] 19-03-2023 13:25

Nascimento
19-03-2023 13:02

Nascimento [RESOLVIDO] 19-03-2023 13:25

Intervenções de Enfermagem

19-03-2023 13:02 - Executar clampeamento do cordão umbilical [FIM] 19-03-2023 13:25
19-03-2023 13:02 - Colocar bebé na melhor condição possível [FIM] 19-03-2023 13:25

4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

A grávida deve permanecer num ambiente tranquilo e personalizado (Serrano et al., 2018). Neste caso, a M. ficou numa sala de partos que normalmente é utilizada em situações de abortamento e morte fetal. É situada numa ponta do serviço, de forma a que os sons do CTG e dos recém-nascidos não sejam tão facilmente ouvidos.

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

Segundo Miranda & Zangão (2020), a presença de um familiar/companheiro/pessoa significativa neste período é essencial para auxiliar no processo de luto. De acordo com Cassidy (2018), a partilha desta experiência com uma pessoa significativa é de extrema importância, não apenas pelo apoio emocional durante uma experiência stressante, mas também pela partilha na tomada de decisões, aliviando a carga imposta à mulher.

Uma das intervenções passou por questionar o marido da M. sobre as suas escolhas aquando do nascimento. De acordo com Serrano et al. (2018), não se deve esquecer que o pai necessita de tanto apoio quanto a mãe.

Apoiar no processo de luto

Segundo Ferreira et al. (2023), a perda fetal requer muito apoio, escuta ativa, compreensão e uma comunicação eficiente, empática e assertiva por parte do EEESMO. O EESMO tem um papel preponderante para a evolução do processo de luto, ao proporcionar a sua assistência, ao verbalizar a sua disponibilidade.

Apoiar as mães e os pais a ver o feto, se esse for o seu desejo (Serrano et al., 2018).

O EEESMO deve respeitar as opções dos pais e mães, como por exemplo, criar caixa de

memórias, guardar fotografias do filho, guardar clamp do cordão umbilical, roupa do recém-nascido, fazer molde das mãos e pés ou outros momentos simbólicos para os pais e mães. Para além disto, deve facilitar a despedida dos pais e mães em relação ao filho, portanto conceder tempo e espaço para contacto com o recém-nascido pós-morte (Ferreira et al., 2023).

De acordo com Ferreira et al. (2023), o EEESMO deve tratar o recém-nascido pelo nome, como forma de reconhecimento.

Gerir analgesia

O trabalho de parto é considerado uma das experiências mais emocionantes, mas também uma das mais dolorosas que a mulher pode experimentar durante a sua vida. Apesar da dor durante o trabalho de parto não ameaçar a vida da mulher, traz consequências importantes para a mesma e para o feto. As respostas fisiológicas à dor do parto vaginal influenciam o bem-estar materno e fetal, bem como a evolução do trabalho de parto. Altos níveis de dor levam à hiperventilação e à alcalose respiratória materna, com consequente desvio à esquerda da curva de dissociação da oxihemoglobina, que diminui o transporte de oxigénio para o feto. A dor, o stresse e a ansiedade levam à liberação de cortisol e catecolaminas que afetam a atividade uterina e o fluxo sanguíneo uteroplacentário. A adrenalina, por exemplo, tem ação tocolítica e pode levar a contrações uterinas incoordenadas, corrigidas após adequada analgesia de parto. Por isso, o uso de técnicas analgésicas para aliviar a dor do trabalho de parto tem se tornado cada vez mais frequente (Aragão et al., 2019).

4.8. Especificação das intervenções

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 08:30 - Promover ambiente calmo e com privacidade
- 10:30 - Manter ambiente calmo e com privacidade. Reduzir a intensidade da luz a pedido da M.
- 11:00 - Questionar se pretende alguma alteração no ambiente da sala de partos.
- 11:30 - Manter ambiente calmo e com privacidade. Luz com intensidade reduzida.
- 12:15 - Manter ambiente com privacidade e com a luz reduzida de acordo com as preferências da M.
- 12:45 - Manter ambiente calmo e com privacidade. Comunicar de forma calma.
- 13:02 - Manter ambiente com privacidade

Gerir ingestão de líquidos

- 08:30 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 09:45 - Oferecer água, chá ou gelatina.

- 11:00 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 11:30 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 12:15 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 12:45 - Oferecer água, chá ou gelatina.

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- 08:30 - Questionar o marido da M. sobre as suas escolhas aquando do nascimento do bebé.
- 09:45 - Sugerir ao marido que acompanhe a M. durante a realização dos exercícios com a bola de parto.
- Dado (11:00) - A M. solicitou ao marido um massagem na região lombar.
- 11:00 - Incentivar o marido da M. a realizar a massagem.
- 12:15 - Sugerir ao marido da M. que se sente ao lado dela.
- 12:45 - Sugerir ao marido da M. que respire com ela no intervalo das contrações.
- 13:02 - Promover tempo com a M. e com o bebé

Apoiar no processo de luto

- Dado (08:30) - Pelas 8h30 dirigi-me ao quarto da M., questionei-lhe quais seriam as suas escolhas para o parto. Referiu-me que não tinha feito plano de parto, mas que, neste momento, já se encontrava com analgesia epidural como pretendia. Acrescenta ainda que pretende estar na posição deitada durante o parto e que pretende ver e tocar no bebé. Quando questionada se desejava guardar alguma recordação do bebé referiu que não tinha pensado nisso porque achava que não era possível.
- 08:30 - Executar escuta ativa.
- 08:30 - Informar que há a possibilidade de criar memórias do bebé aquando do nascimento como guardar pulseira do bebé, guardar uma madeixa de cabelo, fotografia ou impressão das mãos/pés.
- Dado (11:30) - A M. refere que mantém a vontade de ver e tocar no bebé. Em relação a guardar uma recordação refere que ela e o marido pretendem tirar uma fotografia e guardar uma madeixa de cabelo.
- 11:30 - Executar escuta ativa.
- 12:15 - Elogiar a M. no momento do parto.
- 13:02 - Disponibilizar tempo que os pais pretendem para contacto com o bebé.
- 13:02 - Respeitar e tratar bebé pelo nome.
- 13:02 - Promover a criação de memórias com o bebé.

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- Dado - A M. refere que pretende usar a bola de partos para tentar que o parto evolua mais rapidamente. Questiona se é possível demonstrar alguns exercícios para se recordar.
- 09:45 - Demonstrar na bola de parto movimentos de “saltitar” em cima da bola, movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito.

Gerir analgesia

- Dado (10:30) - A M. refere que tem dor e que pretende analgesia pelo catéter epidural.

- 10:30 - Administrada ropivacaína de acordo com prescrição médica.
- Dado (11:00) - A M. refere que continua com dor e questiona se é possível ser administrada medicação.
- 11:00 - Contactada equipa de anestesia. Uma vez que a M. quer ficar deitada, acordaram colocar uma perfusão contínua de ropivacaína e sufentanil.

Assistir no posicionar

- 11:00 - Assistir a M. a deitar-se conforme solicitado.

Assistir no parto

- Dado (12:15) - A M. refere vontade puxar. Encontra-se com a dilatação completa.
- 12:15 - Encorajar a M. nos esforços expulsivos.
- 12:15 - Preparar material de parto na mesa de apoio.
- 12:45 - Elogiar e incentivar a M. durante os esforços expulsivos.

Executar clampeamento do cordão umbilical

- 13:02 - Clampar e cortar cordão umbilical.

Implementar medidas de proteção do períneo

- 13:02 - Aplicar a palma da mão direita no períneo junto à fúrcula e com a mão esquerda a controlar a saída da apresentação fetal.

5. OS SUPERPODERES DA MULHER DURANTE O PARTO

Este caso ocorreu no bloco de partos. As mulheres são dotadas de uma força extraordinária que se torna evidente durante o parto.

5.1. Enquadramento teórico

A M. tem 31 anos, primigesta, está grávida de 39 semanas e 3 dias. O seu grupo sanguíneo é ARH+ e a pesquisa do Streptococcus do grupo B teve resultado negativo. Deu entrada no bloco de partos proveniente da urgência dia 03/04/2023 pelas 16h com um índice de Bishop 11.

Apresentou o seu plano de parto escrito que foi analisado em conjunto com a EEESMO. Em relação ao plano de parto a M. salienta que não pretende analgesia epidural, autoriza a realização de episiotomia apenas se necessário, pretende realizar contacto pele com pele e que seja o marido a cortar o cordão umbilical. Referiu que frequentou o programa de preparação para o parto disponibilizado no seu centro de saúde.
Está acompanhada pelo marido que foi a pessoa que ela escolheu para a acompanhar durante o parto.

Ao longo do trabalho de parto a M. utilizou estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto como a música, a massagem, o uso de calor. Utilizou ainda dispositivos facilitadores do trabalho de parto como a bola de pilates e o disco insuflável.

Teve rotura da bolsa amniótica pelas 17:15h e por esse motivo foi realizado novo exame vaginal. De acordo com a OMS (2018), o exame vaginal pode ser realizado em intervalos de 4 horas, com o intuito de avaliar a evolução do trabalho de parto em parturientes de baixo risco, tendo em conta que este não deve ser realizado por vários profissionais em curto espaço de tempo de modo a prevenir a infeção. Esta frequência poderá aumentar dependendo da situação clínica da parturiente.
Por outro lado, Perry et al. (2018) sugerem que o exame vaginal seja realizado à admissão e repetido sempre que este se justifique pelas seguintes situações: antes da administração de analgésicos e início ou aumento da perfusão de ocitocina; alterações significantes no padrão de contratilidade uterina; perceção materna de aumento da pressão perineal ou vontade de realizar esforços expulsivos; rotura de membranas; ou desacelerações variáveis da frequência cardíaca fetal.

A M. decidiu em que posição gostava de ter o parto e realizou contacto pele com pele como

tinha planeado no seu plano de parto. Para além disto, foi também o marido a cortar o cordão umbilical do recém-nascido.

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 30 anos | Feminino

5.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
03-04-2023 16:00	Parto	03-04-2023 18:40
03-04-2023 18:34	Nascimento	
03-04-2023 18:38	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	

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

Parto

De acordo com Pereira et al. (2016), o parto é um processo natural e fisiológico que desde os primórdios era realizado de maneira instintiva pela mulher e auxiliado por pessoas que possuíam conhecimentos sobre o parto e nascimento. Porém após a institucionalização deste processo, o parto tornou-se medicalizado sendo protagonizado geralmente pelos profissionais de saúde. Para que o trabalho de parto se desenvolva da melhor forma, é necessário promover o bem-estar físico e emocional da mulher. Desta forma, o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança, à assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante o parto, transformam o nascimento num momento único e especial, além de reduzirem os riscos de morbidade e mortalidade.

Segundo Pinheiro et al. (2012), tendo por base o conceito definido pela OMS, entende-se por parto normal, o parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente, em apresentação cefálica de vértice, entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, a mãe e o recém-nascido

apresentam-se em boa condição. Segundo os autores surgiu também a necessidade de clarificar o conceito de parto natural assistido e não assistido. Desta forma, entende-se por parto natural assistido, o parto de início e progressão espontâneas, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, assistido por profissional de saúde e o parto natural não assistido, o parto de início e progressão espontâneas, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção, não assistido por profissional de saúde.

Prosser et al. (2018) descreveu o parto normal como um parto vaginal não assistido, sem indução do parto, sem anestesia epidural ou raquianestesia ou geral e sem episiotomia.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

O processo através do qual uma mãe/pai passa a amar e a aceitar uma criança e uma criança passa a amar e a aceitar um pai e uma mãe é conhecido como “bonding”. O termo “bonding” foi introduzido em 1976 por Klaus e Kennel e inicialmente propuseram que existe um período sensível durante os primeiros minutos ou horas após o nascimento, em que as mães e os pais devem ter um contacto próximo com o seu filho para otimizar o desenvolvimento posterior da criança. Mais tarde, em 1982, Klaus e Kennell reviram a sua teoria da ligação mães/pais-filho, alterando as suas considerações em relação ao contacto imediato com o recém-nascido após o nascimento. Reconheceram a adaptabilidade das mães e dos pais, afirmando que eram necessários mais do que minutos ou horas para que as mães e os pais formassem uma relação emocional com os seus filhos. A vinculação é desenvolvida e mantida pela proximidade e interação com o recém-nascido, através das quais as mães e os pais se familiarizam com ele, o identificam como indivíduo e o reclamam como membro da família (Perry et al., 2018).

A ligação mãe/pai-filho tem sido geralmente descrita como um processo gradual de envolvimento emocional que se estabelece progressivamente durante a gravidez e, mais especificamente, durante o nascimento da criança. Os primeiros momentos após o parto são biologicamente críticos para a criação de laços, que são posteriormente estimulados à medida que surgem competências sociais mais específicas do recém-nascido (Figueiredo et al., 2007).

A relação entre mães e pais e o recém-nascido começa a formar-se durante a gravidez, quando as mães e os pais desenvolvem pensamentos, expectativas e sentimentos em relação ao feto, o que dá início à criação de laços entre mãe/pai e filho. Embora a relação já se comece a formar durante a gravidez, a ligação mãe/pai-filho torna-se ainda mais evidente após o nascimento (Toivo et al., 2023).

A parentalidade traz alegria e felicidade, mas também responsabilidade e um novo papel a que se tem de adaptar as mães e os pais. O crescimento na parentalidade é único e pode ser um desafio. Embora a maioria das mães e dos pais desenvolva um vínculo positivo com o seu filho, é comum que algumas mães e alguns pais experimentem simultaneamente emoções opostas. De acordo com Toivo et al. (2023), as mães experimentam sentimentos positivos e negativos

em relação aos seus filhos, como o medo do desconhecido, a ansiedade, a alegria e o amor, entre outras emoções. A gravidez e o parto podem ser considerados empoderadores, e a maternidade traz uma experiência completamente nova de amor incondicional e um vínculo emocional profundo que só pode ser vivenciado com o filho. Para além das mães, também se verificou que os pais experimentam emoções negativas durante o período pós-parto, incluindo raiva, sensibilidade e ressentimento em relação à criança. Um terço dos pais está sobrecarregado com preocupações sobre a paternidade e com a gestão das exigências da paternidade. A criação precoce de laços positivos entre as mães e os pais e o recém-nascido promove o desenvolvimento de competências parentais e a sensibilidade dos mesmos às necessidades do seu filho e promove o desenvolvimento social e emocional da criança. Sugere-se que a criação de laços negativos, como a aversão, a angústia ou o ódio ao filho, pode estar associada a um risco de maus-tratos ou abuso infantil.

Segundo Suzuki et al. (2022), o pai passar pela experiência de cortar o cordão umbilical influenciou positivamente a criação de laços entre o pai e o filho depois do nascimento. Segurar o recém-nascido mais cedo após o parto ajudou a aumentar o seu comportamento de ligação, como as interações com o filho. Além disso, cuidar diretamente dos recém-nascidos, por exemplo, massajando-os e alimentando-os, e estar mais próximo dos filhos através de ações afetuosas, como ver o seu rosto, falar mais com eles num tom monótono e segurá-los durante muito tempo, estavam relacionados com o desenvolvimento de uma ligação.

5.4. Dados

Parto
03-04-2023 16:00

Posição do colo do útero: anterior.
Consistência do colo do útero: mole.
Extinção do colo do útero: 80%.
Dilatação do colo do útero: 8 cm.
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: membranas íntegras.
Posição fetal: esquerda.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: OEA.
Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.
Pressão sanguínea sistólica: 115 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.
Frequência cardíaca: 68 bpm.

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 03-04-2023 18:40

Conhecimento sobre trabalho de parto: facilitador.
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.
Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

03-04-2023 16:45

Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

03-04-2023 17:15

Posição do colo do útero: anterior.
Consistência do colo do útero: mole.
Extinção do colo do útero: 100%.
Dilatação do colo do útero: 9 cm.
Posição fetal: esquerda.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: OEA.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 50 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
Hora da rotura das membranasHora da rotura das membranas: 17:15:00.
Líquido amniótico de características normais.

03-04-2023 17:55

Extinção do colo do útero: 100%.
Dilatação do colo do útero: 10 cm.
Posição fetal: esquerda.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: OEA.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Descida do feto: 1.º plano de Hodge.
Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 60 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.

Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Esforços expulsivos eficazes.
03-04-2023 18:15
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Descida do feto: 3.º plano de Hodge.
Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 60 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Esforços expulsivos eficazes.
03-04-2023 18:34
Hora do nascimento: 18:34:00.
Tipo de parto: conforme a expectativa.
Nascimento [RESOLVIDO] 03-04-2023 18:40
Hora do nascimento: 18:34:00.
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.
03-04-2023 18:40
Tipo de dequitadura: espontânea - Schultze.
Hora da dequitaduraHora da dequitadura: 18:40:00.
Características da placenta: sem alterações observáveis.
Estado do períneo: íntegro.
Perda sanguínea vaginal - quantidade: moderada.
Contração do útero pós-parto: útero contraído.
Nascimento
03-04-2023 18:34
Nascimento [RESOLVIDO] 03-04-2023 18:40
Hora do nascimento: 18:34:00.
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.
Comportamentos de ligação mãe/pai-filho
03-04-2023 18:38
Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.
Ligação mãe/pai-filho

5.5. Diagnósticos

Parto
03-04-2023 16:00

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 03-04-2023 18:40

Intervenções de Enfermagem

03-04-2023 16:00 - Avaliar evolução do trabalho de parto [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 17:15 - Assistir no posicionar [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 16:00 - Gerir ingestão de líquidos [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 16:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 16:00 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 18:34 - Implementar medidas de proteção do períneo [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 17:55 - Assistir no parto [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 16:00 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 16:00 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 18:34

Nascimento [RESOLVIDO] 03-04-2023 18:40

Intervenções de Enfermagem

03-04-2023 18:34 - Executar clampeamento do cordão umbilical [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 18:34 - Executar técnica de pele com pele [FIM] 03-04-2023 18:40

Nascimento

03-04-2023 18:34

Nascimento [RESOLVIDO] 03-04-2023 18:40

Intervenções de Enfermagem

03-04-2023 18:34 - Executar clampeamento do cordão umbilical [FIM] 03-04-2023 18:40

03-04-2023 18:34 - Executar técnica de pele com pele [FIM] 03-04-2023 18:40

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

03-04-2023 18:38

Ligação mãe/pai-filho

Intervenções de Enfermagem

03-04-2023 18:38 - Incentivar o corte do cordão umbilical pelo marido da M. [FIM] 03-04-2023 18:40

5.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

De acordo com Khresheh et al. (2023), evidências crescentes mostram que caminhar e adotar posições verticais no primeiro estádio do trabalho de parto reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana e a necessidade de analgesia epidural, e não têm efeitos adversos para a mãe e para o feto. Manter as mulheres em trabalho de parto na cama aumenta a dor e

diminui a satisfação das mulheres com a sua experiência de parto. A deambulação é eficaz na redução da duração do trabalho de parto e na intensidade da dor do parto. No estudo realizado por Khresheh et al. (2023) participaram 290 primigestas, 140 do grupo que foi incentivado a deambular e 150 no grupo de controlo. Concluíram que, em comparação com o grupo de controlo, as mulheres do grupo que deambulou experimentaram uma duração mais curta da primeira fase do trabalho de parto, relataram menor intensidade da dor do parto, usaram menos analgésicos, tiveram maior probabilidade de parto vaginal normal e ficaram mais satisfeitas com a experiência do parto.

Marzouk & Eid (2020) verificaram que a adoção de posições verticais aumenta os diâmetros anteroposterior e transverso da pelve da mulher, encurta em cerca de uma hora a primeira fase do trabalho de parto, a mulheres sentem menos dor, ocorrem menos partos instrumentados e melhoram o progresso do trabalho de parto através da força da gravidade natural. No estudo realizado por Marzouk & Eid (2020) onde participaram 86 primigestas, concluiu-se que o trabalho de parto progrediu mais rapidamente no grupo que deambulou comparativamente ao grupo de controlo. Salientam que a deambulação influencia a dilatação cervical e a descida da cabeça fetal, ambas apresentaram progressão mais rápida entre o grupo deambulação em comparação aos do grupo controlo.

O disco insuflável é uma base de apoio para a pelve que permite a mobilidade da pelve se a mulher está deitada/sentada sobre uma superfície dura. O uso do disco insuflável, dada a sua flexibilidade, mantém alguma liberdade de movimentos do sacro, facilitando a descida da apresentação fetal. O sacro desempenha um grande papel na biomecânica ao longo da vida, mas especialmente durante a gravidez, trabalho de parto e pós-parto. O sacro está seguro por uma série de músculos e a tensão muscular, quando existe, interfere na mobilidade do sacro. Quando estes músculos se mantém tensos, haverá maior probabilidade de apresentação pélvica, dor lombar, duração mais longa do trabalho de parto e dor. O sacro move-se num movimento rítmico, idealmente, balança para frente e para trás entre a nutação e a contranutação com a respiração e o movimento. Esses movimentos são cruciais para a função pélvica normal (caminhar, correr, levantar, dobrar, etc.). Para que a cabeça do feto desça ao longo da pelve, o sacro deve estar em contranutação. É importante que o sacro se mova (ex. retração do cóccix), e para isso importa que estejam “livres”, sem estar sob pressão (exemplo, da superfície da cama) (Cardoso et al., 2023)

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

Ouvir música durante o trabalho de parto pode mudar a forma como a pessoa percebe a dor, diminuindo a sua tonalidade desagradável. Pensa-se que ouvir música durante o trabalho de parto pode ativar processos mentais que tornam as sensações do parto mais confortáveis. A

música pode estimular a glândula pituitária a libertar endorfinas e aumentar os níveis de serotonina. Ouvir música durante o trabalho de parto também pode promover o alívio da dor, ajudando a relaxar, reduzindo a ansiedade e proporcionando uma fonte positiva de distração durante o trabalho de parto. A música tem efeito diferente em diferentes mulheres e em diferentes momentos. A escolha da música é sempre em função das preferências individuais e das sensações que se pretendam obter a cada momento. De facto, a familiaridade das pessoas com a música e as suas preferências por música estão fortemente relacionadas com o quão relaxadas se sentem quando ouvem determinada música num determinado momento (Cardoso et al., 2023).

Ouvir música é reconhecida como uma intervenção não farmacológica que pode ser utilizada pelas mulheres para promover a saúde e o bem-estar devido à sua natureza distrativa e aos seus efeitos positivos nas respostas fisiológicas. Nas últimas duas décadas, a música tem sido cada vez mais utilizada pelas mulheres durante o parto, especialmente para redução da dor (McCaffrey et al., 2020).

Na scoping review realizada por McCaffrey et al. (2020), foram encontrados 931 artigos e destes foram incluídos 24 artigos (12 ensaios clínicos randomizados, 9 quase-experimentais e 3 qualitativos). Concluíram que ouvir música tem um papel significativo para as mulheres durante o parto. Esta intervenção não farmacológica pode reduzir a dor e a ansiedade, ajuda a aliviar o stress e promove um maior sentido de controlo nas mulheres durante o trabalho de parto.

O calor aumenta a temperatura local da pele e ativa a circulação, reduz os espasmos musculares e aumenta o limiar da dor (Cardoso et al., 2023).

Segundo Türkmen & Oran (2020), o mecanismo de ação tanto para a massagem quanto para a aplicação de calor é o mesmo e é explicado pela *Teoria do Gate Control*. Esta teoria afirma que a massagem ou aplicação de calor desencadeia um reflexo da medula espinhal que fecha a porta de entrada da dor e aumenta o limiar da dor.

Para além disto, aplicações de calor ou massagem durante o trabalho de parto aumentam os níveis de serotonina e dopamina e diminuem a norepinefrina e o cortisol. Isto resulta na diminuição da fadiga, relaxamento dos espasmos musculares, aumento do alívio e conforto, aumento da atividade física, distração mental da dor e diminuição da ansiedade. O calor pode ser aplicado no sacro, abdómen inferior e períneo durante o trabalho de parto. A massagem pode ser aplicada em áreas como sacro, ombros, costas, cabeça, mãos e pés durante o trabalho de parto.

O estudo realizado por Türkmen & Oran (2020), contou com a participação de 90 primíparas dividias em 3 grupos, o grupo de aplicação de calor, o grupo de massagem e o grupo de controlo. Concluíram então que a aplicação de calor e a massagem podem ser utilizadas como uma intervenção segura e eficaz para reduzir a perceção da dor nas mulheres e proporcionar

conforto durante o trabalho de parto.

A revisão sistemática e meta-análise realizada por Goswami et al. (2022) teve como objetivo avaliar o efeito da aplicação de calor de forma sistemática e crítica na intensidade da dor, duração do trabalho de parto durante a primeira fase do trabalho de parto e índices de Apgar. Dos 7625 estudos selecionados, 10 estudos preencheram os critérios de inclusão. Os resultados dos dados agrupados mostraram que a aplicação de calor foi significativamente eficaz na redução da intensidade da dor na primeira fase do trabalho de parto. A aplicação de calor reduziu significativamente a duração do primeiro estágio do trabalho de parto e obteve melhores pontuações de Apgar no 5.º minuto do nascimento do recém-nascido. Concluíram então que a aplicação de calor diminui efetivamente a intensidade da dor do parto e encurta a duração do trabalho de parto no primeiro estágio, e pode ser usada como tratamento não farmacológico para a dor do parto.

Na revisão sistemática realizada por Choudhary et al. (2021) foram incluídos dez estudos e concluíram que todos os estudos demonstraram que a massagem é eficaz para aliviar a dor durante o parto.

Um estudo realizado por Akköz Çevik & Karaduman (2019), onde participaram 60 mulheres, 30 das quais estavam no grupo controlo e as restantes 30 estavam no grupo experimental. As mulheres do grupo experimental receberam massagem na região sacral por 30 minutos. Concluíram que a massagem na região do sacro aplicada durante o trabalho de parto reduziu a dor do parto nas mulheres, diminuiu os níveis de preocupação e ansiedade, levou a maiores sentimentos de satisfação das mulheres com a sua experiência de parto, afetou positivamente a perceção do trabalho de parto e não teve impacto na condição fetal.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

A privacidade é essencial para acalmar o neocórtex e facilitar a libertação das hormonas necessárias para o trabalho de parto, incluindo a ocitocina. O neocórtex, a parte do cérebro responsável por funções cognitivas superiores, como linguagem e raciocínio, é afetado por emoções e sensações que podem aumentar a atividade neocortical e desencadear a libertação de adrenalina. As hormonas do stress impedem a libertação de ocitocina, essencial para o trabalho de parto e para a ligação mãe-filho logo após o nascimento. Portanto, o ambiente físico pode influenciar os processos hormonais do parto e do nascimento, proporcionando uma sensação de controlo sobre a privacidade. Para assegurar a privacidade, pode-se simplesmente bater à porta antes de entrar e fechá-la após entrar e permitir que a mulher use roupa fresca que cubra o corpo, mantendo-o resguardado.

Controlar a intensidade da luz é uma forma simples de oferecer às mulheres controlo sobre o

seu ambiente de parto. A luz artificial intensa pode estimular o neocórtex e desencadear a libertação de adrenalina e hormonas do stress. Ambientes clínicos frequentemente usam iluminação fluorescente brilhante, o que pode aumentar a atividade. Optar por uma iluminação mais suave pode criar um ambiente mais relaxante e promover uma sensação de maior privacidade (Cardoso et al., 2023).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

A presença do acompanhante proporciona bem-estar físico e emocional à mulher e favorece uma boa evolução no ciclo gravídico-puerperal. O acompanhante transmite segurança durante todo o processo de trabalho de parto, o que pode diminuir as complicações na gravidez, parto e puerpério, a utilização de analgesia, ocitocina, as cesarianas e o tempo de hospitalização da mulher e do filho (Pereira et al., 2016).

O acompanhante pode constituir mais do que simples presença se for permitida a sua participação durante o processo do parto. Nessa condição ele deixa de ser considerado um mero representante fiscalizador da assistência obstétrica para assumir o status na rede social de provedor do suporte da parturiente. Para as EEESMO a presença do acompanhante é fundamental para a mulher, inclusive a sua ajuda nesse momento, reduz os níveis de dor durante o trabalho de parto e parto. Sendo assim, é muito importante a presença do acompanhante para oferecer apoio no processo do nascimento (Pereira et al., 2016).

Executar técnica de pele com pele

O contacto pele com pele consiste em colocar o recém-nascido estável e com boa adaptação à vida extrauterina, despido e seco, com um gorro e coberto por toalha aquecida, em decúbito ventral sobre o tórax ou abdómen da mãe. É considerado imediato quando iniciado nos primeiros 10 minutos após o nascimento e precoce quando ocorre até às primeiras 23 horas de vida. Deve ser continuado sem interrupções por pelo menos 60 minutos. Esta prática, quando aplicada imediata ou precocemente, demonstrou benefícios na vinculação, na regulação dos parâmetros fisiológicos e do comportamento do recém-nascido e no estabelecimento e manutenção da amamentação. É, assim, uma conduta recomendada por entidades como a Organização Mundial de Saúde e a The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), entre outros, a todas as mães e, independentemente do tipo de parto, logo que a mãe esteja desperta e clinicamente estável, e continuada pelo menos durante uma hora, desde que se cumpram os seguintes critérios: recém-nascido com Índice de Apgar ≥ 8 ao 5.º minuto; recém-nascido com respiração regular e sem sinais de dificuldade respiratório; recém-nascido com tónus adequado e choro vigoroso; recém-nascido com pele rosada (pode ter acrocianose);

mãe com condições clínicas para receber o recém-nascido; acompanhante com papel ativo na supervisão do recém-nascido e do seu posicionamento (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2020).

O recém-nascido passa por nove fases observáveis durante o contacto pele com pele: choro ao nascer, relaxamento, despertar, atividade, repouso, rastejar, familiarização, sucção e sono durante a primeira hora após o nascimento. Na fase do choro ao nascer o recém-nascido chora; na fase do relaxamento o recém-nascido encontra-se tranquilo; na fase do despertar o recém-nascido faz pequenos movimentos da cabeça, dos braços, mães e boca; na fase da atividade os movimentos do recém-nascido aumenta, move a cabeça e os braços, move a boca e coloca as mãos na boca; fase de repouso pode ocorrer várias vezes durante as fases, o recém-nascido faz pausas para descansar, está quieto, pode sugar nos dedos ou estar a olhar para o mamilo, os olhos podem estar abertos ou fechados; na fase de rastejar o recém-nascido desliza/rasteja em direção à mama e mamilo; na fase de familiarização o recém-nascido encontra-se na zona da mama/mamilo da mãe, pode emitir sons, coloca a língua no mamilo lambendo-o; na fase de sucção o recém-nascido abocanha o mamilo e começa a mamar e, por fim, na fase de sono o recém-nascido adormece (Brimdyr et al., 2020).

Segundo Brimdyr et al. (2023), foi demonstrado que o contacto pele com pele influencia positivamente a interação entre a mãe e o recém-nascido, aumenta os comportamentos de ligação mãe-filho, aumenta os comportamentos de cuidar maternos e aumenta a interpretação materna dos sinais do recém-nascido. A autoconfiança materna e a experiência de parto são melhoradas pelo contacto pele com pele. Referem também que o contacto pele com pele durante a primeira hora após o nascimento alivia o stress pós-traumático em mulheres que tiveram experiências desafiadoras no parto, diminui o risco de depressão materna e compromisso na ligação mãe-filho, e diminui a ansiedade materna.

Implementar medidas de proteção do períneo

As intervenções para reduzir o risco de trauma perineal continuam a ser um assunto controverso. O trauma perineal após o parto vaginal é comum, afetando aproximadamente 9 em cada 10 mulheres. A proteção perineal manual pode ser usada para controlar a velocidade de nascimento da cabeça fetal e reduzir o diâmetro de apresentação e subsequentemente o estiramento do períneo. Esta técnica envolve o controle da velocidade da coroação exercendo pressão sobre o occipital fetal com a mão não dominante enquanto apoia o períneo com o polegar e o indicador da mão dominante, com o dedo médio flexionado, aplicando pressão no queixo fetal. Além disso, a mulher é encorajada a parar de empurrar e a respirar rapidamente enquanto a cabeça fetal é guiada lentamente através do intróito vaginal pelo profissional que assiste no parto. Um modelo biomecânico que avalia a distribuição da tensão através da região

posterior períneo durante a proteção perineal manual descobriu que a técnica reduziu a tensão em aproximadamente 40% em relação a uma abordagem sem intervenção manual (Okeahialam et al., 2023).

Habek et al. (2018) realizou um estudo clínico observacional retrospetivo (1950-2010), que analisou o impacto da manobra modificada de Ritgen (deflexão controlada da cabeça fetal com a mão esquerda e redução sincronizada da tensão perineal com o polegar da mão direita estendido ao longo do lado direito da vulva e períneo sem o empurrar) sobre lacerações perineais. Concluíram que a taxa de laceração em geral foi inferior a 5% até 2000. A taxa de laceração de 1.º grau foi muito baixa até 1995, depois aumentou para 8,6% em 2010, mas nunca excedeu 10%. A taxa de laceração perineal de 2.º grau nunca excedeu 2%, enquanto a laceração de 3.º grau nunca excedeu 0,4%. Em relação à laceração perineal de 4.º grau apenas foi descrito um único caso. A taxa de períneo íntegro em partos vaginais sem episiotomia variou de 96,2% a 100% no período 1950-1960, com queda para 46% em 2010. Este estudo revelou que a manobra modificada de Ritgen resultou numa redução significativa de todos os graus de laceração ao longo das décadas (Habek et al., 2018).

A revisão sistemática com meta-análise realizada por Pierce-Williams et al. (2019) teve como objetivo avaliar se uma técnica *hands-on* durante o parto vaginal resulta em menor incidência de trauma perineal do que uma técnica *hands-off.* Desta forma, foram analisados cinco ensaios, incluindo 7.287 mulheres. Todos os estudos incluíram gestações únicas com apresentação cefálica a termo submetidas a parto vaginal espontâneo. Mulheres submetidas à técnica *hands-on* tiveram incidência semelhante de trauma perineal grave. Não houve diferença significativa entre os grupos na incidência de períneo integro e laceração de 1.º, 2.º e 4.º graus. A técnica *hands-on* foi associada ao aumento do risco de lacerações de 3.º grau e de episiotomia em comparação com a técnica *hands-off.*

5.6. Especificação das intervenções

Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto

- 16:00 - Disponibilizar bola de parto de acordo com solicitado.
- 16:45 - Encorajar deambulação e movimentos da bacia.
- 17:15 - Sugerir o uso do disco insuflável.
- 17:55 - Sugerir o uso da bola de partos para a posição de 4 apoios.

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

- 16:00 - Permitir que coloque música de acordo com solicitado.
- 16:45 - Permitir que utilize botija de água quente.
- 17:15 - A M. manteve a tocar na sala de partos uma playlist criada especialmente para

este dia.
- 17:55 - A M. solicitou ao marido uma massagem na região lombo-sagrada.
- 18:15 - A M. manteve a música a tocar na sala de partos.
- 18:34 - Durante o nascimento do filho a M. esteve a ouvir a música escolhida.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento
- 16:00 - Promover ambiente calmo e providenciar privacidade.
- 16:00 - Questionar como prefere que esteja a intensidade da luz da sala de partos.
- 16:45 - Manter ambiente calmo com intensidade da luz reduzida.
- 17:15 - Manter ambiente calmo, com privacidade e com intensidade da luz reduzida.
- 17:55 - Manter ambiente calmo, com privacidade e com intensidade da luz reduzida.
- 18:15 - Manter ambiente calmo, com privacidade e com intensidade da luz reduzida.
- 18:34 - Manter ambiente calmo, com privacidade e com intensidade da luz reduzida.

Gerir ingestão de líquidos
- 16:00 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 16:45 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 17:15 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 17:55 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 18:15 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 18:34 - Oferecer água, chá ou gelatina.

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto
- 16:00 - Sugerir ao marido da M. que a acompanhe na realização de exercícios com a bola de parto.
- 16:45 - Encorajar o marido a acompanhar a M. na deambulação e ser o seu “suporte” enquanto realiza movimentos da bacia.
- 17:55 - Incentivar o marido da M. que realize massagem na região lombo-sagrada (aplicando pressão moderada com as palmas das mãos fazer movimentos circulares na região lombar) enquanto a M. está em 4 apoios apoiada na bola de parto.
- 18:15 - Sugerir ao marido que respire com a M. durante o intervalo das contrações.
- 18:34 - Elogiar marido pelo apoio prestado à M. e parabenizar pelo nascimento do filho.

Assistir no posicionar
- Dado (17:15) - A M. refere que pretende deitar-se na cama.
- 17:15 - Assistir a M. a deitar-se na cama.
- Dado (17:55) - A M. refere que pretende posicionar-se em 4 apoios.
- 17:55 - Assistir a M. a posicionar-se em 4 apoios, apoiando-se na bola de partos.
- Dado (18:15) - Questionada se quer alterar de posição. Refere que pretende posicionar-se em posição lateral.
- 18:15 - Assistir a M. a posicionar-se na posição lateral.
- 18:34 - A M. pretende manter-se na posição lateral.

Assistir no parto
- 17:55 - Elogiar e incentivar a M. durante os esforços expulsivos.
- 17:55 - Preparar o material para assistir no parto.

- 17:55 - Questionada a M. se durante o coroamento quer sentir a cabeça do bebé, refere que quer sentir.
- 18:15 - Elogiar e incentivar a M. durante os esforços expulsivos.
- 18:34 - Incentivar a M. a tocar na cabeça do bebé no coroamento.
- 18:34 - Verificar presença de circulares do cordão.
- 18:34 - Registar hora do nascimento.
- 18:34 - Secar e estimular o bebé no peito da mãe.

Executar técnica de pele com pele

- 18:34 - Referir à M. e ao marido que durante o contacto pele com pele devem estar concentrados no bebé.
- 18:34 - Posicionar o bebé sobre o peito da M. com a cabeça lateralizada, com a face, nariz e boca visíveis.
- 18:34 - Colocar gorro e cobrir o dorso do recém-nascido com lençol aquecido.
- 18:34 - Assegurar que o recém-nascido mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus e vitalidade adequados.

Executar clampeamento do cordão umbilical

- Clampeamento do cordão umbilical quando deixou de pulsar, de acordo com o solicitado pela M.

Implementar medidas de proteção do períneo

- 18:34 - Aplicar a palma da mão direita no períneo junto à fúrcula e com a mão esquerda a controlar a saída da apresentação fetal.

6. ULTRAPASSAR UMA ADVERSIDADE APÓS O PARTO: HEMORRAGIA PÓS-PARTO

Este caso ocorreu no bloco de partos. Após a dequitadura ocorreu uma hemorragia pós-parto. Uma adversidade que foi ultrapassada.

6.1. Enquadramento teórico

A M. tem 39 anos e está grávida de 39 semanas. 2G1P, tem um filho com 3 anos. O seu grupo sanguíneo é ORH+ e a pesquisa do Streptococcus do grupo B teve resultado negativo. Deu entrada no bloco de partos dia 26/05/2023 pelas 0h15 com um índice de Bishop 6. Está acompanhada pelo marido. Apresenta plano de parto escrito. Em relação ao plano de parto salienta que pretende analgesia epidural quando solicitar, autoriza a realização de episiotomia apenas se necessário, pretende realizar contacto pele com pele e que seja o marido a cortar o cordão umbilical.

A M. referiu ainda que não frequentou o programa de preparação para o parto nesta gravidez mas tinha frequentado na anterior.

Ao longo do trabalho de parto a M. solicitou a bola de pilates para realizar movimentos e alternar posições. Foi assistida a posicionar-se conforme solicitado.

Numa fase mais inicial do trabalho de parto, recorreu a estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto, como a deambulação. Foi também sugerido o uso de música, aplicação de calor na região lombar e massagem na região lombo-sagrada realizada pelo marido. No entanto, pela 1:35h, a M. solicitou a colocação de catéter epidural tal como tinha descrito no seu plano de parto.

Para além disto, com o avançar do trabalho de parto a M. preferiu estar na cama e questionou se havia alguma posição corporal que facilitasse o trabalho de parto. Foram sugeridas e demonstradas algumas posições à M.

O marido esteve sempre presente e demonstrou-se sempre disponível para auxiliar a M.

A M. apresentou dilatação completa pelas 03:25h e iniciou esforços expulsivos.

O recém-nascido nasceu pelas 04:16h, o corte do cordão umbilical foi realizado pelo marido da M. conforme planeado no plano de parto e foi realizado contacto pele com pele entre a M. e o

filho. A dequitadura ocorreu pelas 04:27h, a perda de sangue após a dequitadura foi superior à esperada e o útero não se encontrava contraído. Foi referenciada à equipa médica a atonia uterina.

No decorrer do episódio da hemorragia pós-parto, o recém-nascido passou a fazer contacto pele com pele com o marido da M. e a M. esteve sempre consciente e orientada. Foi seguido o protocolo instituído no hospital. De acordo com o protocolo foram monitorizados os sinais vitais conforme preconizado e pelas 04:39h o útero da M. encontrava-se contraído e a perda sanguínea conforme esperada.

Segundo a OMS (2014), a hemorragia pós-parto (HPP) é comumente definida como uma perda de 500ml de sangue ou mais no período de 24 horas após o parto, enquanto a HPP grave é definida como uma perda de 1000 ml de sangue ou mais dentro do mesmo período de tempo. A HPP afeta aproximadamente 2% de todas as mulheres que dão à luz: ela não somente está associada a quase um quarto de todas as mortes maternas no nível global, como também é a principal causa de mortalidade materna na maioria dos países em desenvolvimento. A HPP contribui significativamente para a morbidade materna grave e incapacidade prolongada bem como para várias outras condições maternas graves geralmente associadas à perda de sangue mais substancial, incluindo choque.

A atonia uterina é a causa mais comum de HPP, no entanto, traumatismo do trato genital (isto é, lacerações vaginais e cervicais), rutura uterina, retenção do tecido placentário ou distúrbios de coagulação materna também podem resultar em HPP. Embora a maioria das mulheres que experimentam complicações da HPP não apresente fatores de risco clínicos ou históricos identificáveis, a grande multiparidade e a gestação múltipla estão associadas ao risco aumentado de hemorragia após o parto. A HPP pode ser agravada pela anemia pré-existente e, nesses casos, a perda de um volume menor de sangue pode ainda resultar em sequelas clínicas adversas.

De acordo com Periard et al. (2011), a compreensão da atonia uterina pós-parto requer, antes, entender os mecanismos que impedem a perda excessiva de sangue durante a gravidez normal. O fluxo sanguíneo para o útero está aumentado cerca de 800 a 1000 ml/min. A perda de sangue do leito útero-placentário pode ser, portanto, rápida e difícil de controlar. Após a saída da placenta, o útero contrai e a contração das fibras miometriais corresponde ao principal mecanismo de hemostasia pós-parto. As fibras miometrias envolvem as artérias e as veias espilaradas maternas no leito placentário e as suas contrações obliteram o lúmen desses vasos. Por isso, a hemostasia imediata pós-parto não depende primariamente da coagulação. Desta forma, se o útero está bem contraído imediatamente após o parto e ocorre hemorragia, o sangramento é, provavelmente, consequência de lesões ou laceração.

De acordo com a ACOG (2017), 60% dos casos de hemorragia grave ocorrem em mulheres com

fatores de risco de HPP. No entanto, estima-se que 40% das hemorragias pós-parto ocorrem em mulheres sem fatores de risco, o que reitera a importância da vigilância em todas as parturientes.

O diagnóstico de atonia é feito quando não é possível palpar o globo de segurança de Pinard nos quadrantes inferiores do abdómen, ou por avaliação do tónus uterino na cesariana (Carvalhas et al. 2018).

As principais complicações da atonia uterina são: choque hipovolémico, necessidade de transfusão sanguínea, falência renal e hepática, coagulação intravascular disseminada, perda de fertilidade, síndrome da angústia respiratória aguda e síndrome de Sheehan (pan-hipopituitarismo pós-parto secundário à necrose hipofisária) (Periard el al., 2011).

Após o controlo etiológico da hemorragia e estabilização da puérpera, é particularmente importante assegurar a vigilância minuciosa nas horas seguintes. Deve ser mantido o mesmo nível de monitorização, nomeadamente hemodinâmica, que existiu durante a fase aguda para garantir a manutenção da estabilidade. A vigilância rigorosa das perdas sanguíneas e da altura do fundo do útero é fundamental. Devem ser feitas colheitas sanguíneas (de 4 em 4 ou de 6 em 6 horas) para hemograma, estudo da coagulação e bioquímica, pois muitos parâmetros fisiológicos vão ainda sofrer alterações, com necessidade de correção. Devem ser realizadas ou continuadas várias medidas terapêuticas, nomeadamente antibioterapia, profilaxia tromboembólica e terapêutica uterotónica, no caso de atonia uterina (Carvalhas et al, 2018).

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 39 anos | Feminino

6.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-05-26 01:40:00	Ropivacaína 2mg/ml	2023-05-26 04:27:00
2023-05-26 01:40:00	Sufentanil 5mcg/ml	2023-05-26 04:27:00
2023-05-26 04:27:00	Polielectrolítico com glicose 1000ml + Ocitocina 10U via endovenosa	

Início	Medicação	Fim
2023-05-26 04:27:00	Ocitocina 5U via endovenosa	2023-05-26 04:30:00
2023-05-26 04:27:00	Misoprostol 400mcg via retal	2023-05-26 04:30:00

6.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Polieletrolítico com glicose

Solução polieletrolítica com glicose é uma solução intravenosa que combina eletrólitos e glicose para fornecer nutrientes e eletrólitos essenciais ao organismo. Esta solução é frequentemente utilizada na prática clínica para desidratação de predomínio extracelular, independentemente da causa (vómitos, diarreias, fístulas, etc.), com aporte de carboidratos; hipovolémia independentemente da causa (choque hemorrágico, queimaduras, perda hídrica e eletrolítica no peri-operatório); acidose metabólica ligeira.

Os componentes da solução polieletrolítica incluem eletrólitos como sódio, potássio, cloro e bicarbonato, que desempenham funções vitais na regulação do equilíbrio ácido-base, na função muscular, na transmissão nervosa e na função cardíaca. Além disso, a glicose presente na solução fornece energia rápida para as células do corpo.

Ocitocina

A ocitocina é uma hormona da neuro-hipófise, secretada pela glândula pituitária posterior (Balki & Wong, 2021).

De acordo com Siqueira et al. (2019), a ocitocina é o principal fármaco recomendado pela OMS para prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto. Age nos recetores de ocitocina estimulando a musculatura lisa do útero, fazendo com que as contrações sejam semelhantes às observadas durante o trabalho de parto, de forma coordenada e regular.

Para além disto e segundo Balki & Wong (2021), ocitocina é o medicamento de primeira linha para profilaxia e tratamento da hemorragia pós-parto devido à atonia uterina. O início de ação da ocitocina é imediato após a administração intravenosa e 3–5 minutos após a injeção intramuscular. Devido à sua curta meia-vida plasmática (3-12 min), é comumente administrado como um bólus intravenoso para iniciar, seguido de uma infusão para manter o tónus uterino adequado. Os efeitos adversos da ocitocina são influenciados pela dose e via de administração. Os efeitos cardiovasculares incluem hipotensão, taquicardia, depressão do segmento ST, isquemia miocárdica e arritmias. Outros efeitos adversos incluem rubor, dor de cabeça, náusea e vómito.

De acordo com Periard et al. (2011), a ocitocina é o fármaco de primeira escolha no tratamento da atonia uterina, podendo ser utilizada na dose de 10 unidades (U), intramuscular (IM), ou 5 U, endovenoso (EV), em bólus, ou 10 a 20 U/litro, EV, em infusão contínua a 100 a 150 ml/hora. A sua utilização não aumenta o risco de retenção placentária ou a duração do terceiro período do trabalho de parto. Uma vez identificada a atonia uterina, pode-se estimular as contrações por meio de manobras de compressão uterina bimanual ou pelo uso de fármacos uterotónicos, como a ocitocina, os derivados do ergot e o misoprostol ou, em último caso, métodos cirúrgicos. Pode ser administrada tanto por via EV como IM.

A terapêutica com ocitocina endovenosa também deve ser iniciada imediatamente. Esta pode ser administrada em perfusão ou 10U em bólus endovenoso lento, embora este último esteja associado a alguns casos de hipotensão grave (Carvalhas et al, 2018).

Misoprostol

O misoprostol é um ocitócito análogo da prostaglandina E1. Após a sua administração (oral, sublingual, vaginal ou retal), o misoprostol sofre desesterificação no fígado, transformando-se em ácido misoprostol. Este metabólito ativo exerce ação direta nos recetores das prostaglandinas, provocando mudanças na estrutura físico-química do colágeno cervical, o que leva ao amolecimento e à maturação do colo uterino, favorecendo a sua dilatação, além de promover o aumento do cálcio intracelular, responsável pela contração do músculo miometrial. As reações adversas mais comuns associadas ao misoprostol são náuseas, vómitos, diarreias, dor abdominal, febre e calafrios. As reações graves são raras e consistem em taquissistolia, hipercontratilidade e rutura uterina. Todas essas reações são dependentes da dose e tendem a reduzir em intensidade nas primeiras horas após a utilização (Koch & Rattmann, 2019).

De acordo com Koch & Rattmann (2019), a OMS e a FIGO recomendam a administração até 800mcg do misoprostol para o tratamento da hemorragia pós-parto administrada em até quatro comprimidos consecutivos de 200mcg. Embora os comprimidos de misoprostol sejam desenvolvidos para administração vaginal, as vias de administração preferenciais para a HPP são a sublingual ou a retal.

6.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres
26-05-2023 00:15
- **Cateter venoso periférico**
  - Localização do cateter venoso periférico
    - Antebraço Direita(o)
  - Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 00:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico
26-05-2023 04:27 - Otimizar cateter venoso periférico [FIM] 26-05-2023 04:30
26-05-2023 01:40
Cateter epidural
Intervenções de Enfermagem
26-05-2023 01:40 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter epidural
26-05-2023 02:20 - Avaliar bloqueio motor através da escala de Bromage
26-05-2023 03:25
Cateter urinário
26-05-2023 04:27
Localização do cateter venoso periférico
Mão Direita(o)
Características do dispositivo: 16G.
Localização do cateter venoso periférico
Antebraço Direita(o)
Presença de dor (Não).
Presença de calor (Não).
Presença de rubor (Não).
Presença de tumefação (Não).
Presença de exsudado (Não).
Presença de infiltração (Não).
Mão Direita(o)
Presença de dor (Não).
Presença de calor (Não).
Presença de rubor (Não).
Presença de tumefação (Não).
Presença de exsudado (Não).
Presença de infiltração (Não).

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

Cateter urinário

De acordo com a Orientação nº 002/2023 de 10/05/2023 da DGS nas grávidas submetidas a analgesia do neuroeixo é recomendado registar micções da grávida. Deve ser incentivada a micção espontânea. Quando esta não ocorre há mais de 6 horas, avaliar a presença de globo vesical e caso este seja volumoso, propor à grávida o esvaziamento vesical com cateter urinário.

6.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
26-05-2023 00:15	Parto	26-05-2023 04:27
26-05-2023 00:15	Sondas, Drenos e Cateteres	
26-05-2023 03:25	Eliminação urinária	
26-05-2023 04:16	Nascimento	
26-05-2023 04:18	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
26-05-2023 04:27	Sistema cardiovascular	
26-05-2023 04:27	Puerpério	

6.6. Dados

Sistema cardiovascular
26-05-2023 04:27
- Localização do Pulso
  - Antebraço Esquerda(o)
    - Pulso de amplitude mediana e regular.
    - Pulso rítmico.
    - Pulso simétrico.
    - Frequência do pulso: 105 pulsações por minuto.
- Local de avaliação da pressão sanguínea
  - Membro superior Esquerda(o)
    - Pressão sanguínea sistólica: 90 mm Hg.
    - Pressão sanguínea diastólica: 58 mm Hg.
- Perda sanguínea
  - Útero: Perda sanguínea externa, em grande quantidade.
- Saturação de oxigénio: 98%.
- Temperatura: 36,8°C.
- Dado (04:27) - A M. refere que se sente "fraca" e a ficar com tonturas.

Hemorragia [RESOLVIDO] 26-05-2023 04:39
26-05-2023 04:30
- Saturação de oxigénio: 98%.
- Temperatura: 36,6°C.
- Dado (04:30) - A M. refere que continua a sentir-se "fraca" e que mantém as tonturas.
- Perda sanguínea
  - Útero: Perda sanguínea externa, em grande quantidade [MANTEVE].
- Substância drenada: hemática.
- Localização do Pulso
  - Antebraço Esquerda(o)

Pulso rítmico [MANTEVE].
Frequência do pulso: 109 pulsações por minuto.
Local de avaliação da pressão sanguínea
Membro superior Esquerda(o)
Pressão sanguínea sistólica: 90 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 56 mm Hg.
26-05-2023 04:33
Saturação de oxigénio: 98%.
Temperatura: 36,8°C.
Dado (04:33) - A M. refere continua a sentir-se "fraca", mas com menos tonturas.
Perda sanguínea
Útero: Perda sanguínea externa, em grande quantidade [MANTEVE].
Substância drenada: hemática.
Localização do Pulso
Antebraço Esquerda(o)
Pulso rítmico [MANTEVE].
Frequência do pulso: 102 pulsações por minuto.
Local de avaliação da pressão sanguínea
Membro superior Esquerda(o)
Pressão sanguínea sistólica: 93 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 58 mm Hg.
26-05-2023 04:36
Saturação de oxigénio: 99%.
Temperatura: 36,9°C.
Dado (04:36) - A M. refere que se sente com menos tonturas.
Perda sanguínea
Útero: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MELHOROU].
Substância drenada: hemática.
Localização do Pulso
Antebraço Esquerda(o)
Pulso rítmico [MANTEVE].
Frequência do pulso: 101 pulsações por minuto.
Local de avaliação da pressão sanguínea
Membro superior Esquerda(o)
Pressão sanguínea sistólica: 94 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 61 mm Hg.
26-05-2023 04:39
Saturação de oxigénio: 99%.
Temperatura: 36,7°C.
Dado (04:39) - A M. refere que se sente menos "fraca".
Perda sanguínea
Útero: Perda sanguínea externa, em pequena quantidade [MELHOROU].
Substância drenada: hemática.
Localização do Pulso

Antebraço Esquerda(o)
Pulso rítmico [MANTEVE].
Frequência do pulso: 98 pulsações por minuto.
Local de avaliação da pressão sanguínea
Membro superior Esquerda(o)
Pressão sanguínea sistólica: 96 mm Hg.
Pressão sanguínea diastólica: 64 mm Hg.

Eliminação urinária

26-05-2023 03:25
Quantidade de urina: 400 ml.

Retenção urinária [RESOLVIDO] 26-05-2023 03:55

26-05-2023 04:27
Quantidade de urina: 300 ml.

Parto

26-05-2023 00:15
Posição do colo do útero: intermédia.
Consistência do colo do útero: intermédia.
Extinção do colo do útero: 50%.
Dilatação do colo do útero: 5 cm.
Frequência da contração uterina: 3 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 45 Segundos.
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras.
Apresentação fetal: cefálica.
Variedade fetal: ODA.
Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.
Expectativa face ao parto: Eutócico não medicalizado.

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 26-05-2023 04:27
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 26-05-2023 01:00

26-05-2023 01:00
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.
Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 40 Segundos.

Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

Potencial para melhor capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 26-05-2023 01:35

26-05-2023 01:35

Capacidade para lidar com dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora
Posição do colo do útero: anterior.
Consistência do colo do útero: mole.
Extinção do colo do útero: 80%.
Dilatação do colo do útero: 7 cm.
Apresentação fetal: cefálica.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 40 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.
Hora da rotura das membranasHora da rotura das membranas: 01:35:00.
Líquido amniótico de características normais.

26-05-2023 01:40

Pressão sanguínea sistólica: 116 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.
Frequência cardíaca: 83 bpm.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

26-05-2023 02:20

Pressão sanguínea sistólica: 112 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 74 mmHg.
Frequência cardíaca: 82 bpm.
Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 45 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
Sem globo vesical.

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 26-05-2023 04:16

26-05-2023 03:25

Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 73 mmHg.
Frequência cardíaca: 81 bpm.
Extinção do colo do útero: 100%.
Dilatação do colo do útero: 10 cm.
Apresentação fetal: cefálica.
Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 60 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Presença de globo vesical [PIOROU].

26-05-2023 03:55

Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
Descida do feto: 3.º plano de Hodge.
Frequência da contração uterina: 5 Contrações uterinas/10 minutos .
Duração da contração uterina: 60 Segundos.
Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg[.
Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
Sem globo vesical [MANTEVE].
Esforços expulsivos eficazes.

26-05-2023 04:16

Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: facilitadora.
Tipo de parto: conforme a expectativa.

Nascimento

Hora do nascimento: 04:16:00.
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.

26-05-2023 04:27

Tipo de dequitadura: espontânea - Duncan.
Hora da dequitaduraHora da dequitadura: 04:27:00.
Características da placenta: sem alterações observáveis.
Estado do períneo: íntegro.
Perda sanguínea vaginal - quantidade: superior à esperada.
Contração do útero pós-parto: atonia uterina.

Nascimento

26-05-2023 04:16

Nascimento

Hora do nascimento: 04:16:00.
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.

Puerpério

26-05-2023 04:27

Puerpério

Contração do útero pós-parto: atonia uterina.

26-05-2023 04:39

Contração do útero pós-parto: útero contraído.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

26-05-2023 04:18

Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

Ligação mãe/pai-filho

6.6.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados

26/05/2023 00:15h

Objetivo: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Indicador de resultado: Que a cliente seja capaz de utilizar a bola de parto

26/05/2023 01:00h

Objetivo: Melhorar capacidade para lidar com dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Indicador de resultado: Que a cliente seja capaz de lidar com a dor usando estratégias não farmacológicas através da música, aplicação de calor ou massagem

26/05/2023 02:20h

Objetivo: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Indicador de resultado: Que a cliente seja capaz de utilizar posição corporal facilitadora do trabalho de parto

6.7. Diagnósticos

Sistema cardiovascular

26-05-2023 04:27

26-05-2023 04:27 - Avaliar evolução de sinais de arritmia

26-05-2023 04:27 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Hemorragia [RESOLVIDO] 26-05-2023 04:39

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 04:27 - Avaliar evolução de sinais de hemorragia [FIM] 26-05-2023 04:39

26-05-2023 04:27 - Referenciar hemorragia ao médico [FIM] 26-05-2023 04:30

26-05-2023 04:27 - Realizar massagem uterina [FIM] 26-05-2023 04:39

26-05-2023 04:27 - Realizar colheita de hemograma, ionograma, estudo da coagulação e tipagem [FIM] 26-05-2023 04:30

Eliminação urinária

26-05-2023 03:25

Retenção urinária [RESOLVIDO] 26-05-2023 03:55

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 03:25 - Inserir cateter urinário [FIM] 26-05-2023 03:55

Parto

26-05-2023 00:15

Trabalho de parto [RESOLVIDO] 26-05-2023 04:27

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 00:15 - Avaliar evolução do trabalho de parto [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 01:40 - Assistir no posicionar [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 00:15 - Gerir ingestão de líquidos [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 00:15 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 04:16 - Implementar medidas de proteção do períneo [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 03:25 - Assistir no parto [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 00:15 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 01:35 - Gerir analgesia [FIM] 26-05-2023 04:27

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 26-05-2023 01:00

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 00:15 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 26-05-2023 01:00

26-05-2023 00:15 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [FIM] 26-05-2023 01:00

26-05-2023 01:00

Potencial para melhor capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 26-05-2023 01:35

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 01:00 - Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas [FIM] 26-05-2023 01:35

26-05-2023 01:00 - Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto [FIM] 26-05-2023 01:35

26-05-2023 01:00 - Treina estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto [FIM] 26-05-2023 01:35

26-05-2023 02:20

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 26-05-2023 04:16

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 02:20 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM] 26-05-2023 04:16

26-05-2023 02:20 - Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto [FIM] 26-05-2023 04:16

26-05-2023 04:16

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 04:16 - Executar técnica de pele com pele [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 04:27 - Executar técnica de pele com pele com o pai

Nascimento

26-05-2023 04:16

Nascimento

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 04:16 - Executar técnica de pele com pele [FIM] 26-05-2023 04:27

26-05-2023 04:27 - Executar técnica de pele com pele com o pai

Puerpério

26-05-2023 04:27

Puerpério

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

26-05-2023 04:18

Ligação mãe/pai-filho

Intervenções de Enfermagem

26-05-2023 04:18 - Incentivar o corte do cordão umbilical pelo marido da M. [FIM] 26-05-2023 04:27

6.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Avaliar bloqueio motor através da escala de Bromage

De acordo com a Orientação nº 002/2023 de 10/05/2023 da DGS nas grávidas submetidas a analgesia do neuroeixo é recomendado avaliar o nível sensitivo e motor do bloqueio 20 minutos após cada bólus e de hora a hora na perfusão contínua, usando a escala de Bromage: 0=Ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés), 1=Bloqueio parcial (capaz de elevar os joelhos), 2=Bloqueio quase completo (apenas capaz de mexer os pés), 3=Bloqueio completo (incapaz de mover os joelhos ou os pés). Deve ser contactada a equipa de anestesia se escala de Bromage for >2 e incentivar e assistir na mobilização se Bromage 0, devendo o primeiro levante após cada bólus ser acompanhado por EEESMO.

Executar técnica de pele com pele com o pai

Uma revisão integrativa da literatura realizada por Shorey et al. (2016) incluiu doze estudos (10 quantitativos e dois qualitativos). Nestes estudos o contato pele com pele entre pai e filho teve impactos positivos nos recém-nascidos, incluindo a nível da regulação da temperatura e dor, marcadores biofisiológicos, resposta comportamental, bem como resultados paternos, que incluem a realização do papel parental, comportamento de interação paterna e diminuição do *stress* e ansiedade do pai. Os autores concluíram que o envolvimento do pai no contato pele com pele parece ser viável e benéfico tanto para os recém-nascidos quanto para os pais e que este envolvimento deve ser promovido durante o período pós-natal. O contacto pele com pele entre pai e filho é uma alternativa valiosa, especialmente durante a indisponibilidade da mãe devido a circunstâncias especiais, incluindo emergências médicas e cesarianas.

Realizar massagem uterina

De acordo com a OMS (2014), a massagem uterina é recomendada para o tratamento da hemorragia pós-parto assim que é diagnosticada.

A massagem uterina consiste em colocar uma mão na parte inferior do abdómen da mulher e estimular o útero através de movimentos repetitivos de massagem ou compressão. Pensa-se que a massagem estimula a contração uterina, possivelmente através da estimulação da libertação local de prostaglandinas, reduzindo assim a hemorragia (Hofmeyr et al., 2013).

Numa situação de hemorragia pós-parto deve-se iniciar imediatamente a massagem uterina externa vigorosa, levando à expulsão de sangue e coágulos que possam existir no útero e vagina (Carvalhas et al, 2018).

6.8. Especificação das intervenções

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- Dado - A M. solicita a bola de partos e questiona se é possível demonstrar alguns exercícios.
- 00:15 - Demonstrar na bola de parto movimentos de “saltitar” em cima da bola, movimentos circulares em ambos os sentidos, laterais, para a frente e para trás e sinal de infinito.

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- 00:15 - Promover ambiente calmo com intensidade da luz reduzida de acordo com as

preferências da M.
- 01:00 - Manter ambiente de acordo com as preferências da M.
- 01:35 - Manter ambiente calmo com intensidade da luz reduzida.
- 01:40 - Manter ambiente calmo.
- 02:20 - Manter ambiente calmo com intensidade da luz reduzida.
- 03:25 - Manter ambiente calmo com privacidade e intensidade da luz reduzida, de acordo com as preferências da M.
- 03:55 - Manter ambiente como anteriormente a pedido da M.
- 04:16 - Manter ambiente calmo e com privacidade.

Gerir ingestão de líquidos
- 00:15 -Oferecer água, chá ou gelatina.
- 01:00 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 01:35 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 02:20 - Oferecer água, chá ou gelatina.
- 03:25 - Oferecer água.
- 03:55 - Oferecer água.
- 04:16 - Oferecer água.

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto
- 00:15 - Sugerir ao marido que acompanhe a M. durante a realização dos exercícios com a bola de parto.
- 01:00 - Sugerir ao marido que realize uma massagem na região lombo-sagrada da M.
- 01:40 - Durante a colocação de catéter epidural, sugerir ao marido que se coloque em frente à M. e que a ajude a relaxar, respirando sempre que a M. refira que está com uma contração.
- 02:20 - Sugerir ao marido que auxilie a M. durante as mudanças de posicionamento na cama.
- 03:25 - Sugerir ao marido que auxilie a M. na posição em que se encontra.
- 03:55 - Sugerir ao marido que auxilie a M. a segurar as pernas e a juntar os joelhos durante os esforços expulsivos.
- 04:16 - Elogiar marido pelo apoio prestado à M. e parabenizar pelo nascimento do filho.

Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto
- Dado - A M. refere que tem dor mas que para já não pretende analgesia. Questiona se pode deambular e se existe mais alguma coisa que ajude a lidar com a dor.
- 01:00 - Sugerir o uso de música.
- 01:00 - Sugerir a aplicação de calor na região lombar
- 01:00 - Sugerir massagem realizada pelo marido na região lombo-sagrada (aplicar pressão moderada com as palmas das mãos fazer movimentos circulares na região lombar).

Gerir analgesia
- Dado (01:35) - A M. solicitou a colocação de catéter epidural.
- 01:35 - Referenciar à equipa de anestesia a necessidade de colocação de catéter epidural e admnistração de medicação.

- 01:40 - Assistir na colocação de catéter epidural.

Assistir no posicionar

- 01:40 - Assistir a M. a a sentar-se na cama para colocação de catéter epidural.
- Dado (01:40) - A M. refere que, após colocação de catéter epidural, pretende ficar na cama para descansar.
- 01:40 - Assistir a M. a deitar-se em decúbito lateral esquerdo conforme solicitado.
- 02:20 - Assistir a M. a durante a mudança de posicionamentos na cama.
- 03:25 - Assistir a M. na mudança de posição, elevando a cabeceira da cama e auxiliando a M. a ficar de joelhos na cama.
- Dado (03:55) - A M. refere que quer estar semi-sentada.
- 03:55 - Assistir a M. a posicionar-se em posição semi-sentada.
- 04:16 - A M. pretende manter-se na posição semi-sentada.

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- Dado - A M. refere que pretende estar na cama mas questiona se existe alguma posição corporal que facilite o trabalho de parto.
- 02:20 – Sugerir e demonstrar à M. posição deitada coloque as pernas em flexão superior a 90º, em abdução e rotação externa permitindo que aumente o estreito inferior da bacia.
- 02:20 – Sugerir e demonstrar à M. posição em decúbito lateral coloque a perna superior em flexão superior a 90º e em rotação externa. A perna inferior mantém-se em extensão. Explicar que esta posição permite a contranutação do ilíaco.
- 03:25 – Sugerir e demonstrar à M. posição onde se apoie sobre os joelhos e apoie os braços/tronco na cabeceira elevada. Explicar que quando sentir uma contração pode descer o corpo e sentar-se sobre as pernas. Referir que esta posição é facilitadora no período expulsivo.
- 03:55 - Na posição semi-sentada, que é a posição que a M. pretende estar neste momento, explicar que deve posicionar as pernas de forma a juntar os joelhos, uma vez que isto permite o aumento do diâmetro inferior da bacia.

Avaliar bloqueio motor através da escala de Bromage

- 02:20 - 1: Bloqueio parcial (capaz de elevar os joelhos).
- 03:25 - 1: Bloqueio parcial (capaz de elevar os joelhos).
- 04:27 - 1: Bloqueio parcial (capaz de elevar os joelhos).

Assistir no parto

- 03:25 - Elogiar e incentivar a M. durante os esforços expulsivos.
- 03:25 - Preparar o material para assistir no parto.
- 03:55 - Encorajar e elogiar a M. durante os esforços expulsivos.
- 04:16 - Elogiar a M. pelo último esforço para o filho nascer.
- 04:16 - Verificar presença de circulares do cordão.
- 04:16 - Registar hora do nascimento.
- 04:16 - Secar e estimular o bebé no peito da mãe.

Executar técnica de pele com pele

- 04:16 - Referir à M. e ao marido que durante o contacto pele com pele devem estar

concentrados no bebé.
- 04:16 - Posicionar o bebé sobre o peito da M. com a cabeça lateralizada, com a face, nariz e boca visíveis.
- 04:16 - Colocar gorro e cobrir o dorso do recém-nascido com lençol aquecido.
- 04:16 - Assegurar que o recém-nascido mantém a permeabilidade da via aérea, respiração regular, coloração rosada, tónus e vitalidade adequados.
- 04:27 - Devido à atonia uterina, sugerido à M. manter o contacto pele a pele com o pai.

Implementar medidas de proteção do períneo
- 04:16 - Aplicar a palma da mão direita no períneo junto à fúrcula e com a mão esquerda a controlar a saída da apresentação fetal.

Incentivar o corte do cordão umbilical pelo marido da M.
- 04:18 - Indicar ao marido da M. o local para realizar o corte do cordão umbilical e explicar que não magoa o bebé.

Referenciar hemorragia ao médico
- 04:27 - Contactado obstetra e anestesista, informados que a M. apresenta uma perda sanguínea elevada e que o útero não está contraído.

Executar técnica de pele com pele com o pai
- 04:27 - Devido à atonia uterina, sugerir à M. que o recém-nascido faça contacto pele com pele com o pai.

Realizar massagem uterina
- 04:27 - Colocar uma mão perto do osso púbico e com a outra mão, em concha, massajar firmemente o fundo uterino.
- 04:30 - Manter massagem uterina.
- 04:33 - Manter massagem uterina.
- 04:36 - Manter massagem uterina.

7. A AMEAÇA DO FIM ANTES DO TEMPO

Este caso ocorreu no internamento de grávidas/medicina-materno-fetal. Trata-se de uma ameaça de parto pré-termo. A grávida enfrenta a preocupação de que a gravidez possa terminar prematuramente.

7.1. Enquadramento teórico

A M. tem 36 anos e está grávida de 30 semanas e 4 dias. Deu entrada no serviço de urgência por lombalgias e contratilidade uterina regular, foi realizado toque vaginal, apresenta 2cm de dilatação. Ficou internada desde dia 16/10/2023 por ameaça de parto pré-termo. É a segunda gravidez, tem um filho com 4 anos. O parto anterior foi pré-termo, o filho nasceu prematuro com 36 semanas e 2 dias e não necessitou de internamento na neonatologia. Nega antecedentes pessoais relevantes e alergias.

Ontem, quando foi internada, realizou a primeira dose de betametasona e hoje vai realizar a segunda dose, para maturação pulmonar fetal.

O trabalho de parto pré-termo é definido como o nascimento entre as 20 e as 36 semanas de gestação completas. O diagnóstico de trabalho de parto pré-termo baseia-se geralmente em critérios clínicos de contrações uterinas regulares acompanhadas por uma alteração na dilatação cervical, extinção ou ambos, ou apresentação inicial com contrações regulares e dilatação cervical de pelo menos 2 cm. É importante reconhecer que o trabalho de parto pré-termo com membranas intactas não é a única causa de parto pré-termo, muitos partos pré-termo são precedidos de rutura de membranas ou de outros problemas médicos que exigem o parto (ACOG, 2016).

As causas principais do desencadeamento prematuro do trabalho de parto pré-termo espontâneo são as seguintes: hiperdistensão do miométrio e/ou alterações cervicais precoces; stress materno-fetal; e infeção fetal/materna (Graça, 2017).

Historicamente, os tratamentos não farmacológicos para prevenir partos pré-termo em mulheres com trabalho de parto pré-termo incluem repouso no leito, abstenção de relações sexuais e hidratação. Faltam evidências sobre a eficácia dessas intervenções e foram relatados efeitos adversos. As intervenções farmacológicas propostas para prolongar a gravidez incluem a utilização de fármacos tocolíticos para inibir as contrações uterinas, bem como antibióticos para

tratar a infeção bacteriana intra-uterina. Os agentes terapêuticos que atualmente se pensa estarem claramente associados a melhores resultados neonatais incluem os corticosteróides pré-natais para a maturação dos pulmões fetais e de outros sistemas de órgãos em desenvolvimento, e o uso orientado de sulfato de magnésio para a neuroproteção fetal (ACOG, 2016).

A prematuridade continua a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade perinatal, bem como de incapacidade a longo prazo. Todos os anos nascem cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros em todo o mundo. No entanto, o diagnóstico do trabalho de parto prematuro continua a ser um desafio. Apenas cerca de 10-15% das mulheres que apresentam sintomas de trabalho de parto pré-termo dão à luz nos dois a sete dias seguintes (Wagner et al., 2017).

De acordo com Gaucher et al. (2018), as mulheres em risco de parto pré-termo apresentam níveis muito elevados de ansiedade.

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 36 anos | Feminino

7.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-17 14:30:00	Nifedipina 10mg 8/8h PO	2023-10-17 14:35:00
2023-10-17 18:00:00	Betametasona 12mg IM	

7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Nifedipina

A nifedipina é um dos tocolíticos mais utilizados. Convencionalmente utilizado como agente anti-hipertensivo, foi reposicionado como tocolítico na década de 1980 devido às suas capacidades

de bloqueio dos canais de cálcio. A nifedipina é um antagonista dos canais de cálcio dependentes da voltagem do tipo L. Inibe o influxo de extrato de cálcio e inibe o influxo de cálcio extracelular nas células musculares lisas, impedindo as contracções dependentes do cálcio. A nifedipina, bem como outros tocolíticos, atuam suprimindo a contratilidade miometrial (Arman et al., 2023).

Segundo Souza et al. (2020), a sua ação leva ao relaxamento de músculos lisos, principalmente vascular, uterino e vesical. A nifedipina possui ação vasomotora, materna e fetal, e efeito vasodilatador coronariano e periférico. Os efeitos colaterais maternos da nifedipina estão bem descritos, e podem ocorrer pelo efeito vasodilatador periférico.

De acordo com Songthamwat et al. (2018), os efeitos secundários da nifedipina são: hipotensão transitória, taquicardia, rubor, cefaleias, tonturas e náuseas.

No entanto, efeitos adversos fetais são pouco conhecidos, apesar de atravessar a barreira placentária e estar presente no líquido amniótico (Souza et al., 2020).

Betametasona

A administração de corticosteróides antes do nascimento pré-termo previsto é uma das mais importantes terapias pré-natais disponíveis para melhorar os resultados dos recém-nascidos (ACOG, 2017).

Os recém-nascidos que nascem prematuramente (antes das 37 semanas de gravidez) podem ter problemas respiratórios se os seus pulmões não estiverem suficientemente desenvolvidos. Cerca de metade dos recém-nascidos nascidos antes das 28 semanas e um terço dos recém-nascidos nascidos antes das 32 semanas têm problemas respiratórios e muitos recém-nascidos não sobrevivem. Outros podem ficar incapacitados devido à falta de oxigénio que sofrem por causa das dificuldades respiratórias sentidas à nascença (McGoldrick et al., 2020).

As mulheres que podem estar em risco de ter um parto prematuro podem receber corticosteróides como a betametasona para evitar que o recém-nascido tenha problemas respiratórios depois de nascer. Os corticosteróides são medicamentos anti-inflamatórios que ajudam os pulmões do feto a amadurecer antes do nascimento. Normalmente, são administrados a mulheres com risco de parto pré-termo, geralmente sob a forma de duas injeções, embora também possam ser administrados antes de um parto pré-termo planeado e, em alguns casos, podem ser repetidos (McGoldrick et al., 2020).

Recomenda-se um único ciclo de corticosteróides para grávidas entre as 24 e as 33 semanas de gestação que estejam em risco de parto pré-termo. Deve ser realizada uma vigilância contínua dos resultados a longo prazo após a exposição a corticosteróides in útero (ACOG, 2017).

A betametasona é um corticosteróide e, de um modo geral, tem sido utilizado para o tratamento

pré-natal com o objetivo de acelerar a maturação dos órgãos fetais. Atravessa a placenta na sua forma ativa e o tratamento deve consistir em duas doses de 12mg de betametasona administradas por via intramuscular durante 24horas (ACOG, 2017).

A administração de corticoterapia pré-natal a grávidas em risco de parto pré-termo espontâneo ou induzido não só diminui o risco de morte neonatal, de síndrome de dificuldade respiratória e de hemorragia intraventricular, como diminui a incidência de enterocolite necrotizante, de necessidade de suporte ventilatório, de admissão na neonatologia e de infeções sistémicas neonatais nas primeiras 48 horas pós-parto. O seu maior benefício é atingido quando o intervalo de tempo entre o início da terapêutica e o nascimento é superior a 24 horas e até 7 dias depois. Contudo, a corticoterapia não é isenta de riscos. A curto-prazo está demonstrado que afeta a função placentária, o crescimento fetal e aumenta o risco de hipoglicemia neonatal (em pré-termos tardios). A desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal fetal e neonatal, as alterações no desenvolvimento cerebral e o impacto em vários órgãos parecem estar associados com os potenciais efeitos metabólicos, vasculares, reprodutivos e neurológicos a longo prazo (Areia et al., 2018).

7.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-10-2023 14:30	Gestação	

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

A gestação é um evento complexo e singular, envolto em modificações físicas, psicológicas e sociais, considerado natural e fisiológico, que transcorre sem intercorrências para a mulher e/ou o feto e para o qual as complicações que podem comprometer a evolução da gravidez estão previstas em apenas 20% dos casos. Nestes casos, denominados como gravidez de alto risco, uma série ampla de condições clínicas ou clínico-obstétricas, que podem ser ocasionadas pela gravidez ou pré-existentes e agravadas pela gestação, ameaçam o bem-estar materno-fetal e expõem o binómio ao risco de desfechos desfavoráveis (Rodrigues et al., 2020).

Segundo a OMS (2017), embora a maioria das gravidezes e dos partos decorra sem problemas, todas as gravidezes são de risco. Cerca de 15% de todas as mulheres grávidas desenvolverão uma complicação potencialmente fatal que requer cuidados especializados, e algumas necessitarão de uma intervenção obstétrica importante para sobreviver.

A gravidez é normalmente um período de alegria e expetativa. Pode também ser uma altura de ansiedade e preocupação. Ouvir e falar com respeito e sensibilidade com uma mulher e com a sua família pode ajudar a reforçar a confiança da mesma nos EEESMO. As mulheres que desenvolvem complicações podem ter dificuldade em falar com o EEESMO e explicar o seu problema. É da responsabilidade de toda a equipa de profissionais de saúde falar com a mulher de forma respeitosa. Concentrar-se na mulher significa que o EEESMO respeita a dignidade, privacidade e escolhas da mulher.

7.5. Dados

Gestação
17-10-2023 14:30
- Data da última menstruação: 18-03-2023.
- Teste de gravidez: positivo.

Gravidez
- Idade gestacional: 30.40 Semanas.
- Data provável de parto: 23-12-2023.
- Local de avaliação da pressão sanguínea
  - Membro superior Direita(o)
    - Pressão sanguínea sistólica: 125 mm Hg.
    - Pressão sanguínea diastólica: 71 mm Hg.
- Conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
- Saturação de oxigénio: 98%
- Frequência cardíaca: 78 bpm
- Temperatura: 36,4°C

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez [RESOLVIDO] 17-10-2023 14:35

17-10-2023 14:35
- Frequência cardíaca fetal: 134.00 bpm.
- Padrão normal de movimentos fetais.
- Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
- Idade gestacional: 30.40 Semanas.
- Conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez: facilitador.

17-10-2023 16:30
- Conhecimento sobre complicações durante a gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez [RESOLVIDO] 17-10-2023 18:00

17-10-2023 18:00
Conhecimento sobre complicações durante a gravidez: facilitador.
Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez

7.5.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados

17/10/2023 14:30h

Objetivo: Melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez

Indicador de resultado: Que a cliente conheça os efeitos terapêuticos e secundários da nifedipina

17/10/2023 16:30h

Objetivo: Melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

Indicador de resultado: Que a cliente conheça o funcionamento da unidade de neonatologia

17/10/2023 18:00h

Objetivo: Melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez

Indicador de resultado: Que a cliente conheça os efeitos terapêuticos da betametasona no feto

7.6. Diagnósticos

Gestação
17-10-2023 14:30
Gravidez
Intervenções de Enfermagem
17-10-2023 14:30 - Avaliar evolução da gravidez
Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez [RESOLVIDO] 17-10-2023 14:35
Intervenções de Enfermagem
17-10-2023 14:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez [FIM] 17-10-2023 14:35
17-10-2023 14:30 - Ensinar sobre resposta à medicação [FIM] 17-10-2023 14:35

17-10-2023 16:30

Potencial para melhorar conhecimento sobre complicações durante a gravidez

[RESOLVIDO] 17-10-2023 18:00

Intervenções de Enfermagem

17-10-2023 16:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre complicações durante a gravidez [FIM] 17-10-2023 18:00

17-10-2023 16:30 - Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez [FIM] 17-10-2023 18:00

17-10-2023 18:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez

Intervenções de Enfermagem

17-10-2023 18:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime medicamentoso durante a gravidez

17-10-2023 18:00 - Ensinar sobre resposta à medicação

7.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez

Segundo Ruhe et al. (2022), a admissão de um recém-nascido pré-termo numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN) é um acontecimento stressante e potencialmente traumático para as mães e para os pais. Pouco se sabe sobre a familiarização das mães e dos pais com o papel de mães e pais de um recém-nascido pré-termo antes da admissão na UCIN. O nascimento pré-termo é geralmente inesperado, mas pode ser precedido por uma hospitalização prolongada de uma mulher grávida de alto risco. Este período constitui uma oportunidade para preparar estas mulheres e os seus parceiros para o papel de mãe e pai na UCIN. Saber o que esperar na UCIN permite lidar mais eficazmente com o *stress* e melhora a ligação com o recém-nascido.

Também segundo Gaucher et al. (2016), as mulheres esperam receber informações sobre o ambiente da UCIN.

7.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre resposta à medicação

- Dado (14:30) - A M. questiona os efeitos terapêuticos e secundários da nifedipina.
- Explicar que a nifedipina atua como bloqueador dos canais de cálcio, relaxando a

musculatura uterina e inibindo as contrações uterinas.
- Explicar que os efeitos mais frequentes da toma de nifedipina são hipotensão, taquicardia, cefaleias, dores de cabeça, tonturas e náuseas.

Ensinar sobre complicações do compromisso da gravidez
- Dado (16:30) - A M. refere que sabe que a bebé pode nascer prematura e mostra-se preocupada com a possibilidade de internamento na neonatologia. Questiona como é o serviço de neonatologia, se pode visitar a filha e quanto tempo é que os bebés costumam ficar internados.
- Explicar à M. que o serviço de neonatologia é um local do hospital devidamente equipado e onde trabalham profissionais preparados e treinados para cuidar de recém-nascidos prematuros que exijam cuidados especiais. Normalmente os bebés permanecem internados durante dias, semanas ou por mais algum tempo dependendo do grau de gravidade da situação clínica e das complicações de saúde que possam surgir.
- Explicar à M., que caso a filha necessite de internamento na neonatologia, ela e o marido podem visitar a bebé em horários específicos.
- Explicar à M. que é um local onde existem aparelhos, fios, tubos e máquinas em volta do recém-nascido com alarmes de luz e som, de modo a avisarem os profissionais quando algo está alterado com o bebé.
- Explicar à M. que todos os bebés são diferentes e que não é possível definir o tempo de internamento. Referir que os bebés poderão ter alta quando respirarem sozinhos, conseguirem regular a sua temperatura, se conseguirem alimentar, estiverem a ganhar peso e sem outros problemas. Normalmente têm alta quando a mãe deveria estar grávida de 36-37 semanas e têm cerca de 2 kg. Alguns bebés conseguem estar aptos para alta mais cedo outros mais tarde, dependendo da idade com que nasceram e dos problemas associados.

Ensinar sobre resposta à medicação
- Dado (18:00) - Administrada segunda dose de betametasona. A M. refere que ontem não percebeu muito bem para que serve esta medicação e questiona qual é o seu efeito.
- Explicado à M. que a betametasona é um corticosteróide que ajuda os pulmões da B. a amadurecerem enquanto ainda está dentro do útero. O objetivo desta medicação é evitar que a B. tenha dificuldades respiratórias após o parto.

8. O NASCIMENTO DE UMA MÃE

Este caso ocorreu no puerpério. A puérpera encontra-se no primeiro dia pós-parto. Com o nascimento do filho também nasce uma mãe.

8.1. Enquadramento teórico

A M. tem 29 anos, 2G2P (tem um filho com 4 anos), nega antecedentes. O seu grupo de sangue é BRh+. Encontra-se no primeiro dia após parto eutócico das 18:36h do dia 27/01/2024. O parto ocorreu às 38 semanas e 3 dias e nasceu uma menina. A gravidez e o parto ocorreram sem intercorrências.

Encontra-se acompanhada pelo marido.

No decorrer desta manhã, a M. apresentou questões em relação à higiene perineal e amamentação.

A escolha deste caso destaca a importância do papel do EEESMO no apoio às puérperas durante o puerpério. Ao fornecer orientações personalizadas, suporte emocional e educação contínua, os EEESMO podem ajudar as mães a superar os desafios associados à amamentação, potenciando que esta se mantenha pelo menos até aos seis meses de vida do recém-nascido.

8.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 29 anos | Feminino

8.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-01-28 08:30:00	Paracetamol 1gr PO	

8.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Segundo Bisson et al. (2018) o mecanismo de ação do paracetamol não é totalmente compreendido. É geralmente considerado um inibidor fraco da síntese de prostaglandinas, embora um estudo tenha sugerido que parece funcionar como um inibidor seletivo da ciclooxigenase (COX)-2. O paracetamol é amplamente utilizado como analgésico de primeira linha devido ao seu excelente perfil de segurança e poucas interações medicamentosas. Quando tomado por via oral, pode produzir efeito analgésico em 40 minutos, mas há variações na biodisponibilidade. É utilizado para o tratamento da dor leve a moderada e continua a ser o analgésico de escolha em mulheres grávidas e lactantes. O uso de paracetamol é seguro para uso durante a gravidez e amamentação, e o seu uso em qualquer trimestre da gravidez não parece aumentar o risco de defeitos congénitos graves.

8.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-01-2024 08:30	Pele	
28-01-2024 08:30	Puerpério	
28-01-2024 08:30	Comportamentos de ligação mãe/pai-filho	
28-01-2024 08:30	Dor	
28-01-2024 10:15	Comportamentos para amamentar	
28-01-2024 11:00	Adaptação à parentalidade	

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

Pele

Em todos os partos ocorre algum grau de traumatismo dos tecidos moles do canal de parto e das estruturas adjacentes. A tendência para sofrer lacerações varia consoante a mulher, ou

seja, os tecidos moles de algumas mulheres podem ser menos distensíveis. Os danos são normalmente mais pronunciados em mulheres nulíparas porque os tecidos são mais firmes e resistentes do que nas mulheres multíparas. A hereditariedade também é um fator. Por exemplo, o tecido das mulheres de pele clara, não é tão facilmente distensível como o das mulheres de pele mais escura, e a cicatrização pode ser menos eficiente. Outros fatores de risco associados ao traumatismo perineal incluem o estado nutricional materno, a posição de nascimento, a anatomia pélvica (por exemplo, arco subpúbico estreito com uma saída constrita), a má apresentação e posição do feto (por exemplo, posição pélvica, posição occipital posterior), recém-nascidos grandes (macrossómicos), utilização de fórceps ou ventosa, trabalho de parto prolongado, segunda fase do trabalho de parto rápido em que não há tempo suficiente para o períneo se distender. Algumas lesões dos tecidos de suporte, quer sejam agudas ou não agudas, quer sejam reparadas ou não, podem levar a problemas geniturinários e sexuais mais tarde (por exemplo, relaxamento pélvico, prolapso uterino, cistocele, retocele, dispareunia, disfunção urinária e intestinal).

As lacerações perineais podem ocorrer durante a passagem da cabeça do feto. As lacerações podem ser classificadas como: 1.º grau (laceração que se estende pela pele e estruturas superficiais aos músculos); 2.º grau (laceração que se estende através dos músculos do corpo perineal); 3.º grau: (laceração que se prolonga através do músculo do esfíncter anal) e 4.º grau (laceração que se estende completamente através do esfíncter anal e da mucosa rectal) (Perry et al., 2018).

Puerpério

O período pós-parto é o intervalo entre a dequitadura e a recuperação dos órgãos reprodutivos ao seu estado pré-gravídico. Este período é chamado de puerpério e dura em média seis semanas. As alterações fisiológicas que ocorrem durante a reversão dos processos da gravidez são distintas, mas normais (Perry et al., 2018).

Assim, após a dequitadura, o útero inicia o processo de involução, no qual retorna progressivamente ao seu estado pré-gravídico. No final da terceira fase do trabalho de parto, o útero encontra-se na linha média, aproximadamente 2 cm abaixo do nível do umbigo, com o fundo apoiado no promontório sacral.

Passadas 12 horas, o fundo uterino pode subir aproximadamente 1 cm acima do umbigo e 24 horas após o nascimento, o útero tem aproximadamente o mesmo tamanho que tinha na 20ª semana de gestação. A involução progride rapidamente durante os próximos dias. O fundo desce 1 a 2 cm a cada 24 horas. No sexto dia pós-parto, o fundo do útero normalmente está localizado a meio caminho entre o umbigo e a sínfise púbica. O útero não deve ser palpável após 2 semanas e deve ter retornado ao seu local não gravídico até 6 semanas após o parto (Perry et al., 2018).

Após o parto, a hemóstase é alcançada principalmente pela compressão dos vasos sanguíneos intramiométricos à medida que o músculo uterino se contrai. A ocitocina, libertada pela glândula pituitária, fortalece e coordena as contrações uterinas, que comprimem os vasos sanguíneos e promovem a hemóstase. Durante as primeiras 1 a 2 horas pós-parto, as contrações uterinas podem diminuir de intensidade e tornar-se descoordenadas. Como é essencial que o útero permaneça firme e bem contraído, a ocitocina exógena é geralmente administrada por via intravenosa ou intramuscular imediatamente após a expulsão da placenta. O útero é muito sensível à ocitocina durante a primeira semana após o parto. Amamentar após o nascimento e nos primeiros dias pós-parto aumenta a libertação de ocitocina, que promove as contrações uterinas, diminuindo assim a perda sanguínea e reduzindo o risco de hemorragia pós-parto (Perry et al., 2018).

Durante o puerpério, a mulher deve ter conhecimento sobre o corrimento vaginal (lóquios), sendo que este é considerado normal até às 4-8 semanas após o parto. Nas primeiras 2 horas após o parto, a quantidade de lóquios deve ser semelhante à de um período menstrual intenso. Após esse tempo, o fluxo deverá diminuir continuamente. Nos primeiros dias, os lóquios apresentam uma coloração vermelho vivo, compostos principalmente por sangue e fragmentos deciduais e trofoblásticos, podem conter pequenos coágulos. Após 3 a 4 dias após o parto, os lóquios apresentam uma coloração mais rosada ou acastanhada compostos por sangue, leucócitos e restos de tecido. Na maioria das mulheres, cerca de 10 a 14 dias após o nascimento, os lóquios apresentam uma coloração amarelada a branca, compostos por leucócitos, decídua e células epiteliais. Os lóquios devem ter um odor idêntico à menstruação e um odor desagradável pode indicar infeção. Com efeito, a puérpera deve ser instruída a manter uma adequada higiene perineal, principalmente na presença de ferida perineal, com o objetivo de prevenir a infeção (Perry et al., 2018).

No decorrer do puerpério, a frequência cardíaca aumenta imediatamente após o parto e pode permanecer elevada durante a primeira hora. A bradicardia no puerpério é comum, com a frequência cardíaca diminuindo para 40 a 50 batimentos/minuto. A função respiratória retorna rapidamente aos níveis pré-gravídicos (Perry et al., 2018).

O puerpério é uma fase com muitas alterações a nível hormonal e consequentemente alterações do ponto de vista emocional. É uma fase de reflexão retrospetiva do decorrer do parto, bem como das alterações ao estilo de vida e das novas rotinas recorrentes da integração do recém-nascido. É importante que a puérpera e as pessoas significativas sejam capazes de distinguir sinais de *blues* pós-parto e de depressão pós-parto e reconhecer a necessidade de ajuda profissional. Durante o *blues* pós-parto, as mulheres muitas vezes choram facilmente sem razão aparente. Esta labilidade parece atingir o seu pico por volta do quinto dia e diminuir no décimo dia pós-parto. Outros sintomas do *blues* pós-parto são: inquietação, fadiga, insónia, dor de cabeça, ansiedade, tristeza e raiva. Os sinais de depressão pós-parto, que pode começar em qualquer altura do primeiro ano, são os mesmos sinais que o *blues* pós-parto, mas duram mais

tempo e são mais graves. Por vezes estão presentes pensamentos de se magoar a si própria ou ao seu filho e pode existir falta de interesse pelo mesmo (Perry et al., 2018).

Dor (períneo)

A dor perineal sentida pelas mulheres com traumas perineais pode afetar a qualidade de vida e interferir nas atividades de vida diárias e necessidades fisiológicas.

Com efeito, a dor perineal pode impactar a vida diária da puérpera, dificultando ou mesmo impedindo a realização de atividades básicas, tais como sentar, deitar, deambular, além de comprometer a realização da higiene íntima e da eliminação urinária e intestinal (Silva et al., 2018).

Nesta fase é importante promover o conforto da puérpera, através de uma gestão adequada da analgesia e/ou promoção de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor como a aplicação de gelo (Perry et al., 2018).

Comportamentos para amamentar

Segundo a OMS (2018a), a amamentação é a norma biológica para todos os mamíferos, incluindo os humanos. A amamentação é fundamental para atingir os objetivos globais em matéria de nutrição, saúde e sobrevivência, crescimento económico e sustentabilidade ambiental. A OMS recomenda que a amamentação seja iniciada na primeira hora após o nascimento, continuado exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida e prosseguido, com alimentos complementares seguros e adequados, até aos 2 anos ou mais.

De acordo com a OMS (2018a), globalmente, uma minoria dos recém-nascidos e crianças cumpre estas recomendações: apenas 44% dos recém-nascidos iniciam a amamentação na primeira hora após o nascimento e 40% de todos os bebés com menos de 6 meses de idade são amamentados exclusivamente. Aos 2 anos de idade, 45% das crianças ainda estão a ser amamentadas. A amamentação em exclusivo durante 6 meses fornece nutrientes e energia necessários para o crescimento e desenvolvimento físico e neurológico. Para além dos 6 meses, a amamentação continua a fornecer energia e nutrientes de alta qualidade que, em conjunto com uma alimentação complementar segura e adequada, ajudam a prevenir a fome, a subnutrição e a obesidade. A amamentação garante a segurança alimentar dos bebés.

O estudo “Association between characteristics at birth, breastfeeding and obesity, in 22 countries. The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017“, indica que Portugal apresentou uma taxa de amamentação de 87,1%, mas somente 21% das mães amamentaram exclusivamente 6 ou mais meses (Rito et al., 2019).

Segundo Verga & Galvão (2022), em Portugal, apesar dos incentivos à promoção da amamentação, a prevalência desta mantém-se longe do desejado, sendo exigido um

aprofundamento dos fatores que contribuem para esse declínio: uns correntemente identificados, outros de difícil reconhecimento e outros ignorados. Os dados mais recentes demonstram que, continuamente, e não obstante a elevada incidência da amamentação na primeira hora de vida, a maioria das mães portuguesas não cumpre o seu desejo de amamentar, desistindo precocemente.

É fulcral admitir a pluralidade de fatores que influenciam a amamentação, podendo afetar positiva ou negativamente o seu sucesso, tornando-se, então, um desafio para os EEESMO. É preponderante que os EEESMO sejam detentores de um vasto património teórico e prático para que a educação em saúde face à amamentação seja direcionado e eficaz, na promoção de sentimentos de competência e confiança materna, para o bem-estar do recém-nascido mas também como contribuição em saúde (Verga & Galvão, 2022).

De acordo com DGS (2015), para que a amamentação tenha sucesso e decorra sem intercorrências, devem conjugar-se três fatores: o desejo e a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte à amamentação.

O leite materno é um alimento vivo, completo e natural que possui a composição nutricional perfeitamente ajustada às necessidades do recém-nascido. Sofre alterações ao longo do tempo, respondendo à crescente exigência de nutrientes que ocorre com o crescimento. Para além de nutrientes possui outras substâncias com capacidade imunomoduladora, bem como centenas de espécies de bactérias benéficas, tornando o leite materno inimitável. É adequado a quase todos os recém-nascidos, sendo raras as exceções (Perry et al., 2018).

Existem inúmeras provas sobre os benefícios da amamentação para os recém-nascidos, com alguns dos benefícios a prolongarem-se até à idade adulta. Por exemplo, os recém-nascidos amamentados têm uma menor incidência de infeções do trato respiratório, otite média, infeções gastrointestinais e síndrome da morte súbita do lactente. A amamentação está associada a benefícios para a saúde das mães, como a redução do risco de cancro da mama e do cancro do ovário. Os benefícios psicológicos para as mães incluem uma maior ligação mãe-filho. Para muitas mulheres, a amamentação está associada a uma sensação de poder na capacidade de fornecer nutrição ao filho. O leite está sempre pronto a ser ingerido e à temperatura correta. O leite materno não tem custos pelo que a amamentação representa uma poupança significativa para as famílias (Perry et al., 2018).

Após o nascimento do recém-nascido, uma queda abrupta da progesterona desencadeia a libertação de prolactina pela hipófise anterior. Durante a gravidez, a prolactina estimula a glândula mamária para secretar leite e, durante a lactação, para sintetizar e secretar leite. Os níveis de prolactina são mais elevados durante os primeiros 10 dias após o nascimento, diminuindo gradualmente ao longo do tempo, mas permanecendo acima dos níveis de base durante a lactação. A prolactina é produzida em resposta à sucção do recém-nascido e ao esvaziamento das mamas. A produção de leite é um sistema de oferta e procura (ou seja, à

medida que o leite é retirado da mama, é produzido mais).

Para além da prolactina, a ocitocina é essencial para a lactação. Quando o mamilo é estimulado pela sucção do recém-nascido, a hipófise posterior é estimulada pelo hipotálamo a produzir oxitocina. Esta hormona é responsável pelo reflexo de ejeção do leite.

O primeiro leite presente nas mamas é o colostro. O colostro, produzido em pequenas quantidades nos primeiros dias após o parto, é rico em componentes imunológicos, como a IgA secretora, a lactoferrina e os leucócitos, bem como em fatores de desenvolvimento, como o fator de crescimento epidérmico. O colostro também contém concentrações relativamente baixas de lactose, indicando que as suas funções primárias são imunológicas e não nutricionais (Ballard & Morrow, 2013). O colostro tem ainda propriedades laxantes, que atuam no recém-nascido de modo a estimular a eliminação de mecónio e, consequentemente, o excesso de bilirrubina, prevenindo a icterícia (Perry et al., 2018).

Entre o 3.º e o 5.º dia após o parto, ocorre a “subida” ou “descida” do leite, onde o colostro passa a leite de transição. Nesta fase (lactogénese II), há um aumento da produção de leite para apoiar as necessidades nutricionais e de desenvolvimento do recém-nascido. Por volta do 20.º dia pós-parto, o leite humano é considerado maduro. Nesta fase (lactogénese III), o leite humano permanece relativamente semelhante em termos de composição, com um alto teor de gordura e lactose, embora com um aumento da produção durante alturas de maior demanda (picos de crescimento) (Perry et al., 2018).

Adaptação à parentalidade

O nascimento de um filho é um acontecimento que altera, transforma e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores. Neste sentido, o internamento pós-parto é um período intenso nesta adaptação parental aos novos papéis (Silva & Carneiro, 2014).

A parentalidade é um processo de adaptação e transição de papéis. A transição é um processo contínuo à medida que as mães e os pais e o filho se desenvolvem e mudam.

De acordo com Cardoso (2011), a transição pode ser definida como uma experiência humana, descrita como o conjunto de respostas, ao longo do tempo, moldada pelas condições pessoais e ambientais, pelas expectativas e perceções dos indivíduos, pelos significados atribuídos a essas experiências, pelos conhecimentos e habilidades na gestão das modificações, bem como pelo impacto destas modificações na perceção individual de bem-estar. A transição para a parentalidade corresponde a um processo irreversível, com início durante a gravidez, que gera mudanças pessoais e interpessoais, que acontecem à medida que cada mulher se concebe como mãe e cada homem se concebe como pai de um filho.

A adaptação envolve uma estabilização das tarefas e uma aceitação dos compromissos. As

mães e os pais demonstram uma competência crescente nas atividades de cuidados com a criança e tornam-se cada vez mais sintonizados com o comportamento do seu filho (Perry et al., 2018).

A parentalidade é considerada uma transição de desenvolvimento. A transição para a parentalidade é descrita como um período de desordem e desequilíbrio, bem como de satisfação, para as mães e pais. Para a maioria das mães e pais, a transição para a parentalidade é uma oportunidade e não um momento de perigo. As mães e os pais experimentam novas estratégias para lidar com a situação enquanto trabalham para dominar os seus novos papéis e atingir novos níveis de desenvolvimento. À medida que vão ultrapassando a transição, é frequente encontrarem força pessoal e recursos (Perry et al., 2018).

8.5. Dados

Dor
28-01-2024 08:30
- **Dor**
  - Localização da dor
    - Períneo
      - Intensidade da dor - 4.
      - frequência da dor - contínua.
      - dor de tipo - moedeira.

28-01-2024 09:10
- Localização da dor
  - Períneo
    - Intensidade da dor - sem dor.

Pele
28-01-2024 08:30
- **Ferida cirúrgica**
  - Localização da ferida cirúrgica
    - Períneo
      - Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.
      - Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
      - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.

Puerpério
28-01-2024 08:30
- **Puerpério**
  - Contração do útero pós-parto: útero contraído.
  - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.
  - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.
Pressão sanguínea diastólica: 67 mmHg.
Frequência cardíaca: 68 bpm.
Saturação de oxigénio: 99%.
Temperatura: 36,4°C.

Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto [RESOLVIDO] 28-01-2024 09:10

28-01-2024 09:10

Coloração dos lóquios: hemáticos .
Quantidade de lóquios: conforme a esperada.
Cheiro dos lóquios: sui generis.
Involução uterina: conforme o esperado.
Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: facilitador.

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

28-01-2024 08:30

Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

Ligação mãe/pai-filho

Comportamentos para amamentar

28-01-2024 10:15

Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.
Adota posição confortável para facilitar o mamar.
Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.
Utiliza estratégias para estimular o mamar.
Pega adequada (Não).
Conhecimento sobre amamentação: facilitador.
Capacidade para amamentar

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para amamentar: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Mamas moles com presença de colostro
Mamilos proeminentes e íntegros

Potencial para melhorar capacidade para amamentar [RESOLVIDO] 28-01-2024 12:45

Amamentação

28-01-2024 12:45

Capacidade para amamentar

Dispositivo: Nenhum - Capacidade para amamentar: facilitadora.

Oferece a mama quando reconhece sinais de fome [MANTEVE].
Adota posição confortável para facilitar o mamar [MANTEVE].
Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade [MANTEVE].
Utiliza estratégias para estimular o mamar [MANTEVE].
Pega adequada [MELHOROU].

Adaptação à parentalidade

28-01-2024 11:00

Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido [RESOLVIDO] 28-01-2024 12:45
28-01-2024 12:45
Conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido: facilitador.

8.5.1. A evolução do cliente; indicadores de resultados

28/01/2024 08:30h

Objetivo: Melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto

Indicador de resultado: Que a cliente perceba como deve ser realizada a higiene perineal

28/01/2024 10:15h

Objetivo: Melhorar melhorar capacidade para amamentar

Indicador de resultado: Que a cliente seja capaz de assegurar uma boa pega durante a mamada

28/01/2024 11:00h

Objetivo: Melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido

Indicador de resultado: Que a cliente reconheça que não deve colocar brinquedos no berço da B.

8.6. Diagnósticos

Dor
28-01-2024 08:30
Dor
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da dor
28-01-2024 08:30 - Gerir analgesia [FIM] 28-01-2024 09:10
28-01-2024 08:30 - Aplicar frio [FIM] 28-01-2024 09:10
Pele
28-01-2024 08:30
Ferida cirúrgica
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica

Puerpério
28-01-2024 08:30
Puerpério
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto
Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto [RESOLVIDO] 28-01-2024 09:10
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto [FIM] 28-01-2024 09:10
28-01-2024 08:30 - Ensinar sobre higiene perineal [FIM] 28-01-2024 09:10
Comportamentos de ligação mãe/pai-filho
28-01-2024 08:30
Ligação mãe/pai-filho
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 08:30 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho
Comportamentos para amamentar
28-01-2024 10:15
Potencial para melhorar capacidade para amamentar [RESOLVIDO] 28-01-2024 12:45
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 10:15 - Avaliar evolução da capacidade para amamentar [FIM] 28-01-2024 12:45
28-01-2024 10:15 - Instruir a amamentar [FIM] 28-01-2024 12:45
28-01-2024 10:15 - Treinar amamentar [FIM] 28-01-2024 12:45
Amamentação
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 10:15 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar
28-01-2024 12:45 - Assistir na amamentação
Adaptação à parentalidade
28-01-2024 11:00
Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido [RESOLVIDO] 28-01-2024 12:45
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da segurança do recém-nascido [FIM] 28-01-2024 12:45
28-01-2024 11:00 - Ensinar sobre medidas de segurança: brinquedos [FIM] 28-01-2024 12:45

8.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Aplicar frio

Peleckis et al. (2017) sugerem que sejam oferecidas às mulheres diferentes medidas de alívio para dor perineal após o parto vaginal. Embora a administração de analgésicos e anti-inflamatórios seja o tratamento convencional para este desconforto, ocasionalmente, pode haver suplementação por medidas não farmacológicas, como o gelo.

Segundo Paiva et al. (2016), o gelo trata-se de um tratamento de baixo custo, fácil de preparar, não invasivo e compatível com a amamentação. As respostas fisiológicas locais após a aplicação de gelo são a diminuição da temperatura tecidual e do metabolismo celular. Como resultado, as respostas circulatórias e inflamatórias são modificadas, reduzindo a dor, o espasmo muscular e o edema. No entanto, a evidência encontra-se limitada quanto à duração e aos intervalos entre as aplicações de gelo.

Ensinar sobre higiene perineal

Segundo a NICE (2021), recomendações sobre como manter uma boa higiene perineal podem prevenir infeções ou complicações. A puérpera deve ser orientada sobre a importância de uma boa higiene perineal, incluindo banho diário do períneo, mudança frequente do penso higiénico e lavagem das mãos antes e depois de fazer isso.

Segundo a North Metropolitan Health Service (2022), a zona perineal deve ser mantida limpa e seca. Deve ser recomendado à puérpera lavar as mãos antes e depois de ir à casa de banho/mudar os pensos higiénicos, de forma a reduzir o risco de infeção. A puérpera deve lavar a zona perineal com água morna e secar por preensão depois do banho e após urinar e/ou evacuar. Os pensos devem ser mudados regularmente.

De acordo com Mesquita et al. (2011), deve ser referido à puérpera a importância de mudar o penso higiénico de 2/2h, de forma a diminuir o risco de infeção e promove a cicatrização.

Instruir a amamentar

Segundo a CIPE (2019) (p.78), instruir é *"ensinar: fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa"*.

De acordo com a OMS (2018a), embora a amamentação seja um comportamento humano natural, a maioria das mães precisa de ajuda do EEESMO para adquirir competências sobre a amamentação. Mesmo as mães com outros filhos encontram novos desafios ao amamentar um recém-nascido. Intervenções realizadas ao nível do posicionamento e da pega podem evitar problemas futuros na amamentação. As recomendações e o apoio frequentes ajudam a reforçar a confiança materna. O EEESMO deve fornecer apoio emocional e motivacional e fomentar o desenvolvimento de competências que permitam às mães amamentar com sucesso. O internamento no puerpério é uma oportunidade única para apoiar a mãe com questões ou problemas relacionados com a amamentação e para a capacitar.

Miranda et al. (2017) referem que para o sucesso da amamentação, no período de internamento

pós-parto, os EEESMO devem instruir as mães.

Segundo a DGS (2015), a observação e promoção de uma boa pega, evita que surjam dificuldades durante a amamentação.

Ensinar sobre medidas de segurança: brinquedos

Segundo Moon et al., (2022), é recomendado manter objetos, como almofadas, brinquedos, mantas etc, longe da área de sono do recém-nascido para reduzir o risco de síndrome de morte súbita, asfixia e estrangulamento.

8.7. Especificação das intervenções

Gerir analgesia

- Dado (08:30) - A M. refere dor na região do períneo e solicita medicação.
- 08:30 - Administrada medicação conforme prescrição.

Aplicar frio

- 08:30 - Oferecido gelo à M. para aplicar no períneo.

Ensinar sobre higiene perineal

- Dado (08:30) - A M. questiona que cuidados deve ter ao lavar o períneo.
- Explicar que deve manter a zona perineal limpa e seca.
- Explicar que deve lavar a zona perineal com água morna e secar por preensão depois do banho e após urinar e/ou evacuar.
- Explicar que deve manter o penso higiénico, o mais limpo possível, mudando-o regularmente.
- Explicar que deve lavar as mãos antes e depois de: ir à casa de banho, trocar o penso higiénico e/ou lavar a zona perineal.

Treinar amamentar

- 10:15 - Observada M. a colocar a B. na mama.

Instruir a amamentar

- Dado (10:15) - Dado - A M. refere que a B. não está a fazer uma boa pega e questiona se é possível ajudá-la. Foi observada a mamada da B., observou-se que o lábio inferior não se encontrava virado para fora e estava a abocanhar o mamilo invés de abocanhar a aréola.
- 10:15 - Sugerir à M. que adote uma posição confortável.
- 10:15 - Demonstrar posição corporal correta da B.: cabeça, ombros e as nádegas formem uma linha reta; bebé virado para a mama, de forma a que o nariz fique em direção ao mamilo.
- 10:15 - Demonstrar que deve colocar o dedo polegar acima da aréola e restantes abaixo da mesma, formando um “C” com a mão, evitando segurar a mama muito próximo do

mamilo. Deve ainda oferecer à B. toda a mama e não somente o mamilo.

- 10:15 - Seguidamente, demonstrar à M. que toque com o mamilo nos lábios da B. para que ela abra a boca e abocanhe a mama. Deve apontar o mamilo em direção ao céu da boca da B. O lábio inferior da bebé deve ficar abaixo do mamilo virado para fora e o queixo deve tocar na mama.

Ensinar sobre medidas de segurança: brinquedos

- Dado (11:00) - Após amamentar a M. colocou a B. no berço em decúbito dorsal e com os pés encostados no fundo do berço. No entanto, dentro do berço, ao lado da B., encontrava-se um "doudou".
- 11:00 - Explicar à M. que devem ser removidos brinquedos que possam acidentalmente cobrir a cara da B. pelo risco de asfixia.

9. UM MUNDO NOVO PARA DESCOBRIR

Este caso ocorreu no puerpério. É o primeiro dia de vida do recém-nascido, há um mundo novo para descobrir.

9.1. Enquadramento teórico

A B. nasceu dia 27 de Janeiro de 2024 pelas 18:36h por parto eutócico e APGAR 9/10/10. À nascença tinha 3230g de peso, 48cm de comprimento e 33 cm de perímetro cefálico. Realizou contacto pele com pele com a M. imediatamente após o nascimento e iniciou a amamentação na primeira hora de vida.

Foi realizado o exame físico à B., que se encontrava sem alterações.

9.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 1 dia | Feminino

9.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-01-2024 08:30	Recém-nascido	

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

Recém-nascido

O período neonatal corresponde ao período desde o nascimento até ao 28.º dia de vida. Durante este período, o recém-nascido tem de fazer muitas adaptações fisiológicas e comportamentais à vida extra-uterina. As tarefas de adaptação fisiológica são aquelas que envolvem: estabelecer e manter a respiração; ajustar-se às alterações circulatórias; regular a temperatura; ingerir, reter e digerir nutrientes; eliminar resíduos; e regular o peso. As tarefas comportamentais incluem: estabelecer um ritmo comportamental regulado, independente da mãe, o que envolve a autorregulação da excitação, a auto-monitorização das mudanças de estado e a regulação do sono; processar, armazenar e organizar múltiplos estímulos; e estabelecer uma relação com os cuidadores e o ambiente.

O recém-nascido de termo normalmente faz estes ajustes com pouca ou nenhuma dificuldade. As principais adaptações associadas à transição da vida intra-uterina para a vida extra-uterina ocorrem durante as primeiras 6 a 8 horas após o nascimento. Este período de transição representa um momento de vulnerabilidade para o recém-nascido e justifica uma observação cuidadosa (Perry et al., 2018).

O índice de Apgar é efetuado um e cinco minutos após o nascimento permite uma avaliação rápida da transição do recém-nascido para a vida extra-uterina com base em cinco sinais que indicam o estado fisiológico do recém-nascido: frequência cardíaca, com base na auscultação com um estetoscópio ou palpação do cordão umbilical; esforço respiratório, com base no movimento observado da parede torácica; tónus muscular, com base no grau de flexão e movimento das extremidades; irritabilidade reflexa, com base na resposta à sucção das narinas ou da nasofaringe; e cor generalizada da pele, descrita como pálida, cianótica ou rosada. As pontuações de 0 a 3 indicam sofrimento grave, as pontuações de 4 a 6 indicam dificuldade moderada e as pontuações de 7 a 10 indicam que o recém-nascido está a ter pouca ou nenhuma dificuldade de adaptação à vida extra-uterina. Para pontuações inferiores a 7 aos 5 minutos, a avaliação deve ser repetida de 5 em 5 minutos até um máximo de 20 minutos (Perry et al., 2018).

Após o nascimento, o coto umbilical apresenta um aspeto gelatinoso e esbranquiçado. No segundo ou terceiro dia de vida o cordão começa a secar e torna-se mais escuro. É expectável que entre o décimo e o décimo quarto dia após o nascimento o coto umbilical caia espontaneamente.

O objetivo dos cuidados com o cordão umbilical é prevenir ou diminuir o risco de hemorragia e infeção. A OMS (2022c), recomenda a manutenção do coto umbilical limpo e seco sem uso de soluções antisséticas. O coto deve ser limpo diariamente ou se estiver sujo com urina ou fezes.

Com efeito, durante este período, é importante que as mães e os pais adquiram conhecimento e capacidade para cuidar do coto umbilical, prevenindo a infeção. Assim, devem estar informados à cerca dos sinais de infeção do coto umbilical, como a presença de edema, exsudado, mau odor, eritema da pele circundante ou dor do recém-nascido quando manipulado (Perry et al., 2018).

9.4. Dados

Recém-nascido
28-01-2024 08:30
Recém-nascido

9.5. Diagnósticos

Recém-nascido
28-01-2024 08:30
Recém-nascido
Intervenções de Enfermagem
28-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical
28-01-2024 08:30 - Avaliar evolução do estado da pele peri-umbilical
28-01-2024 08:30 - Realizar exame físico ao recém-nascido

9.5.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

Realizar exame físico ao recém-nascido

O exame físico ao recém-nascido oferece uma oportunidade única para o reconhecimento precoce de quaisquer problemas que o recém-nascido possa ter. A incapacidade do recém-nascido para fornecer informações verbais testa a acuidade das capacidades do profissional de saúde. Desta forma, a observação ou inspeção, é a técnica de avaliação física mais importante que os profissionais devem dominar. É efetuado um exame físico completo durante as primeiras horas após o nascimento. A partir daí, são efetuados exames diários e de alta. Deve ser realizado pelo menos um exame físico completo do recém-nascido nas 24 horas após o nascimento. É essencial manter o recém-nascido quente durante o exame. Depois de o recém-nascido ser despido, a prevenção da perda de calor é crucial para o seu conforto e para a

manutenção da temperatura e da glicose. É também importante acalmar o recém-nascido antes de iniciar o exame, um recém-nascido calmo proporciona a melhor oportunidade para a recolha de dados. Durante a realização do exame físico, o recém-nascido deve ser manuseado com cuidado. A avaliação física do RN deve ser realizada de forma sequencial, idealmente da cabeça para os pés (orientação cefalocaudal) e da parte da frente para a parte de trás. É importante ter em atenção que o exame físico deve começar pelos procedimentos de menor estímulo e que requerem mais tranquilidade e realizar os procedimentos mais incomodativos no final (Tappero & Honeyfield, 2019).

9.6. Especificação das intervenções

Realizar exame físico ao recém-nascido

- Gerir ambiente: assegurar uma temperatura ambiente adequada (21-24°C), sem exposição a correntes de ar; Realizar o exame em um ambiente tranquilo e calmo, assegurando uma adequada iluminação à luz natural; Manusear o recém-nascido de forma suave e segura.
- Explicar procedimento à mãe e solicitar consentimento.
- Lavar as mãos.
- Pedir à mãe para despir a B.
- Observar movimentos: espontâneos e ativos.
- Observar choro: vigoroso.
- Observar tónus muscular: normal.
- Observar crânio: sem alterações.
- Observar couro cabeludo: pele íntegra, sem alterações.
- Observar fontanelas: sem alterações.
- Observar olhos: escleróticas brancas, sem secreções.
- Observar nariz: sem alterações.
- Observar boca: movimentos ativos da língua.
- Observar pescoço: movimentos simétricos.
- Observar pele e mucosas: rosadas; presença de vérnix caseosa.
- Observar ombros, braços e mãos: movimentos presentes e simétricos; ombros alinhados.
- Observar tórax: movimentos respiratórios simétricos.
- Observar abdómen: coto do cordão umbilical com clamp apertado e em processo de mumificação; pele peri-umbilical sem sinais inflamatórios.
- Observar genitais e ânus: sem alterações.
- Observar ancas, pernas e pés: movimentos dos membros presentes e simétricos.
- Observar costas: sem alterações.
- Observar reflexos: reflexo de sucção presente.
- Presença de pulseira de segurança.

10. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Os enfermeiros especialistas possuem um conjunto de competências comuns definidas pelo Regulamento n.º 140/2019, que são aplicáveis em todos os contextos e estão organizadas em domínios como responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante os estágios clínicos foi mantida confidencialidade das informações clínicas dos clientes. Para além disto, na prestação de cuidados foi garantida a dignidade, autonomia e respeito pelas escolhas das mulheres e famílias. Os cuidados prestados foram alvo de uma constante avaliação e reflexão sobre as minhas próprias ações e decisões.

No decorrer do estágio clínico, desenvolvi também a capacidade de planear e implementar planos de cuidados que dão resposta às necessidades específicas das mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto.

Nos diversos contextos clínicos, a colaboração com outros profissionais de saúde como médicos permitiu-me reconhecer quando deveria referenciar ou reportar certas situações como por exemplo uma hemorragia pós-parto ou uma monitorização CTG suspeita ou patológica.

Os estágios clínicos são uma oportunidade para a aquisição de conhecimentos e competências, permitindo a atualização constante da evidência. A reflexão crítica sobre a prática pessoal, incluindo a autoavaliação e a discussão de casos clínicos com os tutores permitiram a melhoria contínua.

Segundo o Regulamento n.º 391/2019 (p.13565), as competências específicas do EEESMO são as seguintes:

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

É também referido no Regulamento n.º 391/2019 (p.13561) que o EEESMO:

> *"assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de*

> *baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos e processos de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher e intervenções autónomas e interdependentes em todas as situações de médio e alto risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos patológicos e processos de vida disfuncionais no ciclo reprodutivo da mulher.".*

Desta forma, no decorrer dos estágios foram adquiridas e desenvolvidas algumas competências que passo a mencionar de seguida.

No estágio de bloco de parto, a competência desenvolvida foi "cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto". Durante o parto, e de acordo com o regulamento nº391/2019, o EEESMO é responsável por prestar assistência à mulher que vivencia os processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto.

Os cuidados prestados pelos EEESMO são de excelência e baseados em evidência científica.

O EEESMO tem um papel fundamental na promoção da saúde da mulher durante o trabalho de parto, no diagnóstico precoce e na prevenção de complicações da mulher e do recém-nascido e na promoção de uma transição adequada do recém-nascido para a vida extrauterina. Durante o estágio realizado no bloco de partos, estes aspetos foram cuidadosamente considerados, com o intuito de proporcionar segurança à mulher e à sua família durante o trabalho de parto, e de satisfazer, sempre que possível, as suas expectativas.

Durante o estágio, as intervenções implementadas eram baseadas em evidência, garantindo um ambiente seguro para a mulher durante o trabalho de parto, de forma a promover o conforto e bem-estar da mesma.

Era sempre questionado à grávida se tinha plano de parto ou quais eram os seus desejos para o parto, de forma a garantir intervenções individualizadas. No entanto, existiram situações em que alguns pedidos realizados pela mulher nem sempre foram possíveis de cumprir, como por exemplo a realização de episiotomia mas, quando isto acontecia era previamente explicado com clareza o motivo pelo qual não tinha sido cumprido.

Para promover a ligação mãe/pai e recém-nascido existem algumas intervenções que podem ser implementadas pelos EEESMO. Durante o estágio, foi promovido o contacto pele com pele logo após o nascimento e o corte do cordão umbilical pelo pai com o objetivo de promover a vinculação.

A promoção, proteção e apoio na amamentação é realizada no bloco de partos através do incentivo para a amamentação na primeira hora de vida. É prestado apoio e assistência às mulheres durante este processo.

Durante o estágio, tive a oportunidade de realizar 41 partos eutócicos, assistir 22 partos por ventosa/fórceps e prestei cuidados a 63 puérperas e a 63 recém-nascidos. Para além disto, tive

a oportunidade de acompanhar várias mulheres desde a primeira até à quarta fase do trabalho de parto.

As intervenções e as atividades são identificadas de acordo com evolução do trabalho de parto. Com efeito, ao longo do estágio, fui desenvolvendo e adquirindo competências, o que me permitiu prestar cuidados às mulheres e aos recém-nascidos de forma cada vez mais autónoma. Assim, fui progressivamente aprimorando os meus conhecimentos e competências. Numa fase inicial, observar alguns procedimentos realizados pelo EEESMO permitiram-me consolidar os conhecimentos adquiridos anteriormente. A orientação recebida pelas tutoras foi fundamental neste processo, era sempre debatido o que era feito, como era feito e o motivo pelo qual era feito. O feedback que recebia das tutoras após realizar alguma intervenção permitiu-me melhorar a minha conceção de cuidados e adquiri maior segurança e autonomia nos cuidados prestados às mulheres e aos recém-nascidos. Isto permitiu-me desempenhar as minhas intervenções de forma mais eficaz e independente, contribuindo sempre para a prestação de cuidados baseados em evidência. Ao longo do estágio, a minha capacidade de responder às necessidades das mulheres e de realizar procedimentos com destreza foi evoluindo. Este processo contínuo de aprendizagem foi essencial para o desenvolvimento de competências.

Com a realização dos partos desenvolvi competência em relação à monitorização do trabalho de parto, referenciando, sempre que necessário, situações de risco materno-fetal durante o trabalho de parto à equipa médica. Desenvolvi também competência na identificação de desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto e, sempre que se justificava, foram referenciadas as situações à equipa médica. Alguns desvios ao padrão normal de evolução do trabalho de parto que verifiquei durante os estágios foram, por exemplo, desacelerações prolongadas (diminuição da FCF abaixo da linha de base, igual ou maior que 15 bpm com duração maior que dois minutos e inferior a 10 minutos) e situações em que o trabalho de parto não evoluía.

Dos 41 partos realizados, em 8 foram executadas episiotomias, em 15 forma corrigidas lacerações de 1.º e 2.º grau e 18 apresentaram períneo íntegro. As episiotomias forma realizadas quando identifiquei palidez do períneo com o estiramento, acompanhado de tecidos com pouca elasticidade, tensos ao toque e/ou friáveis. Quando justificado, a incisão foi realizada no momento da contração uterina, na direção medio-lateral (menor risco de atingimento da mucosa anal quando comparada com a incisão mediana) e sempre com o consentimento informado da mulher, solicitado antes de executar a técnica. As episiotomias e as lacerações permitiram-me realizar episiorrafias ou perineorrafias.

Após o nascimento, o recém-nascido era avaliado em relação à adaptação à vida extrauterina e, se necessário, era contactado o pediatra.

Além disso, foram também prestados cuidados a grávidas com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e/ou trabalho de parto, como grávidas com pré-eclampsia,

diabetes gestacional, restrições de crescimento intrauterino, entre outros.

Durante o estágio, após a dequitadura, uma das parturientes teve uma atonia uterina. Esta emergência obstétrica permitiu-me colocar em prática, o que tinha aprendido nas aulas e, uma vez que estava informada sobre o protocolo implementado no serviço, consegui prestar cuidados a esta mulher em conjunto com a equipa médica. Numa situação de emergência obstétrica, o trabalho em equipa é de extrema importância, pois permite uma resposta rápida, eficaz e coordenada para garantir a segurança da mulher. Durante esta situação, cada profissional tinha a sua função definida, de forma a otimizar o processo de resposta à emergência.

Neste estágio, prestei cuidados a uma mulher grávida de 33 semanas com diagnóstico de morte fetal. Esta situação fez-me refletir sobre os cuidados prestados às mulheres que passam pelo processo de ver nascer um filho morto. A experiência de prestar cuidados a esta mulher foi profundamente impactante e fez-me refletir sobre a forma como era estabelecida a comunicação, de forma a fornecer informações claras e apoio emocional à mulher e à pessoa significativa. Fez-me também refletir sobre a importância de respeitar a autonomia e as decisões da mulher durante o processo de parto e nascimento do filho, sendo importante fornecer informações completas e imparciais sobre as opções de cuidados e respeitar as escolhas individuais da mulher. Esta situação ajudou-me a desenvolver competências e a querer explorar mais esta área, uma vez que me senti pouco preparada para enfrentar a situação referida.

Assim, os EEESMO desempenham um papel crucial na promoção da saúde materna durante o trabalho de parto e na garantia de cuidados seguros e eficazes para as mulheres e recém-nascidos.

No estágio de internamento de grávidas/medicina materno-fetal a competência desenvolvida foi “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal”. Durante a gravidez e de acordo com o regulamento n.º 391/2019, o EEESMO é responsável por prestar assistência à mulher que vivencia os processos de saúde/doença durante o período pré-natal. Com efeito, o EEESMO é responsável por cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, com o objetivo de a potenciar a sua saúde e detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

O período pré-natal de uma mulher que vivencia um processo de doença pode representar um momento crítico, exigindo cuidados específicos e intervenções especializadas para garantir a saúde e bem-estar, tanto da mulher como do recém-nascido.

Durante o estágio, prestei cuidados a 54 mulheres com patologia materna e/ou fetal (mulheres com placenta prévia, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento uterino, entre outros), onde a vigilância da gravidez é muito importante. A vigilância durante o

internamento permite acompanhar o estado de saúde da grávida e ajuda a identificar precocemente qualquer complicação ou agravamento da condição materna, permitindo intervenções oportunas para prevenir complicações graves. Através da monitorização CTG, é possível avaliar o bem-estar fetal e detetar precocemente sinais de sofrimento fetal. Isso é especialmente importante em casos de patologias maternas que podem afetar a saúde do feto, como pré-eclâmpsia ou diabetes gestacional. Em casos em que a grávida está, por exemplo, internada devido a pré-eclâmpsia ou diabetes gestacional, a vigilância permite avaliar a resposta ao tratamento, que é fundamental para garantir que a sua condição seja controlada da melhor maneira possível.

Com efeito, ao longo do internamento de forma a avaliar o bem-estar fetal é realizada monitorização cardiotocográfica uma vez por turno. É também avaliado e vigiado o bem-estar da mulher, de forma a identificar e monitorizar desvios à gravidez fisiológica.

No decorrer do estágio e devido às diversas patologias foi possível implementar várias intervenções de acordo com cada caso. Por exemplo, numa situação de diabetes gestacional, onde verificamos que o internamento se deve à falta de cumprimento de uma dieta equilibrada ou de adesão à medicação, é importante informar e orientar a mulher sobre estilos de vida saudáveis na gravidez e sobre a importância da adesão à medicação para o tratamento da patologia. Uma mulher que seja internada por ameaça de parto pré-termo, deve ser, informada, por exemplo, sobre os sinais de trabalho de parto e uma mulher internada com suspeita de pré-eclâmpsia, deve ser informada, por exemplo, sobre os sinais e sintomas desta patologia.

Por vezes, o internamento neste serviço é longo e é necessário implementar e avaliar medidas de suporte emocional e psicológico, de forma a apoiar a mulher durante esta fase. Envolver a família neste processo pode ser benéfico para a grávida, daí serem permitidas visitas diárias. Para além disto, garantir que grávida esteja bem informada sobre sua condição e procedimentos realizados pode ajudar a reduzir a ansiedade e promover uma sensação de controlo durante o internamento.

Em suma, os EEESMO desempenham um papel crucial na promoção da saúde materna durante o período pré-natal. São prestados cuidados personalizados que visam garantir o bem-estar físico, emocional e psicológico das mulheres que vivenciam um processo de doença durante o pré-natal.

No estágio de puerpério a competência desenvolvida foi “cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”. Durante o puerpério e de acordo com o regulamento n.º 391/2019, o EEESMO é responsável por prestar assistência à mulher que vivencia os processos de saúde/doença durante o período pós-natal. Com efeito, o EEESMO é responsável por cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, com o intuito de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de adaptação à parentalidade.

O período pós-natal é uma fase na vida da mulher e do recém-nascido que exige cuidados específicos, de forma a promover a saúde e prevenir complicações. Neste contexto, os EEESMO desempenham um papel essencial na promoção do bem-estar da puérpera e do recém-nascido.

Com o objetivo de promover a saúde do recém-nascido, a puérpera deve ser informada sobre o crescimento, desenvolvimento infantil e sinais de alerta no recém-nascido.

Em todos os turnos é realizado um exame físico à puérpera e ao recém-nascido que permite identificar e monitorizar o estado de saúde dos mesmos.

Durante o internamento, as mães e os pais, se necessário, são informados, orientados e apoiados em relação aos cuidados a prestar ao filho. Por exemplo, os cuidados prestados ao coto umbilical e os cuidados de higiene são muitas vezes demonstrados às mães e aos pais antes deles realizarem estes cuidados ao filho(a), se assim o pretenderem.

Eram fornecidas orientações sobre sexualidade e contraceção neste período, com o intuito de fornecer informações à mulher e permitir que ela opte pelo método contracetivo que deseja.

Assim, os EEESMO desempenham um papel fundamental na promoção da saúde materna e neonatal no período pós-natal, fornecendo cuidados personalizados e de qualidade às mulheres e recém-nascidos.

Em suma, no decorrer dos estágios foram vários os desafios vivenciados. O meu primeiro estágio foi realizado no bloco de partos, a imprevisibilidade deste local de estágio torna-o por si só desafiante mas, ao mesmo tempo, proporcionou-me uma oportunidade única para adquirir conhecimentos e competências. Além disso, a atmosfera dinâmica do bloco de partos permitiu-me vivenciar uma variedade de situações, desde partos eutócicos até emergências obstétricas, enriquecendo assim a minha experiência. Esses desafios foram essenciais para o meu percurso e para me preparar para enfrentar futuros desafios como EEESMO. Durante o estágio no internamento de grávidas/medicina materno-fetal, o meu maior desafio foi a comunicação com a grávida e a gestão de emoções. Inicialmente nem sempre foi fácil comunicar em situações delicadas e emocionalmente difíceis para a mulher, como por exemplo, ameaças de parto pré-termo ou gravidez gemelar em que tinha ocorrido o óbito de um dos fetos. Gerir as emoções é um processo individual e único, implica lidar com a incerteza de alguns diagnósticos e desfechos, o que nem sempre é fácil para a mulher. O apoio prestado pode ajudar a mulher a lidar melhor com a situação. No puerpério, o mais desafiante para mim foi a gestão de expectativas na amamentação. As puérperas por vezes referem dúvidas e tem presentes mitos e crenças que dificultavam a minha intervenção. Através do desenvolvimento de conhecimento e competências, com a ajuda da minha tutora, foi possível ultrapassar este desafio e promover cuidados baseados em evidência.

11. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Facilitar o luto perinatal: o contributo do plano de parto

Falar sobre a morte é tão necessário quanto falar sobre a vida. No entanto, ainda se verifica uma resistência para que este tema seja discutido, uma vez que, para muitos, pensar na morte a atrai, atribuindo ao ser humano um poder imaginário sobre ela. Ao ignorar a morte, o ser humano tenta desesperadamente uma tentativa de não sofrer. A vida, por outro lado, será sempre sinónimo de alegria e boa sorte, sendo a gestação um período repleto de idealizações. O luto gerado pela morte de um filho é sentido e compreendido de diversas formas, não sendo possível quantificar o grau de sofrimento vivenciado (Ignacio & Medeiros, 2023).

Segundo o CIPE 2019 (ICN 2019, p.61), o luto é uma:

> *"emoção: sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação)."*

O luto perinatal é a perda de um filho no período gestacional ou na primeira semana de vida do recém-nascido. O período perinatal está compreendido entre as 22 semanas completas e os 7 dias completos após o nascimento do recém-nascido. O luto perinatal é extremamente doloroso, é um laço que foi limitado, é o rompimento de um vínculo mãe/pai-filho (Carvalho et al., 2021).

O profundo luto vivido pelas mães e pelos pais após a morte do seu filho é considerado uma resposta emocional complexa. O luto perinatal é único, uma vez que a maior parte do luto é retrospectivo, enquanto o luto perinatal é um luto prospetivo, ou seja, as mães e os pais têm de renunciar a esperanças, desejos e sonhos sobre um futuro juntamente com o seu filho esperado. As mães e os pais sofrem com o que poderia ter sido, um futuro com o seu filho desaparece repentinamente quando sonhos e expectativas não realizados são destruídos. A morte de um feto ou recém-nascido vai contra a sequência natural dos acontecimentos da vida, é frequentemente inesperada e a causa da morte pode ser inexplicável. Sentimentos consistentes de culpa, vergonha e fracasso, combinados com auto-culpa e baixa autoestima, podem dominar o cenário de luto das mães e dos pais (Quinn, 2020).

De acordo com Perry et al. (2018), Miles e Demi propuseram um modelo concetual de luto

parental. O modelo propõe que as reações de luto de um pai ou de uma mãe estão intimamente ligadas à autoimagem como mãe ou pai. As reações de luto de ambos os pais ocorrem em três fases de luto que se sobrepõem - angústia aguda, luto intenso e reorganização. A fase de angústia aguda é caracterizada pelo choque, entorpecimento, choro intenso e depressão. A fase de luto intenso caracteriza-se pela solidão, vazio e saudade, culpa, raiva, ressentimento, amargura, irritabilidade, medo e ansiedade (especialmente em relação a engravidar novamente), desorganização, dificuldades no processamento cognitivo, tristeza e depressão e sintomas físicos. Por fim, a fase de reorganização caracteriza-se pela procura de sentido, diminuição da angústia, regresso às atividades normais da vida com mais entusiasmo e capacidade para fazer planos para o futuro, incluindo a decisão sobre outra gravidez.

Segundo Schott el al. (2016), cada pai e cada mãe sofrerão e expressarão a sua dor à sua maneira. Também é impossível prever o significado de uma perda de gravidez ou da morte de um feto para qualquer um dos pais. A profundidade e a duração do luto de cada um dos pais varia e depende, em certa medida, de muitos fatores, incluindo a sua personalidade, as circunstâncias, as experiências de vida, as experiências anteriores de perda, a ligação ao filho ou à gravidez, o significado da perda para eles e a rede de apoio de que dispõem. Uma gestação mais curta ou a natureza da perda não determinam necessariamente as experiências das mães e dos pais, os seus sentimentos ou as suas reações à perda. Algumas mães e alguns pais podem ficar devastados, enquanto outros podem encarar a perda como o fim de uma gravidez e não como a perda de uma vida, achando mais fácil seguir em frente. Nalgumas situações, ambos os pais podem distanciar-se e afastar-se tanto emocional como fisicamente. Por exemplo, podem distanciar-se dos seus sentimentos ou da situação quando o prognóstico pré-natal é muito mau ou quando o recém-nascido está numa unidade de cuidados intensivos neonatais. Algumas mães e alguns pais podem também sentir um luto antecipatório nestas situações, em que sentem o luto antes da morte do filho, pois antecipam a sua morte, mas também sentem esse luto novamente após a morte. Para muitas mães e pais, a perda de um filho afeta a sua autoestima e auto-confiança e podem sentir que falharam. Podem também sentir que perderam o controlo sobre as suas vidas. A perda do filho também pode ser uma experiência traumática para ambos os pais.

De acordo com Quinn (2020), informar o casal sobre a individualidade do luto é útil. Embora ambos estejam de luto como mãe e pai do mesmo recém-nascido, cada um deles pode sofrer de forma diferente e raramente estão sincronizados no seu luto. Incentivar a mãe e o pai a partilharem os seus sentimentos pode ajudá-los a compreender as reações únicas de cada um e, em última análise, evitar ou diminuir as tensões que podem surgir na sua relação. É também encorajada uma comunicação aberta e honesta com os filhos sobrevivos.

Tanto as mães como os pais podem também experimentar uma série de reações físicas e emocionais. Estes sentimentos e reações podem durar horas ou dias e podem repetir-se nas semanas seguintes. No entanto, é importante lembrar que as reações das mães e dos pais serão

diferentes. Inicialmente, a maioria das mães e dos pais sente choque, mesmo quando a perda ou morte do seu filho já era esperada. Algumas mães e alguns pais podem não ser capazes de absorver a realidade do que aconteceu ou de compreender o que está a ser dito. Ambos os pais podem também sofrer reações físicas em resultado do seu luto. Estas reações podem incluir dor, palpitações, diarreia, náuseas, aperto na garganta ou no estômago e/ou exaustão. Podem também sentir-se trémulos, com frio, fracos ou com falta de ar e o apetite ou o sono podem ser afetados. Algumas mães e alguns pais podem também sentir que lhes doem os braços para pegar no filho ou que conseguem ouvir o filho a chorar. Algumas mulheres podem sentir que o feto ainda dá pontapés dentro delas ou sentir-se angustiadas com as suas próprias recordações físicas do recém-nascido após o parto (por exemplo, lactação, hemorragia vaginal, dores pós-parto ou pontos). É comum ambos os pais sentirem-se tristes e chorosos. Algumas mães e alguns pais podem também sentir momentos recorrentes de desespero, tristeza e crises de choro. Podem também sentir-se culpados e ressentidos. Algumas mães e alguns pais podem ficar zangados com o seu parceiro, familiares, amigos, com o recém-nascido que morreu ou com os pais de recém-nascidos saudáveis. Por vezes, algumas mães e alguns pais enlutados sentem culpa ou vergonha e, por vezes, culpam-se a si próprios. Outras mães e outros pais podem também sentir inveja ou ciúme de pais com recém-nascidos saudáveis (Schott el al. 2016).

A Classificação Internacional de Doenças, 11.ª revisão define o óbito fetal como: *"O óbito fetal é a morte de um feto antes da sua expulsão ou extração completa da mulher, independentemente da duração da gravidez. A morte fetal pode ser diagnosticada in útero pela ausência de sons cardíacos fetais, confirmada por técnicas de imagiologia, quando disponíveis, ou após o parto pela ausência de sinais de vida após a expulsão ou extração completa da mulher. O nado-morto é a expulsão ou extração completa de um feto de uma mulher, após a sua morte antes da expulsão ou extração completa, com 22 ou mais semanas completas de gestação.".* Dentro desta categoria, a classificação internacional de doenças classifica a morte fetal anteparto como *"morte fetal antes do início do trabalho de parto. Se o estado vital do feto no início do trabalho de parto for desconhecido, considera-se que foi anteparto se houver sinais de maceração na altura do parto. Nado-morto macerado - é a expulsão ou extração completa de um feto de uma mulher na sequência de uma morte fetal com 22 ou mais semanas completas de gestação; ou, se a idade gestacional não estiver disponível, com um peso à nascença de 500 g ou mais e com a pele a mostrar sinais de maceração. Nado-morto anteparto - é a expulsão ou extração completa de um feto de uma mulher na sequência de uma morte fetal anteparto com 22 ou mais semanas completas de gestação; ou, se a idade gestacional não estiver disponível, com um peso à nascença igual ou superior a 500 gramas."* (OMS, 2022a).

Em Portugal, a taxa de mortalidade perinatal inclui as mortes fetais a partir das 24 semanas de gestação e o período neonatal alargado (até aos 28 dias de vida do recém-nascido). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2021), em 2020, ocorreram 306 óbitos fetais, menos 4 do que no ano anterior. A maioria foi registada em estabelecimentos de saúde e com assistência no

parto (83,7%). Em 2020, cerca de 43% dos óbitos fetais ocorreu antes das 32 semanas de gestação, e os restantes a partir das 32 semanas de gestação (42,8%).

De acordo com a OMS (2022a), a morte fetal ocorre em aproximadamente 1 em cada 200 nascimentos. Em países desenvolvidos a morte anteparto é dez vezes mais frequente que a morte intraparto. Apesar de a mortalidade neonatal ter reduzido significativamente durante as últimas duas décadas, ainda há cerca de 2,7 milhões de mortes neonatais e 2,6 milhões de nados-mortos todos os anos. Estas perdas são evitáveis com intervenções de alta qualidade baseadas em evidência, realizadas antes e durante a gravidez, durante o trabalho de parto e parto, e nas horas e dias cruciais após o nascimento.

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2020), esta perda traumática continua a ser uma questão negligenciada. Os nados-mortos estão praticamente ausentes do rastreio de dados a nível mundial, ocultando a verdadeira extensão do problema. São invisíveis nas políticas e programas e subfinanciados como uma área que requer intervenção. Ainda segundo a UNICEF, a morte fetal é um assunto insuficientemente abordada nas agendas, políticas e programas financiados globais. Existem custos psicológicos, especialmente para as mulheres e para as suas famílias, tais como depressão materna, consequências financeiras e repercussões económicas, bem como estigma e tabu.

Segundo a OMS (2016), a gravidez é um período de grande expectativa para todas as futuras mães e pais e para as suas famílias, que imaginam conhecer e amar um filho saudável. A presença de um filho há muito desejado no ventre de uma mulher é acompanhada de pensamentos e sonhos sobre o aspeto da criança e como será o seu futuro. A experiência de um nado-morto ou da morte de um feto na fase final da gravidez, durante o parto ou logo após o nascimento é uma tragédia silenciosa para mães, pais e famílias em todo o mundo.

As expectativas criadas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte. Quando confrontados com uma morte fetal, o casal sente-se traído, enganado e fracassado. As mães e os pais são impedidos de vivenciarem os sonhos, as fantasias e planos envolvidos na maternidade, de experienciarem este acontecimento de vida tão poderoso e carregado de afeto, quanto é o nascimento de um filho (Quintans, 2018).

Muitas vezes, as perdas fetais ocorrem em gravidezes aparentemente normais, sem sinais prévios, o que intensifica o choque das mães e dos pais ao receberem a notícia da morte do filho, tornando mais difícil a sua aceitação. A forma como o casal lida com esta perda é influenciada por diversos aspetos da sua história reprodutiva. A morte fetal pode ter um impacto devastador na saúde mental do casal, não apenas no momento da perda, mas também nas gravidezes subsequentes, em que o risco de complicações fetais está aumentado, assim como o risco de morte fetal. A confrontação da mulher com o seu filho morto é uma das fases mais difíceis deste processo, uma vez que mantém sempre a esperança de que o filho nasça com vida (Miranda & Zangão, 2020).

Para algumas mães e para alguns pais, a morte do feto pode ser uma surpresa total se for confirmada durante uma ecografia. Outras mulheres podem já suspeitar que algo está errado. Por exemplo, algumas mulheres podem notar movimentos fetais reduzidos e devem dirigir-se a um serviço de urgência para avaliar a frequência cardíaca do feto o mais rapidamente possível. Quando a morte de um feto é confirmada, as mães e os pais podem precisar de algum tempo para absorver esta informação. Quando ambos os pais estiverem prontos, os profissionais de saúde devem oferecer-se para discutir as opções para o trabalho de parto e o nascimento do recém-nascido. As mulheres também devem ser informados de que o feto pode fazer movimentos passivos no útero antes do nascimento. Isto é importante porque podem confundir estes movimentos como um sinal de que o filho está vivo, o que pode causar angústia adicional (Schott et al, 2016).

A perda de um filho vai muito além da perda de uma vida, os custos a nível psicológico são profundos, e envolvem consequências financeiras tanto para ambos os pais como para a sociedade (Smith et al., 2020). De acordo com Zhuang et al. (2023), o impacto da perda perinatal é profundo, envolvendo custos económicos diretos e indiretos, bem como efeitos emocionais, psicológicos e sociais quase invisíveis, que geralmente são assumidos pelas mulheres enlutadas e pela sua família fora do âmbito do serviço de saúde. Tabus sociais, estigma e discriminação podem criar isolamento social, agravando e complicando ainda mais o luto perinatal. As mulheres enlutadas também podem sentir falta de poder devido à falta de apoio satisfatório dos profissionais de saúde e à falta de acesso aos recursos externos disponíveis.

São vários os autores que se referem aos rituais ou recordações após o nascimento do recém-nascido. Faria-Schützer et al. (2014) considera os rituais que se dispensa a um ente querido falecido e observa que no luto perinatal é comum não ser escutado o desejo de ambos os pais de realizarem procedimentos ritualísticos tal como são típicos nas demais perdas por morte e, quando são realizados, criam um certo constrangimento. Estudos recentes demonstram que o sofrimento de ambos os pais melhora quando estes são incentivados a lidar com o recém-nascido real. As pessoas enlutadas devem ser encorajadas a ter oportunidade de desempenhar um papel ativo e de tomar as suas próprias decisões.

Segundo Lagarelhos (2012), os factores que dificultam o processo do luto estão relacionados com a necessidade de conceder realidade à morte. No sentido de contornar estas dificuldades, torna-se crucial, o ritual funerário, o ver o filho depois de morto, tocá-lo depois de morto, porque desta forma a realidade da morte será mais “fácil” de enraizar.

Também Quinn (2020) refere que é essencial reconhecer que, para muitas mães e pais, a continuação dos laços com o seu filho falecido, de uma forma que mantenha uma adaptação saudável ao luto, está profundamente ligada ao seu processo de luto. A criação de memórias torna-se uma parte significativa da vida de ambos os pais que seguem em frente sem o seu

filho. Historicamente, a manutenção dos laços com a pessoa falecida era considerada uma reação de luto desadaptativa e um obstáculo à resolução bem sucedida do luto. De forma geral, existia a crença de que, para resolver o seu luto, era necessário que os enlutados cortassem os laços, desligando-se emocionalmente da pessoa falecida.

De acordo com Schott el al. (2016), as mães e os pais devem receber informações sobre as suas opções para ver, segurar ou criar outras memórias com o seu filho, exames post mortem e possibilidade de realizar um funeral para o seu filho .

Teixeira et al. (2021) afirmam que os EEESMO devem oferecerem a oportunidade de recordações como o toque ou uma madeixa de cabelo do nado-morto às mães e aos pais, por exemplo. Mães e pais que têm a oportunidade de olhar e segurar o recém-nascido superam o luto mais facilmente, e por consequência há menos indícios de transtorno de stress pós-traumático.

Na revisão realizado por Zhuang et al. (2023), inicialmente, foram pesquisados artigos publicados em sete bases de dados eletrónicas até 26 de março de 2022. De seguida, foram selecionados treze estudos que preencheram os critérios de inclusão. Neste estudo, as mulheres referem que o tempo passado com o filho no hospital foi muito breve, mas precioso. A maioria das mães queria ver o seu filho e ter a oportunidade de contatá-lo fisicamente. Lembranças tangíveis, como caixas de lembranças, pegadas, gorros, cobertores e fotografias, podem servir como valiosos elementos de vínculo entre a mãe e o filho. A prática de guardar lembranças foi reconhecida e apreciada pelas mães e pelos pais. Notavelmente, algumas mães mencionaram que os seus pensamentos e emoções ficaram confusos durante o hospital, o que poderia afetar as suas decisões. Quando voltaram para casa, lamentaram não ter aproveitado a oportunidade de ficar com o filho e guardar uma lembrança. Os pais e as mães sugeriram que os profissionais de saúde enfatizassem ainda mais fortemente a importância de fazer memórias com o filho, já que o tempo de encontro era tão curto.

De acordo com Binnie (2020), o impacto da morte fetal, vai muito além das mães e dos pais, estendendo-se à família, amigos e aos EEESMO. Estes últimos encontram assim, dificuldades para abordar e até para empreenderem os cuidados necessários à mulher que passa por um parto de um feto morto.

Segundo Teixeira et al. (2021), apesar de cada vez mais raras, estas situações de morte fetal continuam a acontecer, envolvendo um quadro de dor e drama que dificulta a atuação dos profissionais de saúde que não se sentem preparados para lidar com a morte num ambiente em que diariamente surgem novas vidas. A Enfermagem é uma profissão que lida com o ser humano, interage com ele e requer o conhecimento da sua natureza física, social e psicológica. Desta forma, o cuidar pode ser caracterizado pela atenção, zelo e preocupação com o outro. O cuidar está inserido desde o nascer até ao morrer. É de extrema relevância que o EEESMO observe os sinais e sintomas mais comuns que a mulher possa desencadear nesse período,

como: frustração pela perda, deceção, revolta, tristeza, culpa por ter sido incapaz de fazer algo para modificar a situação, choro e em casos mais complexos, a depressão. É essencial fornecer escuta ativa aos familiares, uma vez que evitar falar sobre a situação tende a desfechos negativos. Para além disto, assistir um recém-nascido morto e a sua família apresenta-se como uma condição dura para os EEESMO, que procura métodos para enfrentar a dor, através de lágrimas ou solicitando apoio a outros profissionais, no momento que se sente incapaz de assistir a família.

Schott et al. (2016) afirmam que é importante que os profissionais de saúde recebam apoio dos gestores e de outros colegas quando prestam cuidados às mães e aos pais cujo filho morreu. Por conseguinte, é importante que todos os EEESMO tenham formação em comunicação empática e estejam cientes das potenciais necessidades das mães e dos pais enlutados, de modo a poder prestar cuidados de excelência. A formação também é benéfica para os EEESMO que não sentem confiança nas suas habilidades neste contexto.

Miranda & Zangão (2020) destacam que a intervenção do EEESMO deve ser centrada no processo de adaptação, visando o bem-estar físico, psicológico e social da mulher. Dada a complexidade e exigência do fenómeno da morte fetal, é fundamental contar com profissionais cada vez mais capacitados para fornecer apoio a essas mulheres. O EEESMO deve deixar de lado os seus próprios valores e crenças para conjuntamente com outros profissionais de saúde prestarem cuidados de qualidade a estas mulheres. Isto inclui criar um ambiente seguro e acolhedor por meio de uma escuta empática e ativa, respeitando a cultura, etnia, religião, valores e crenças da mulher. É essencial informar o casal sobre todos os aspetos relacionados à situação, identificar mães/pais e famílias em risco de desencadearem respostas não adaptativas à perda e ajudar o casal/ família a adaptar-se à nova situação, favorecendo a aceitação da perda. A presença e o apoio emocional do parceiro e da família são fundamentais nesse processo. A união do casal é essencial para que se possam apoiar mutuamente e encontrar forças para lidar com a perda. No entanto, nem sempre são proporcionadas as condições ideais de apoio, havendo casos de divergências nos cuidados e até insensibilidade, desumanização e uma má prática no cuidar por parte dos profissionais. Cabe ao EEESMO garantir essas condições, adaptando-as, se necessário, para que as mulheres tenham privacidade ao enfrentar essa situação. É importante reconhecer que nem todas as gestações terminam de forma feliz, e a perda inesperada de um filho é uma experiência avassaladora para as mulheres. Muitas vezes, essas perdas ocorrem em gestações sem complicações ou sinais de alerta. Apesar de reconhecerem essa problemática, tanto a sociedade em geral quanto os profissionais de saúde nem sempre estão plenamente conscientes das implicações e do impacto que essas perdas têm na vida das mulheres.

De acordo com Binnie (2020), a assistência ao luto é intimidante para muitos profissionais, não apenas porque não se sentem preparados, mas porque a morte de um feto ou recém-nascido é uma tragédia de proporções tão monumentais que é natural haver a preocupação de dizer ou

fazer a coisa errada. Os EEESMO vivenciam, maior parte das vezes, o nascimento de recém-nascidos vivos. Com efeito, aprimorar a capacidade de lidar com o extremo oposto deste espetro de alegria e dor é extremamente desafiador. No entanto, é importante reconhecer a validade das suas próprias emoções e a possibilidade de demonstrá-las. As mães e os pais geralmente sentem-se mais apoiados por profissionais que demonstram estar afetados pela morte dos seus filhos. Os pais e as mães enlutados sentem-se melhor ao serem apoiados para fazer escolhas informadas sobre todos os aspetos dos cuidados.

São vários os autores que afirmam que as mães e os pais devem ter a oportunidade de desempenhar um papel ativo durante a perda de um filho, tomando as suas próprias decisões. Com efeito, quando a morte do feto ocorre ante-parto, a mulher pode ter a oportunidade de elaborar um plano de parto onde lhe é permitido expor as suas preferências e desejos para este momento.

Bell et al. (2022) referem que um plano de parto é um termo comum usado para descrever um documento, muitas vezes preparado por mulheres grávidas, que detalha as suas decisões e desejos para a sua experiência de parto. Os planos de parto foram introduzidos na década de 1980 em resposta à crescente medicalização do parto.

De acordo com Cardoso et al. (2023) (p.28), "Um plano é uma intenção ou um projeto. De facto, na sua essência representa um conjunto das disposições necessárias para levar um projeto a cabo. Um plano exibe um modelo sistemático que se elabora antes de realizar uma ação, com o objetivo de a encaminhar, orientar o caminho.".

O plano de parto é definido como um planeamento do parto, pela mulher e pela pessoa significativa, de acordo com as suas preferências, valores, crenças e desejos de natureza individual, podendo ser escrito ou não (Cardoso et al., 2023).

Segundo Ghahremani et al. (2023), o desenvolvimento de um plano de parto pode ser uma decisão espontânea da mulher ou pode ser encorajada pelos profissionais de saúde ou pela instituição onde se irá realizar o parto. Esta ferramenta de comunicação entre a mulher e os profissionais de saúde também pode ajudar a desenvolver expectativas realistas em relação ao parto. A conversa sobre o plano de parto é uma oportunidade de usar a tomada de decisão partilhada para ajudar a mulher a expressar e explorar os seus desejos relativamente ao parto. Durante esse processo, o plano de parto pode ser usado para informar a parturiente sobre as opções de parto que são seguras, possíveis e baseadas em evidência.

Ahmadpour et al. (2022) afirmam que são vários os fatores que podem ajudar as mulheres a terem uma experiência de parto positiva. A participação das mulheres no processo de tomada de decisão e o seu controlo percebido durante o parto estão entre esses fatores. Assim, fornecer suporte contínuo e prestar atenção às necessidades das mulheres durante o trabalho de parto e parto foram identificados como os principais determinantes da experiência do parto. A relação

positiva da mulher com os profissionais de saúde, bem como a sua participação no processo decisório, pode aumentar a sua satisfação com o parto.

De acordo com Schott et al. (2016), é importante que as mulheres possam fazer escolhas informadas sobre os seus cuidados durante o trabalho de parto, parto e após o recém-nascido ter morrido. O envolvimento no processo de decisão pode ajudar as mães e o pais a terem uma sensação de controlo numa altura em que sentem que têm pouco ou nenhum controlo. Esta sensação de controlo pode ser importante para alguns pais e algumas mães, uma vez que pode ter implicações a longo prazo para a sua saúde mental. Para fazer uma escolha informada, a mulher precisa de conhecer todas as opções disponíveis para o trabalho de parto e parto, incluindo os benefícios e riscos de cada opção e as recomendações baseadas no seu estado clínico. Embora a mulher tenha o direito de tomar a decisão final sobre o local e a forma como vai parir, algumas mulheres podem também querer que o seu companheiro (se o tiverem) seja envolvido nestas discussões e no processo de tomada de decisão. Com o consentimento da mulher, os EEESMO devem incluir os parceiros nas discussões sobre os cuidados a prestar durante o trabalho de parto e o parto. Os pais e as mães que estão em choque depois de saberem que o seu filho morreu também podem ter dificuldade em processar e reter a informação. Os EEESMO poderão ter de repetir a informação em várias ocasiões e verificar se os pais e as mães compreenderam o que lhes foi dito. As mulheres podem também ter receios ou preocupações relativamente ao trabalho de parto e ao parto. Além disso, as mulheres podem não saber muito sobre o parto e o nascimento e podem precisar de muita informação, especialmente se esta for a sua primeira gravidez. O EEESMO deve oferecer a ambos os pais uma explicação sobre o processo do trabalho de parto e nascimento, sendo uma oportunidade para discutir quaisquer sentimentos e preocupações. É importante que as mães e os pais recebam apoio e disponham do máximo de tempo possível para ponderar as suas opções em relação ao trabalho de parto e ao nascimento do seu filho. No entanto, podem ter de tomar decisões mais rapidamente se a mulher já estiver em trabalho de parto ou se existirem determinados riscos que possam afetar a sua saúde. Durante o processo de decisão, algumas mães e alguns pais podem mudar de ideias várias vezes, enquanto outros podem tomar uma decisão mais rapidamente. A menos que uma mulher já esteja em trabalho de parto, deve ser-lhe oferecida a opção de ir para casa para considerar as suas opções. Alguns casais podem valorizar o facto de terem este tempo para tomar uma decisão e absorver a realidade do que aconteceu. Outros podem recusar esta oferta de ir para casa, pois querem parir o filho o mais rapidamente possível depois de saberem que o feto morreu.

De acordo com Steen (2019), um plano de parto pode diminuir a ansiedade da mulher ao assegurar que os seus desejos são claramente comunicados e pode fornecer uma sensação de controlo numa situação em que muitas coisas podem parecer fora de controlo. Numa altura em que as mães e os pais podem sentir-se sobrecarregados, o plano de parto permitiu-lhes prepararem-se para as muitas decisões que tinham de tomar durante o trabalho de parto, parto

e nascimento do recém-nascido. Por vezes, pode não ser possível elaborar um plano de parto escrito ou o plano pode ser muito breve. Contudo, discutir o plano de parto permite que a mulher e a sua família tenham a oportunidade de fazer perguntas e compreender as opções e escolhas. O plano de parto inclui frequentemente uma discussão sobre a presença da família e amigos, a criação de memórias, as tradições religiosas, o tratamento do corpo do recém-nascido e o planeamento do funeral.

Assim, o plano de parto deve ter em consideração a possibilidade da mulher não ficar imediatamente internada após o diagnóstico de morte fetal e ter a possibilidade de ir a casa ou, caso a mulher pretenda, ter a possibilidade de ficar internada de imediato. Deve ser oferecida à mulher a possibilidade de ficar ou não acompanhada pela pessoa significativa. Para além disto, deve contemplar itens sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto bem como sobre o ambiente da sala de partos. Ao elaborar o plano de parto devem ser discutidos os desejos da mulher após o nascimento do filho. O plano de parto deve incluir a possibilidade da mulher ver ou tocar no recém-nascido, de criar memórias futuras, através de fotografias, pegadas das mãos e pés, pulseira de identificação, etc. e de escolher quem gostaria que cortasse o cordão umbilical. Deve também incluir opções referentes ao período após o nascimento do recém-nascido, como a possibilidade da mulher optar pelo local onde quer ficar internada no pós-parto, a possibilidade de estar acompanhada ou não pela pessoa significativa ou de ter visitas de familiares e/ou amigos e de interromper a lactação (Anexo 1).

O EEESMO deve também sugerir à mulher planear o trabalho de parto, o nascimento e o que gostaria que acontecesse depois do nascimento do recém-nascido. Algumas mulheres podem querer ajuda e apoio para decidir o que gostariam de incluir num plano de parto. Os EEESMO que prestam cuidados à mulher devem ler este plano e estar cientes dos desejos dos pais e das mães (Schott et al., 2016).

Durante os estágios, tive a oportunidade de falar com diferentes EEESMO sobre a elaboração de um plano de parto numa situação de morte-fetal e as opiniões são divergentes.

Por um lado, alguns EEESMO reconhecem que um plano de parto dá à mulher uma oportunidade de expressar as suas preferências e desejos para o trabalho de parto, parto e nascimento. Acreditam que isto pode ajudar as mães e os pais a sentirem-se mais capacitados e envolvidos no processo, aumentando a sua sensação de controle sobre a situação. Para além disto, acreditam que a elaboração do plano de parto em conjunto com um EEESMO pode ser uma oportunidade importante para fornecer apoio emocional e informações à mulher e pessoa significativa, ajudando-os a entender o que esperar durante o parto e os cuidados pós-parto. Isto pode ajudar a reduzir o medo e a ansiedade dos pais e das mães e permite-lhes tomar decisões informadas sobre os cuidados prestados à mulher e ao recém-nascido. Referiram também que um plano de parto permite que a grávida expresse as suas preferências específicas em relação

ao trabalho de parto, parto, cuidados pós-parto e rituais de despedida, permitindo que a equipa se adapte de acordo com as preferências e garanta que as mesmas sejam respeitadas.

Por outro lado, alguns EEESMO consideram que discutir um plano de parto numa situação de morte fetal pode ser emocionalmente desafiador, tanto para eles quanto para as mães e os pais. Para além disto, foi referido por alguns EEESMO que não consideravam útil a elaboração de um plano de parto numa situação em que o feto já faleceu, uma vez que consideram desnecessário sujeitar a mulher a pensar sobre este processo. Foi também referido que achavam pouco viável a elaboração de um plano de parto, uma vez que, na maioria das situações a mulher fica internada logo após ser diagnosticada a morte fetal e, com efeito, não haveria tempo para a mulher refletir e ser elaborado um plano de parto. Referiram também que a falta de recursos ia dificultar a implementação de uma consulta pré-parto para discutir o plano de parto.

Na minha opinião, a elaboração de um plano de parto nesta situação é de extrema importância. Por vezes, uma situação de morte fetal ante-parto ocorre inesperadamente e a mulher é confrontada com um internamento no bloco de partos, sem ter nenhum acompanhamento ou apoio imediato. Desta forma, antes da mulher ser internada deveria ser dada a oportunidade para elaborar e discutir o seu plano de parto com o EEESMO, se ela assim o pretendesse.

A criação de um plano de parto numa situação dolorosa e desafiante possivelmente é encarada de forma diferente pelas mulheres. Por um lado, a elaboração deste documento, pode provocar na mulher mais ansiedade, stress e tristeza por ter de pensar no momento do trabalho de parto, parto e nascimento do filho morto. Por outro lado, o facto de planear o que deseja para este processo, pode trazer-lhe uma sensação de controle e envolvimento.

Assim, o plano de parto surge como uma ferramenta valiosa para a intervenção do EEESMO diante da perda perinatal, pois facilita a partilha de informações e a discussão de opções sobre o trabalho de parto, parto e nascimento do recém-nascido. Ao ser fornecido um plano de parto escrito, a mulher ou ao casal tem mais tempo para ponderar sobre as decisões a serem tomadas. O plano de parto possibilita a criação de memórias para o futuro e preserva a história do recém-nascido na história da família. Assim, é essencial que as mulheres e as suas famílias sejam incentivadas e apoiadas a participar nos cuidados e na tomada de decisões.

Em suma, a elaboração deste relatório permitiu uma reflexão crítica sobre as experiências desenvolvidas ao longo do estágio de natureza profissional, decorrido entre fevereiro de 2022 e fevereiro de 2024. Ao refletir sobre este percurso e sobre as situações vivenciadas durante estes dois anos de formação, considero que este período foi enriquecedor e que contribuiu significativamente para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Ao longo deste caminho, os estágios permitiram-me desenvolver conhecimentos e competências essenciais para a prestação de cuidados de qualidade baseados em evidência. A redação deste relatório de estágio foi essencial para a minha aprendizagem, uma vez que me permitiu refletir criticamente sobre o meu percurso, tanto em relação às expectativas como aos desafios vivenciados e

ultrapassados. Este percurso é como a escalada de uma montanha, apresentou desafios e obstáculos que precisaram de ser superados mas, a aquisição de competências permitiu-me chegar ao topo da montanha de forma gratificante. Acredito que, ao concluir este percurso, estarei um passo mais próximo de fazer a diferença nas experiências da mulher relacionadas com a preparação para o parto, parto e pós-parto.

12. BIBLIOGRAFIA

Abdolahian, S., Ghahiri, A., Zadehmodares, S., Aslani, A., & Kazemnejad, A. (2020). The effect of massage on labor pain relief and labor outcome in primiparous women: A randomized controlled trial. Journal of Caring Sciences, 9(1), 31–36.

Ahmadpour, P., Moosavi, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Jahanfar, S., & Mirghafourvand, M. (2022). Effect of Implementing a Birth Plan on Maternal and Neonatal outcomes: a Randomized Controlled Trial. BMC Pregnancy and Childbirth, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12884-022-05199-5

Akköz Çevik, S., & Karaduman, S. (2019). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. Japan Journal of Nursing Science, 17(1). https://doi.org/10.1111/jjns.12272

Alfirevic, Z., Devane, D., & Gyte, G. M. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2).

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Practice Bulletin No. 171: Management of Preterm Labor. Obstetrics & Gynecology, 128(5), 155–164. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001711

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Practice Bulletin No. 713: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation. Obstetrics & Gynecology, 130(2), 102–109. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002237

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. Obstetrics & Gynecology, 133(2). https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003074

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. Obstetrics & Gynecology, 136(4), e31–e47. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000004082

Amirali, K. & Dias A. C. (2010). O Nascimento de Uma Vida Acabada – Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. Revista Portuguesa de Enfermagem, 24, 24-29.

Aragão, F. F. de, Aragão, P. W. de, Martins, C. A., Leal, K. F. C. S., & Ferraz Tobias, A. (2019). Analgesia de parto no neuroeixo: uma revisão da literatura. Brazilian Journal of Anesthesiology,

69(3), 291–298. https://doi.org/10.1016/j.bjan.2018.12.001

Areia A.L., Almeida M.F., Braga A.J.C., Pereira N.B., Macedo C.V. & Nogueira- Silva C. (2018) Norma de Orientação Clínica SPOMMF: Corticoterapia para maturação pulmonar fetal. Acta Obstet Ginecol Port 12(4):311-313.

Arman, B. M., Binder, N. K., de Alwis, N., Beard, S., Debruin, D. A., Hayes, A., Tong, S., Kaitu'u-Lino, T. J., & Hannan, N. J. (2023). Assessment of the tocolytic nifedipine in preclinical primary models of preterm birth. Scientific Reports, 13(1), 5646. https://doi.org/10.1038/s41598-023-31077-x

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., Chandraharan, E., & FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 131(1), 13-24.

Balki, M., & Wong, C. A. (2021). Refractory uterine atony: still a problem after all these years. International Journal of Obstetric Anesthesia, 48, 103207. https://doi.org/10.1016/j.ijoa.2021.103207

Ballard, O., & Morrow, A. L. (2013). Human Milk Composition: Nutrients and Bioactive Factors. Pediatric Clinics of North America, 60(1), 49–74. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002

Bell, C. H., Muggleton, S., & Davis, D. L. (2022). Birth plans: A systematic, integrative review into their purpose, process, and impact. Midwifery, 111(1), 103388. https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103388

Berry, S. N. (2022). The Trauma of Perinatal Loss: A Scoping Review. Trauma Care, 2(3), 392–407. https://doi.org/10.3390/traumacare2030032

Binnie, C. (2020). Breaking the silence. British Journal of Midwifery, 28(3), 144–145. https://doi.org/10.12968/ bjom.2020.28.3.144

Bisson, D., Newell, S., & Laxton, C. (2018). Antenatal and Postnatal Analgesia. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 126(4). https://doi.org/10.1111/1471-0528.15510

Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. https://doi.org/10.1002/14651858.cd012449.pub2

Borovac-Pinheiro, A., Inversetti, A., Di Simone, N., & Barnea, E. R. (2023). Figo good practice recommendations for induced or spontaneous labor at term: Prep-for-labor triage to minimize risks and maximize favorable outcomes. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 163(S2), 51–56. https://doi.org/10.1002/ijgo.15114

Bossardi, A., Tonatto, A. J., Volquind, D., Fernanda Erlo Ribeiro, & Marcelo Gustavo Angeletti.

(2021). Guia Prático de Anestesiologia. https://doi.org/10.18226/9786558070733

Brimdyr, K. Stevens, J., Svensson, K., Blair, A., Turner-Maffei, C., Grady, J., Bastarache, L., Abla al Alfy, Crenshaw, J. T., Regina, E., Ewald, U., Haider, R., Jonas, W., Kagawa, M., Siri Lillieskölд, Ragnhild Maastrup, Sinclair, R., Swift, E., Takahashi, Y., & Cadwell, K. (2023). Skin-to-skin contact after birth: developing a research and practice guideline. Acta Paediatrica, 112(8). https://doi.org/10.1111/apa.16842

Brzezinski-Sinai, N. A., Stavsky, M., Rafaeli-Yehudai, T., Yitshak-Sade, M., Brzezinski-Sinai, I., Imterat, M., Andrea Mastrolia, S., & Erez, O. (2018). Induction of labor in cases of late preterm isolated oligohydramnios: is it justified? The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 32(14), 2271–2279. https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1430134

Burns, N. S., Iyer, R. S., Robinson, A. J., & Chapman, T. (2013). Diagnostic Imaging of Fetal and Pediatric Orbital Abnormalities. American Journal of Roentgenology, 201(6), W797–W808. https://doi.org/10.2214/ajr.13.10949

Calais-Germain , B., & Parés , N. V. (2013). Parir en movimento. (1ª ed.) La liebre de marzo.

Cardoso A., Aires C., Machado S., Silva C., Grilo A.R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Cardoso, A. M. (2011). Tornar-se mãe, tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-se%20pai_Estudo%20sobre%20avaliacao%20competências%20parentais.pdf

Carlson, N., Ellis, J., Page, K., Dunn Amore, A., & Phillippi, J. (2021). Review of evidence-based methods for successful labor induction. Journal of Midwifery & Women’s Health, 66(4), 459–469. https://doi.org/10.1111/jmwh.13238

Carvalhas, J., Alves, C., Tavares Ferreira, C., Santos Silva, I., Costa, F. J., Palmira Almeida, J., Guedes, I., Aguiar, J., Vilhena, I. R., Lança, F., & Rodrigues, A. (2018). Recomendações Portuguesas para a Abordagem Multidisciplinar da Hemorragia Obstétrica - Elaboradas por Grupo Multidisciplinar de Consensos 2017. Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia, 27(1), 30–44. https://doi.org/10.25751/rspa.14811

Carvalho, M. V. G., Santana, S. D. F., & Alexandria Junior, P. de T. M. (2021). Aspectos relacionados ao luto perinatal. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento, 105–123. https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/luto-perinatal

Cassidy, P. R. (2018). Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1).

https://doi.org/10.1186/s12884-017-1630-z

Chang, M.-Y., Wang, S.-Y., Chen, C.-H., & Lin, K.-C. (2019). The effects of massage on pain and the progression of labor: A randomized controlled trial. Midwifery, 70, 86–94.

Choudhary, S., Jelly, P., Mahala, P., & Mery, A. (2021). Effect of back massage on relieving pain during labour: a systemic review. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 10(6), 2466–2472. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20212194

Delgado, A., Amorim, M. M., Oliveira, A. do A. P., Souza Amorim, K. C., Selva, M. W., Silva, Y. E., Lemos, A., & Katz, L. (2023). Active pelvic movements on a Swiss ball reduced labour duration, pain, fatigue and anxiety in parturient women: a randomised trial. Journal of Physiotherapy. https://doi.org/10.1016/j.jphys.2023.11.001

Dhekra T., Soumaya K., Ahmed H., Ahmed Z., Haifa B. (2020). The Advantage of Maternal Mobility during Labor: A Prospective Study about 120 Cases in Mahdia. Journal of Gynecology and Women Healthcare. (2)205

Direção-Geral da Saúde (2015). Programa nacional para vigilância da gravidez de baixo risco. Lisboa, Portugal. https://www.dgs.pt/em- destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco-pdf11.aspx

Direcção-Geral da Saúde (2023). Orientação n.º 002/2023. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf

Escobar-Vidarte, M. F., González, E. L., & García, J. C. (2021). Effect of the use of the birth ball on the progression of labor and maternal pain: A quasi-experimental study. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 29, e3362. https://doi.org/10.1590/1518-8345.4557.3362

Faria-Schützer, D. B., Lavorato Neto, G., Duarte, C. A. M., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2014). Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. Estudos Interdisciplinares Em Psicologia, 5(2), 113. https://doi.org/10.5433/2236-6407.2014v5n2p113

Ferreira, E., Fernandes, M., Silva, A. R., Silva, A. P., & Maceiras, M. (2023). Intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no luto paterno na morte fetal e neonatal. Salutis Scientia – Revista de Ciências Da Saúde Da ESSCVP, 15, 1–15. http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/Artigo.aspx?artigoid=32468

Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2007). Mother-to-infant and father-to-infant initial emotional involvement. Early Child Development and Care, 177(5), 521–532. https://doi.org/10.1080/03004430600577562

Figueroa, L., McClure, E. M., Swanson, J., Nathan, R., Garces, A. L., Moore, J. L., Krebs, N. F.,

Hambidge, K. M., Bauserman, M., Lokangaka, A., Tshefu, A., Mirza, W., Saleem, S., Naqvi, F., Carlo, W. A., Chomba, E., Liechty, E. A., Esamai, F., Swanson, D., & Bose, C. L. (2020). Oligohydramnios: a prospective study of fetal, neonatal and maternal outcomes in low-middle income countries. Reproductive Health, 17(1). https://doi.org/10.1186/s12978-020-0854-y

Garbelli, L., & Lira, V. (2021). Maternal positions during labour: midwives' knowledge and educational needs in Northern Italy. European Journal of Midwifery, 5(May), 1–9. https://doi.org/10.18332/ejm/136423

Gaucher, N., Nadeau, S., Barbier, A., & Payot, A. (2018). Antenatal consultations for preterm labour: how are future mothers reassured? Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition, 103(1), F36–F42. https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312448

Gaucher, N., Nadeau, S., Barbier, A., Janvier, A., & Payot, A. (2016). Personalized Antenatal Consultations for Preterm Labor: Responding to Mothers' Expectations. The Journal of Pediatrics, 178, 130-134.e7. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.08.006

George, A. M., & Liu, M. (2021). Ropivacaine. PubMed; StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532924/

Ghahremani, T., Bailey, K., Whittington, J., Phillips, A. M., Spracher, B. N., Thomas, S., & Magann, E. F. (2023). Birth plans: definitions, content, effects, and best practices. American Journal of Obstetrics and Gynecology. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.12.011

Gordijn, S. J., Beune, I. M., Thilaganathan, B., Papageorghiou, A., Baschat, A. A., Baker, P. N., Silver, R. M., Wynia, K., & Ganzevoort, W. (2016). Consensus definition of fetal growth restriction: a Delphi procedure. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 48(3), 333–339. https://doi.org/10.1002/uog.15884

Goswami, S., Jelly, P., Sharma, S., Negi, R., & Sharma, R. (2022). The effect of heat therapy on pain intensity, duration of labor during first stage among primiparous women and Apgar scores: A systematic review and meta-analysis. European Journal of Midwifery, 6(November), 1–9. https://doi.org/10.18332/ejm/156487

Graça, L. (2017). Medicina Materno-Fetal. Lidel.

Habek, D., Tikvica Luetić, A., Marton, I., Prka, M., Pavlović, G., Kuljak, Ž., Švanjug, D., & Mužina, Z. (2018). Modified Ritgen Maneuver in Perineal Protection – Sixty-Year Experience. Acta Clinica Croatica, 57(1), 116–121. https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.01.14

Halliday, L., Nelson, S. M., & Kearns, R. J. (2022). Epidural analgesia in labor: A narrative review. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 159(2). https://doi.org/10.1002/ijgo.14175

Hofmeyr, G. J., Abdel-Aleem, H., & Abdel-Aleem, M. A. (2013). Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews, 7(7).

https://doi.org/10.1002/14651858.cd006431.pub3

International Council of Nurses (ICN). (2019). CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros, 201

Ignacio E. S., & Medeiros A.P. (2023). Nascimento e Morte: o Apagamento do Luto durante a Perinatalidade. 17(66), 253–272. https://doi.org/10.14295/idonline.v17i66.3743

Instituto Nacional de Estatística. (2021) Estatísticas da Saúde: 2021. Lisboa: INE, 2023. Disponível na https://www.ine.pt/xurl/pub/11677508. ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0599-2

Jha, S., Vyas, H., Nebhinani, M., Singh, P., & T, D. (2023). The effect of birthing ball exercises on labor pain and labor outcome among Primigraviade parturient mothers at a tertiary care hospital. Cureus, 15(3). https://doi.org/10.7759/cureus.36088

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., & Jordan, S. (2019). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2019(12), CD009234. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub3

Kearney, L., Craswell, A., Dick, N., Massey, D., & Nugent, R. (2023). Evidence-based guidelines for intrapartum maternal hydration assessment and management: A scoping review. Birth: Issues in Perinatal Care. https://doi.org/10.1111/birt.12773

Khresheh, R., Mosleh, S., Shoqirat, N., Mahasneh, D., & Lesley Barclay, A. O. (2023). Effects of Ambulation during the First Stage of Labor on Maternal and Neonatal Outcomes: A Randomized Controlled Trial. Nursing and Midwifery Studies, 12(1), 1. https://doi.org/10.4103/nms.nms_18_22

Koch, D. M., & Rattmann, Y. D. (2019). Use of misoprostol in the treatment of postpartum hemorrhage: a pharmacoepidemiological approach. Einstein (São Paulo), 18. https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao5029

Krispin, E., Netser, T., Wertheimer, A., Salman, L., Chen, R., Wiznitzer, A., & Hadar, E. (2019). Induction of labor methods in isolated term oligohydramnios. Archives of Gynecology and Obstetrics, 299(3), 765–771. https://doi.org/10.1007/s00404-019-05080-5

Lagarelhos, J. (2012). Luto e Gravidez. https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0284.pdf

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., Styles, C. (2013). "Maternal positions and mobility during first stage labour." Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013(8), CD003934.

Lopes, B. G., Martins, A. R., Carletto, M. R., & Borges, P. K. de O. (2019). A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. Revista Stricto Sensu, 4(2), 29–40. https://doi.org/10.24222/2525-3395.2019v4n2p029

Lunda, P., Minnie, C.S. & Benadé, P. Women’s experiences of continuous support during childbirth: a meta-synthesis. BMC Pregnancy Childbirth 18, 167 (2018). https://doi.org/10.1186/s12884-018-1755-8

Maciejewski, D. (2012). Sufentanil in anaesthesiology and intensive therapy. Anaesthesiology Intensive Therapy, 44(1), 35-41.

Marzouk, T., & Eid, M. I. (2020). Influence of Ambulation during the First Stage of Labor on Labor Progress of Primi Parturients. Egyptian Journal of Health Care, 11(3), 260–274. https://doi.org/10.21608/ejhc.2020.110407

McCaffrey, T., Cheung, P. S., Barry, M., Punch, P., & Dore, L. (2020). The role and outcomes of music listening for women in childbirth: An integrative review. Midwifery, 83, 102627. https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102627

McGoldrick, E., Stewart, F., Parker, R., & Dalziel, S. R. (2020). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 12(12), CD004454. https://doi.org/10.1002/14651858.CD004454.pub4

Mesquita, A. C., Paulino, C. S., & Nogueira, S. A. (2011). Uma nova vida após o parto: cuidados à mulher no puerpério. Percursos, N.o19, 39–48. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9233/1/Revista%20Percursos%20n19_Uma%20nova%20vida%20ap%C3%B3s%20o%20parto%20-%20cuidados%20%C3%A0%20mulher%20no%20puerp%C3%A9rio.pdf

Miranda, A., & Zangão, M. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. Revista de Enfermagem Referência, V Série(No 3). https://doi.org/10.12707/rv20037

Miranda, L. M., Zangão, O. B., & Risso, S. (2017). O papel do enfermeiro no sucesso para o aleitamento materno: revisão da literatura. Revista Ibero-Americana de Saúde E Envelhecimento, 3(1), 854. https://doi.org/10.24902/r.riase.2017.3(1).854

Moon, R. Y., Carlin, R. F., & Hand, I. (2022). Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. Pediatrics, 150(1). https://doi.org/10.1542/peds.2022-057990

Moreno-Ruiz, N. L., Borgatta, L., Yanow, S., Kapp, N., Wiebe, E. R., & Winikoff, B. (2007). Alternatives to mifepristone for early medical abortion. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 96(3), 212–218. https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.09.009

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Postnatal care NICE guideline. https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037

Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C., & Serbanescu, L. (2023). Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic

Review. Journal of Clinical Medicine, 12(23), 7203. https://doi.org/10.3390/jcm12237203

North Metropolitan Health Service. (2022). Perineal care and repair: Protection, assessment and management. https://www.kemh.health.wa.gov.au/~/media/HSPs/NMHS/Hospitals/WNHS/Documents/Clinical-guidelines/Obs-Gyn-Guidelines/Perineal-Care-And-Repair.pdf?thn=0

Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2023). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. American Journal of Obstetrics and Gynecology. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021

Ordem dos Enfermeiros (2019a). Regulamento n.º140/2019 de 6 de Fevereiro de 2019. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º26, p. 4744 – 4750.

Ordem dos Enfermeiros (2019b). Regulamento n.º 391/2019 de 3 de Maio de 2019. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 85, p. 13560 – 13565.

Organização Mundial da Saúde. (2014). Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.

Organização Mundial da Saúde. (2016). Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249523/9789241511223-eng.pdf?sequence=1

Organização Mundial da Saúde. (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth : a guide for midwives and doctors. World Health Organization. 978-92-4-156549-3

Organização Mundial de Saúde (2018a). Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. ISBN 978-92-4-151380-7

Organização Mundial da Saúde (2018b). WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization.

Organização Mundial de Saúde. (2019). Medical management of abortion. https://www.who.int/news-room/q-a-detail/medical-management-of-abortion

Organização Mundial da Saúde. (2022a). ICD-11. International Classification of Diseases 11th Revision. https://icd.who.int/en

Organização Mundial da Saúde (2022b). WHO recommendations on induction of labour, at or beyond term. World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde (2022c). WHO recommendations on maternal and newborn care

for a positive postnatal experience. World Health Organization.

Paiva, C., Oliveira, S. M., Francisco, A., Silva, R. L., Mendes, E., & Steen, M. (2016). Length of perineal pain relief after ice pack application: A quasi-experimental study. Women and Birth, 29(2), 117–122. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.09.002

Peleckis, M. V., Francisco, A. A., & Oliveira, S. M. J. V. de. (2017). PERINEAL PAIN RELIEF THERAPIES AFTER POSTPARTUM. Texto & Contexto - Enfermagem, 26(2). https://doi.org/10.1590/0104-07072017005880015

Pereira, S. S., Oliveira, I. C. M. dos S., Santos, J. B. da S., & Carvalho, M. C. de M. P. (2016). Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. Tempus Actas de Saúde Coletiva, 10(3), 199. https://doi.org/10.18569/tempus.v10i3.1727

Periard, A. M., Rezende, B. M., Segundo, E. V., Moreira, F., Borem, R., Marcello, F., Rafael, S., Felipe, R., Lima, & Mario, J. (2011). Atonia uterina e hemorragia pós-parto. Revista Médica de Minas Gerais 21(4 Supl 6), 22–26.

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., & Wilson, D. (2018). Maternal Child Nursing Care (6th ed.). Elsevier.

Pierce-Williams, R. A. M., Saccone, G., & Berghella, V. (2019). Hands-on versus hands-off techniques for the prevention of perineal trauma during vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, 34(6), 1–9. https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1619686

Pinheiro, A., Catarino, G., Leite, L., Freitas, J.C. & Marques, R. (2012). Documento de consenso “Pelo direito ao parto normal- uma visão partilhada”. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Prosser, S. J., Barnett, A. G., & Miller, Y. D. (2018). Factors promoting or inhibiting normal birth. BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1). https://doi.org/10.1186/s12884-018-1871-5

Quinn, C. (2020). Perinatal Grief – A Profound and Complex Process. Rish Association for Counselling and Psychotherapy, 20(3), 14–19. https://iacp.ie/files/UserFiles/IJCP-Articles/2020/Perinatal%20Grief%20%E2%80%93%20A%20Profound%20and%20Complex%20Process.pdf

Quintans, E.T. (2018). Eu também perdi meu filho: Luto paterno na perda gestacional/neonatal [Dissertação de Mestrado]. https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/34141/34141.PDF

Rito, A., Buoncristiano, M., Spinelli, A., Salanave, B., Kunešová, M., Hejgaard, T., García Solano, M., Fijałkowska, A., Sturua, L., Hyska, J., Kelleher, C., Duleva, V., Musić Milanović, S., Farrugia Sant’Angelo, V., Abdrakhmanova, S., Kujundzic, E., Peterkova, V., Gualtieri, A., Pudule, I., & Petrauskienė, A. (2019). Association between Characteristics at Birth, Breastfeeding and Obesity in 22 Countries: The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative – COSI 2015/2017.

Obesity Facts, 12(2), 226–243. https://doi.org/10.1159/000500425

Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., Silveira, M. A. M. da, Paiva, A. de M. G., Fialho, A. V. de M., & Queiroz, A. B. A. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: representações sociais das gestantes. Revista de Enfermagem Referência, 1–7. https://doi.org/10.12707/RV20040

Rousset, J., Clariot, S., Tounou, F., Burey, J., Hafiani, E. M., Féliot, E., Quesnel, C., Bonnet, F., & Fischler, M. (2020). Oral fluid intake during the first stage of labour. European Journal of Anaesthesiology, 37(9), 810–817. https://doi.org/10.1097/eja.0000000000001278

Ruhe, K., van den Hoogen, A., Bröring-Starre, T., Wielenga, J. M., & van Weissenbruch, M. M. (2022). Getting a grip in the middle of chaos : Preparing for preterm parenthood during a high-risk pregnancy – Parental experiences and needs. Acta Paediatrica, 111(7), 1324–1330. https://doi.org/10.1111/apa.16361

Schott, J., Henley, A., & Kohner, N. (2016). Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals. Bosun Press. ISBN: 978-1-909929-16-6

Serrano, F., Centeno, M., & Ramalho, C. (2018). Estudo das situações de morte fetal após as 24 semanas. Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 12(3), 240-244.

Shen, H.C., Wang, H., Sun, B., Jiang, L.Z., & Meng, Q. (2021). Birthing ball on promoting cervical ripening and its influence on the labor process and the Neonatal Blood Gas Index. World Journal of Clinical Cases, 9(36), 11330–11337. https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i36.11330

Shorey, S., Hong-Gu, H., & Morelius, E. (2016). Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. Midwifery, 40, 207–217. https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.007

Shrivastava, P., & Muthukumar, N. (2020). Walking during labor: A randomized controlled trial. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 9(8), 3494–3498. https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20203053

Silva, A. M. N., Santos, L. M. dos, Cerqueira, E. A. C., Carvalho, E. S. de S., & Xavier, A. S. G. (2018). Characterization of pain resulting from perineal trauma in women with vaginal delivery. Brazilian Journal of Pain, 1(2). https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180030

Silva, C., & Carneiro, M. (2014). Adaptation to parenthood: the birth of the first child. Revista de Enfermagem Referência, IV Série(3), 17–26. https://doi.org/10.12707/riii13143

Siqueira, T. V., Fernandes, W. S., Lapena, S. A. B., Tomé, F. M., Silva, A. M., Siqueira e Oliveira, F. S., Santos, H. F. S., & Silva, L. C. (2019). Medicamentos uterotônicos utilizados em hemorragia puerperal. Brazilian Journal of Health Review, 2(6), 6112–6123. https://doi.org/10.34119/bjhrv2n6-106

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., & Dahlen, H. G. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018(3), CD009290.

Sobhy, N., Hashad, S., Elsheikh, M., Abd, S., Said, E., Abo, E., & Ramadan, Z. (2022). An Evidence-Based Guideline of Birth Ball Exercise during the First Stage of Labor on the Outcome of Birthing Criteria. 3934(3). https://jnsbu.journals.ekb.eg/article_247939_d6b2ec9a331824e0713e2a1d8aec3fa5.pdf

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2020). Prevenção do colapso súbito pós-natal na sala de partos.

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2022). Normas de Orientação Clínica SPOMMF. Maturação cervical. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Maturação-Cervical.pdf

Songthamwat, S., Na Nan, C., & Songthamwat, M. (2018). Effectiveness of nifedipine in threatened preterm labor: a randomized trial. International Journal of Women's Health, 10(1), 317–323. https://doi.org/10.2147/IJWH.S159062

Souza, A. S. R., Wanderley, G. C., Pereira, M. E. V. da C., Franco, M. R., Sousa, D. I. P. de, Girão, E. C. da S., Souza, G. F. de A., & Guerra, G. V. de Q. L. (2020). Parâmetros maternos e fetais em gestante submetida a tocólise com nifedipina. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 20, 451–458. https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200007

Steen, S. E. (2019). Raising the bar: development of a perinatal bereavement programme. International Journal of Palliative Nursing, 25(12), 578–586. https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.12.578

Suzuki, D., Ohashi, Y., Shinohara, E., Usui, Y., Yamada, F., Yamaji, N., Sasayama, K., Suzuki, H., Nieva, R. F., da Silva Lopes, K., Miyazawa, J., Hase, M., Kabashima, M., & Ota, E. (2022). The Current Concept of Paternal Bonding: A Systematic Scoping Review. Healthcare, 10(11), 2265. https://doi.org/10.3390/healthcare10112265

Tappero, E. P., & M. E. Honeyfield. (2019). Physical assessment of the newborn: a comprehensive approach to the art of physical examination (6th ed.). Springer Publishing Company, LLC.

Teixeira, M. L., Viegas, L. B., Santos, L. L. dos, Santos, R. S. dos, Correa, P. D. S., Pitombeira, P. de C. P., Ribeiro, E. A., Santana, J. S. de, Vieira, B. C. F., Barbosa, V. V. da S., Oliveira, R. de C. M., Magalhães, R. B. de S., Camargo, P. de, Silva, P. de A. C., Oliveira, J. P. N. P. de, Torres, A. de O., Soares, J. G. M., Amorim, L. P. de, Pereira, C. da C., & Almeida, B. G. R. F. de. (2021). A assistência da enfermeira após perda perinatal: o luto após o parto. Research, Society and Development, 10(3), e26510313106. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13106

Toivo, J., Tulivuo, N., Kanzaki, M., Koivisto, A.-M., Kylmä, J., & Paavilainen, E. (2023). First-Time Parents' Bonding with Their Baby: A Longitudinal Study on Finnish Parents during the First Eight Months of Parenthood. Children, 10(11), 1806. https://doi.org/10.3390/children10111806

Türkmen, H., & Oran, N. T. (2020). Massage and heat application on labor pain and comfort: A quasi-randomized controlled experimental study. EXPLORE, 17(5). https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.08.002

The United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). (2020). 'A Neglected Tragedy: The global burden of stillbirths', United Nations Children's Fund, New York, 2020. ISBN: 978-92-806-5141-6

University Hospital Southampton NHS Foundation Trust. (2021). Induction of labour. https://www.uhs.nhs.uk/Media/UHS-website-2019/Patientinformation/Pregnancyandbirth/Induction-of-labour.pdf

Verga, V., & Galvão, D.G. (2022). Atitudes maternas face à amamentação e satisfação com o suporte social. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 5(2), 85-95. https://doi:10.37914/riis.v5i2.181

Wagner, P., Sonek, J., Abele, H., Sarah, L., Hoopmann, M., Brucker, S., Wu, Q., & Kagan, K. O. (2017). Effectiveness of the contemporary treatment of preterm labor: a comparison with a historical cohort. Archives of Gynecology and Obstetrics, 296(1), 27–34. https://doi.org/10.1007/s00404-017-4389-6

Wonch Hill, P., Cacciatore, J., Shreffler, K. M., & Pritchard, K. M. (2016). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. Death Studies, 41(4), 226–235. https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1261204

Zhi, M., Diao, Y., Liu, S., Huang, Z., Su, X., Geng, S., Shen, L., Sun, J., & Liu, Y. (2020). Sufentanil versus fentanyl for pain relief in labor involving combined spinal-epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. European Journal of Clinical Pharmacology, 76(4), 501–506. https://doi.org/10.1007/s00228-019-02806-x

Zhuang, S., Chen, M., Ma, X., Jiang, J., Xiao, G., Zhao, Y., Hou, J., & Wang, Y. (2023). The needs of women experiencing perinatal loss: A qualitative systematic review and meta-synthesis. Women and Birth. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.03.007

Zuarez-easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garmi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacological and Non-Pharmacological Options for Pain Relief During Labor: an Expert Review. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 228(5). https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003

Zwelling, E. (2010). Maternal Movement. https://scbp.ca/assets/documents/5_5_Movement_in_labour.pdf

13. ANEXOS

Anexo I

Este plano de parto foi concebido para satisfazer as suas necessidades únicas. O nosso objetivo é prestar os melhores cuidados, respeitando as suas preferências durante o parto. Compreendemos que tomar decisões sobre o seu plano de parto nestas circunstâncias difíceis pode ser um desafio. Por favor, preencha cada secção deste plano da melhor forma possível. Embora possam surgir algumas situações que exijam alterações, o plano servirá de guia para os seus desejos durante o trabalho de parto, o parto e os cuidados pós-parto. Ajudar-nos-á a garantir que as suas esperanças, objetivos e valores são integrados no plano de cuidados e que são criadas memórias ternas para o nascimento do seu bebé.

Plano do meu parto

Do que conheço de mim:	*Concordo totalmente*	*Discordo totalmente*	
Os meus músculos, as minhas articulações, o meu útero, os meus movimentos, as minhas posições corporais, a minha respiração, todo o meu corpo são superpoderes/forças que levo para o meu trabalho de parto	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
A minha mente, a minha capacidade de lidar com situações desafiadoras são superpoderes/forças que levo para o meu trabalho de parto	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Outros superpoderes/forças posso levar para o meu trabalho de parto:			
As palavras que me dão força e coragem são:			

Para viver uma experiência de parto positiva seria, para mim:	*Muito importante*	*Nada importante*	
Quanto ao início do trabalho de parto:			
Ficar em casa na fase inicial do trabalho de parto	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Ir logo que inicie o trabalho de parto para o local onde quero viver o parto	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Caso seja uma indução do trabalho de parto, quero ir a casa antes da indução	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Caso seja uma indução do trabalho de parto, quero ficar internada de imediato	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Ter comigo_____ [Não ter ninguém comigo ◯]	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Quando gostaria de ter comigo: ◯ sempre, independentemente do tipo de parto ◯ sempre, exceto no período expulsivo			◯ Não sei ainda
Quanto ao lidar com o trabalho de parto:			
Adotar a posição que para mim seja mais confortável (em qualquer momento)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Manter-me ativa durante o TP (andar, etc.)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Que me orientem na posição mais favorável para a evolução do trabalho de parto se isso for relevante	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Que me informem da evolução do trabalho de parto sempre que eu solicitar/surgirem alterações	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Que realizem exame vaginal (com o meu consentimento) quando estritamente necessário ou a meu pedido	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Comer e/ou beber	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Ter o parto na posição que eu escolher no momento	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Que sejam implementadas medidas de proteção do períneo (expulsivo)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda
Não tocarem no períneo se não for estritamente necessário (expulsivo)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0		◯ Não sei ainda

Quanto ao lidar com a dor de trabalho de parto		
Não falarem comigo durante a contração	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Ser capaz de:		
• Gerir a dor "ao meu jeito"	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Usar respiração e relaxamento	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Usar massagem	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Usar música	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Usar óleos essenciais (massagem, aroma,…)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Acredito que consigo fazer qualquer coisa em 1 minuto (duração da contração uterina)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda

O ambiente que me tranquiliza e que gostaria de ter durante o meu trabalho de parto:		
• Privacidade (número de pessoas, ruídos)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Iluminação na sala de partos	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Temperatura ambiente (aquecido/fresco)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Ter um cheiro agradável na sala de partos. Do que me conheço, o aroma que me tranquiliza é_____	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Itens pessoais (que me dão conforto e força)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Pontos de distração (imagens da natureza, luz natural, frases poderosas, sons, música, televisão, etc.)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Usar água no chuveiro	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Usar imersão em água	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Usar dispositivos (bola de parto, bola "amendoim", etc.)	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Ter analgesia epidural logo que possível	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Ter analgesia epidural apenas quando eu solicitar	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Outras estratégias que gostava de usar:		
Quando o meu bebé nascer desejo:		
• Ver o bebé	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Tocar e segurar no bebé	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Celebrar cerimónia religiosa ou ritual espiritual	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Tirar fotografias ao bebé	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Dar banho e vestir o bebé	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• O cordão umbilical fosse cortado por: _____	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
• Guardar lembranças como: madeixa de cabelo, pulseira de identificação, fita métrica, pegadas das mãos e pés	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Outros elementos significativos para mim e/ou para a minha família:		

Após o nascimento do meu bebé:		
Tomar medicação para interromper a lactação	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Desejo doar o meu leite materno a um Banco de Leite Humano	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Ficar internada num local sem recém-nascidos	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Ficar internada num quarto individual	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Ficar internada num local com outras grávidas/mães e recém-nascidos	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Desejo ter comigo _____ [Não ter ninguém comigo ◯]	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Desejo ter visitas de familiares/amigos	10—9—8—7—6—5—4—3—2—1—0	◯ Não sei ainda
Outros elementos significativos para mim:		