



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO
PORTO**

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

**O CONTRIBUTO DOS CONCEITOS DO
HIPNOPARTO NA PREPARAÇÃO PARA O
PARTO**

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

Marina Pérez i Meca

Porto, 2024

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

O CONTRIBUTO DOS CONCEITOS DO
HIPNOPARTO NA PREPARAÇÃO PARA O
PARTO: Projeto de estágio de
desenvolvimentos de competências clínicas
especializadas na área da Enfermagem de
Saúde Materna e Obstétrica

THE CONTRIBUTION OF HYPNOBIRTHING
CONCEPTS IN BIRTH PREPARATION

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso e coorientado pela
Mestre Sandrine Lopes.

Autora: Marina Pérez i Meca

"O parto não é apenas um processo fisiológico. É um evento emocional, psicológico e social. A forma como uma mulher dá à luz e a experiência que tem podem afetar profundamente a sua vida e a do seu bebé. Respeitar a fisiologia do parto é respeitar a essência da mulher."

SHEILA KITZINGER

AGRADECIMENTO

À minha família e amigos que me incentivaram ao longo dos anos do curso e compreenderam a minha longa ausência.

Ao meu marido, que esteve sempre ao meu lado.

Às docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna da ESEP, em especial à Professora Doutora Alexandrina Cardoso por ser a minha orientadora, pelos ensinamentos, pela ajuda, pela paciência e pelo impacto que teve na minha formação académica.

À Enfermeira Especialista Sandrine Lopes, por todo o carinho, paciência e disponibilidade que teve na coorientação, pela partilha de conhecimentos e pelo acompanhamento que orientaram a minha prática clínica.

As EEESMO que com dedicação e paciência guiaram cada etapa do meu estágio. Paula, Catarina, Carla, Cândida, Helena e Fátima, a minha imensa gratidão por transformarem este ano numa experiência tão enriquecedora e positiva.

Às minhas colegas de curso, pelo companheirismo e sobretudo pela amizade, por fazerem de esta experiência inesquecível, pela troca de experiências e de conhecimento que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formanda.

A todas aquelas mulheres, famílias e bebés que contribuíram, de alguma forma, na minha aprendizagem.

A Minha Imensa Gratidão a Todas.

Porto, 2024

RESUMO

Este relatório de estágio profissional, visa descrever e realizar uma análise crítica do desenvolvimento das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, conforme previsto nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros, respetivamente. Pretende-se, também, descrever criticamente o processo de aquisição de competências específicas ao longo dos estágios da Unidade Curricular de Estágio de natureza profissional com relatório, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Este estágio teve como objetivo o desenvolvimento de competências específicas nos âmbitos de gravidez com complicações, de trabalho de parto e parto e no âmbito do cuidado no pós-parto e parentalidade.

As experiências vivenciadas em contextos clínicos por mulheres com elevados níveis de ansiedade, falta de autoconfiança e experiências anteriores de parto insatisfatórias, suscitam a necessidade de refletir sobre as práticas clínicas realizadas em contexto hospitalar e comunitário, mais concretamente no âmbito da preparação para o parto.

Neste sentido, foi realizada uma revisão integrativa no âmbito do Hipnoparto. Os resultados demonstraram que o perfil das participantes tende a ser de mulheres primíparas, com idades entre 20 e 42 anos e nível de escolaridade médio ou superior, que valorizam terapias naturais/complementares.

Conseguimos entender que, para responder as necessidades destas mulheres, os modelos de hipnoparto devem incluir na sua abordagem os conceitos de: preparação; adaptação; empoderamento e satisfação.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Gravidez; Hipnoparto; Preparação para o parto.

ABSTRACT

This professional internship report aims to describe and critically analyse the development of the common and specific competencies of the Nurse Specialist in Maternal and Obstetric Health Nursing, as outlined in Regulations No. 140/2019 and No. 391/2019 of the Order of Nurses, respectively. It also intends to critically describe the process of acquiring specific competencies throughout the internships of the Curricular Unit of Professional Internship with Report, within the framework of the master's degree in Maternal and Obstetric Health Nursing.

The goal of this internship was the development of specific competencies in the areas of complicated pregnancies, labor and delivery, and postpartum and parenting care.

The experiences of women in clinical contexts, characterized by high levels of anxiety, lack of self-confidence, and previous unsatisfactory childbirth experiences, highlight the need to reflect on clinical practices conducted in hospital and community settings, particularly in the field of childbirth preparation.

In this context, an integrative review was conducted on Hypnobirthing. The results showed that the profile of the participants tended to be first-time mothers, aged between 20 and 42 years, with an intermediate or higher level of education, who value natural/complementary therapies.

We can realise that in order to meet the needs of these women, hypnobirthing models must include the concepts of preparation, adaptation, empowerment and satisfaction in their approach.

Keywords: Childbirth Preparation; Hypnobirthing; Pregnancy; Prenatal care; Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

CHAVE DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists.

AC - Antecedentes cirúrgicos

AP - Antecedentes patológicos

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CUB - Comfortable Upright Birth Support

CTG - Cardiotocografia

DG - Diabetes gestacional

ECTS - European Credit Transfer System

EEESIP - Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e
Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HBPM - Heparina de baixo peso molecular

IMC - Índice de Massa Corporal

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OP - Occipito-posterior

RN - Recém-nascido

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SU - Serviço de urgência

UC - Unidade curricular

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UIGO - Unidade de Intermédia de Ginecologia e Obstetrícia

ULS - Unidades Locais de Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. Estrutura do relatório	10
2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	12
2.1. Internamento no período pré-natal - gravidez com complicações	13
2.2. Internamento no período pós-parto – puerpério	15
2.3. Internamento na sala de partos	18
3. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA	21
3.1. Objetivos	23
3.2. Metodologia	23
3.3. Avaliação, análise e apresentação dos Dados	27
3.4. Conclusões	28
4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS	32
4.1. Desenvolvimento de competências no âmbito de cuidar a mulher durante o período pré-natal na gravidez com complicações	33
4.1.1. Desafios físicos e psicológicos na ameaça de parto pré-termo	34
4.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o trabalho de parto	50
4.2.1. O percurso de uma fase latente muito ativa	51
4.2.2. Um parto guiado pelo movimento e pela intimidade	60
4.2.3. O desafio de um parto contra a corrente	77
4.2.4. Respeito na travessia de um trabalho de parto em direção a uma morte neonatal anunciada	94
4.3. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pós-parto	108
4.3.1. O peso emocional de um parto assistido e o reencontro com a maternidade	109
5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA	119
6. BIBLIOGRAFIA	122

7. ANEXOS _____	134
7.1. Anexo I: Registo global das experiências clínicas _____	134
7.2. Anexo II: Síntese dos Artigos Científicos Revistos _____	135
7.3. Anexo III: Características das Medicações administradas _____	143
7.4. Anexo IV: A Baleia _____	148

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de seleção de artigos	26
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados clínicos e obstétricos, Valéria	36
Tabela 2 – Dados clínicos e obstétricos, Bintu	52
Tabela 3- Dados cronológicos evolução trabalho de parto ao longo do turno	53
Tabela 4- Dados clínicos e obstétricos, Joana	62
Tabela 5- Dados cronológicos evolução trabalho de parto ao longo do turno	63
Tabela 6- Dados clínicos e obstétricos, Berta	78
Tabela 7- Dados cronológicos evolução trabalho de parto ao longo do turno	79
Tabela 8- Dados clínicos e obstétricos, Marisa	96
Tabela 9- Dados cronológicos evolução trabalho de parto ao longo do turno	97
Tabela 10- Dados clínicos e obstétricos, Catarina	111

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Estágio de natureza profissional com relatório final” inserida no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

O Estágio de natureza profissional com relatório final é uma UC anual com 45 ECTS (European Credit Transfer System), pelo que se estima uma carga total de trabalho do estudante dedicado a esta UC na ordem das 1260 horas.

As horas de contacto, num total de 830 horas, consistem em 800 horas de estágio e 30 horas de Orientação Tutorial.

As horas de estágio estão organizadas em três módulos:

- Estágio no Internamento de grávidas/medicina materno-fetal (200h): Foram realizadas 201h entre o dia 18 de setembro até dia 1 de novembro;
- Estágio no Puerpério (100h): Foram realizadas 101 h entre o dia 11 de novembro até dia 9 de dezembro;
- Estágio na sala de partos (500h): Foram realizadas 524h entre o dia 1 de fevereiro até dia 27 de junho.

Neste contexto, importa evidenciar a pertinência dos diversos estágios para identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem especializadas, centrados nas necessidades em cuidados à mulher com afeições ginecológicas, à mulher/família na gravidez fisiológica 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; elaborar e discutir o relatório de estágio.

O relatório visa descrever criticamente as atividades realizadas no decorrer dos diversos contextos de estágio assim como justificar as intervenções realizadas com base na evidência científica mais recente; refletir acerca das competências adquiridas durante o estágio e preconizadas para o exercício profissional do EEESMO; analisar as experiências vivenciadas e o impacto que estas apresentarão no futuro exercício da profissão; expor os obstáculos encontrados, determinando quais as estratégias usadas para os ultrapassar.

No âmbito do presente relatório foi, ainda, considerado como objetivo: compreender o contributo dos conceitos do hipn parto na preparação para o parto¹, através da realização de uma revisão integrativa.

Esta revisão surge associada a um desejo de conciliar uma formação prévia, em Hipn parto, com a prestação direta de cuidados, à mulher/ casal/convivente significativo durante a gravidez, trabalho de parto e Parto.

1.2. Estrutura do relatório

Estruturalmente este trabalho está organizado em três partes essenciais, uma dedicada à mobilização de resultados de revisão, outra à conceção de cuidados relativos à experiência em contexto de estágios e concluindo com uma reflexão crítica.

Na primeira parte, dedicada à revisão integrativa da literatura, são apresentados os métodos utilizados para a sua realização. Explica-se o processo de pesquisa,

¹ “*programa de saúde que visa desenvolver na mulher, e na pessoa significativa para si, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a evolução do trabalho de parto, promotores de uma experiência de parto positiva. O conteúdo específico de cada uma das intervenções deverá ter por referência o resultado da avaliação inicial das expectativas, significados, conhecimentos e capacidades da mulher e da pessoa significativa que escolheu para a acompanhar durante o trabalho de parto*” (PQCEESMO, 2021).

desde a definição do tema até à seleção dos estudos relevantes, destacando os critérios de inclusão e exclusão. São discutidas as conclusões retiradas da literatura e as suas implicações para a prática clínica.

Na segunda parte, a conceção de cuidados é analisada através de seis casos clínicos, que abrangem o período pré-natal, parto e pós-parto. Estes casos são avaliados de forma crítica e reflexiva, com destaque para as intervenções realizadas e os desafios enfrentados na prática clínica. A análise permite compreender como os conhecimentos teóricos foram aplicados e ajustados às necessidades de cada caso, tendo sempre como foco o cuidado centrado na mulher.

A terceira parte consiste numa reflexão crítica, abordando as competências desenvolvidas, os objetivos atingidos, e o processo de aprendizagem. São mencionados os desafios enfrentados, bem como as dificuldades sentidas ao longo da unidade curricular. É também feita uma reflexão sobre o impacto deste processo no desenvolvimento pessoal, académico e profissional, realçando os compromissos assumidos para o futuro.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

O desenvolvimento de competências específicas do EEESMO deve ser realizado em diferentes contextos clínicos, para possibilitar uma maior abrangência de experiências, e em consequência, maior amplitude no desenvolvimento de competências.

Posto isto, neste capítulo, efetuarei uma breve contextualização dos locais de ação onde foram desenvolvidos os vários estágios.

No anexo I pode ser consultado o registo global das experiências clínicas realizadas em cada um dos contextos clínicos. Ao refletir sobre as experiências clínicas realizadas durante a minha formação, considero que, embora o número de casos seja relevante, a diversidade e complexidade das situações a que fui exposta tiveram um impacto significativo. Sinto-me privilegiada por ter vivenciado cenários pouco frequentes, como a morte neonatal, a distocia de ombros e a laceração do cordão umbilical na sala de partos, experiências que me permitiram desenvolver competências técnicas e emocionais em situações de elevada exigência.

Na Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC), o contacto com mulheres, no período pré-natal e pós-parto inclusive em contexto domiciliar, permitiu-me desenvolver intervenções com foco nas necessidades identificadas, uma abordagem mais calma que permite envolver o contexto familiar/casal. O programa de recuperação pós-parto evidenciou a importância da criação de grupos de partilha e da intervenção multidisciplinar.

Em suma, considero que esta diversidade de contextos clínicos foi fundamental para o meu crescimento profissional.

2.1. Internamento no período pré-natal - gravidez com complicações

O estágio, desenvolvido no âmbito de gravidez com complicações, decorreu no período compreendido entre o dia 18 de setembro e o dia 1 de novembro de 2023, sob a supervisão de uma EEESMO na unidade de Gravidez de risco.

Conhecer a estrutura do serviço permitiu-me entender a importância da organização interna dos serviços hospitalares para que possam dar uma resposta rápida e eficaz, garantindo que complicações potenciais sejam identificadas a tempo, evitando desfechos adversos.

Este serviço está localizado no terceiro piso do hospital, junto ao internamento de Ginecologia e a Unidade de Intermédia de Ginecologia e Obstetrícia (UIGO). Possui 42 camas de internamento dispostas por 10 quartos individuais, 9 quarto duplos, e 4 camas na UIGO. Em todos os quartos existem WC completos com chuveiro. É constituído por uma sala de visitas/sala de espera, por dois gabinetes Médicos, um gabinete de secretariado e um gabinete de enfermagem.

Além disso, no serviço, está disponível uma sala dedicada para a realização de ecografias de controlo às grávidas. Essa sala permite a realização de exames de ultrassonografia de rotina para avaliar e acompanhar o desenvolvimento do feto e avaliar a saúde materno-fetal.

Para complementar os cuidados, o serviço dispõe de vários cardiotocógrafos, utilizados conforme as necessidades de cada caso particular. O cardiotocógrafo consiste num equipamento clínico utilizado para realizar a cardiotocografia, exame que visa monitorizar a frequência cardíaca fetal, o movimento fetal e as contrações uterinas, de forma não invasiva.

O uso e avaliação da cardiotocografia em conjunto com sintomatologia clínica apresentada pelas grávidas, aliados à capacidade da EEESMO de reconhecer alterações no padrão de frequência cardíaca fetal e desvios da normalidade, como sinais de sofrimento fetal ou variações nas contrações uterinas, são

essenciais para intervir de forma eficaz e garantir a segurança tanto da mãe quanto do feto.

Os principais motivos de internamento são gravidezes com patologia associada, não controlada e/ou agudizada que requerem monitorização, tratamento ou repouso e vigilância, sendo a ameaça de parto pré-termo o mais frequente, seguido da restrição do crescimento intrauterino ou placenta prévia.

Os EEESMO, pela especificidade da sua formação técnica e científica, compreendem que a gravidez é um dos eventos mais marcantes na vida da grávida ou casal e que nem sempre esta fase decorre como é esperado, podendo desencadear sentimentos de vulnerabilidade e alterações no bem-estar da grávida/casal. Assim, as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, exigiram uma constante busca da evidência científica, a mobilização dos saberes adquiridos e uma contínua análise crítica-reflexiva com colegas, orientadores e professores.

A equipa de enfermagem da unidade é constituída por tanto por enfermeiras de cuidados gerais entradas no cuidado de mulheres com necessidades ginecológicas e por EEESMO com foco na atenção às mulheres com gravidez com complicações.

As competências específicas do EEESMO² permitem-lhe desenvolver uma prática clínica em enfermagem distinta do enfermeiro de cuidados gerais. A formação e preparação do EEESMO fornece-lhe um conhecimento aprofundado sobre como cuidar da mulher durante o período pré-natal e pós-parto, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

Por este motivo, o serviço organiza as equipas de enfermagem, de modo a assegurar ao longo das 24h cuidados de elevada competência técnica e científica. É garantida em cada turno a presença de três EEESMO, e de duas

² Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica; Regulamento n.º 391/2019 de 3 de maio.

Enfermeiras de cuidados gerais, sendo estas últimas responsáveis por desenvolver os cuidados de saúde às mulheres com patologia ginecológica.

2.2. Internamento no período pós-parto – puerpério

Para o desenvolvimento de competências no âmbito do autocuidado no pós-parto e parentalidade, foi realizado o estágio no serviço de puerpério. Este estágio decorreu no período compreendido entre o dia 11 de novembro até dia 9 de dezembro sob a supervisão de uma EEESMO. Este serviço localiza-se no Piso 4 do hospital.

O serviço de puerpério proporciona um ambiente acolhedor e seguro às mulheres e aos seus recém-nascidos nos primeiros dias pós-parto. O objetivo da equipa de saúde que integra este serviço é de garantir um cuidado integral para uma parentalidade positiva.

Conforme o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2023), a primeira infância, ou seja, período que se inicia na gestação e termina pelos seis anos, é o momento mais impactante para a saúde e o bem-estar socioemocional das crianças. Pois, as experiências vividas na primeira infância estão relacionadas com acontecimentos na vida adulta. Para a UNICEF (2023), torna-se necessário garantir condições que favorecem o cuidado integral, sendo este composto por cinco componentes: boa saúde, nutrição adequada, segurança e proteção, cuidados responsivos e oportunidades de aprendizagem.

Ao longo do corredor do serviço de puerpério, encontram-se 15 quartos individuais equipados com banheiras para bebés, proporcionando um ambiente privado e confortável para as famílias. Do outro lado do corredor, estão os nove quartos duplos, onde são utilizadas banheiras portáteis para os primeiros banhos

dos bebés. Cada mulher tem à disposição um berço para seu bebé, garantindo, desta forma, o alojamento conjunto.

Além dos quartos, há uma sala destinada à observação dos recém-nascidos e à prestação de cuidados, como a aspiração de secreções ou administração de antibióticos. Nesse ambiente, as mães podem receber suporte na amamentação, com o auxílio de materiais de apoio.

A prática do alojamento conjunto representa imensas benefícios tais como: fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho; permitir a observação constante do recém-nascido pela mãe, o que a faz conhecer melhor o seu bebé; estimular o aleitamento materno, conforme as necessidades da mãe e da criança e diminuir o risco de infeção hospitalar.

O vínculo mãe-bebé é o processo pelo qual ocorre uma estreita conexão emocional. Tem resultados positivos tanto para as mães como para os bebés. Ajuda a reduzir o *stress* e a ansiedade materna, além de aumentar a sua autoestima.

No entanto, é necessário reconhecer que existem vários fatores que podem afetar o vínculo, como o estado físico e emocional da mãe, uma experiência de parto difícil ou inesperada e a saúde do bebé.

É de referir ainda a importância de avaliar as expectativas e a pressão social. A sociedade enaltece o amor materno instantâneo e isso leva, a que a mãe se sinta sozinha, estranha e com sentimento de culpa. A fadiga extrema e os altos níveis de *stress* podem dificultar uma conexão emocional imediata.

A iniciativa “Hospital Amigo dos Bebés”, liderada pela UNICEF, veio garantir a implementação de medidas que visa uma prestação de cuidados baseada em evidências que promova a amamentação e permite um vínculo saudável entre a mãe e o seu bebé.

O serviço de puerpério onde foi realizado este ensino clínico está inserido num hospital com acreditação da UNICEF, designado com hospital amigo dos bebés

desde 2009, tendo ocorrido reavaliações em 2013 e 2017. Para além do alojamento conjunto, o hospital ter uma política de promoção ao aleitamento materno; garantir formação contínua às equipas de saúde; informar todas as grávidas sobre a prática do aleitamento materno; promover a amamentação na primeira hora de vida após o nascimento; informar às mulheres sobre como amamentar e manter a lactação; não oferecer ao recém-nascido nenhum outro alimento ou líquido além do leite materno; praticar o alojamento conjunto; promover a amamentação livre demanda; não incentivar o uso de tetinas e chupetas; encaminhar as mulheres lactantes para os grupos de apoio à amamentação, após a alta hospitalar.

A criação recente das novas Unidades Locais de Saúde (ULS) poderá facilitar a implementação desta última medida. Pois o que se pretende é uma abordagem articulada e coordenada entre os diferentes níveis dos cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS). As UCC são unidades que prestam cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário e que desenvolvem, já há alguns anos, projetos de promoção a amamentação.

A designação dada à iniciativa da UNICEF e as medidas implementadas por ela, conduz a questão. E a mãe? Pois estas medidas têm como principal foco o bebé. Contudo, ambos estão numa relação interativa e dinâmica.

Consequentemente, Porque não futuramente pensar na implementação de um programa que certificasse os hospitais como “Hospital Amigo da mãe” ou “Hospital amigo da mãe e do bebé”? Que promovesse medidas que vão para além da proteção e apoio a amamentação e garantisse o apoio emocional e físico contínuo da parturiente, o respeito pelas crenças, valores e escolhas das mulheres, a liberdade de movimento, o uso de métodos não farmacológicos para lidar com o trabalho de parto, o poder tocar, segurar e amamentar os seus bebés, incluindo os bebés doentes ou prematuros bem como nas situações em que as mães estão internadas em unidades intermédias de obstetrícia.

A equipa de enfermagem que atua no serviço de puerpério inclui enfermeiros de cuidados gerais e EEESMO assim como, ocasionalmente, Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

2.3. Internamento na sala de partos

No período compreendido entre 1 de fevereiro e o dia 27 de junho 2024, foi realizado o estágio do núcleo de partos para a aquisição de competências específicas no âmbito da assistência à mulher em trabalho de parto e parto.

O núcleo de partos situa-se no piso -1 do hospital. A disposição é adequada às necessidades específicas deste tipo de serviço, colaborando para a prestação de cuidados individualizados e humanizados. As instalações são recentes e com uma componente hoteleira agradável. Existem sete salas de parto, com WC privativo e com chuveiro. Em todas elas é possível recorrer aos dispositivos facilitadores do trabalho de parto como: a bola de pilates, o CUB, a lentilha e o banco de parto.

No que diz respeito ao acompanhamento, o hospital permite a permanência, em alternância, até três acompanhantes³.

Para além das salas de parto, o núcleo de partos dispõe de uma enfermaria com seis camas, habitualmente três destinadas à indução e três à observação. Este

³ Artigo 12, Lei n.º 110/2019, de 9 de setembro: “É reconhecido à mulher grávida o direito ao acompanhamento na assistência na gravidez, por qualquer pessoa por si escolhida, podendo prescindir desse direito a qualquer momento, incluindo durante o trabalho de parto”.

espaço fica ao lado da entrada das urgências obstétricas/ginecológicas, melhorando o acesso das grávidas ao serviço.

O núcleo de partos é delimitado por dois corredores, um interno e outro externo. O corredor interno é utilizado exclusivamente pelos profissionais de saúde enquanto o externo permite às grávidas, que estão na área da indução ou observação, a realização de exercícios de mobilidade da pelve e promoção da verticalidade, para além de garantir um espaço para a realização das refeições e de convívio entre grávidas.

Quanto a distribuição dos recursos humanos, foi possível observar que em cada turno existe uma EEESMO na triagem, uma nas urgências, uma na indução, uma na sala das expectantes e na sala de partos usadas em menor frequência. A distribuição das EEESMO obedece a um sistema de rotatividade que, na minha perspetiva, enriquece as experiências e as competências.

As salas de parto mais utilizadas, seja por proximidade ou por terem um espaço físico mais confortável para as utentes, cada EEESMO é responsável por duas delas.

A equipa de saúde é constituída não só por uma equipa de enfermagem, como também por uma equipa de técnicos auxiliares de saúde, médicos obstetras e anestesistas.

Todos pretendem assumir o compromisso de garantir a qualidade dos cuidados. Contudo, ainda se verifica uma tendência para tratar todos os partos rotineiramente.

O plano de parto veio em certa medida melhorar a prestação de cuidados na sala de partos, uma vez que proporciona, quando respeitado, o empoderamento feminino e a participação ativa e efetiva das mulheres nos seus partos. A sua promoção pelo EEESMO é indispensável.

A criação dos centros de parto normal, junto dos serviços de obstetrícia, é uma das medidas propostas pela Ordem dos Enfermeiros (2022) e, que poderá dar continuidade a essa mudança do paradigma do cuidar, em sala de partos.

Estes centros têm como objetivo criar ambientes semelhantes ao ambiente familiar, mas que, ao mesmo tempo, possibilitam cuidados seguros, com recursos tecnológicos adequados em casos de eventual necessidade.

Cita-se o exemplo existente em Espanha, a *Centre de Naixements - Casa Laietana*, na Catalunha, no qual já tive oportunidade de observar as intervenções implementadas para uma experiência de parto positiva e satisfatória.

3. SÍNTESE DA EVIDÊNCIA

Durante o contexto de estágio, deparei-me com mulheres que apresentavam elevado nível de ansiedade, falta de autoconfiança e algumas delas tinham também experiências prévias de parto insatisfatórias. Assim, surgiu-me a necessidade de conduzir uma pesquisa para aprofundar métodos que pudessem ser utilizados como recurso na preparação para o parto. Foi nesse contexto que descobri o Hipn parto, uma abordagem que poderia ser útil para dar resposta às necessidades de preparação das mulheres para o seu parto.

A hipnose no parto, conhecida como *Hypnobirthing*, não é um conceito novo. Em 1959, Marie Mongan experimentou a técnica da hipnose no seu próprio parto (Wilson, 2017), tendo publicado em 1992 o seu primeiro livro *Hypnobirthing: The Mongan Method*. Oito anos após fundou o *HypnoBirthing Institute*.

O objetivo deste método é modificar a perceção que as grávidas têm acerca do parto, substituindo a visão dolorosa, difícil e perigosa por uma que realça a capacidade natural do corpo feminino para fazer nascer o seu filho, um parto mais calmo, menos doloroso e com menor recurso a medicamentos, dando sugestões guiadas e positivas à grávida. Na sua essência, oferece um conjunto de estratégias que promovem o relaxamento, a autoconfiança e a autoeficácia das mulheres.

A evidência demonstra que as mulheres que recorrem ao Hypnobirthing têm uma diminuição da duração do parto (Atis e Rathfisch, 2018), menos dor no seu trabalho de parto (Long & Bradshaw 2017; Atis et al., 2018; Uludağ e Mete, 2020), iniciam a amamentação mais precocemente (Atis et al., 2018) e têm maior satisfação com o parto (Long et al., 2017; Uludağ e Mete, 2020; Buran & Aksu, 2022). São reconhecidos os ganhos em autossatisfação, melhor autogestão da ansiedade (Valério, 2020). Estudos indicam que o Hypnobirthing reduz

intervenções médicas, como analgesia, induções e cesarianas (Phillips-Moore, 2012).

A utilização do método, segundo Mongan (2005), envolve a conjugação de três componentes:

- Preparação e condicionamento no período pré-natal;
- Indução, aprofundamento e manutenção da hipnose durante trabalho de parto e parto;
- Presença de um convivente significativo da grávida.

Na literatura surgem vários termos ligados ao "Hypnobirthing"; como, por exemplo: "hypnosis therapy"; "hypnosis"; "self-hypnosis". Verifica-se uma multiplicidade de intervenções no âmbito do Hipn parto, ou seja, o tipo e número de intervenções, o número de horas e a idade gestacional para o início dessas mesmas intervenções. As intervenções maioritariamente referidas na literatura incluem técnicas de respiração e de relaxamento tal como é sugerido no método de Marie Mongan.

Por este motivo, pretende-se analisar a produção científica referente ao método Hipn parto implementado no contexto da preparação para o parto.

Os EEESMO são os principais profissionais responsáveis por prestar cuidados durante a gravidez e o parto fisiológico e estes estão plenamente capacitados para facilitar o uso do Hipn parto para a mulher e a sua pessoa significativa, sempre que essa abordagem for relevante para a parturiente (Baker, 2014).

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, como é o caso do parto. É o profissional responsável por cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto, parto e puerpério.

Aprofundar o nosso conhecimento no âmbito do Hipn parto pode contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelo EEESMO.

3.1. Objetivos

Os objetivos devem expressar de forma clara e rigorosa o que o investigador tem como propósito descrever (Fortin, 2009), e este estudo tem como propósito dar resposta ao seguinte objetivo:

Identificar os conceitos usados nos modelos de hipn parto que contribuam para a identificação das necessidades das mulheres e das intervenções a serem realizadas em contexto de preparação para o parto.

3.2. Metodologia

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), a revisão integrativa tem como objetivo recolher e sintetizar resultados de pesquisa sobre um tema específico, de uma forma metódica e organizada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento da temática. As etapas de uma revisão integrativa da literatura são, segundo Cooper (1998), cinco: 1-Formulação do problema; 2-Procura da literatura; 3-Avaliação dos dados; 4-Análise dos dados e 5-Apresentação dos dados.

A revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que combina estudos quantitativos e qualitativos para responder a uma questão específica. Integra resultados de diferentes tipos de estudos, oferecendo uma visão abrangente do tema (Whittemore & Knaf, 2005).

Formulação do problema

A revisão tem como questão norteadora: Quais os conceitos usados nos modelos de hipn parto que contribuam para a identificação das necessidades das mulheres e das intervenções a serem realizadas em contexto da preparação para o parto?

Na estruturação desta questão, recorreremos à estratégia PCC:

- População (P): Grávidas⁴
- Conceito (C): Hipn parto⁵
- Contexto (C): Preparação para o parto

Procura da literatura

Para incrementar o rigor de qualquer pesquisa são necessárias estratégias de pesquisa bem definidas. Todo o processo de pesquisa, na revisão integrativa, tem de ser explicado, devendo especificar-se os termos da pesquisa, as bases de dados e as estratégias de pesquisa usadas, bem como os critérios de inclusão e exclusão utilizados.

A frase booleana usada na pesquisa foi: *Hypnobirth* OR *Hypnobirthing* AND “*Prenatal care*” AND *pregnancy*⁶. Não foram encontrados termos MeSH para o conceito Hipn parto. Por esse motivo, foram utilizados os termos *Hypnobirth* e *Hypnobirthing*.

Na construção da frase utilizou-se o operador booleano OR e AND uma vez que o objetivo da revisão era recolher todos os artigos relevantes.

⁴ Mulheres humanas grávidas, como entidades culturais, psicológicas ou sociológicas. (DeCS, n.d.)

⁵ Utilização de técnicas de auto-hipnose, relaxamento profundo e respiração controlada para eliminar o medo e a ansiedade durante o parto, facilitando um processo de nascimento mais calmo, natural e menos doloroso. (Mongan, 2005)

⁶ A definição do termo MeSH Gravidez (*Pregnancy*) define-se como estado durante o qual as mulheres gestam os seus embriões ou fetos em desenvolvimento no útero antes do nascimento, começando pela fertilização até ao nascimento.

A estratégia de pesquisa e seleção dos artigos passou pela identificação daqueles que se encontravam indexados nas seguintes bases de dados: SciELO, EBSCOhost, PubMed, Scopus, *Web of Science* e a Biblioteca Cochrane.

Os resultados do total de artigos indexados, em cada base, são apresentados na figura 1. A Figura 1 representa o fluxograma da busca e seleção dos estudos encontrados.

A seleção dos estudos teve por base os seguintes critérios de inclusão: artigos com disponibilidade de resumos ou textos completos de acesso gratuito, inclusão dos descritores no título ou resumo. Foram excluídos os artigos duplicados, artigos de opinião e relatos de experiência.

Os estudos foram avaliados quanto à sua qualidade metodológica e relevância para a revisão. A revisão foi realizada por dois revisores utilizando a plataforma Rayanne. O processo incluiu a leitura dos títulos, seguida pela análise dos resumos e, posteriormente, a leitura crítica dos textos completos.

Como resultado das estratégias de busca apresentadas, foram identificados um total de 80 artigos nas diferentes bases de dados. Após uma análise detalhada, foram excluídos 7 artigos por serem estudos duplicados. Na sequência, 4 artigos foram descartados após a leitura dos títulos e resumos, e 26 artigos foram considerados indisponíveis na íntegra. Além disso, 35 artigos foram excluídos pelos seguintes motivos: 3 por se concentrarem exclusivamente nos efeitos sobre o recém-nascido; 18 por não abordarem os tópicos de interesse; e 14 por incluírem relatos de experiências pessoais ou livros que, apesar de apresentarem reflexões relevantes, não oferecem evidência científica sólida ou metodológica para sustentar as análises e conclusões deste estudo.

Com base nos critérios estabelecidos para a revisão integrativa, foram eleitos 8 artigos, cujo processo de seleção é representado no fluxograma a seguir.

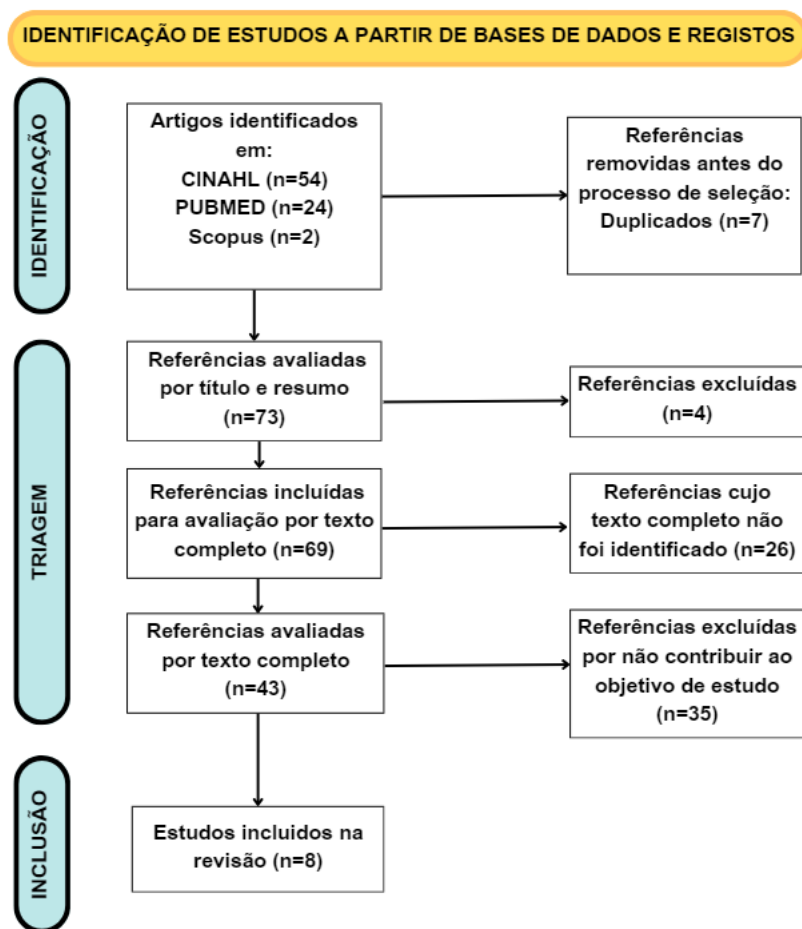


Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos, PRISMA (2020).

3.3. Avaliação, análise e apresentação dos Dados

Relativamente a esta revisão integrativa, a organização teve por base a ordem cronológica dos artigos, do ano mais recente para o mais afastado no tempo. A análise de cada artigo começou com a leitura do texto integral, retirando dados considerados relevantes para os objetivos da revisão.

Para facilitar a compreensão de cada um dos estudos analisados foram realizadas tabelas resumo para apresentar as suas características metodológicas e principais resultados, podem ser consultadas no ANEXO II.

Antes de mais, consideramos importante verificar o perfil da mulher grávida que adere ao programa de Hipn parto.

Podemos verificar que dos oito estudos analisados, a menor idade encontrada foi de 20 anos e a maior foi de 42 anos. Quanto a escolaridade, todas possuem uma escolaridade superior ao ensino básico.

Relativamente à paridade, os estudos incluem tanto primíparas como múltiparas, sendo que o estudo de Atis et al., (2018), só incluiu primíparas.

O artigo de Steel, Frawley, Sibbritt, Broom e Adams (2016) destaca que as mulheres que optaram pelo Hipn parto manifestaram a sua preferência em terem os seus partos em centros de parto normal ou em casa. No entanto, os restantes estudos ocorreram em ambiente hospitalar.

Steel et al. (2016) afirma que as mulheres que usaram o método de Hipn parto são habitualmente utentes que recorrem às consultas realizadas por um acupuncto, naturopata ou homeopata, para além de frequentar aulas de yoga/meditação.

Relativamente às intervenções observamos que a mais referida é a auto-hipnose. É abordada em sete dos oito artigos, como sendo um ponto fundamental para o controlo da dor e ansiedade durante o parto.

A preparação para o parto deve envolver intervenções do tipo ensinar e instruir, tal como verificado nos estudos de Atis et al., (2018), Uludağ e Mete (2020), Bülez, Soğukpınar e Sayiner (2020), Buran e Aksu (2022) e Uludağ e Mete (2023).

As técnicas de respiração e relaxamento foram utilizadas nos estudos de Pbillips-Moore (2012), Atis et al., (2018), Uludağ e Mete (2020), Kurnaesih et al. (2021), Buran e Aksu (2022) e Uludağ e Mete (2023).

A visualização positiva foi usada nos estudos de Atis et al., (2018), Uludağ e Mete (2020), Buran e Aksu (2022) e Uludağ e Mete (2023). As visualizações

incluem metáforas como imaginar uma rosa a desabrochar, para auxiliar as mulheres a concentrarem-se em pensamentos positivos durante o parto.

O apoio durante o parto foi destacado nos estudos de Atis et al., (2018) e Buran e Aksu (2022), sublinhando a importância de envolver a pessoa significativa/parceiro e a utilização de uma linguagem positiva durante o parto, sublinhando a relevância do ambiente emocional e social (Buran e Aksu, 2022).

3.4. Conclusões

Embora o método Mongan é o método pioneiro do hipn parto, não se verifica pela análise realizada aos artigos o uso de um modelo *standard*, sobretudo no que diz respeito ao tipo de intervenções, número e duração das mesmas.

Contudo, conseguimos entender que os modelos de hipn parto devem incluir na sua abordagem os conceitos de PREPARAÇÃO, ADAPTAÇÃO, EMPODERAMENTO E SATISFAÇÃO.

A mulher que recorre ao hipn parto procura uma resposta às seguintes necessidades:

1. Sentir se preparada. (Bülez et al., 2020) (Uludag e Mete, 2023); (Phillips-Moore, 2012); (Buran e Aksu, 2022).

O medo do parto é reduzido quando se explica a grávida/ casal o processo de parto e quando ensinamos a mulher a forma como deve ativar o seu corpo e a sua mente ao longo do trabalho de parto (Phillips-Moore, 2012)

A filosofia do hipn parto procura dar resposta a necessidade das mulheres em preparar o corpo para o parto. Logo, é necessário informar sobre gravidez, alimentação, exercício físico (Buran & Aksu, 2022).

2. Conquistar um Parto normal, fisiológico, saudável e espontâneo (Steel, et al., 2016); (Uludag e Mete., 2023)

Segundo a Ordem dos enfermeiros (2021), “O parto fisiológico é definido como uma abordagem ao trabalho de parto que maximiza a força inerente e normal da fisiologia da mulher e do feto e se abstém de intervenções desnecessárias, ineficazes ou prejudiciais relacionadas com a medicalização do parto, a menos que haja compromisso do bem-estar ou segurança”.

As mulheres que procuram o método do hipn parto são mulheres que pretendem um parto fisiológico e procuram técnicas não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto (Steel, et al., 2016).

3. Encontrar o relaxamento (Phillips-Moore, 2012); (Uludag & Mete, 2023); (Bülez et al., 2020); (Buran & Aksu, 2022)

O poder das palavras e dos pensamentos, a massagem e as técnicas respiratórias (Phillips-Moore, 2012); (Uludag & Mete, 2023); (Bülez et al., 2020); (Buran & Aksu, 2022), os exercícios de visualização e de imaginação guiada (Phillips-Moore, 2012); (Buran & Aksu, 2022), exercícios de vínculo pré-natal (Phillips-Moore, 2012).

As mulheres apresentam ansiedade, medo do parto e preocupações quanto ao bebé. A idade e o nível socioeconómico não têm efeito sobre essa variável. O hipn parto conduz a sentimentos de tranquilidade, autoconfiança e reduz a percepção da dor (Bülez et al., 2020).

4. Movimentar-se livremente durante o trabalho de parto (Buran & Aksu, 2022); (Uludag e Mete, 2023)

A posição a adotar para o parto é subjetiva e varia de mulher para mulher. A mudança de posição e o uso da bola de parto diminui a dor materna durante o trabalho de parto e contribui para o bem-estar físico da parturiente (Buran & Aksu, 2022); (Uludag e Mete, 2023). Garantir que a mulher se movimente livremente durante o trabalho de parto deve ser um dos cuidados prioritários da atuação da EEESMO.

5. Saber o que fazer e quando fazer (Uludag e Mete, 2023)

Para a grávida, é importante ter conhecimento sobre quando ir para o hospital, quando pode ocorrer a ingestão de alimentos e a hidratação (Uludag e Mete, 2023).

Outro aspeto mencionado no estudo de Uludag e Mete (2023), é a necessidade de preparar a grávida para a possibilidade de surgirem alguns sentimentos de incapacidade e de querer desistir durante o trabalho de parto. Logo, a EEESMO deve ajudá-las a compreender como alcançar o objetivo por elas proposto.

6. Compreender o ambiente de parto, a sua influência na experiência da mulher (Buran & Aksu, 2022); (Uludag & Mete, 2023)

A baixa luminosidade, a ausência de ruído, a música, a temperatura do ambiente deve ser ajustada (Uludag & Mete, 2023).

A comunicação com a equipa, o direito a informação e o respeito pelas escolhas e a realização de um plano de parto são aspetos que influenciam a experiência de parto. Cada mulher tem direito a autodeterminar-se (Uludag & Mete, 2023). Ela procura a motivação e o encorajamento, a presença e participação ativa do parceiro/pessoa significativa (Buran & Aksu, 2022).

Segundo Miller e Lalonde (2015), a capacidade de uma mulher ter uma experiência de parto e maternidade positivas é claramente afetado pelo ambiente em que ocorre o parto.

7. Encontrar um sentimento de satisfação e a sensação de empoderamento (Phillips-Moore, 2012); (Buran & Aksu, 2022); (Uludag & Mete, 2023);

A habilidade/capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto, o autocontrolo, o empoderamento e o sentir se mais focada torna o parto mais fácil e confortável. Colabora para essa satisfação o grau de envolvimento e apoio oferecido pelo parceiro/pessoa significativa. (Buran & Aksu, 2022); (Uludag & Mete, 2023). Mulheres que tiveram esse apoio tem uma menor perceção da dor,

uma duração de trabalho de parto mais curta e uma maior satisfação (Buran & Aksu, 2022). As mulheres que recorram ao método do hipn parto tem uma maior satisfação (Buran & Aksu, 2022).

A autonomia e o empoderamento são conceitos centrais nos modelos de Hipn parto, que enfatizam a capacidade da mulher de tomar decisões informadas. Esse empoderamento, promovido por uma preparação adequada, contribui para que a mulher se sinta confiante e no controlo do processo, o que, por sua vez, influencia suas escolhas sobre o local de parto e o tipo de assistência que deseja receber

8. Facilitar a adaptação ao pós-parto (Buran & Aksu, 2022); (Uludag & Mete, 2023)

A continuidade do apoio após o parto (Uludag & Mete, 2023), a preparação para a parentalidade⁷ (Buran & Aksu, 2022), o contacto pele a pele e a amamentação (Buran & Aksu, 2022); (Uludag & Mete, 2023), são conceitos que devem ser abordados nos programas de Hipn parto.

Deverão ser realizados mais estudos no sentido de averiguar a relação e o impacto que têm o número, a duração e o tipo de intervenção implementado nos modelos de Hipn parto sobre as vantagens sentidas pelas grávidas.

⁷ “Programa de saúde concebido e implementado por EEESMO, que visa desenvolver as competências parentais na mulher-mãe e do homem-pai/pessoa com quem partilha o projeto de maternidade, tomando por referência o respetivo plano de parentalidade. No plano de cuidados importa, ainda, considerar a(s) pessoa(s) significativas para a mulher e/ou pai, incluindo, por exemplo, os irmãos mais velhos. O conteúdo específico de cada uma das intervenções deverá ter por referência o resultado as necessidades específicas, identificadas individualmente, a partir do qual são estabelecidas as intervenções, que poderão ser implementadas individualmente/casal ou em grupo.” (PQCEESMO, 2021)

4. CONCEÇÃO DE CUIDADOS

Neste capítulo, será apresentado um plano de cuidados relacionado com o cuidado pré-natal numa gravidez com complicações, quatro planos focados no cuidado à mulher durante o trabalho de parto e, por fim, um plano sobre o período pós-parto.

O processo de conceção de cuidados envolve uma avaliação detalhada das condições de saúde e das necessidades da mulher, seguido da formulação de diagnósticos de enfermagem e da implementação de intervenções e atividades específicas.

Essas intervenções têm como objetivo garantir um acompanhamento holístico, alicerçado em evidência científica, centrado na promoção da saúde e bem-estar da mulher e do bebé.

Para estruturar e representar o conhecimento de forma organizada, recorreu-se a uma ontologia. Uma ontologia é uma descrição de conceitos e relacionamentos dentro de um domínio específico, promovendo a interoperabilidade semântica entre sistemas de informação em saúde. Em enfermagem, essa abordagem abrange classes como avaliação, diagnósticos, objetivos e intervenções. No contexto deste trabalho, utilizou-se a NursingOntos (2024-2025), uma ontologia que permite a especificação dos conceitos e relações, bem como o desenvolvimento de ferramentas para gestão e atualização de informações relevantes ao processo de conceção de cuidados (Paiva et al., n.d.).

4.1. Desenvolvimento de competências no âmbito de cuidar a mulher durante o período pré-natal na gravidez com complicações

Ao longo do estágio na unidade de gravidez de risco foram aprimoradas as habilidades necessárias para atender a mulher durante o período pré-natal, constituído por cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal.

As competências específicas são várias. Sendo essenciais as competências focadas no autocuidado durante a gravidez, 2.1.5 — Informar e orientar sobre estilos de vida saudáveis na gravidez, nomeadamente a alimentação, higiene e exercício. Também no âmbito da adaptação à gravidez, foi necessário conceber, planejar, implementar e avaliar intervenções à mulher com desvios ao padrão de adaptação à gravidez, conforme a competência 2.3.2.

Foram aplicados também diagnósticos e intervenções específicas para promover o bem-estar da gestante e do feto. Por exemplo, para promover a adesão a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho, ensinar sobre o desenvolvimento fetal e comunicação intrauterina, alinhando-me com a competência 2.2.8, concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar uma gravidez saudável. Da mesma forma, ao ensinar sobre o trabalho de parto, promover o ajustamento à gravidez, conforme a competência 2.3.2.

Além disso, fomentar a comunicação e a socialização foi essencial para promover o bem-estar emocional das gestantes. Por meio da execução de escuta ativa e da promoção de interações sociais, contribuí para o alcance desses objetivos, conforme a competência 2.1.7.

4.1.1. Desafios físicos e psicológicos na ameaça de parto pré-termo

A Valéria⁸ é uma primigesta de 24 semanas e 5 dias de gestação, de 31 anos, caucasiana e de nacionalidade ucraniana. É licenciada em programação e trabalha remotamente a partir de casa. Está casada com o David, de 32 anos, também programador em regime remoto. O casal reside num T2 em Leiria, enquanto as famílias de ambos vivem na Ucrânia. O casal não tem animais domésticos.

Chegaram a Portugal há cerca de dois anos e embora tenham um nível de português médio-baixo, apresentam dificuldades na expressão e compreensão da língua portuguesa. Os pais da Valéria planeiam vir para Portugal nas próximas semanas para dar apoio ao casal. Devido a compromissos profissionais, o marido consegue estar presente no hospital apenas aos fins de semana.

A gravidez ocorreu espontaneamente, trata-se de uma gravidez desejada e planeada. A gravidez foi vigiada inicialmente numa unidade de saúde familiar da sua área de residência (Leiria).

Aquando das 22 semanas de gestação, a Valéria foi ao serviço de urgência (SU) do Hospital da área de residência devido a contrações uterinas. Foi diagnosticada com Ameaça de Parto pré-termo, tendo sido internada nesse hospital durante 2 semanas devido à presença de prolapso de membranas, alterações no colo do útero e contratilidade uterina.

Às 24 semanas de gestação, e ainda internada no primeiro hospital, a Valéria iniciou um protocolo de tratamento com Dexametasona e Atosiban, mantendo repouso absoluto durante o internamento todo, após o tratamento foi transferida

⁸ Para garantir a privacidade das pessoas envolvidas, optei por utilizar nomes fictícios neste relatório

para o hospital atual, que dispõe de um serviço especializado em cuidados intensivos neonatais.

Após a realização da tocólise, a Valéria não voltou a apresentar contrações uterinas pelo que a equipa médica do hospital onde se encontra recomendou fazer um levante por dia. A indicação seria que a deslocação poderia ser realizada para ir à casa de banho e, assim, prestar os seus cuidados de higiene de forma autónoma.

É relevante respeitar a capacidade de autocuidado da grávida, como no caso da Valéria, que optou por continuar o repouso absoluto, mesmo após a indicação de levante diário pela equipa médica. A abordagem de repouso no leito, baseada em evidências⁹, é crucial para garantir que as intervenções sejam não apenas eficazes, mas também respeitem as escolhas e necessidades individuais das grávidas.

Ao longo do turno, foi observado que Valéria apresentava-se nervosa, pelo que foi oportuno abordar as emoções e o autocontrolo, fomentar a comunicação e realizar escuta ativa. A comunicação clínica entre a EEESMO e a grávida é crucial para o sucesso dos cuidados prestados. A comunicação eficaz não só facilita a recolha de dados, como também promove a efetividade das intervenções ao longo do processo de cuidados (PQCEESMO, 2021).

Para assegurar a qualidade da interação com a Valéria, foram utilizadas as abordagens de escuta ativa e uma comunicação adaptada às suas necessidades, tendo em conta elementos verbais e não verbais, como a postura, o contacto visual e as expressões (Cardoso, 2023).

⁹ A questão do repouso no leito como medida preventiva para parto tem sido objeto de intensa pesquisa e debate. Embora algumas abordagens tradicionais sugiram o seu uso como medida, uma revisão sistemática recente da Cochrane, conduzida por Medley (2018), não encontrou benefícios significativos associados ao repouso no leito em mulheres de alto risco para trabalho de parto com gravidez única. Além disso, estudos anteriores, como o de Sosa (2015), destacaram a falta de evidências sobre os resultados perinatais relacionados ao repouso no leito, o que levanta dúvidas sobre a sua eficácia.

Tabela 1 – Dados clínicos e obstétricos, Valéria.

Dados				
Antecedentes Pessoais	História Familiar	História Obstétrica	Exame físico	Exames Laboratoriais e ecográficos
<p>Grupo sanguíneo Valeria: A Rh: negativo. Peso pré-gravídico: 48kg Altura 165 cm. IMC pré-gravídico: 17,6 Peso atual: 50kg. AP: Hipotireoidismo. AC: Sem antecedentes. Alergias não conhecidas. Nega hábitos tabágicos, alcoólicos e drogas. Hábitos alimentares: 4 refeições/dia; Dieta mediterrânea; Sem intolerâncias alimentares) (1 café/dia); Hábitos intestinais: 1 dejeção/dia, consistência mole. Padrão de atividade física: Realizava ioga até ser internada no Hospital. Padrão de sono: 7h/dia.</p>	<p>Sem antecedentes relevantes. Companheiro (David): sem história de antecedentes relevantes na família. Grupo sanguíneo David: A Rh: positivo. Consanguinidade: Não.</p>	<p>Data da última menstruação: 1/5/2023. Data provável de parto pela DUM: 05/02/2024. Idade gestacional: 24 semanas e 5 dias de gestação Realizada imunoglobulina anti-D no primeiro trimestre por hemorragia vaginal. Estado vacinal atualizado.</p>	<p>Na observação clínica inicial, a grávida apresentava astenia, palidez e um estado de hidratação normal. Consciente, orientada e comunicativa, mas apreensiva e ansiosa. Expressão oral, coerente e lógica no discurso. Bom estado de higiene pessoal. PA: 96-59 mmhg. FC: 71 bpm. FR: 14 rpm. T° axilar de 36,1°C. Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal. Avaliação da dor: Sem dor</p>	<p>SGB negativo. Exame químico de urina – (glicosúria, proteinúria, leucocitúria, hematuria e cetonúria): negativo; ph: 6. No estudo analítico realizado durante o internamento: sem alterações. Gestação unifetal, de 22 semanas de gestação, feto do sexo masculino em apresentação cefálica. Atividade cardíaca presente. Placenta com grau de maturação I, tem localização anterior sem relação prévia com o orifício interno do colo uterino. Líquido amniótico adequado. Dinâmica fetal normal. Cordão umbilical normalmente constituído.</p>

- **Medicação prescrita:** (ver anexo III)
 - **Eutirox (levotiroxina – 50mcg):** 1 comp. 50 mcg via oral às 7h.
 - **Polivitaminico Natalben Supra:** 1 comp. via oral às 13h.
 - **Heparina de baixo peso molecular (HBPM) - 40 mg:** 1 inj. subcutânea às 19h.
 - **Amoxicilina- Ácido clavulânico:** 1 comp c/8h via oral.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

A interação com a grávida proporcionou um aprimoramento das minhas habilidades para atender a mulher grávida de uma forma integral e individualizada, permitindo-me adaptar os cuidados de enfermagem conforme as necessidades específicas da mulher, considerando as diferenças culturais e linguísticas.

As mulheres que experienciam uma APPT, enfrentam diversos desafios relacionados com a saúde do feto, o parto, o ambiente hospitalar e o suporte familiar e social. Nesse contexto, os cuidados de enfermagem que têm por base intervenções como o relaxamento, a informação e empoderamento da mulher tal como indica o modelo de hipn parto, têm se mostrado eficazes na redução do *stress* das mulheres, contribuindo para a diminuição das contrações uterinas ao baixar os níveis de cortisol (Ozberk, Mete & Bektaş, 2019).

O método hipn parto é uma abordagem de preparação para o parto. São usadas uma variedade de técnicas, como exercícios de respiração, relaxamento profundo, visualizações ou mantras para promover a tranquilidade, conforto e empoderamento, enquanto oferece conhecimento e informações sobre a gravidez e o parto. Uma experiência positiva de gravidez é fundamental e envolve a manutenção da saúde física e sociocultural da mulher e do feto, bem como uma transição saudável para a maternidade (WHO, 2016; Downe et al., 2016).

Dado que Valéria está a lidar com *stress* e encontra-se em dois processos de transição, desenvolvimental e de saúde/doença, associada a uma gravidez e a uma mudança do estado de saúde e bem-estar para um estado de doença. A necessidade de integrar os seus próprios conhecimentos, tornou crucial utilizar algumas das técnicas de relaxamento e capacitação da mulher do modelo de hipn parto. Em termos de aprendizagem, esta experiência revelou-se fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal, especialmente devido à minha recente formação em hipn parto e à possibilidade de a implementar.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O acompanhamento da Valéria foi realizado ao longo do turno da manhã, das 8h até as 14h30. Ao longo do turno, a Valéria não teve nenhum familiar a acompanhá-la.

DOMÍNIO: Adaptação à gravidez ¹⁰

FOCO DE ATENÇÃO: Conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Padrão de higiene: Foi observado que a Valéria apresentava aparência desleixada com cabelo emaranhado, unhas das mãos e pés descuidados. A Valéria referiu que desde que está no hospital não higienizou nem penteou o cabelo nenhuma vez, pois não considera necessário.

Antes de ser internada, a Valéria realizava um banho diário e hidratação da pele do corpo e a cara manhã e noite antes de se deitar com creme hidratante ou as vezes com óleo de amêndoas doces. No hospital tinha o creme que usava em casa, mas só era aplicado uma vez por dia após ser feita a higiene na cama pelos profissionais de saúde.

Referiu que ia pedir ao marido para trazer um corta-unhas e algum produto para desemaranhar o cabelo em seco, pois ainda não tinha interesse em o limpar. Pediu aos profissionais ajuda para desemaranhar o cabelo ao ter o produto.

Padrão alimentar: Para além dos alimentos proporcionados no hospital, pode descrever se comeu mais alimentos, a quantidade e as horas que os come? Tem preferências alimentares?

Os cuidados que adota durante a gravidez podem ter um impacto significativo na sua saúde e no crescimento e desenvolvimento do seu bebé. Consegue pensar em alguns desses efeitos?

¹⁰ A adaptação a gravidez pode ser definida como o processo através do qual cada mulher se ajusta ao “estar e sentir-se grávida”.

Tinha comido fruta seca e alguns snacks que o marido lhe trazia de casa, mas que gosta da comida toda. Sabe que não está a aumentar muito de peso e que gostaria de saber se pode ser prejudicial para o bebé.

Família traz alimentação. Observa-se um aspeto geral emagrecido, o IMC pré gravídico da Valéria é 17,6. Com um aumento ao longo da gravidez (atualmente 24+5 semanas de gestação) de 2 kg no total.

A Valéria fazia 3 refeições por dia e petiscava fruta seca e fruta desidratada, e alguns snacks com chocolates, e vários doces ultraprocessados que lhe trazia o marido ao longo do dia. Acha que a quantidade de água que bebe por dia é de 6 copos. Tinha sempre perto dela copos e palhinhas para beber deitada, enquanto a eliminação urinária era realizada na aparadeira na cama.

Exercícios músculo-articulares: A Valéria verbalizou ter desconforto na zona lombar, relaciona o desconforto com a posição na cama (deitada em decúbito supino), refere não querer deambular.

Observam-se extremidades com pouca musculatura, proeminências ósseas protuberantes.

Foi questionada sobre as vantagens para a saúde que conhecia de realizar exercícios músculo-articulares durante a gravidez, como, por exemplo, lidar com a dor pélvica ou lombar.

A Valéria referiu que não tinha priorizado o seu cuidado pessoal, não achava que fosse relevante e a prioridade dela era só o bem-estar do seu filho, mas que agora gostava de aprender o que poderia melhorar relativamente à higiene, alimentação saudável e exercício.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado durante a gravidez

OBJETIVO: Promover autocuidado

INTERVENÇÕES

(08h30) Ensinar sobre padrão de higiene durante a gravidez:

Atividades que concretizam a intervenção:

(08h30) Explicar as razões para a necessidade de adequação no padrão de higiene: durante a gravidez há um aumento da secreção das glândulas, pelo que pode aumentar a sudorese e a oleosidade do cabelo (ACOG, 2020). Como a Valéria está em repouso absoluto, seria possível realizar a higiene do cabelo na cama pela EEESMO que a está com ela hoje ao longo do turno. Relativamente aos cuidados por estar em repouso, pode ser importante ter um especial cuidado na hidratação da pele. A Valéria está muitas horas deitada na cama sem mudar de posição, e a fricção com os lençóis e a pressão que podem exercer as proeminências ósseas com o colchão podem causar vermelhidão na pele, úlceras por pressão. Por isso, é importante hidratar a pele com frequência, tendo especial atenção nas proeminências ósseas como cotovelos, calcanhares, osso sacro, escapulas, etc.

(08h45) Ensinar sobre padrão alimentar durante a gravidez:***Atividades que concretizam a intervenção:***

(08h45) Explicar o aumento esperado de peso por semana: A Valéria tinha um IMC pré-gestacional de 17,6, pelo que o aumento expectável de peso nesta fase seria de 6 kg. ¹¹No primeiro trimestre espera-se de zero a um aumento de 0,5 a 3 kg (ACOG, 2020), posteriormente no segundo e terceiro trimestre o ganho de peso poderia ser de 0,5 kg/semana. O aumento de peso durante a gravidez pode afetar a saúde imediata da Valéria e do seu filho. Por isso é um parâmetro com relevância na vigilância da gravidez e pode ser importante avaliar e, em conjunto, procurar que poderia ajustar na alimentação, por exemplo.

(08h50) Explicar consequências de aumento de peso inadequado: O ganho ponderal durante a gravidez inferior ao recomendado é associado ao baixo peso do recém-nascido ao nascimento (<2500 g) (Muktabhant et al., 2015).

¹¹ Sinal de alerta: Não aumento de peso nos 2.º e 3.º T de 200-400 g por semana. (entre 2,4 e 4,8 kg no caso da Valéria)

(08h55) Explicar a distribuição da alimentação ao longo do dia e quantidade

dos alimentos: A Valéria poderia fazer as seis refeições proporcionadas pelo hospital por dia: pequeno-almoço, lanche de manhã, almoço, lanche de tarde, jantar e ceia. É importante ter em conta a quantidade de alimentos recomendada por dia e a qualidade destes. Como a distribuição dos alimentos ao longo das refeições principais é importante para adquirir os nutrientes todos, é importante comer a metade da refeição composta por hortícolas, consumir diariamente 3 peças de fruta, sobretudo se uma destas é rica em vitamina C (laranja, tangerina ou quivi); consumir os cereais proporcionados ao longo do dia que podem ser pão que acompanha o prato, cereais ou bolachas no pequeno-almoço, batata, arroz ou massa. Consumir carne, peixe ou ovos, tendo em conta as espécies que devem ser privilegiadas. Consumir 2 porções de laticínios por dia como, por exemplo, leite, queijo ou iogurte, consumir leguminosas. Como já estivemos a ver nos dias anteriores, a Valéria gosta muito da fruta seca ou desidratada, o que é ótimo manter porque a recomendação é incluir uma pequena porção (15 a 20 g) de frutos oleaginosos/frutos de casca rija, 4 vezes/semana, no 2.º e 3.º trimestres (1 porção corresponde a: 3 a 4 nozes, 14 a 15 amêndoas e cerca de 20 avelãs ou amendoins) (Cardoso, 2023). Este tipo de regime foi comunicado à cozinha do Hospital, para que lhe possam servir as refeições adequadas.

Se a Valéria conseguir, poderia substituir os “snacks” que têm por outras opções mais saudáveis e nutritivas.

Por último, beber 8 a 10 copos de água por dia (poderá necessitar de mais água se sentir sede, se identificar que a cor da urina está amarelo-escuro e cheiro intenso ou se tiver obstipação), pelo que se preferir água de garrafa pode pedir ao marido para trazer mais.

(09h05) Ensinar sobre exercícios durante a gravidez***Atividades que concretizam a intervenção:***

(09h10) Treinar exercícios de alongamento e técnicas de mobilização¹²:

Para o alongamento do músculo reto femoral biarticular, em decúbito dorsal deve-se flexionar o quadril e o joelho do membro inferior oposto e apoiar a sola do pé no colchão. Para a flexão do joelho, deve-se flexionar até sentir resistência na coxa, indicando que a amplitude máxima foi atingida. Na abdução e adução do quadril, apoia-se a perna sob o joelho e tornozelo, mantendo quadril e joelho em extensão e neutros para rotação. Para a adução completa, é necessário manter a perna oposta parcialmente abduzida. Para a rotação do quadril, com quadril e joelho estendidos, segurar próximo ao joelho e tornozelo. Com quadril e joelho flexionados, flexionar ambos a 90°, rodando o fémur como um pêndulo.

Nos exercícios para mão e dedos, deve ter o antebraço e mão estáveis, movendo cada articulação uma de cada vez. Alternativamente, pode-se mover várias articulações simultaneamente, desde que estabilizadas corretamente.

O alongamento dos músculos do punho e mão envolve alongar uma articulação de cada vez, estabilizando-a antes de alongar a próxima. Nos músculos flexores e extensores dos dedos, primeiro flexionar e estabilizar as articulações interfalângicas, depois as metacarpofalângicas. Para quadril e joelho combinados, apoiar e erguer a perna, ajustando o posicionamento das mãos conforme a flexão do joelho.

Para a extensão do quadril, em decúbito lateral posicionar a mão inferior por baixo da coxa para extensão completa. No tornozelo, para dorsiflexão, estabilizar a região do maléolo e tracionar o calcâneo enquanto empurra o pé. Para flexão plantar, apoiar o calcanhar e empurrar o dorso do pé. Na inversão e eversão, rodar o calcanhar para dentro e para fora (Kisner & Colby, 2018).

¹² Segundo Kisner & Colby em “Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas”, as diretrizes de tratamentos na gestação de alto risco incluem as seguintes intervenções: instruções sobre o posicionamento. Facilitação de mobilidade articular na amplitude disponível. Exercícios de alongamento e fortalecimento. Bombeamento de tornozelo, ADM. Atividades de mobilização para o máximo de partes do corpo possível. Instrução postural modificada conforme a necessidade, com base no nível de atividade permitido. Técnicas de mobilidade no leito e transferências. Técnicas de relaxamento/manejo de stresse.

DOMÍNIO: Adaptação à parentalidade¹³

FOCO DE ATENÇÃO: Conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho¹⁴

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(09h40) Têm pensado que consegue fazer o seu bebé nesta fase? Sabe qual é o padrão dos movimentos fetais e se acha que poderia ter uma comunicação com o seu filho antes dele nascer? Tem ideia em que momento do dia mexe mais ou se está associado a alguma atividade? A Valéria tem interesse em conhecer melhor o padrão de movimentos do seu filho?

A Valéria referiu falta de conhecimento sobre desenvolvimento fetal e disponibilidade para aprender.

No entanto, desde que entrou no primeiro Hospital e com as discrepâncias entre o repouso preciso nesta situação, ela está mais stressada do que o habitual. Valéria foi questionada sobre se tinha ideia do efeito do *stress* no desenvolvimento do bebé.

Valéria respondeu que não tinha pensado sobre isso, mas que agora que foi questionada tem ainda mais interesse em saber sobre o efeito do *stress* e o desenvolvimento do bebé.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

A Valéria mencionou que, no hospital onde esteve inicialmente internada, disseram-lhe que não iam começar o tratamento de maturação pulmonar do seu filho até às 24 semanas de gestação. Por isso, tanto ela quanto o marido acreditam que, agora que o tratamento terminou, o bebé poderia nascer sem problemas, embora possa ser menor do que o habitual.

¹³ Parentalidade: comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados (CIPE, 2019).

¹⁴ A ligação mãe/pai-filho é definida como o estabelecimento de uma relação próxima entre mãe/pai e o recém-nascido (CIPE, 2019).

Anteriormente ao internamento, a Valéria refere sempre ter sido uma mulher muito tranquila e conseguia acalmar muitas emoções negativas com respirações profundas.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da ligação mãe/pai-filho

OBJETIVO: Reconhecer as competências do feto, ao longo da gravidez. Promover adesão a estratégias promotoras de ligação mãe/pai-filho

INTERVENÇÕES

(09h40) Ensinar sobre desenvolvimento fetal:

Atividades que concretizam a intervenção:

(09h45) Explicar desenvolvimento fetal até às 28 semanas de gestação: Os bebés às 24 semanas já reagem aos estímulos sonoros, mexem-se mais e já têm um padrão de sono-vigília. A pele deles é translúcida, como já tinha referido a Valéria são pequenos e magros, com a cabeça maior.

Entre as 26/28 semanas o seu filho já conseguirá sentir o cheiro e o sabor do líquido amniótico, além de já conseguir ouvir e reagir aos sons externos, respondendo com movimentos.

(09h50) Explicar o efeito do *stress* sobre o desenvolvimento do bebé: O *stress* pré-natal excessivo é outro fator de risco para mulheres grávidas. Os estudos mais recentes mostraram que o *stress* pré-natal está relacionado com as alterações no cortisol plasmático materno e no cortisol do líquido amniótico; essas mudanças podem eventualmente induzir resultados negativos no desenvolvimento do feto.

(09h55) Explicar padrão esperado dos movimentos fetais: O número de movimentos espontâneos tende a aumentar até às 32 semanas de gravidez, momento em que atingem o pico máximo. A partir das 20 semanas, os movimentos fetais apresentam alterações diurnas. Os períodos de maior atividade fetal são o fim da tarde ou início da noite. Os movimentos estão

habitualmente ausentes durante os períodos de sono que ocorrem regularmente ao longo do dia e da noite e têm usualmente a duração de 20-40 minutos.

O sistema nervoso do feto está mais desenvolvido e permite que coordene pequenos movimentos com as mãos, além de rolar e virar-se no útero, sendo esses movimentos sentidos pela mulher. Os movimentos fetais variam ao longo do dia e consoante a idade gestacional; geralmente, a frequência vai aumentando ao longo do dia, com maior atividade durante a noite/madrugada.

(10h) Ensinar sobre estratégias de interação materno-fetal:

Atividades que concretizam a intervenção:

(10h) Explicar os benefícios da interação materno-fetal:

Durante a gravidez, a mãe e o feto comunicam-se de diversas formas, influenciando o desenvolvimento emocional do bebé. Existem três tipos de comunicação: fisiológica, comportamental e por simpatia. A fisiológica, involuntária, fornece nutrientes ao feto. A comportamental envolve reações da mãe ao *stress*, sendo acalmadas por massagens abdominais. A comunicação por simpatia combina os dois anteriores, transmitindo elementos que promovem o bem-estar do feto de forma profunda. O feto é sensível às emoções maternas, respondendo não só a emoções amplas como amor ou ódio, mas também a estados afetivos complexos. A mãe, como ligação entre o exterior e o feto, tem a responsabilidade de gerir o ambiente emocional. Se os sentimentos maternos forem positivos, a criança pode lidar melhor com as oscilações emocionais durante o desenvolvimento. A atitude emocional da mãe, desde hábitos alimentares até vivências diárias, é uma constante forma de comunicação, orientando o bebé e influenciando o seu desenvolvimento psíquico. Este vínculo mãe-feto tem implicações duradouras no bem-estar emocional da criança (Valério, 2020).

(10h10) Explicar estratégias de estimulação sensorial do feto:

Como a Valéria perguntou e já conversamos, o seu filho já consegue ouvir e reagir aos sons externos, respondendo com movimentos, pode comunicar com o seu filho de várias formas, há algumas ações que pode fazer no internamento

que podem estimular o desenvolvimento do cérebro como ouvir música ou conversar com o feto regularmente que estimula a criação de sinapses (Cardoso, 2023), por isso, pode ser benéfico falarmos um pouco mais da comunicação intrauterina e dos tipos.

Durante a gravidez, falar com o feto, ler livros, contar histórias ou cantar são formas importantes de comunicação. O feto reconhece a voz da mãe e do pai, e estudos mostram que recém-nascidos preferem histórias e línguas que ouviram durante a gestação, ajudando no desenvolvimento da linguagem e reduz o stress (Fifer & Moon, 1994). Além disso, ouvir música suave, especialmente clássica ou instrumental, pode acalmar o feto, enquanto tocar no abdómen com movimentos circulares ou suaves ao longo do dia estimula o contacto físico (Wang, Hua & Xu, 2015). Estes estímulos contribuem para o bem-estar e o desenvolvimento do bebé antes do nascimento.

DOMÍNIO: Emoção

FOCO DE ATENÇÃO: *Stress*

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Valéria refere ter tido frequentemente dúvidas sobre o estado de saúde do seu filho e da gravidez e que estas dúvidas a deixavam stressada, não conseguia pensar em mais nada ao longo do dia.

Verbalizou estar preocupada já que não sabe se pode ser prejudicial para o bebé deixar de fazer repouso absoluto. Referiu sentir alguma coisa semelhante a um “bloqueio” mental e físico, sente-se cansada mental e fisicamente, embora não esteja a fazer grandes esforços, e pediu ajuda para adotar novas técnicas de relaxamento.

Valéria referiu várias vezes estar a pensar muito em como poderia ser a neonatologia, não tem conhecimento sobre como funciona e se ela ou o seu marido poderiam estar lá com o seu bebé. Ela acredita que, ao obter mais

informações, conseguirá lidar com menos ansiedade ao pensar na fase do pós-parto.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Valéria expressou incompreensão quanto à diferença de recomendações entre o internamento no anterior hospital, sendo recomendado o repouso absoluto, e o atual hospital, onde é permitido levantar-se e ir à casa de banho uma vez por dia.

Além disso, Valéria afirmou que se sentiu mais confortável hoje, pois sente que tem uma relação de confiança com a EEESMO e ao longo da manhã foram abordados temas que a tinham preocupado nos dias anteriores. No entanto, ela mencionou que passa muitas horas sozinha e sente necessidade de conversar.

Após perguntar se anteriormente tinha usado alguma estratégia para se relaxar, para além das respirações profundas, a Valéria referiu que ao longo da situação stressante na pandemia da Covid-19, tinha ouvido áudios de relaxamento de um *site* ucraniano e que funcionou muito bem, e pintar mandalas também. Após questionada, respondeu que nunca tinha ouvido falar sobre os mantras e que queria ouvir mais sobre isto para experimentar se podia funcionar com ela.

O marido da Valéria só conseguia estar com ela durante o fim de semana, pelo que ao longo do turno não estava acompanhada. A família reside na Ucrânia e os conhecidos estão em Leiria. O mais habitual era fazer alguma videochamada durante a tarde.

Depois de estar sentada na cama por alguns minutos, ansiosa, mencionou sentir algum desconforto e não tem certeza se está tudo bem com o bebé, expressando o desejo de ouvi-lo.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo do *stress*

OBJETIVO: Promover autocontrolo: *stress*

INTERVENÇÕES

(11h) Ensinar sobre autocontrolo***Atividades que concretizam a intervenção:***

(11h) Explicar que é o *stress*: Segundo a OMS (2023) o *stress* é um estado de preocupação ou tensão mental desencadeado por situações difíceis, sendo uma resposta natural a ameaças e estímulos. A forma como reagimos ao *stress* afeta o nosso bem-estar, dificultando relaxar, concentrar e podendo causar ansiedade, irritabilidade, dores de cabeça, desconforto gástrico, distúrbios do sono e alterações no apetite. As pessoas reagem de maneira diferente ao *stress*, com sintomas e estratégias de enfrentamento variadas.

A CIPE (2019) também define o *Stress* como um status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo (ICN, 2019).

(11h10) Assistir à Valéria a identificar as estratégias de controlo do *stress* que poderia adotar: Conforme a OMS (2023) há alguns itens chave para gerir o *stress*, quais deles acha que poderiam ser modificados pela Valéria ao longo do internamento para melhorar este *stress*? Estes podem ser:

Seguir uma rotina diária para sentir maior controlo sobre a vida e ser mais eficaz; programar momentos específicos para comer, passar tempo com familiares, realizar atividades de lazer; dormir o suficiente é essencial para cuidar do corpo e da mente. A higiene do sono inclui estabelecer horários regulares para deitar e levantar, criar um ambiente tranquilo e escuro para dormir, limitar o uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir; Manter-se em contacto com os outros, comunicando preocupações e sentimentos a pessoas de confiança, pode reduzir o *stress*; uma dieta equilibrada, com ingestão regular de alimentos e hidratação adequada, é fundamental para a saúde; praticar exercício físico diariamente ajuda a reduzir o *stress*, podendo ser atividades intensas ou simplesmente caminhar; limite o tempo gasto a assistir ou ler notícias, pois pode causar *stress*;

se sentir que esta atividade o afeta negativamente, reduza o tempo dedicado a ela (OMS, 2023).

(11h20) Mostrar técnicas de autogestão do *stress*: A OMS também lançou o guia "Em tempos de *stress*, faça o que importa" para ensinar habilidades práticas de lidar com o *stress*. A proposta é aprender técnicas de autoajuda praticando-as diariamente por alguns minutos, com a opção de utilizar exercícios pré-gravados. Pode consultar o guia na sua língua materna através deste link: <https://iris.who.int/handle/10665/339150> (OMS, 2023).

(11h30) Explicar o que são as afirmações positivas ou mantras: As afirmações positivas ou mantras são uma forma simples de introduzir uma linguagem positiva na sua vida quotidiana. São utilizadas em muitos domínios, como nos negócios, nos atletas de elite ou até em mim próprio. As afirmações positivas são frases positivas que nos ajudam a eliminar medos ou ansiedades sobre um determinado assunto, no seu caso, a ameaça de parto prematuro. A ideia é repetir esta frase para si própria, ou escrevê-la (por exemplo, nas mandalas que pinta e que pode pendurar no seu quarto), e repeti-la vezes sem conta até estar tão confiante no que diz que se sente capaz de o fazer (Ripol, 2024).

(11h40) Explicar como fazer os seus próprios mantras: Algum exemplo de mantra que poderia usar todos os dias poderiam ser, "Tomo as melhores decisões para o meu bebé" ou "Sinto-me confiante e otimista". Como a Valéria tem interesse em usar os mantras, poderia fazer os seus próprios, por exemplo, em ucraniano. Para fazer os seus próprios mantras, tem de definir um propósito ou objetivo relacionado com os desafios pessoais da Valéria. Fomentar emoções positivas e evitar a palavra Não. Pensar em frases fáceis de repetir, a simplicidade é a chave. E por último.... Repetir diariamente.

(12h20) Avaliar evolução do autocontrolo do *stress*: A Valéria refletiu sobre as estratégias de controlo do *stress* e achou que poderia melhorar alguns deles que a poderiam ajudar. A partir desse mesmo dia, ela decidiu marcar uma videochamada diária com algum dos familiares ou amigos para partilhar as emoções e manter-se atualizada sobre o estado do seu país sem precisar de

assistir às notícias diariamente. Também decidiu pedir ao marido para trazer um livro para fazer mandalas ao longo do dia, pois acredita que isso pode ajudá-la a libertar a mente sem necessidade de esforço físico. Achou que poderia voltar a começar a ouvir os relaxamentos/ meditações guiadas que tinha ouvido anteriormente no *site* ucraniano e que isto poderia ajudar a relaxar e a ocupar o tempo livre que tem aqui no hospital.

4.2. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o trabalho de parto

Este capítulo apresenta quatro casos clínicos que ilustram a aplicação e o desenvolvimento de competências fundamentais para garantir intervenções seguras, personalizadas e humanizadas durante o trabalho de parto.

Foi determinante a aplicação da competência 3.1.1, que se refere à capacidade de atuar de acordo com o plano de parto previamente realizado pela mulher, assegurando que as intervenções são ajustadas às suas necessidades e preferências. Esta competência garante que o cuidado é centrado na mulher e respeita as suas escolhas, contribuindo para um parto mais humanizado.

A competência 3.1.2, que visa garantir um ambiente seguro durante o trabalho de parto, foi igualmente uma área de destaque nos casos apresentados. A monitorização do bem-estar materno e fetal, assim como a criação de um ambiente seguro e acolhedor, são essenciais para proporcionar um parto tranquilo e minimizar o risco de complicações.

Adicionalmente, a promoção do conforto e do bem-estar da mulher, conforme a competência 3.1.3, foi assegurada através da utilização de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, como algumas das descritas no hipn parto, o uso do rebozo e a adoção de posições verticais. Estas abordagens não invasivas

contribuem para a humanização do parto, reduzindo a necessidade de intervenções farmacológicas e reforçando a autonomia da mulher no processo de parto.

Por fim, num dos casos, foi essencial a aplicação da competência da EEESMO 4.3.7, que envolve a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções de apoio à mulher e aos seus conviventes significativos durante o período de luto em situações de morte fetal ou neonatal.

4.2.1. O percurso de uma fase latente muito ativa

Bintu, de 37 anos, natural da Angola. É Geóloga, chegou a Portugal oito anos atrás. Está casada e têm uma filha de três anos. Ao longo do seu percurso na sala de partos esteve acompanhada da irmã, chamada Amara, enfermeira no país dela, de 40 anos. O marido estava ao cuidado da filha mais velha. Moram todos juntos num T3 em Ramalde.

A Bintu, com 39 semanas e quatro dias de gravidez proveniente do domicílio, acudiu às 21h50 às urgências do hospital por rotura de membranas às 19h30 acompanhada da irmã, foi internada na sala de partos cinco do serviço.

Preparou-se para o parto no Centro de Saúde, e no momento do ingresso à sala de partos entregou o plano de parto escrito à EEESMO que a acompanhou ao longo do turno. No plano de parto referia o desejo de ser informada de todos os procedimentos que iam ser realizados. Planeia usar métodos não farmacológicos e se for preciso também farmacológicos para lidar com a dor. Desejo de ter liberdade de movimento, sendo possível realizar a monitorização continua dos batimentos fetais e contrações sempre que permitam esta liberdade de movimento. Foi autorizada a episiotomia se estritamente necessária e previamente informada. Refere que não quer que sejam realizados muitos toques vaginais, leu informação sobre os riscos dos toques em excesso e prefere só os imprescindíveis. Referia também a vontade de realizar pele com pele

depois do nascimento, que o cordão seja cortado pela irmã depois de um minuto do nascimento e iniciar a amamentação logo que possível.

Verbalizou ser muito importante para ela o uso do movimento no trabalho de parto, técnicas de relaxamento e usar o mínimo de medicação possível para o alívio da dor. Acha que a primeira filha nasceu por cesariana por usar muita medicação e ter ficado na cama deitada em posição de litotomia.

Tabela 2 – Dados clínicos e obstétricos, Bintu.

Dados				
Antecedentes Pessoais	História Familiar	História Obstétrica	Exame físico	Exames Laboratoriais e ecográficos
<p>Grupo sanguíneo: A Rh Negativo</p> <p>Alergias não conhecidas.</p> <p>Nega hábitos tabágicos, alcoólicos e drogas.</p> <p>Sem intolerâncias alimentares</p> <p>AP: mioma uterino.</p> <p>AC: colecistectomia laparoscópica.</p>	<p>Sem antecedentes relevantes.</p> <p>Companheiro: sem história de antecedentes relevantes na família.</p> <p>Grupo sanguíneo: B Rh Positivo</p> <p>Consanguinidade: Não.</p>	<p>GTPAL: 21001</p> <p>Cesariana: 2021</p>	<p>Na observação clínica inicial, consciente, orientada. Expressão oral, coerente e lógica no discurso. Bom estado de higiene pessoal.</p> <p>Sem presença de edemas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Dilatação cervical: 3 cm. Apagamento cervical: 40% <p>PA: 122/84. FC:89. FR:19. Tº axilar de 36,2.</p> <p>Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.</p> <p>Avaliação da dor: EVA 1.</p> <p>Palpação abdominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Situação fetal: longitudinal. Apresentação fetal: Cefálica <p>FCF com sonar Doppler: 145 bpm.</p> <p>Contrações uterinas: Não refere.</p> <p>Inspeção vulvar: Sem edema, sem sinais de infeção.</p> <p>Toque vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dilatação cervical: 6 cm. Apagamento cervical: 40% Líquido amniótico: Cor clara, quantidade moderada, cheiro sui generis. 	<p>SGB: negativo.</p> <p>Exame químico de urina – (glicosúria, proteinúria, leucocitúria, hematúria e cetonúria): negativo; ph: 6.</p> <p>Ecografia: Sem deviação da normalidade.</p>

- **Medicação prescrita:** sem prescrição.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: A utente foi acompanhada ao longo do turno da manhã, das 8h às 14h30.

Tabela 3- Dados cronológicos evolução trabalho de parto ao longo do turno

	8h30	9h30	10h30	11h30	12h30	13h30	14h30
Dor (eva)	1	1	2	1	3	1	3
Contrações uterinas	Irregular	Irregular	1 a cada 10 min	1 a cada 10 min	1 a cada 6-7 min	1 a cada 3 min - regular	1 a cada 3 min - regular
Extinção		50%				80%	
Dilatação		3 cm				5 cm	
Consistência colo		Duro				Mole	
Posição colo		Posterior				Média	
Membranas		Rotas, cor clara, quantidade moderada, cheiro suigeneris					
Planos hodge		≥I plano				I plano	
Apresentação		Cefálica				Cefálica	
Eliminação vesical	WC		WC		WC		WC
Estratégias adotadas	Moviment o	Moviment o	Relaxame nto	Movimento + massagem	Moviment o	Hidrotera pia chuveiro	Moviment o

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

Este caso clínico foi escolhido para aprimorar as competências no acompanhamento de uma mulher em trabalho de parto numa fase mais inicial, não ter um foco apenas no período expulsivo. Embora o expulsivo seja um momento crucial e emotivo, foi importante intervir nas fases iniciais do trabalho de parto, onde técnicas não farmacológicas tiveram um impacto significativo na experiência da grávida.

Outro motivo importante para a escolha deste caso foi a oportunidade de aplicação de técnicas de hipn parto, nomeadamente técnicas para lidar com a dor e de relaxamento. A prática destas técnicas foi benéfica para a mulher, proporcionando-lhe tranquilidade, e para mim, ao reforçar a eficácia das abordagens não farmacológicas na humanização do parto.

Adicionalmente, a grávida desejava um parto menos invasivo, focado na sua experiência e bem-estar, minimizando¹⁵ toques vaginais e não considerando a dilatação cervical como único indicador do progresso do parto.

Portanto, este caso representou a oportunidade de aplicar intervenções clínicas específicas e integrar várias competências da EEESMO, respeitando as preferências da mulher, a evolução natural do parto e promovendo cuidados humanizados e de qualidade.

¹⁵ É recomendado que o exame vaginal digital seja realizado a cada quatro horas para a avaliação de rotina da fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto em mulheres de baixo risco. Deve-se dar prioridade à restrição da frequência e do número total de exames vaginais, especialmente em situações com outros fatores de risco para infeções, como a rotura prolongada das membranas amnióticas ou um trabalho de parto prolongado. A frequência dos exames vaginais pode depender do contexto dos cuidados e do progresso do trabalho de parto, podendo ser necessário realizá-los com mais frequência, dependendo da condição da mãe ou do bebé. Deve-se evitar a realização de exames vaginais pela mesma mulher por múltiplos profissionais de saúde no mesmo período ou em diferentes momentos, uma prática comum em ambientes de ensino (WHO, 2018).

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Bintu assistiu às sessões de preparação para o parto no Centro de Saúde, Sabe que a dor de trabalho de parto tem como objetivo preparar o seu corpo, que pode se intensificar ao longo do trabalho de parto e que não é constante. Refere que o método que acha que pode ajudar a lidar com a dor de trabalho de parto é o movimento. Não reconhece outros métodos para lidar com a dor.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Traz com ela um documento com imagens de posições e movimentos para lidar com a dor.

Refere ser “um bocado ansiosa”.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

OBJETIVO: Identificar as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto. Relacionar o uso da(s) estratégia(s) com o efeito esperado na dor de trabalho de parto.

INTERVENÇÕES

Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o efeito esperado na dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(09h00) Explicar benefícios da utilização das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto: O uso de estratégias não farmacológicas amplia os recursos para lidar com a dor de trabalho de parto; a sua eficácia é maior se forem combinadas várias estratégias entre si, para ativar os diferentes mecanismos moduladores das várias componentes da dor (Bonapace et al., 2018; Cardoso et al., 2023; Smith et al.,

2018). Como já conhece os efeitos do movimento no parto e as fases em que pode usar cada um, proponho explicarmos o efeito das outras estratégias disponíveis.

(09h15) Explicar efeito esperado de cada estratégia não farmacológicas para lidar com a dor: Estas técnicas são formas naturais e não invasivas de promover o conforto durante o trabalho de parto e oferecem uma abordagem personalizada:

1. **Uso de água (chuveiro):** A água corrente do chuveiro contribui para o alívio da dor, promovendo relaxamento e uma sensação de bem-estar (Cardoso et al., 2023), estes efeitos podem contribuir para a progressão do trabalho de parto (ACOG, 2021)
2. **Aplicação de calor/frio:** O calor ajuda a aumentar a circulação e reduzir espasmos musculares, enquanto o frio alivia a dor e inchaços. Ambos podem ser aplicados em diversas partes do corpo conforme a necessidade da mulher, como abdómen, costas e períneo, tanto durante como entre as contrações (Cardoso et al., 2023).
3. **Massagem suave:** A massagem durante o trabalho de parto pode ter dois objetivos: a massagem suave (*effleurage*) entre as contrações ajuda a relaxar e a lidar com a dor por meio da libertação de endorfinas, enquanto a massagem com pressão durante as contrações modula a perceção da dor. Esta última pode funcionar pela Teoria do *Gate Control*, bloqueando sensações dolorosas, ou pelo método de *Diffuse Noxious Inhibitory Control*, estimulando a libertação de endorfinas. A massagem também reduz o *stress* e aumenta o bem-estar, estando associada a menor dor e ansiedade, maior controlo e satisfação materna.

Pode ser realizada nas áreas preferidas pela Bintu, como costas ou pernas, inclusive pode ser feita pela irmã, que pode ser treinada para esse papel (Bonapace et al., 2018).

4. **Técnicas de respiração:** A respiração controlada durante o trabalho de parto ajuda a lidar com a dor e melhora a confiança, ao permitir o ajuste da

respiração à intensidade das contrações. Quando combinada com massagem, a respiração pode ter um efeito relaxante profundo (Bonapace et al., 2018).

5. **Técnicas de relaxamento:** Envolve três dimensões: física, emocional e mental. Melhoram o bem-estar e reduzem a dor e ansiedade. Incluem métodos como afirmações positivas, uso de música e visualização de imagens tranquilas. O relaxamento mental é especialmente promovido em ambientes sem ruídos e com estímulos positivos (Cardoso et al., 2023).
6. **Música:** A música pode reduzir a percepção da dor e promover o relaxamento, ao influenciar a liberação de endorfinas e serotonina. A escolha da música é subjetiva e deve ser baseada nas preferências individuais para cada fase do parto.
7. **Visualização/Imaginação guiada:** A visualização de ambientes agradáveis ajuda a mulher a lidar com o *stress* e a reduzir a percepção da dor. Essa técnica pode ser adaptada de acordo com as preferências pessoais e é eficaz para a maioria das pessoas.

(10h00) Avaliar evolução do conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: Após explicar diferentes técnicas decidiu que queria experimentar o uso do chuveiro quente, uso de música, massagem realizada pela irmã e visualização.

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Neste momento, aproveitando que a irmã saiu da sala de partos para ir comer, Bintu diz que gostaria muito de realizar a imaginação guiada, está ligeiramente ansiosa e prefere começar por esta parte antes de experimentar outras estratégias.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Depois de questionar, referiu que gosta muito do mar, que a relaxa muito a água.

Referiu ter gostado muito da experiência de meditação guiada que realizaram na preparação para o parto no centro de saúde.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

OBJETIVO: Reconhecer estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto que poderão ser úteis para si. Reconhecer o efeito causado pelas diferentes estratégias de relaxamento no seu corpo.

INTERVENÇÕES

Instruir & Treinar estratégias de relaxamento

Atividades que concretizam a intervenção:

(10h30) Identificar estratégias que a relaxam habitualmente: Identificar nesta fase os elementos que habitualmente relaxam a Bintu, poderia ser um ponto-chave para o processo de relaxamento.

(10h35) Gerir o ambiente: Garantir privacidade, usar uma luz ambiente, diminuir volume de monitor de CTG, pôr no telemóvel da Bintu uma música ambiental de sons do mar.

(10h40) Instruir imaginação guiada, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si (treina): Em base nas preferências da Bintu, foi realizada uma imaginação guiada ¹⁶ que pode ser consultada no Anexo IV, baseada no relaxamento criado pelo EEESMO Emílio Bastida. Esta imaginação guiada aspira induzir um estado mental relaxante.

¹⁶ Este tipo de estratégia visa o uso consciente da imaginação que ocorre naturalmente para criar imagens positivas e provocar mudanças químicas no corpo e na mente. Através de imagens mentais é possível controlar pensamentos negativos. A prática da imaginação guiada ajuda as pessoas a imaginar cenários que podem ajudar a influenciar certas condições fisiológicas. (Cardoso et al., 2023)

(11h30) Analisar em conjunto o resultado: Após questionar: como se sente depois de realizar este exercício? Como foi este exercício para si? Que sensações despertou?

A Bintu referiu sentir um estado de relaxamento, embora tenha tido algumas contrações ao longo do exercício, sentia-se como se estivesse flutuando no mar e como sabia que elas passariam, acha que não foram tão dolorosas. Sente-se muito bem atendida, no outro parto que teve, acha que o objetivo dos profissionais era tirar a dor e agora sente-se mais acompanhada. Também depois de estar a pensar nas baleias, na mãe baleia e no bebé, aumentaram os pensamentos positivos acerca de conhecer em breve o seu filho.

Instruir & Treinar a massajar (pessoa significativa)

Atividades que concretizam a intervenção:

(12h15) Demonstrar como realizar a massagem que pode ser usada durante o trabalho de parto e dar oportunidade para a pessoa significativa treinar e a grávida experiencie o efeito em si: A Amara pode-se sentar numa bola atrás da Bintu, que está sentada, inclinada sobre o encosto da cadeira, com os braços e cabeça apoiados numa almofada. (O acompanhante imita os movimentos da massagem, enquanto o profissional de saúde os demonstra.) Deslize as mãos no sacro com pressão ao longo da coluna até ao pescoço e volte ao sacro, reduzindo a pressão no regresso. Repetir em direção aos ombros, axilas e pélvis. Com as mãos no sacro, os polegares fazem círculos, subindo pelos músculos à volta da coluna. Polegares na base do sacro, fazem movimentos de ida e volta ao longo das articulações sacroilíacas. Mãos em forma de V sobre o sacro, deslizam sobre as nádegas e à volta da pelve até às cristas ilíacas.

Instruir & Treinar estratégias de relaxamento em meio aquático: uso do chuveiro

Atividades que concretizam a intervenção:

(13h45) Instruir exercícios, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si e treine a sua utilização: Pode ficar de pé ou sentada na casa de banho, ajustando o jato de água conforme a sua preferência, direcionando-o para as

costas ou a frente do corpo. A água deve estar numa temperatura confortável para si.

4.2.2. Um parto Guiado pelo Movimento e pela Intimidade

A Joana é uma VII gesta com um filho nascido por cesariana no ano 2007, de 38 anos, caucasiana e de nacionalidade portuguesa. É médica de imunohemoterapia noutra hospital. Está casada com o Sandro de 39 anos, trabalha de administrativo. O casal reside num T3 na Póvoa de Varzim perto da família.

A Joana, com 39 semanas e 5 dias de gravidez proveniente do domicílio, deu entrada às 11h às urgências do hospital por rotura de membranas às 10.40h acompanhada do marido, foi internada na sala de partos 1 do serviço.

O casal frequentou as sessões de preparação para o parto no mesmo hospital, e no momento do ingresso à sala de partos entregou o plano de parto à EEESMO que a acompanhou ao longo do turno. No plano de parto referia que os desejos dela era ter pouca luminosidade na sala, ter um espaço o mais íntimo possível, estar sempre acompanhada do marido e só com a presença dos profissionais precisos para uma boa assistência. Também referiram o desejo de ser informados de todos os procedimentos que iam ser realizados, que os toques vaginais sejam limitados, que possa ingerir líquidos claros ou gelatina ao longo do trabalho de parto. Planeia usar métodos não farmacológicos e se for preciso usar também métodos farmacológicos para lidar com a dor. Desejo de ter liberdade de movimento, sendo possível realizar a monitorização continua dos batimentos fetais e contrações sempre que permitam esta liberdade de movimento. Foi autorizada a episiotomia se estritamente necessária e previamente informada. Referia também a vontade de realizar pele com pele depois do nascimento, que o cordão seja cortado pelo Sandro depois de deixar de pulsar e iniciar a amamentação logo que possível.

O uso de estratégias não farmacológicas foi crucial para a gestão do trabalho de parto no caso da Joana, que finalmente às 12h solicitou a inserção do cateter epidural e depois de conversar com a equipa de anestesia acordaram usar Citrato de Sufentanilo para seguir com segurança a mobilizar-se até o parto e não sentir uma grande diminuição da sensibilidade.

Parto Eutócico às 13h39 com períneo íntegro. Nascido vivo de sexo masculino às 39 semanas e 5 dias com um peso de 3200 g, comprimento de 49 cm, e perímetro cefálico de 33 cm, APGAR 9/10/10.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: A utente deu entrada na sala de partos pelas 10h da manhã. O parto ocorreu às 13h39 e foi acompanhada até o fim do turno às 14h30.

Medicação prescrita:

10 UI de oxitocina¹⁷: administrada em 250 ml de soro fisiológico depois a dequitação.

Citrato de Sufentanilo 50 µg (0.05 mg) (12h)

Lidocaína 2% 8cc (13:45h)

¹⁷ Segundo a OMS (2014), o uso de uterotónicos para a prevenção da hemorragia pós-parto durante a terceira fase do parto é recomendado para todos os partos. A oxitocina (10 UI, IV/IM) é o fármaco uterotónico recomendado para a prevenção da hemorragia pós-parto.

Tabela 4- Dados clínicos e obstétricos, Joana.

Dados				
Antecedentes Pessoais	História Familiar	História Obstétrica	Exame físico	Exames Laboratoriais e ecográficos
Grupo sanguíneo Joana: A. Rh positivo Alergias não conhecidas. Nega hábitos tabágicos, alcoólicos e drogas. Sem intolerâncias alimentares. AC: sem antecedentes .	Sem antecedentes relevantes. Companheiro (Sandro): sem história de antecedentes relevantes na família. Grupo sanguíneo Sandro: O. Rh positivo. Consanguinidade: Não.	3 gestações químicas ¹⁸ após PMA ¹⁹ Cesariana no ano 2007 2 abortamentos espontâneos GTPAL: ²⁰ 71021	Na observação clínica inicial, consciente, orientada. Expressão oral, coerente e lógica no discurso. Bom estado de higiene pessoal. Sem presença de edemas. PA: 116-69 mmhg. FC: 88 bpm. FR: 16 rpm. T° axilar de 36,4°C. Ausência de perda sanguínea vaginal. Avaliação da dor: EVA ²¹ 2. Palpação abdominal: <ul style="list-style-type: none">Situação fetal: longitudinal.Apresentação fetal: Cefálica FCF com sonar Doppler: 140 bpm. Contrações uterinas: Frequência referida pela grávida, de 6 em 6 minutos, intensidade moderada. Inspeção vulvar: Sem edema, sem sinais de infeção. Toque vaginal: <ul style="list-style-type: none">Dilatação cervical: 6 cm.Apagamento cervical: 40%Líquido amniótico: Cor clara, quantidade moderada, cheiro sui generis.	SGB negativo. Exame químico de urina – (glicosúria, proteinúria, leucocitúria, hematúria e cetonúria): negativo; ph: 6. Ecografia: Sem deviação da normalidade.

¹⁸ Abreu et al. (2006) definem a gestação bioquímica como a presença de teste de gravidez positivo por meio de b-hCG sérico (maior que 25 mUI/mL quatorze dias após transferência embrionária) medido por quimioluminescência, mas ausência de embrião à ultra-sonografia.

¹⁹ Procriação medicamente assistida

²⁰ G: número de gravidezes; T: número de bebés nascidos a termo; P: número de bebés nascidos pré-termo; A: número de abortos; L: número de filhos vivos.

²¹ Escala visual analógica da dor

Tabela 5- Dados cronológicos evolução trabalho de parto ao longo do turno

	10h30	11h	11h30	12h	12h30	13h
Dor	1	2	4	6 (epidural)	1	2
Contrações uterinas	Irregular	Irregular	Regular	Regular	Regular	Regular
Extinção	50%			80%	80%	100%
Dilatação	2cm			6	7	10
Consistência	Mole			Mole	Mole	Mole
Posição	Media			Anterior	Anterior	Anterior
Membranas	Rotas, cheiro suigeneris, sem tingir					
Planos hodge	≥I plano			≥I plano	I plano	II plano
Ctg	Colocaç ão CTG, linha base 135	Linha base: 140, variável, aceleraç ões.	Linha base: 140, variável, aceleraç ões.	Linha base: 130, variável, acelerações	Linha base: 140, variável, aceleraçõ es.	Linha base: 140, variável, desacelera ções variáveis ²²
Eliminação vesical	WC			WC		
Sinais vitais	Hemodi namica mente estável			Hemodinami camente estável antes e depois epidural		

²² As desacelerações variáveis têm forma de V e caracterizam-se por diminuição abrupta da frequência cardíaca fetal, com boa variabilidade, rápida recuperação à linha de base e com forma/tamanho e relação com as contrações variáveis. São o tipo de desacelerações mais frequentes e traduzem compressão do cordão umbilical. São classificadas como critério de normalidade em base na *Guideline* de monitorização fetal intraparto da FIGO atualizada em 2015.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

A escolha deste caso clínico foi motivada por vários fatores que destacam tanto a singularidade da experiência da grávida como o impacto positivo que um acompanhamento adequado pode ter no desfecho do parto.

Em primeiro lugar, o plano de parto desta mulher refletiu um forte desejo de autonomia e de estar em sintonia com o próprio corpo durante o processo. Ela expressou claramente a importância da liberdade de movimentos e do contacto pele com pele imediato e prolongado após o nascimento, indicando uma abordagem centrada no bem-estar físico e emocional, tanto dela como do bebé. Este tipo de planeamento é fundamental para proporcionar um ambiente²³ de parto que seja privado, respeitoso e acolhedor, que valoriza as preferências da mulher e promove uma experiência mais humanizada.

Adicionalmente, a grávida demonstrava uma literacia em saúde²⁴ elevada. Esta característica facilitou a comunicação e o alinhamento das expectativas, resultando num processo de tomada de decisões mais ágil e personalizado.

Outro motivo importante para a escolha deste caso foi o historial obstétrico anterior da grávida, que incluía experiências negativas. Este contexto despertou em mim um desejo especial de contribuir para que ela pudesse ter, desta vez, uma experiência de parto positiva e empoderadora. Sabendo que a segurança era uma das suas principais preocupações — um dos motivos para ela ter optado por dar à luz no nosso hospital, dado que têm disponíveis cuidados em neonatologia diferenciados. Senti-me ainda mais motivada a garantir que se sentisse segura e apoiada em todos os momentos.

²⁴ Uma boa literacia em saúde aumenta a autonomia e participação nos cuidados, uma vez que pessoas com maior literacia em saúde conseguem se envolver ativamente no processo de cuidado, tomando decisões mais conscientes e informadas (Almeida, 2022). Além disso, empodera os indivíduos, permitindo que tomem decisões mais informadas e acertadas sobre sua saúde, o que contribui para a prevenção de doenças, a gestão eficaz de condições crónicas e a promoção da saúde (Almeida, 2022).

Finalmente, a experiência prática foi extremamente gratificante para mim, enquanto profissional. Embora seja expectável em todos os partos, a equipa que prestava os cuidados transmitiu à grávida e acompanhante a liberdade e autonomia outorgada. Isso, junto à convicção e objetivos da mulher, permitiu que a grávida sentisse o parto com uma conexão intensa com o próprio corpo. Senti que os objetivos da grávida estavam em sintonia com os meus como EEESMO. Procuramos um processo o mais natural e fisiológico possível. Embora, ao final, tenha sido necessário o uso de medicação, esta foi gerida em conjunto com a grávida e anestesia. Finalmente sendo administrado um bolus de Citrato de Sufentanilo até o expulsivo, facto pouco frequente na sala de partos, o mais habitual é ser administrada em conjunto com outros fármacos e em doses mais elevadas.

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

No plano de parto refere desejo de adotar diferentes posições para facilitar o trabalho de parto e lidar com a dor, mas não sabe quais podem ser melhor em cada um dos estágios do parto ou se são úteis para si.

Nas sessões de preparação para o parto falaram da “pelve livre” e sabe os benefícios de não estar deitada de costas.

À questão orientadora: Para além de não estar deitada na cama, acha que a gravidade também pode ser útil durante o trabalho de parto? Referiu que não tinha refletido muito sobre isso, mas que acha que faz sentido e gostaria de saber os benefícios.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Na sala de partos há disponível um cardiotocógrafo *Wireless* que permite realizar a monitorização contínua e ter liberdade de movimento. As salas de partos têm

uma janela com luz natural que permite uma iluminação conforme as preferências do casal. A cama obstétrica permite adotar várias posições (de lado com as pernas, remover a parte inferior, permitindo assim a posição de cócoras). Também tem o material preciso para os primeiros cuidados do bebé e não o separar da mãe na “Golden hour”.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

OBJETIVO: Adotar posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto.

INTERVENÇÕES

Instruir e treinar posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(10h30) Demonstrar posições maternas facilitadoras da descida fetal: Há posicionamentos e movimentos que favorecem a mobilização dos ossos da pelve e facilitam a descida e rotação da apresentação fetal (Gupta et al., 2017), podem ser efetuados nas diferentes fases do trabalho de parto, depende de onde esteja o bebé:

Ficar de pé ou andar proporciona uma sensação de controlo e podem reduzir a dor nas costas; durante as contrações mais intensas, a Joana pode encostar-se à parede ou ao Sandro, ligeiramente inclinada para a frente; pode ainda colocar um pé numa cadeira ou banco; se quiser experimentar, algumas mulheres também gostam de balançar-se ao ritmo da sua respiração. Pode também realizar movimentos da pelve para a frente e para atrás, inclinação lateral, como se a pelve fosse um lápis, fazer um desenho do infinito ou circular.

Também pode experimentar a posição de cócoras, apoiada na cama ou no Sandro e assim ajuda a realinhar a pelve e “aumentar” os diâmetros.

No caso de sentir desconforto nas costas e para mudar a posição do bebé pode usar a posição de quatro apoios, com movimentos basculantes da pelve, ajoelhar-se e apoiar-se nas mãos pode oferecer este alívio.

Outra posição que pode ajudar com a descida fetal e relaxar pode ser deitada de lado, com a perna que se encontra em cima fletida, seja na perneira, numa almofada ou com a sustentação do Sandro.

Por último, as assimetrias contribuem com a descida, pode colocação da perna direita em posição diferente da perna esquerda em qualquer uma das posições anteriores.

Instruir e treinar sobre mobilidade/verticalidade durante o trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(10h40) Instruir sobre a relação da mobilidade e verticalidade enquanto estratégias promotoras da progressão do trabalho de parto: Na posição vertical a força atua no sentido descendente, pelo que a progressão do bebé seja mais forte e eficaz na presença da ação da gravidade. Além disso, as posições verticais são protetoras relativamente à hipotensão materna devido à não compressão aorticava, melhorando a oxigenação materno-fetal. Para além disso, as posições verticais facilitam os mecanismos de encravamento e de descida fetal, permitem o relaxamento do períneo e os ossos sacroilíacos podem deslocar-se para a aumentar os diâmetros da pelve, mediante movimentos que facilitam a passagem do feto. Será fundamental que sinta o conforto e a satisfação oferecido em cada posição e que possa escolher entre as alternativas todas.

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Refere que no anterior parto pediu muito cedo a epidural e por isso não sentiu as contrações. Foi um parto muito longo e gostaria de ter uma experiência diferente desta vez, por isso, tem interesse em fazer tudo o possível para relaxar e diminuir a dor, refere ainda não sente uma dor muito forte e ao caminhar e respirar profundo consegue lidar com ela. Não têm problema em usar mais para

frente o cateter epidural, mas para ela é importante usar outras estratégias primeiro.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

A sala de partos tem disponível bola de pilates, chuveiro na casa de banho. A Joana referiu ter informação prévia de diferentes posições e noções básicas da importância do movimento no parto.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

OBJETIVO: Reconhecer estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto que poderão ser úteis para si.

INTERVENÇÕES

Instruir e treinar²⁵ estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(11h) Proporcionar o treino de estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto de modo que a grávida experiencie o efeito em si enquanto treina:

A própria Joana, após experimentar, perceberá o que funciona melhor para ela e será capaz de usá-las em conjunto, se necessário e se fizer sentido.

Experimentou: Relaxamento/massagem usando a bola de pilates. Relaxamento com música. Massagem com música. Aplicação de calor/frio. Rebozo e posicionamentos.

Como a Joana refere que gostou de usar a bola de pilates vai ficar sempre uma na sala para ela usar a vontade, o uso de música num tom relaxante pode ser usado também como pediu, relativamente à aplicação de calor não foi do seu

²⁵ As intervenções 'instruir' e 'treinar' distinguem-se tanto na sua conceção como na sua execução. No entanto, no contexto da preparação para o parto, essas intervenções são aplicadas de forma sequencial: primeiro, há uma demonstração de como proceder (instruir), e, de seguida ou em simultâneo, a grávida e/ou a pessoa significativa envolvida vivenciam na prática (treinar). Dado o carácter complementar destas ações, elas serão, por vezes, apresentadas em conjunto no presente trabalho.

agrado por isso não vamos usar, o uso de compressas frias pode ser usado em todas as fases do parto, proporcionamos umas ao Sandro para usar sempre que a Joana quiser. Como estivemos a fazer até o momento, alternaremos posições diversas e como o uso de rebozo a incomodou porque sentia calor de mais não vamos usá-lo.

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

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

Atividades que concretizam a intervenção:

(12h) Proporcionar experiência da estratégia para lidar com a dor de parto e reflexão sobre o seu efeito: “Após sentir o efeito da respiração “4-8” sinto que estou mais relaxada e consigo lidar melhor com a dor, fazê-lo em conjunto com alguém seja o Sandro ou as EEESMO ajuda-me imenso. A massagem na zona lombar também proporcionou um alívio ao ser feita pelo Sandro. O uso de hidroterapia no chuveiro realizada antes da aplicação do cateter epidural ajudou a relaxar e conseguir estar fisicamente mais calma para o procedimento.”

A imaginação guiada não acha que a ajude nesta fase.

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Conhecimento sobre trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Não se lembra da sensação de dor na contração.

O plano de parto inclui interesse em ambiente calmo e íntimo, uso do movimento no parto, hidroterapia, uso de respiração e música para se relaxar.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

No anterior parto foi administrada muita analgesia e finalmente foi precisa a realização de uma cesariana.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar o conhecimento trabalho de parto

OBJETIVO: Compreender a função da dor de trabalho de parto. Compreender as componentes da dor. Compreender os mecanismos da resposta à dor de trabalho de parto.

INTERVENÇÕES

Ensinar sobre dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(11h30) Explicar as características da dor no trabalho de parto: A dor de trabalho de parto não constitui sinal de lesão ou doença, é um sinal positivo de que o corpo está preparado, deu início ao processo do trabalho de parto e que este decorre da forma expectável. As contrações duram cerca de um minuto e apresentam um padrão regular, com alguns minutos (geralmente) sem dor entre elas, não dói sempre, durante a pausa há, habitualmente, tempo de recuperar a energia, respirar e relaxar. A dor de trabalho de parto intensifica-se gradualmente à medida que o trabalho de parto evolui: as contrações começam moderadas e, gradualmente, ficam mais longas, mais fortes (intensas) e mais frequentes.

Há algumas pessoas que gostam de chamar as contrações como ondas uterinas, são de intensidade crescente, atingem o pico e descem novamente, oferecem um descanso completo entre uma e outra, igual que as ondas do mar. (Moreno, 2020)

(11h40) Explicar comportamentos esperados no lidar com a dor no trabalho de parto: Os comportamentos evidenciados por cada mulher face à dor de trabalho de parto são únicos (Larkin, Begley & Devane, 2009; Olza et al., 2018). Cada mulher adota os comportamentos de acordo com suas características individuais, e pode incluir expressões faciais, expressões verbais, tom de voz, movimentos corporais, grau de relaxamento, resposta respiratória, etc. As características pessoais têm um forte efeito mediador sobre as experiências psicológicas e fisiológicas com a dor e, portanto, os esforços intelectuais, emocionais e comportamentais são algo de que os profissionais já estão à espera, não acharão anormal e por isso a Joana pode fazer o que o seu corpo lhe pedir.

(11h50) Explicar como é esperado sentir a evolução da dor em função da evolução do trabalho de parto: A dor do parto não tem um local específico do corpo para ser sentida, podendo inclusive mudar ao longo do trabalho de parto, já que a origem da dor resulta de ajustamentos de diferentes partes do corpo. Na fase inicial, a dor surge durante as contrações ou ondas, é uma dor visceral, semelhante a câibras. Habitualmente, é sentida no abdómen, nas costas, quadril, glúteos e coxas. À medida que o trabalho de parto avança, e o bebé desce através do canal de parto, a sua cabeça começa a distender os músculos que encontra pela frente. Nesta fase a dor ou pressão sente-se mais intensamente nas regiões do períneo e ânus, no sacro, nas coxas e a parte inferior das pernas. Esta poderá ser a fase mais desafiante. Próximo do nascimento, a dor localiza-se no abdómen e períneo, sendo caracterizada por uma combinação das duas sensações, esta combinação de sensações estimula a vontade de empurrar o bebé involuntariamente.

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

OBJETIVO: Compreender as componentes da dor. Compreender os mecanismos da resposta à dor de trabalho de parto.

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Refere interesse em experimentar as diferentes atividades propostas e disponíveis para fazer na sala de partos.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

O marido também apresenta predisposição para colaborar nas diferentes sugestões. Na sala de partos há disponível uma casa de banho com chuveiro, bola de pilates, lençóis, o telemóvel do marido com música do agrado da Joana.

INTERVENÇÕES

Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o efeito esperado na dor de trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(11h45) Explicar a necessidade de lidar com a dor nas suas diferentes componentes: Para reduzir a perceção da dor periférica ao mínimo fisiológico, podem ser desenvolvidas as seguintes capacidades: fazer respirações profundas com expiração longa. Vocalização: Emitir sons com a garganta relaxada. Realizar movimentos da bacia. Reconhecer a diferença entre tensão e relaxamento. Relaxamento Muscular: Relaxar zonas contraídas para dificultar a chegada dos sinais de dor ao cérebro (efeito de bloqueio do *gate control*). Mobilidade durante o trabalho de parto. Uso de Água: Aplicar calor, massagem, banho ou duche com água quente durante o trabalho de parto. Respeitar a fisiologia do trabalho de parto. Para influenciar a perceção da dor a nível central: criar motivação e opções para mudar a perceção da dor. Trabalhar ritmos e atitudes durante a dor e intervalos. Valorizar a importância das pausas entre contrações. Ouvir o que o corpo diz e comunicar o que sente e precisa. Refletir sobre um ambiente íntimo e protegido para o parto.

(11h50) Explicar efeito esperado de cada estratégia não farmacológicas para lidar com a dor:

Uso de Água: Chuveiro: A água reduz a tensão muscular e ajuda a lidar com a dor, promovendo a progressão do trabalho de parto. O chuveiro deve ter água a uma temperatura confortável e pode ser ajustado conforme a necessidade.

Técnicas de Respiração: A respiração profunda e focada ajuda a lidar com a dor, criando uma sensação de calma e confiança. A respiração lenta e rítmica, combinada com massagem, pode ter um efeito calmante e ajudar a desviar a atenção da dor.

Música: Ouvir música pode reduzir a perceção da dor, diminuindo a tonalidade desagradável. A música pode estimular a liberação de endorfinas e serotonina, promovendo alívio da dor e relaxamento. A escolha da música deve atender às preferências pessoais e ao efeito desejado.

Ambiente da Sala de Partos: Criar um ambiente familiar e privado pode ajudar a se sentir segura e relaxada. Elementos importantes incluem privacidade, posição da cama, iluminação, som, decoração, itens pessoais, espaço para movimento, e aspetos culturais ou religiosos significativos.

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Por volta da uma, a Joana chamou a campainha depois de ter estado a treinar os exercícios de mobilidade e de relaxamento com o seu marido por sentir uma “pressão diferente e mais intensa” e pediu para ser examinada. No momento apresentava dilatação completa e o feto encontrava-se no segundo plano de Hodge.²⁶

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Refere que gostaria de começar a puxar de cócoras e de lado, tem estado nos últimos minutos de quatro apoios.

Finalmente na fase do expulsivo e depois da gestão do ambiente a mulher pariu despida (referia ser o que precisava o seu corpo) e realizou vocalizações²⁷.

DIAGNÓSTICO: Trabalho de parto

OBJETIVO: Promover evolução favorável do trabalho de parto

INTERVENÇÕES

Gerir ambiente físico para promover relaxamento:

²⁶ Apresentação fetal entre o borde inferior da sínfise púbica até a segunda vertebra sacra.

²⁷ Há algumas evidências de que fazer força com a glote aberta ajuda a manter a integridade perineal. Assim, as manobras para manter a glote aberta podem ser úteis durante o parto. Uma dessas manobras é a vocalização, uma técnica em que a exalação do ar é acompanhada por um som vocálico emitido em tom profundo (Neta et al., 2022). Segundo Danford e Marcein (2017) as vocalizações desempenham um papel essencial na manifestação e alívio da dor e no progresso de parto.

Atividades que concretizam a intervenção: luz natural, música proporcionada pelo marido, presença de 3 profissionais de saúde, porta fechada para manter a intimidade, usar voz calma e com volume baixo, permitir que a mulher esteja sem roupa como preferiu.

Assistir no posicionar

Atividades que concretizam a intervenção:

Encorajar a parturiente a escolher posição:

- **11h:** deambulação
- **11h30:** sentada na bola de pilates, a realizar mobilização da bacia e assimetrias.
- **12h:** decúbito supino na cama, depois aplicação da epidural.
- **12h30:** 4 apoios na cama, alternando com assimetrias das pernas.
- **13h:** Cócoras na cama e de lado.
- **13h30:** Litotomia até expulsivo, Joana encontrava-se cansada e pediu para se deitar e tentar realizar esforços expulsivos em posição de litotomia.
- **Envolver pessoa significativa no trabalho de parto:**

Atividades que concretizam a intervenção:

Usou compressas molhadas com água fresca para refrescar à Joana e proporcionou água quando ela a pediu.

Realizou sustentação nas posições de 4 apoios na cama, de lado, de cócoras e suporte na deambulação e uso da bola.

Assistir no parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(13h) Preparar o material para assistir o parto: abrir kit de parto (campo, bata, clamp do cordão umbilical, duas tesouras, duas pinças, compressas, perneiras), abrir luvas estéreis.

(13h05) Verificar grupo sanguíneo materno: Ao ser A Rh positivo não é preciso colher sangue do cordão umbilical.

(13h10) Início esforços Expulsivos Espontâneos- Devem ser iniciados e realizados apenas quando a mulher sentir vontade. Apesar de não existir diferença significativa entre a realização de esforços espontâneos e dirigidos, no trauma perineal, as entidades nacionais e internacionais, neste contexto, privilegiam a realização de esforços espontâneos (Sousa, Oliveira, & Ramos, 2022).

(13h25) Encorajar à mãe a sentir a cabeça do bebé

(13h30) Informar da técnica (proteção do períneo)

(13h31) Implementar medidas de proteção do períneo: Proteção Perineal (*Hands-on*) colocada a mão dominante no períneo com o polegar e indicador em ambos os lados da fúrcula e realizar um movimento de aproximação entre ambos; pressionar o períneo com a restante mão para ajudar na saída da cabeça; usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça e para facilitar a sua extensão. A atitude *Hands-on* com controlo manual da expulsão fetal e proteção perineal posterior reduzem o risco de lacerações de 3º e 4º grau (Sousa, Oliveira, & Ramos, 2022).

(13h35) Pedir para suspender os esforços expulsivos depois da saída da cabeça: verificada circular larga de cordão, desenrolamento manual.

(13h36) Observar restituição de cabeça, extração do ombro anterior, extração do ombro posterior, ao sair o corpo do bebé, encorajar à mãe para pegar o recém-nascido no seu colo, colocação de lençol por cima do bebé²⁸

(13h42) Encorajar e assistir o pai a cortar o cordão umbilical²⁹ no terceiro minuto depois do nascimento.

Registrar o parto (13h39)

Registrar índice APGAR: Minuto 1- score 9; Minuto 5 – score 10; Minuto 10 – score 10.

²⁸ Outra EEESMO vai promover a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, realizar as profilaxias protocoladas conforme os desejos dos pais mantendo o contacto pele a pele e posteriormente assistir na amamentação se for preciso, a sutura perineal também foi realizada, entretanto o recém-nascido estava pele com pele.

²⁹ Segundo a OMS (2014), o clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido.

(13h52) Assistir na expulsão da placenta: Dequitação espontânea aos 13 min pós-parto, sem necessidade de uterotónicos nem tração controlada do cordão (saída fase fetal - Schultz)

(13h53) Informar da técnica (administração de oxitocina)

(13h53) Administrar 10 UI de oxitocina em 250ml a passar a 250 ml/h.

(13h54) Avaliar o globo de segurança de Pinard: ³⁰Formado.

(13h55) Inspeccionar placenta: (forma discoide, face materna com superfície intacta, com cotilédones bem formados e sem sinais de calcificações. A face fetal revestida por duas membranas amnióticas transparentes e sem roturas. O cordão umbilical inserido de forma central com duas artérias e uma veia)

(13h58) Informar da técnica (inspeccionar períneo, administrar analgesia, realizar higiene e correção da laceração)

(13h58) Inspeccionar períneo: lacerações de primeiro grau mediana e no lateral direito do pequeno lábio.

(14h) Administrar analgesia pelo cateter epidural: 6cc de Lidocaina 2%.

(14h03) Realizar higiene perineal

(14h06) Realizar correção de laceração: realizados pontos simples nas lacerações com fio Vicryl Rapide 2.0.

(14h20) Realizar higiene perineal, assistir à mulher a vestir-se uma camisa aberta pela frente e cueca-fralda, posicionar na cama, sempre mantendo o contacto pele com pele.

Avaliação do sangramento vaginal, tónus uterino, altura uterina, pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca. ³¹

³⁰ A avaliação do tónus uterino abdominal pós-parto para a identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres. (OMS, 2014)

³¹ Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, tónus uterino, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca (pulso) de rotina durante as primeiras 24 horas, começando na primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. Se normal, a segunda aferição da pressão arterial deve ser feita dentro de 6 horas. A diurese deve ser documentada dentro de 6 horas. (OMS, 2022).

4.2.3. O desafio de um parto contra a corrente

Berta, de 19 anos, caucasiana e de nacionalidade portuguesa. No início do turno acompanhada do seu namorado, João, também de 19 anos e de nacionalidade portuguesa. Namoram há dois anos e estão a estudar na faculdade. Os dois moram na casa dos pais da Berta em Rio Tinto desde o momento em que ela engravidou, têm apoio económico dos pais e sogros.

Foi uma gravidez não planeada, a Berta até referiu que tinha pensado em abortar, mas que finalmente decidiu ter o Dylan e acha que foi a melhor decisão, o namorado concorda, referem ter muita ilusão. É primigesta e tem 39 semanas e 6 dias de gravidez. Acudiu às 7h20 às urgências do hospital por rotura de membranas, às 06h30 acompanhada do namorado, foi internada na sala de partos 4 do serviço.

Frequentaram as sessões de preparação para o parto no Centro de Saúde, no momento do ingresso à sala de partos não entregou o plano de parto, referiram que “não achamos que fosse assim tão importante e não o temos preenchido”.

O namorado, João, não esteve presente ao longo do expulsivo, referindo necessidade de sair da sala de partos por se sentir desconfortável com a situação, embora ela tivesse o cateter epidural funcionante desde as 14h15 o João referiu “não consigo ver que a minha namorada está com dor”.

Nasceu às 18h53 um bebé de sexo masculino chamado Dylan com 3760 g, 36 cm de perímetro cefálico e 50,5 cm de altura, com um índice de APGAR de 8/10/10. O parto foi em posição de cócoras, com períneo íntegro.

Posteriormente e depois do parto, o João entrou na sala de partos novamente a auxiliar a sua namorada e conhecer o filho. Questionou à Berta quem preferia que ficasse com ela ao longo da noite e conseguir ajudar melhor, finalmente ligaram à irmã da Berta.

Tabela 6- Dados clínicos e obstétricos, Berta.

Dados				
Antecedentes Pessoais	História Familiar	História Obstétrica	Exame físico	Exames Laboratoriais e ecográficos
<p>Grupo sanguíneo AB Rh Positivo. Alergias não conhecidas. Nega hábitos tabágicos, alcoólicos e drogas. Sem intolerâncias alimentares AP: Não refere. AMC: Não conhece.</p>	<p>Sem antecedentes relevantes.</p> <p>Companheiro: sem história de antecedentes relevantes na família.</p> <p>Grupo sanguíneo João: A Rh Positivo.</p> <p>Consanguinidade: Não.</p>	<p>GTPAL: 10000</p>	<p>Na observação clínica inicial, consciente, orientada. Expressão oral, coerente e lógica no discurso. Bom estado de higiene pessoal.</p> <p>Sem presença de edemas.</p> <p>Toque vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatação cervical: 2 cm • Apagamento cervical: 10% • Líquido amniótico: Bolsa rota, sem tingir, cheiro suigeneris, quantidade moderada <p>PA: 120/69. FC: 93. FR:18. Tº axilar de 36,0.</p> <p>Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.</p> <p>Avaliação da dor: EVA 3.</p> <p>Palpação abdominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situação fetal: longitudinal. • Apresentação fetal: Cefálica <p>FCF com sonar Doppler: 140 bpm.</p> <p>Contrações uterinas: Frequência referida pela grávida, de 5 minutos, intensidade moderada.</p> <p>Inspeção vulvar: Sem edema, sem sinais de infeção.</p>	<p>SGB: negativo. Exame químico de urina – (glicosúria, proteinúria, leucocitúria, hematuria e cetonúria): negativo; ph: 6. Ecografia: Sem deviação da normalidade.</p>

Tabela 7 - Dados cronológicos evolução trabalho de parto ao longo do turno.

	14h15	14h30	15h30	16h30	17h30	18h53
Dor	7	1	1	3	5	9 - parto
Contrações uterinas	Regular - cada 5 minutos	Regular - cada 5 minutos	Regular cada 4 minutos	Regular cada 3 minutos	Regular - cada 2 minutos	Regular - cada 2 minutos
Extinção		80%		80%	Extinto	Extinto
Dilatação		5 cm		9 cm	10 cm	10 cm
Colo		Mole - centrado		Mole - centrado		
Membranas	Rotas, sem tingir, cheiro suigeneris, quantidade moderada					Cheiro suigeneris, tingidas de mecónio, quantidade escassa
Planos de hodge	≥I plano	≥I plano		I plano	I plano	
Variedade		Ocipito posterior		Ocipito posterior		Ocipito posterior
Apresentação						Cefálica
Eliminação vesical	Espontânea -WC			Espontânea		
Estratégias adotadas	Posição deitada - epidural	Verticalidade	Imaginação guiada sims modificada	Rebozo 4 apoios	litotomia, de lado, 4 apoios	Cócoras

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: A utente foi acompanhada ao longo do turno da manhã, das 14h até 20h30.

- **Medicação prescrita:**

10 UI de oxitocina: administrada em 250 ml de soro fisiológico depois a dequitação. Perfusão contínua de Cloridrato de Ropivacaína 20mg/10ml com Citrato de Sufentanilo 1 ml e soro fisiológico a 8 ml/h que foi diminuída para 6 ml/h às 18h15 para uma maior percepção do reflexo de Ferguson.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

A escolha deste caso é justificada por uma série de razões que refletem tanto os desafios clínicos apresentados como as oportunidades para a implementação de intervenções baseadas em evidências e boas práticas no apoio à mulher durante o parto.

A capacidade de diagnosticar precocemente e prevenir complicações foi essencial, especialmente em relação à rotação fetal e ao manejo da dor, utilizando métodos não farmacológicos como o movimento e a imaginação guiada.

O principal desafio encontrado foi a posição fetal, especificamente a posição occipito-posterior (OP), que frequentemente está associada a um trabalho de parto mais prolongado e doloroso. A mobilidade da parturiente, assim como a adoção de posições específicas, são intervenções comprovadamente eficazes para favorecer a rotação do feto da posição OP para occipito-anterior (OA). A posição de Sims modificada, em que a gestante é colocada em decúbito lateral com a perna superior flexionada a 90° e uma ligeira rotação interna, mostrou ser eficaz na rotação fetal e no aumento do diâmetro pélvico (Bueno-López et al., 2018). Além disso, a posição de quatro apoios tem sido apontada como uma técnica eficaz para a redução da dor lombar em gestantes com fetos em OP (Domínguez-Mejías & Falcón-Carvajal, 2022). Essas evidências científicas embasaram a escolha das intervenções realizadas durante o parto.

As posições verticais, como ficar de pé, sentada ou em cócoras, contribuem significativamente para a intensificação das contrações uterinas, favorecendo a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal. Estudos sugerem que a posição de cócoras aumenta em até 28% o espaço disponível na pelve para a passagem do feto, facilitando um parto vaginal eutócico (Alves, 2021). Essas práticas também promovem o bem-estar materno e fetal (Aryani et al., 2022; Hacivelioglu et al., 2022), garantindo um ambiente de segurança e conforto durante o trabalho de parto.

A mulher mostrou-se extremamente instintiva, confiando na orientação e suporte fornecidos pela EEESMO, isto permitiu a implementação de diversas intervenções baseadas no plano de parto acordado, tais como o rebozo, imaginação guiada ou o movimento no parto. A oportunidade de aplicar estas foi fundamental para promover o conforto da mulher.

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Conhecimento sobre trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Refere que não teve muito tempo para acudir à preparação para o parto, refere ter aprendido mais sobre o puerpério, mas não tanto sobre o parto.

Questão orientadora: À medida que o trabalho de parto evolui, as hormonas atuam e os pensamentos, as reações/comportamentos de cada mulher vão-se ajustando. Tem ideia de o que irá sentir e como irá reagir à medida que o trabalho de parto progride?

Referiu não conhecer comportamentos característicos de cada fase do trabalho de parto.

Toque às 14h30 com dilatação cervical de 5 cm e extinção de 80%.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

O namorado da Berta não está presente na sala de partos, encontra-se no corredor à espera de voltar à sala de partos depois do bebé nascer.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto.

OBJETIVO: Reconhecer as emoções/comportamentos esperados com a evolução do trabalho de parto (fase ativa)³²

INTERVENÇÕES

Ensinar sobre trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(15h) Explicar respostas comportamentais em função da evolução do trabalho de parto: O modo como a mulher se posiciona e se sente durante o trabalho de parto pode refletir a resposta adequada das hormonas e do corpo. À medida que o trabalho do útero se intensifica e os níveis de hormonas como a oxitocina, CRH e endorfina aumentam, a mulher pode sentir um efeito sedativo, levando-a a um estado alterado de consciência, especialmente se se sentir segura e focada em si própria. Neste estado, há uma tendência a reduzir a interação verbal, vocalizando sons como gemidos e gritos, e a adotar posições que promovem o conforto, como baloiçar ou aninhar-se (Olza et al., 2020).

No último toque verificou-se que já se encontra na fase ativa do parto, quando o trabalho de parto atinge o seu auge, muitas mulheres podem sentir-se exaustas, o que coincide com um aumento nos níveis de oxitocina, responsável por contrações mais fortes e eficazes para o nascimento. Este processo desperta o reflexo de Ferguson, que induz a vontade de "empurrar". A mulher, por vezes sentindo as pernas fracas, pode adotar posições espontâneas, como ficar de cócoras ou deitar-se de lado, preparando o períneo para o nascimento. Neste momento, um pico de energia geralmente ocorre, e a mulher recupera a alerta, sentindo-se pronta para ajudar no nascimento do bebé (Olza et al., 2020).

³² Segundo a OMS (2018) a fase ativa é caracterizada por contrações uterinas dolorosas regulares e uma dilatação do colo entre 5 cm e 10 cm.

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Posteriormente à administração da analgesia referiu que agora que tem um maior controlo da dor, gostaria de começar a usar estratégias não farmacológicas para não deixar a dor escalar muito e não precisar de doses muito altas de medicação até o expulsivo.

Refere estar disponível para treinar diferentes estratégias, nomeadamente relaxamento ou movimento.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Às 14h15 foi inserido o cateter epidural a pedido da Berta, no turno da manhã referiu um EVA de 8.

Às 15h30 apresentava uma dor EVA de 1.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.

OBJETIVO: Reconhecer o efeito causado pelo uso conjunto das estratégias não farmacológicas no seu corpo, nomeadamente o relaxamento, alteração do padrão respiratório e /ou emoções e pensamentos.

INTERVENÇÕES

Instruir & Treinar estratégias de relaxamento

Atividades que concretizam a intervenção:

(15h30) Instruir imaginação guiada³³, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si (treina): Berta está a olhar para a EEESMO, ela, entretanto prepara cuidadosamente a roupa do bebé, dobrando-a com carinho começa a falar:

Está tudo a ser preparado para quando o bebé chegar.

Respira fundo. Sente o ar a entrar suavemente pelos pulmões e a sair lentamente. Relaxa os teus ombros, o teu rosto, e foca-te neste momento.

Agora, imagina o teu bebé³⁴. Ainda não sabes exatamente como será o seu rosto, mas pensa nos pequenos detalhes. Imagina o cheiro doce e único da pele dele, aquele cheiro especial que te vai trazer uma sensação de paz e ternura assim que o segurares nos braços.

Sente o toque da pele macia e delicada do teu bebé, suave como seda sob os teus dedos. Agora, visualiza as suas pequenas mãos... vê as suas unhas minúsculas, já tão perfeitas e completas.

Imagina também as pestanas do teu bebé, finas e delicadas, a adornar os seus olhos fechados enquanto descansa, cheios de curiosidade pelo mundo que está prestes a descobrir. Respira fundo e sente essa ligação, sente como o teu bebé já te conhece, tal como tu o conheces.

(transversal) Proporcionar o efeito³⁵ de frases/pensamentos positivos:

Durante o trabalho de parto, as frases foram usadas dizendo-as baixinho, geralmente nos momentos de descanso entre as contrações, o momento em que

³³ Trata-se do uso de imagens mentais que envolvem vários sentidos, com o objetivo de promover relaxamento e bem-estar. Essa técnica pode ser conduzida pela própria pessoa ou com a orientação de terceiros, visando alcançar um estado mental relaxado e eliminar pensamentos negativos. (Smith et al., 2018).

³⁴ Durante o parto, podem ser utilizadas três categorias de imagens: 1) imagens agradáveis, como a visualização de um lugar calmo; 2) imagens centradas nas emoções e no vínculo afetivo, especialmente relacionadas com o bebé; e 3) imagens focadas no processo fisiológico, destacando o esforço físico e mental conjunto da mulher e do feto durante o trabalho de parto (Cardoso et al., 2023)

³⁵ Cohen e Sherman (2014) referem que as afirmações ajudam a reduzir o stresse e promover o bem-estar, tornando as pessoas mais abertas a mudanças de comportamento ou mais persistentes em manter comportamentos desejados. Elas consistem em declarações repetidas que influenciam o subconsciente, orientando-o para alcançar resultados específicos em situações desafiadoras.

a Berta estava mais recetiva. No início foi a EEESMO que as repetiu posteriormente conjunto à grávida e no fim foi a própria grávida que as repetiu.

As palavras usadas foram: *Sim, eu consigo e estou bem.*

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Depois de questionar que lhe parece que pode funcionar, por exemplo, para ajudar o bebé a descer ao longo do canal de parto, a facilitar a ação das contrações, melhorar a posição do bebé? Referiu que não sabe que estratégias poderiam funcionar, mas que gostaria de fazer o possível para contribuir.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Feto em posição occipito-posterior³⁶. No toque vaginal foi identificada a fontanela menor próxima à articulação sacroilíaca

Mulher nulípara e de estatura baixa (1,59m).

Esteve uma hora e 23 minutos em esforços expulsivos.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

³⁶ O diagnóstico da posição OP pode ser realizado através do toque vaginal, permitindo a identificação da sutura sagital da cabeça fetal a coincidir com um diâmetro oblíquo ou anteroposterior da bacia, e da localização da fontanela menor próxima à articulação sacroilíaca. Certos grupos demográficos, como gestantes afro-americanas, mulheres nulíparas e de estatura baixa, têm maior propensão para desenvolver esta posição. (Bueno-López et al., 2015).

Quando a posição OP persiste após uma hora de expulsivo em múltiparas, ou após duas horas em nulíparas, é necessária intervenção, uma vez que a prolongação do parto pode agravar o prognóstico materno-fetal. As mulheres com fetos em OP têm uma menor taxa de partos vaginais espontâneos: 26% em nulíparas e 57% em múltiparas. Além disso, a persistência de OP está associada a uma maior necessidade de parto instrumental e a um aumento nas cesarianas (Bueno-López et al., 2015).

OBJETIVO: Compreender a relação entre as posições corporais e mobilidade com os diâmetros da pelve. Adotar posições verticais e movimentos da pelve durante o trabalho de parto.

INTERVENÇÕES

Ensinar sobre mobilidade/verticalidade durante o trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(15h30) Explicar o mecanismo adaptativo do feto e da pelve durante o trabalho de parto (relação pelve-feto): O caminho que o bebé percorre durante o parto é composto por ossos (pelve) e por músculos, ligamentos e cartilagem. Ao longo do trabalho de parto existe um conjunto de mecanismos que se foram ajustando e aperfeiçoando ao longo da gravidez.

Manter a pelve “livre”: Os ossos da pelve conseguem ter algum movimento, mas, para isso, não pode estar em contacto com superfícies duras, precisa estar livre. Por isso, evite estar deitada de costas muito tempo.

A posição das costas do feto: O bebé pode estar com as costas para o abdómen ou para as costas da mãe; se estiver com as costas para o abdómen, é mais favorável para o parto. Se as costas do bebé estiverem voltadas para as costas da mãe (posição posterior) o trabalho de parto pode ser mais longo para que haja a rotação interna (Cardoso et al., 2023).

Esta posição é mais frequente durante o primeiro estágio do trabalho de parto (10-34%), a maioria dos fetos vira espontaneamente para a posição anterior antes do nascimento. Contudo, entre 5-8% dos fetos permanecem em OP até ao expulsivo, o que pode aumentar o risco de complicações obstétricas, como trabalho de parto prolongado, exaustão materna e fetal, maior necessidade de partos instrumentados, lacerações perineais graves e aumento da taxa de cesariana de emergência (Bueno-López et al., 2018). Para evitar esta situação, existem algumas estratégias que poderia usar;

Instruir e treinar posições facilitadoras da evolução do trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(15h45) Instruir sobre posições corporais que pode adotar que promovem acomodação fetal mais favorável (OA) para a evolução do trabalho de parto:

As intervenções posturais desempenham um papel importante na rotação da cabeça fetal da posição occipito-posterior (OP) para a posição occipito-anterior (OA). Uma técnica eficaz é a posição de Sims modificada, onde a gestante se deita de lado com a perna superior dobrada e levemente rodada para dentro, aumentando o diâmetro pélvico e facilitando a rotação para a posição occipito-anterior (Bueno-López et al., 2018). Outra técnica, a posição de quatro apoios, não só favorece a rotação, mas também reduz a dor lombar, que é comum entre as gestantes com fetos em OP (Domínguez-Mejías & Falcón-Carvajal, 2022).

Movimentar-se e mudar de posição durante o trabalho de parto, como sentar, ficar de pé ou agachar, é benéfico, pois estas posições aumentam o diâmetro da bacia, facilitando a descida do feto (Aryani et al., 2022). A posição de cócoras, por exemplo, aumenta o espaço pélvico em até 28%, reduz o tempo de trabalho de parto, diminui a necessidade de episiotomias e favorece a preservação do períneo (Alves, 2021).

Estudos destacam que posturas verticais, como cócoras, de joelhos e a posição de quatro apoios, facilitam a rotação para a posição OA, a mais favorável para partos vaginais (Simkin, Hanson, & Ancheta, 2017). Além de facilitar a rotação fetal, essas posturas também aumentam os diâmetros da pelve, promovendo a descida e rotação do feto (Lawrence et al., 2013).

Treinar posições facilitadoras de trabalho de parto³⁷:

- **(14h30) Verticalidade**
- **(15h30) Posição sims modificada**

³⁷ Para facilitar a descida fetal, são usados movimentos de natação e contranatação, de acordo com o progresso da descida. Na fase mais avançada, quando o feto já tinha ultrapassado o primeiro plano de Hodge, recorreram-se aos movimentos de natação. Estes consistiram no movimento basculante do sacro para a frente, que aumenta a distância entre o cóccix e o púbis, facilitado, por exemplo, pelas posições de quatro apoios e de cócoras. A rotação interna das pernas foi utilizada para afastar as espinhas isquiáticas, juntamente com a flexão das pernas, com o objetivo de ampliar o arco púbico. Além disso, foram aplicadas assimetrias em conjunto com flexão e rotação interna, tanto na posição de quatro apoios como em decúbito lateral.

- (16h35) posição de 4 apoios
- (16h50) Decúbito supino
- (17h30) Decúbito lateral
- (18h) Posição de 4 apoios
- (18h30 até expulsivo) cócoras

DOMÍNIO: Trabalho de parto e parto

FOCO DE ATENÇÃO: Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto na fase ativa.

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

A grávida encontrasse na fase ativa de parto, com uma dilatação de 10 cm, colo extinto e uma variedade fetal em occipito posterior, no primeiro plano de Hodge. Mostra-se disponível para treino de diferentes técnicas.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Material disponível para treinar rebozo: lençóis, monitorização fetal contínua *Wireless*.

Consentimento verbal da mulher para uso do rebozo.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

OBJETIVO: Decidir quando usar dispositivos facilitadores do trabalho de parto. Promover o uso de dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto.

INTERVENÇÕES

Instruir & Treinar o uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(16h30) Explicar que é, e a utilidade do rebozo: O rebozo é uma técnica tradicional de origem asteca, consiste no uso de um pano para mobilizar a pélvis e relaxar a musculatura, favorecendo a colocação do feto e facilitando o trabalho

de parto (Cebrián et al., 2022). Esta técnica pode ser realizada em diversas posições e proporciona alívio da dor e progressão do parto (Cardoso et al., 2023). Enrolado em zonas específicas do corpo, o rebozo gera movimentos suaves nos quadris, comparados a uma massagem ou balanço, garantindo bem-estar. O conforto da é assegurado pela simetria do pano e pela postura adequada de quem o maneja (Iversen et al., 2017).

(16h35) Demonstrar o uso de rebozo, permitindo que a grávida experiencie o efeito em si para facilitar a insinuação e a posição para anterior: Para facilitar a insinuação e a rotação anterior do feto, utiliza-se o rebozo (Cebrián et al., 2022). A grávida assumiu a posição de quatro apoios, com a pélvis elevada e a cabeça apoiada nos braços. O rebozo (neste caso o lençol) é colocado sobre as nádegas, realizando-se movimentos rítmicos durante 30 segundos, repetidos três vezes. A grávida mantém essa posição por 5-10 minutos, permitindo que o feto se repositone. Foi utilizado entre as contrações, 1-2 vezes, com monitorização da frequência cardíaca fetal contínua. Esta intervenção promove uma experiência de conforto e facilita os movimentos do feto durante o parto (Cebrián et al., 2022; Cardoso et al., 2023).

DOMÍNIO: Trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Contrações regulares cada dois minutos, colo com dilatação de 10 cm e extinção completa. Reflexo de Ferguson.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

O namorado continuava no corredor.

Monitorização contínua sem sinais de anormalidade. Águas tingidas de mecónio no final do expulsivo, desacelerações variáveis.

O nascimento da cabeça do feto foi occipito-posterior.

DIAGNÓSTICO: Trabalho de parto

OBJETIVO: Facilitar trabalho de parto

INTERVENÇÕES

Assistir no parto

Atividades que concretizam a intervenção:

- **(17h30) Preparar o material para assistir o parto:** abrir kit de parto (campo, bata, clamp do cordão umbilical, duas tesouras, duas pinças, compressas, perneiras), abrir luvas estéreis.
- **(17h30) Posição de lado**
- **(17h35) Verificar grupo sanguíneo materno:** Ao ser AB Rh positivo não é preciso colher sangue do cordão umbilical.
- **(17h40) Início esforços Expulsivos Espontâneos-** Iniciados e realizados apenas quando a mulher sentiu vontade.
- **(18h) posição de 4 apoios**
- **(18h30 até expulsivo) cócoras**
- **(18h40) Informar da técnica (proteção do períneo)**
- **(14h45) Implementar medidas de proteção do períneo:** Proteção Perineal (*Hands-on*) colocada a mão dominante no períneo com o polegar e indicador em ambos os lados da fúrcula e realizar um movimento de aproximação entre ambos; pressionar o períneo com a restante mão para ajudar na saída da cabeça; usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça e para facilitar a sua extensão.
- **(18h55) Pedir para suspender os esforços expulsivos depois da saída da cabeça:** verificada não presença de circular de cordão.
- **(18h55) Observar restituição de cabeça, extração do ombro anterior, extração do ombro posterior, ao sair o corpo do bebé, encorajar à mãe para pegar o recém-nascido no seu colo, colocação de lençol por cima do bebé.** ³⁸

³⁸ Outra EEESMO vai promover a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, realizar as profilaxias protocoladas conforme os desejos dos pais mantendo o contacto pele a pele e posteriormente assistir na amamentação se for preciso, a sutura perineal também foi realizada entretanto o recém-nascido estava pele com pele.

- **(18h56) Encorajar e assistir à mãe a cortar o cordão umbilical³⁹ no terceiro minuto depois do nascimento.**
- **Registar o parto (18h53)**
- **Registar índice APGAR:** Minuto 1- score 8; Minuto 5 – score 10; Minuto 10 – score 10.
- **(19h15) Assistir na expulsão da placenta:** Dequitação espontânea aos 13 min pós-parto, sem necessidade de uterotónicos nem tração controlada do cordão (saída fase fetal - Schultz)
- **(19h16) Informar da técnica** (administração de oxitocina)
- **(19h17) Administrar** 10 UI de oxitocina em 250ml a passar a 250 ml/h.
- **(19h20) Avaliar o globo de segurança de Pinard:** ⁴⁰Formado.
- **(19h30) Inspeccionar placenta:** (forma discoide, face materna com superfície intacta, com cotilédones bem formados e sem sinais de calcificações. A face fetal revestida por duas membranas amnióticas transparentes e sem roturas. O cordão umbilical inserido de forma central com duas artérias e uma veia)
- **(19h20) Informar da técnica** (inspeccionar períneo)
- **(19h21) Inspeccionar períneo:** íntegro
- **(19h23) Realizar higiene perineal, assistir à mulher a vestir uma camisa aberta pela frente e cueca-fralda, posicionar na cama, sempre mantendo o contacto pele com pele.**
- Avaliação do sangramento vaginal, tónus uterino, altura uterina, pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca. ⁴¹

³⁹ Segundo a OMS (2014), o clampeamento tardio do cordão umbilical (realizado 1 a 3 minutos após o nascimento) é recomendado para todos os nascimentos, iniciando simultaneamente os cuidados essenciais ao recém-nascido.

Segundo Ritter (2020) o clampeamento tardio do cordão umbilical consiste em posicionar o neonato sobre a mãe e aguardar que sejam cessadas as pulsações para então realizar o clampeamento dele. Tal método traz benefícios para a mãe e o RN, sendo alguns deles: a prevenção de hemorragia pós-parto e anemia na infância (RITTER, GONÇALVES, GOUVEIA, 2020).

⁴⁰ A avaliação do tónus uterino abdominal pós-parto para a identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres. (OMS, 2014)

⁴¹ Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, tónus uterino, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca de rotina durante as primeiras 24 horas, começando na primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. Se normal, a segunda avaliação da pressão arterial deve ser feita dentro de 6 horas. A diurese deve ser documentada dentro de 6 horas. (OMS, 2022).

- **(18h55) Promover a *Golden hour*⁴² e estádios do contacto pele com pele do recém-nascido**

Contacto pele com pele: O contacto pele com pele imediato e ininterrupto entre a mãe e o recém-nascido, por um período mínimo de uma hora após o nascimento, oferece múltiplos benefícios. Esta prática ajuda a estabilizar a temperatura e a frequência respiratória do bebé, promove o início precoce da amamentação e reduz o risco de hipoglicemia neonatal (Matos, 2010; Ritter, Gonçalves, Gouveia, 2020). Além dos benefícios biológicos, o contacto pele a pele também facilita uma melhor adaptação ao ambiente extrauterino, reduzindo o choro e o stress do recém-nascido. Esta prática fortalece o vínculo afetivo entre a mãe e o bebé, ajudando a mãe a compreender melhor as necessidades do recém-nascido e a desempenhar o seu papel de cuidadora de forma mais eficaz (Matos, 2010).

Início precoce do aleitamento: A partir do contacto pele com pele, é iniciado o aleitamento materno. O início precoce do aleitamento com o colostro é fundamental para a redução da mortalidade neonatal, desenvolvimento imunológico do recém-nascido e o provimento de nutrientes. (LEITE, 2016; RITTER, GONÇALVES, GOUVEIA, 2020).

Estádios do contacto pele com pele: As nove fases instintivas pelas quais o recém-nascido passa ao permanecer em contacto pele a pele com a mãe logo após o nascimento. Os nove estádios observados foram sequencialmente:

- **(18h58) Choro:** O recém-nascido chorou cerca de 5 minutos, a Berta acalmou-o tocando-o com as mãos.
- **Relaxamento:** Depois do choro, o bebé entrou numa fase de relaxamento, onde permaneceu imóvel e tranquilo, em contacto pele a pele com a mãe.

⁴² A "Golden Hour" neonatal refere-se aos primeiros 60 minutos após o nascimento. Durante este período, intervenções como estabilização térmica, suporte respiratório, clampeamento tardio do cordão umbilical, e o contacto pele a pele com a mãe são essenciais. Estas práticas visam reduzir complicações e melhorar os resultados a longo prazo. Este período também facilita o início da amamentação, que contribui para a saúde do recém-nascido (Lamary, et al., 2023)

- **Despertar:** O bebé começou a despertar, fazendo pequenos movimentos com a cabeça, ombros e boca. Abriu os braços, tentando maximizar o contacto pele a pele com a mãe.
- **(19h03) Atividade:** O recém-nascido aumentou os movimentos da boca e começou a exibir o reflexo de sucção, levando as mãos à boca.
- **Descanso:** Entrou num período de descanso, mantendo os olhos abertos e movimentando a boca entre as fases de atividade.
- **(19h30) Arraste:** O bebé começa a aproximar-se do peito da mãe com pequenos movimentos, exibindo sucção e projetando a língua.
- **Familiarização:** O recém-nascido toca e acaricia o peito da Berta, lambendo o mamilo e a aréola.
- **(19h50) Mamar:** O bebé agarra-se ao mamilo e começa a sugar de forma espontânea, geralmente cerca de uma hora após o nascimento.
- **(20h10) Sono:** O bebé adormeceu ao lado do peito da mãe.

(19h10) Promover amamentação na primeira hora de vida: O aleitamento materno na primeira hora de vida é crucial tanto para o bebé quanto para a mãe. Esta prática não só auxilia nas contrações uterinas, reduzindo o risco de hemorragia, como também fortalece o vínculo afetivo entre mãe e filho. A amamentação imediata do recém-nascido (RN) é um fator protetor significativo para a mortalidade neonatal, uma vez que estudos demonstram que a amamentação nesta fase promove a colonização intestinal por bactérias saprófitas presentes no leite materno, além de fornecer fatores imunológicos bioativos essenciais que ajudam a proteger o RN (UNICEF, n.d.; Rojas & Vázquez, 2017). Contudo, muitos países ainda enfrentam desafios em alcançar as metas globais estabelecidas para a amamentação precoce, evidenciando a necessidade de iniciativas que promovam essa prática vital para a saúde materno-infantil.

4.2.4. Respeito na travessia de um trabalho de parto em direção a uma morte neonatal anunciada

Marisa, de 27 anos, natural do Brasil. É licenciada em *Marketing* e trabalha num escritório. Está casada com o Rodrigo, de 28 anos, também do Brasil, que trabalha na gestão de resíduos. Chegaram a Portugal há cinco anos e moram em Gaia, num T2.

Esta é a sua primeira gravidez, e no dia do parto tinha 38 semanas e 4 dias de gestação. A ecografia realizada às 16 semanas de gestação sugeria uma diminuição de líquido amniótico, tendo sido posteriormente confirmada uma agenesia renal bilateral, com oligodrámnio e uma restrição do crescimento intrauterino. Tanto a Marisa como o Rodrigo estão, desde o diagnóstico, conscientes do mau prognóstico dos achados pré-natais e decidiu adotar uma atitude expectante.

Marisa deu entrada no serviço acompanhada do Rodrigo através das urgências de obstetrícia às 7h30, referindo contratilidade uterina e dor, a bolsa estava íntegra e a dilatação que apresentava ao ingresso foi 3 cm e 60% extinção. No momento do ingresso na sala de partos, entregaram o plano de parto escrito onde indicavam o desejo de: ter pouca luminosidade, manter o espaço o mais íntimo possível, estar acompanhada pelo marido e pelos profissionais estritamente necessários. Também manifestaram o desejo de ter uma consulta com um padre na sala de partos e ser informados sobre todos os procedimentos. Além disso, pediram para que Marisa pudesse ingerir líquidos claros ou gelatina ao longo do trabalho de parto. Planeia recorrer a métodos farmacológicos para lidar com a dor. Autoriza a episiotomia, caso seja estritamente necessária e após ser devidamente informada. A Marisa também expressou o desejo de realizar o contacto pele com pele após o nascimento, batizar o recém-nascido e que o cordão umbilical seja cortado pela mãe no momento que considerarem apropriado.

Ao longo do turno o Rodrigo mostrou-se muito proativo em ajudar à mulher e falou com o seu bebé a través da barriga dela, a Marisa referiu gostar de ser informada de tudo o que acontecia e referiu alguma esperança.

O Padre esteve presente na sala de partos durante a manhã e forneceu água benta para o batizado ser realizado pelo pai da criança no momento do nascimento.

Nasceu um nado-vivo masculino (Matias) às 20h23, resultante de um parto eutócico, com um índice de APGAR de 1/1/1 (apresentava frequência cardíaca inferior a 100 batimentos por minuto), tendo falecido espontaneamente às 20h43.

- **Medicação prescrita:**

Inserido no turno de manhã (12:30h) cateter epidural com perfusão contínua de Cloridrato de Ropivacaína 20mg/10ml (0,2%) com Citrato de Sufentanilo 1 ml e soro fisiológico a 8 ml/h.

Soro fisiológico 500 ml (iniciado, profilaxia da hipotensão materna em simultâneo na administração de cateter epidural).

(19h) Grávida realiza bolus de perfusão pelo cateter epidural.

Oxitocina 10 UI em 250 ml de soro fisiológico após a dequitação.

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O acompanhamento à utente foi realizado ao longo do turno da tarde, das 14h até 21h15, ultrapassando por 45 minutos o turno estabelecido. No estudo de Fenwick (2007) referiu que a continuidade do prestador de cuidados foi identificada como o modelo preferido para as mulheres que vivenciam a morte do seu bebé. No entanto, é evidente que o suporte às EEESMO, tanto em termos pessoais quanto de recursos, é essencial para o sucesso deste modelo.

Tabela 8- Dados clínicos e obstétricos, Marisa.

Dados				
Antecedentes Pessoais	História Familiar	História Obstétrica	Exame físico	Exames Laboratoriais e ecográficos
<p>Grupo sanguíneo: O Rh positivo.</p> <p>Antecedentes pessoais: Endometriose .</p> <p>Alergias não conhecidas. Nega hábitos tabágicos, alcoólicos e drogas. Sem intolerâncias alimentares</p> <p>Religião: Católica.</p>	<p>Antecedentes maternos</p> <p>Câncer Gástrico.</p> <p>Companheiro: sem história de antecedentes relevantes na família.</p> <p>Consanguinidade: Não.</p>	<p>GTPAL:⁴³ 10000</p>	<p>Na observação clínica inicial, consciente, orientada. Expressão oral, coerente e lógica no discurso. Bom estado de higiene pessoal.</p> <p>Sem presença de edemas.</p> <p>Toque vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatação cervical: 3 cm • Apagamento cervical: 60% • Consistência colo: intermedia. • Líquido amniótico: bolsa íntegra. <p>PA: 113/69. FC:67. FR:16. Tº axilar de 36,2ºC.</p> <p>Perda sanguínea vaginal - quantidade: sem perda sanguínea vaginal.</p> <p>Avaliação da dor: EVA 0.</p> <p>Palpação abdominal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situação fetal: longitudinal. • Apresentação fetal: Cefálica <p>RFC: positivo.</p> <p>Contrações uterinas: refere.</p> <p>Inspeção vulvar: Sem edema, sem sinais de infeção.</p>	<p>SGB: negativo.</p> <p>Exames ecográficos: Agenesia renal bilateral, oligodrâmnio e restrição do crescimento intrauterino.</p>

⁴³ G: número de gravidezes; T: número de bebés nascidos a termo; P: número de bebés nascidos pré-termo; A: número de abortos; L: número de filhos vivos.

Tabela 9 - Dados cronológicos evolução trabalho de parto ao longo do turno.

Hora	15H	16H30	17H	17H20	19H15
Dados					
Dor	0 (cateter epidural)	1(cateter epidural)	3-0 (bolus)	1(cateter epidural)	4 (expulsivo)
Contrações uterinas	Irregulares	Irregulares	Regulares	Regulares	Regulares
Extinção	70%	80%	90%	90%	100%
Dilatação	4 cm	-	7 cm	9 cm	10 cm
Consistência	Mole	Mole	Mole	Mole	Mole
Posição	Média	Média	Anterior	Anterior	Anterior
Membranas	íntegras	íntegras	Amniotomia- Cor clara, Cheiro suigeneris, quantidade escassa.	Cor clara, Cheiro suigeneris, quantidade escassa.	Cor clara, Cheiro suigeneris, quantidade escassa.
Planos de hodge	≥I plano	≥I plano	I plano	I plano	II plano
Apresentação	Cefálica	Cefálica	Cefálica	Cefálica	Cefálica
Fcf	Presente 110 bpm		Presente 125 bpm		
Eliminação vesical	Algaliada				

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

A escolha de explorar o luto perinatal neste caso é justificada pela relevância crítica do tema no desenvolvimento das competências essenciais para a minha prática profissional.

Embora tais eventos sejam estatisticamente raros⁴⁴, para a mulher ou o casal que enfrenta essa situação, a perda representa um dos eventos mais marcantes e dolorosos das suas vidas. Esta consciência, ligada a casos próximos a mim de luto perinatal, me motivou a aprofundar os meus conhecimentos e habilidades nesta área, reconhecendo a importância de estar preparada para oferecer suporte sensível e adequado em momentos tão críticos. Como EEESMO, considero essencial estar capacitada para lidar com o luto perinatal de forma empática e eficaz, proporcionando cuidados que atendam às necessidades emocionais e individuais de cada mulher e sua família⁴⁵.

Ao analisar um caso clínico de luto perinatal, obtive uma compreensão profunda de como a mulher e o seu convivente experimentam esse processo, permitindo-me adaptar a minha intervenção para oferecer um apoio eficaz, individualizado e compassivo. A perda fetal ou neonatal é um dos momentos mais críticos na vida de um casal, tornando a intervenção adequada do EEESMO indispensável.

O estudo de casos clínicos dessa natureza contribui não apenas para o meu crescimento profissional, mas também para garantir que as mulheres e famílias que enfrentam esse tipo de luto recebam o apoio humanizado e a visibilidade que necessitam num momento tão vulnerável.

Segundo Llaboré Fàbregas et al. (2023) é necessário treino para ouvir as mulheres e os seus acompanhantes, respeitando as suas necessidades com

⁴⁴ Em Portugal, em 2021, por cada mil nados-vivos, registaram-se 3,4 óbitos fetais ou infantis ocorridos entre as 28 semanas de gravidez e os primeiros 7 dias (uma semana) de vida (INE, 2023)

⁴⁵ Profissionais experientes podem tutorar aqueles com menos experiência, ajudando-os a desenvolver melhores competências (Llaboré Fàbregas et al., 2023). Dentro do possível, é crucial não deixar sozinhas as pessoas da equipa profissional que não têm formação e experiência prévia supervisionada na atenção a essas situações. A transmissão de conhecimento por profissionais mais experientes, as sessões clínicas e a supervisão de casos são essenciais.

empatia e sem paternalismo. É importante estar ciente de que o conteúdo emocional e psicológico do cuidado pode reativar lutos pessoais do profissional e gerar emoções negativas a curto prazo, como choro, angústia e impotência, e a longo prazo, distúrbios como insónia, *flashbacks*, pesadelos e autocríticas. Esses conteúdos cognitivos negativos podem incluir o medo frequente de ser culpado pela morte ou de ser denunciado.

No estudo de Fenwick (2007) a oportunidade de criar memórias positivas e especiais é considerada uma parte essencial dos cuidados, contribuindo significativamente para uma experiência mais positiva, mesmo em circunstâncias tristes e inesperadas. A prestação de cuidados sensíveis e de apoio é vista pelas EEESMO como uma fonte de grande satisfação profissional.

Embora neste estudo de caso não tenha sido explorada especificamente a aplicação do hipn parto, é possível traçar algumas relações entre essa técnica e a atenção ao parto em casos de morte perinatal. A criação de um ambiente acolhedor e respeitoso também é crucial, contribuindo para que o nascimento e a despedida do bebé sejam vivenciados de forma mais serena.

Apesar dos benefícios potenciais, é importante destacar que não há estudos específicos sobre o uso do hipn parto em contextos de morte perinatal. A ausência de pesquisas sobre o tema limita o entendimento da sua eficácia nesse cenário, mas intervenções como a promoção do foco na própria mulher, o empoderamento e a preparação adequada do ambiente, sugere que tais técnicas podem oferecer algum conforto aos pais nesse momento difícil.

DOMÍNIO: Emoção

FOCO DE ATENÇÃO: Luto ⁴⁶

⁴⁶ Segundo a CIPE (2018) a emoção Luto define-se como: 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)

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Expressaram sentimentos de perda, explicaram a situação desde o seu ponto de vista, onde refeririam que o seu filho é um “campeão” por aguentar vivo este tempo todo para os conhecer.

Referiram o desejo de realizar pele com pele com o bebé depois de nascer, criar uma pulseira para o bebé, realizar a impressão de mão e pé e batizá-lo ao nascer.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

O Rodrigo, marido da Marisa, esteve presente o tempo todo na sala de partos.⁴⁷

O padre entregou a água benta no turno da manhã para o Rodrigo batizar o Matias ao nascer, também nos forneceram o material para realizar a impressão de mão e pé.

Referem ser da religião Católica, isto foi um dos motivos pelos que decidiram manter uma atitude expectante com a gravidez e no interrompê-la ao saberem o prognóstico.

DIAGNÓSTICO: Luto perinatal

OBJETIVO: Promover processo de luto na perda perinatal. Que a parturiente sinta a sua vontade respeitada. Que a parturiente se sinta apoiada.

INTERVENÇÕES**Gerir o ambiente*****Atividades que concretizam a intervenção:***

⁴⁷ Miranda (2014) refere que a presença de um familiar/companheiro/pessoa significativa neste período é essencial para auxiliar no processo de luto. Destacam o pai do bebé como a figura fundamental, sendo que a união do casal e apoio mútuo ao enfrentar a perda contribuem para ultrapassar o luto.

(14h30) Ambiente seguro e resguardado: Foram colocados na sala de partos 7, esta sala fica no fundo do corredor e por este motivo é ligeiramente mais silenciosa⁴⁸ do que as outras.

(14h30) Manter a privacidade: Segundo Silva (2018), os casais procuram um ambiente seguro e resguardado, idealmente numa área privada ou especialmente designada para a prestação de cuidados diante de uma perda gestacional, como também destacado por Peters e colaboradores (2015). No entanto, a privacidade não deve ser confundida com abandono. Proporcionar tempo e espaço ao casal é importante, mas isso não pode justificar a sensação de falta de apoio, como observado na investigação de Ellis et al. (2016). O EESMO deve ser capaz de equilibrar a privacidade e o tempo de reflexão oferecidos ao casal com as necessidades emocionais que surgem nessas situações.

(transversal) Sugerir a colocação de um símbolo na porta⁴⁹: Embora na atualidade não seja usado, foi sugerido à equipa de profissionais da sala de partos o uso de um símbolo na porta da sala de partos onde esteja a mulher a gerir uma perda gestacional, para garantir que todos os profissionais em contacto direto com a mulher tenham conhecimento da situação.

Estar presente: Mostrar disponibilidade (Explicar que sou a EEESMO que a vai acompanhar ao longo do turno a ela e ao seu marido, que o meu nome é Marina e vou ajudá-los no possível ao longo da tarde). Avaliar sistemas de apoio (presença do acompanhante/parceiro/familiar), garantir o acompanhamento necessário, mostrar disponibilidade (Silva, 2018). Expressar as condolências: O EEESMO ao expressar as suas condolências e validar o significado desta perda para o casal, contribui para a evolução gradual do processo de luto. Os comportamentos, atitudes e verbalizações dos profissionais causam um impacto memorável, a longo prazo, nestes casais (Silva, 2018).

⁴⁸ Os sons comuns nos serviços de obstetrícia, como o choro dos RN, os batimentos cardíacos audíveis no CTG e as vocalizações de mulheres em trabalho de parto constituem fontes adicionais de stresse para as mulheres neste contexto. (Silva, 2018)

⁴⁹ Como sugerido por *Hospice Friendly Hospitals Programme* (Cullen, 2017),

Escuta ativa:***Atividades que concretizam a intervenção:***

(transversal) Realizar escuta empática: Para uma escuta empática, devem ser seguidos os seguintes princípios: ouvir com atenção plena, evitar distrações, focar-se no que é dito, evitar interpretações, generalizações, comparações ou juízos de valor. É igualmente importante confirmar o que foi dito e demonstrar que foi compreendido, oferecer respostas ponderadas, e utilizar o toque e o silêncio como ferramentas terapêuticas quando apropriadas. A comunicação, quando feita de forma irrefletida, desinteressada ou sem consideração, torna-se uma fonte adicional de *stress* (Cullen. 2017).

Cuidados transculturais:***Atividades que concretizam a intervenção:***

(transversal) Respeito pela cultura, religião, valores e crenças: No percurso do trabalho de parto e parto foram respeitadas as crenças do casal, sem realizar o julgamento delas. Nomeadamente o momento do batizado, e a realização espontânea que tiveram no momento do nascimento de rezar.

Assistir na decisão sobre medidas facilitadoras do luto:***Atividades que concretizam a intervenção:***

(20h00) Promoção do contacto com o filho: Propor aos pais a verem o bebé para confirmar a sua existência e permitir que o processo de luto comece. Facilitar a interação dos pais com o filho, promovendo o reconhecimento e a despedida adequada. (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2016).

(20h30) Preparação e apoio para a criação de recordações: Auxiliar os pais na preparação de recordações, como uma caixa com itens simbólicos (número de história, impressões das pegadas, ecografias, pinça do cordão umbilical, pulseira identificativa, fotos, mecha de cabelo, chapéu, etc.). Orientar sobre a possibilidade de trazer roupa para vestir o filho, se desejado.

Reforçar a importância de manter uma imagem real do filho mediante recordações (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, 2016).

FOCO DE ATENÇÃO: Dor de trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Marisa pretendeu o controlo da dor a través de medidas farmacológicas. O cateter epidural foi inserido ao longo do turno da manhã, à nossa chegada, Marisa tinha a medicação em perfusão contínua pelo cateter epidural, tendo a possibilidade de realização de bolus extra se ela precisar para o controlo da dor.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Tinha o desejo de se manter relaxada na cama (em posição deitada ou de lado) tendo como objetivo estar em posição de litotomia no momento do expulsivo.

DIAGNÓSTICO: Dor relacionado com trabalho de parto

OBJETIVO: Controlo da dor

INTERVENÇÕES

Gestão da analgesia: Muitos autores evidenciam que a relevância dada à analgesia nestes processos de abortamento, pelos profissionais, é diferente daquela que é dada numa situação de trabalho de parto. Na sua investigação, Asplin e colaboradores (2013) encontraram mulheres que descreveram a falta de analgesia como algo recorrente, sendo necessário fazer múltiplos pedidos até esta necessidade ser colmatada. Por outro lado, Koopmans e colaboradores (2013) descrevem que, para além da administração de analgesia ser inadequada, esta é muitas vezes substituída pela prescrição de sedativos e/ou tranquilizantes.

Atividades que concretizam a intervenção:

Intervenções resultantes de prescrição:

Foram comunicadas as mudanças de níveis de dor a equipa de anestesia conforme a vontade da Marisa, a dor foi registada a dor uma vez por hora e no momento que a parturiente referenciou mudanças nos níveis de dor.

Administração de analgesia prescrita por equipa de anestesia pelo cateter epidural, nomeadamente uma diluição de Cloridrato de Ropivacaína 20mg/10ml (0,2%) com Citrato de Sufentanilo 1 ml e soro fisiológico em perfusão contínua a 8ml/h pelo cateter epidural.

(17h20) Foi administrado bolus extra por apresentar dor e prévio à realização de amniotomia.

Deve-se respeitar a postura que a gestante adote para se sentir mais confortável. Em função da idade gestacional, o processo tende a durar mais ou menos horas. É recomendável administrar uma analgesia adequada de forma precoce e ir aumentando as doses conforme as necessidades da gestante. (Llavoré Fàbregas et al., 2023)

DOMÍNIO: Trabalho de parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

Às 19h45: dilatação completa. Às 20h inicia esforços expulsivos.

Os desejos do casal para o momento do expulsivo foi estar com a equipa que a assistiu ao longo do turno, duas EEESMO, pediatra e obstetra. Prepararam a água benta, o material para impressão de pé e mão e o telemóvel para tirar uma foto.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Dadas as condições de saúde do bebé e o prognóstico, a indicação para auscultação de batimentos fetais foi uma vez por turno, ao longo do turno da tarde foi auscultado às 17h40 depois da realização da amniotomia.

DIAGNÓSTICO: Trabalho de parto

OBJETIVO: Promover evolução favorável do trabalho de parto

INTERVENÇÕES

Realizar amniotomia:

Atividades que concretizam a intervenção:

(17h28) Explicar o procedimento: Para ser mais confortável, pode-se deitar em decúbito dorsal, com a cabeceira ligeiramente elevada e com os calcanhares junto um do outro.

(17h29) Explicar o objetivo: O objetivo de esta técnica é romper as membranas amnióticas modo a que o Matias faça pressão direta sobre o colo do útero (e, assim, haver a possibilidade de facilitar a dilatação) e com os componentes do líquido amniótico haver aumento da dilatação e extinção.

(17h29) Solicitar consentimento

(17h30) Executar amnionomia⁵⁰

(17h35) Registrar: Dilatação: 7 cm; extinção: 90%; Líquido amniótico: Cor clara, cheiro suigeneris, quantidade escassa; apresentação fetal: cefálica; Plano de Hodge: I.

Assistir no parto**Atividades que concretizam a intervenção:**

(19h50) Preparar o material para assistir o parto: abrir kit de parto (campo, bata, clamp do cordão umbilical, duas tesouras, duas pinças, compressas, perneiras), abrir luvas estéreis.

(19h50) Verificar grupo sanguíneo materno: Ao ser O Rh positivo não é preciso colher sangue do cordão umbilical.

(20h00) Início esforços Expulsivos Espontâneos⁵¹

(20h10) Informar da técnica (proteção do períneo)

(20h15) Implementar medidas de proteção do períneo: Proteção Perineal (*Hands-on*) colocada a mão dominante no períneo com o polegar e indicador em ambos os lados da fúrcula e realizar um movimento de aproximação entre

⁵⁰ Rotura artificial das membranas amniótica e coriônica para promover a saída do líquido amniótico para o exterior (Cardoso et al, 2021).

⁵¹ Devem ser iniciados e realizados apenas quando a mulher sentir vontade. Apesar de não existir diferença significativa entre a realização de esforços espontâneos e dirigidos, no trauma perineal, as entidades nacionais e internacionais, neste contexto, privilegiam a realização de esforços espontâneos. (Ducarme et al., 2019; Zang et al., 2022; World Health Organization, 2018).

ambos; pressionar o períneo com a restante mão para ajudar na saída da cabeça; usar a mão não dominante para controlar a velocidade de saída da cabeça e para facilitar a sua extensão.

(20h21) Pedir para suspender os esforços expulsivos depois da saída da cabeça: Não presença de circular de cordão umbilical.

(20h22) Observar restituição de cabeça, extração do ombro anterior, extração do ombro posterior, ao sair o corpo do bebé, colocar o bebé pele a pele conforme o desejo da Marisa, colocação de lençol por cima do bebé. Conforme Lisy et al. (2016), a maneira como os EEESMO interagem com o bebé durante o contacto inicial tem um impacto duradouro para o casal. É essencial evitar qualquer tratamento desrespeitoso, como usar baldes ou recipientes de metal para mostrar o bebé. Em vez disso, deve-se optar por materiais suaves, como cobertores ou lençóis, para envolver o bebé.

Registar o parto (20h23)

Registar índice APGAR: minuto 1- score 1; minuto 5 – score 1; minuto 10 – score 1.

(transversal no turno) Reconhecer o bebé pelo nome (Matias): Os casais valorizam quando o seu bebé é tratado com cuidado e sensibilidade, sendo referido como “bebé” ou pelo nome que lhe foi atribuído. Durante esses momentos, o bebé não deve ser referido por termos médicos, como “nado morto”, pois isso pode ser percebido pelos pais como uma despersonalização do filho e uma falta de sensibilidade por parte da equipe (Lisy, et al., 2016).

(20h29) Encorajar e assistir o pai a cortar o cordão umbilical.

(20h32) Assistir na expulsão da placenta: Dequitação espontânea, sem necessidade de uterotónicos nem tração controlada do cordão (saída fase fetal - Schultz)

(20h33) Administrar 10 UI de oxitocina em 250ml a passar a 250 ml/h.

(20h33) Avaliar o globo de segurança de Pinard: ⁵²Formado.

⁵² A avaliação do tônus uterino abdominal pós-parto para a identificação precoce da atonia uterina é recomendada para todas as mulheres. (OMS, 2014)

(20h34) Encorajar e assistir o casal a realizar rituais desejados. (Enquanto o Matias ainda estava em vida, em contacto pele com pele, o pai foi encorajado a Batizar o bebé e o casal começou a rezar).

(20h43) A pediatra presente na sala de partos comunicou o falecimento do Matias aos pais.

(20h55) Informar da técnica (inspecionar períneo, administrar analgesia, realizar higiene e correção da laceração)

(20h55) Inspeccionar períneo: laceração de primeiro grau mediana.

(20h56) Realizar higiene perineal.

(20h57) Realizar correção de laceração: realizados dois pontos simples na laceração com fio Vicryl Rapide 2.0.

(21h00) Realizar higiene perineal.

(21h05) Inspeccionar placenta: (forma discoide, face materna com superfície intacta, com cotilédones bem formados e sem sinais de calcificações. A face fetal revestida por duas membranas amnióticas transparentes e sem roturas. O cordão umbilical inserido de forma central com duas artérias e uma veia)

Avaliação do sangramento vaginal, tónus uterino, altura uterina, pressão arterial, temperatura e frequência cardíaca.⁵³

(20h30) Assistir na criação de memórias desejadas: A criação de memórias pode ser estimulada através de itens significativos, como fotografias do bebé, impressões das mãos e pés, madeixas de cabelo, pulseiras do hospital, imagens de ultrassons ou objetos já adquiridos. Esses momentos possibilitam a recolha de memórias e de sentimentos que poderão facilitar o processo de luto (Lisy, et al., 2016; McGuinness et al., 2014).

⁵³ Todas as puérperas devem ter avaliação regular do sangramento vaginal, tónus uterino, altura uterina, temperatura e frequência cardíaca (pulso) de rotina durante as primeiras 24 horas, começando na primeira hora após o nascimento. A pressão arterial deve ser medida logo após o nascimento. Se normal, a segunda aferição da pressão arterial deve ser feita dentro de 6 horas. A diurese deve ser documentada dentro de 6 horas. (OMS, 2022).

Disponibilizar tempo suficiente para este contacto: O casal manteve-se em contacto com o seu filho até o turno a seguir, só foi interrompido no momento que eles solicitaram a finalização.

4.3. Desenvolvimento de competências no âmbito do cuidar a mulher durante o período pós-natal

O período pós-parto é uma fase de transição complexa e significativa para a mulher, o recém-nascido e a família. O papel da EEESMO é fundamental neste processo, assegurando cuidados especializados que promovem a saúde da puérpera e do recém-nascido, enquanto facilita a adaptação à parentalidade. Este capítulo explora algumas das competências essenciais, exemplificadas com a apresentação de um caso clínico real.

Entre as principais áreas de intervenção, a EEESMO destaca-se na promoção da saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-natal. De acordo com a competência 4.1, a especialista informa e orienta a mulher sobre os cuidados necessários ao crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, bem como os sinais de alarme que devem ser monitorizados. Ao mesmo tempo, concebe, planeia, implementa e avalia intervenções que apoiam a adaptação da mulher à maternidade e às novas exigências da parentalidade (competência 4.1.5).

Neste contexto, o capítulo apresenta um caso clínico que exemplifica a aplicação prática destas competências. Ao longo do acompanhamento pós-parto, a EEESMO desempenhou um papel ativo na promoção da saúde e no apoio emocional da puérpera, ao mesmo tempo que monitorizava cuidadosamente o estado de saúde tanto da mãe como do recém-nascido.

Este caso clínico demonstra a relevância das competências da EEESMO na prestação de cuidados de qualidade, humanizados e centrados na mulher e no seu bebé. A prática especializada no pós-parto permite não apenas a identificação de complicações potenciais, mas também o desenvolvimento de

uma relação de confiança que promove o bem-estar físico e emocional da família.

4.3.1. O peso emocional de um parto assistido e o reencontro com a maternidade

Catarina,⁵⁴ mulher de 36 anos que trabalha como vendedora, está atualmente internada no hospital após um Parto Distócico por Ventosa em 8/12 às 16h00. Mora na cidade do Porto com o seu marido João num apartamento de três quartos (T3). É segunda gesta, o nascimento do seu primeiro filho (Pedro) foi por cesariana no ano 2021.

Passadas 36h desde a rotura prematura de membranas nasceu o seu segundo filho, Mateus, de sexo masculino com 3220g, 51 cm de comprimento, 35 cm de perímetro cefálico com APGAR de 8/10/10. Ao longo do trabalho de parto houve um episódio de febre intraparto pelo que foram administradas duas doses de Ampicilina e Gentamicina. Ao ser um parto distócico por ventosa foi realizada uma episiotomia.

O recém-nascido recebeu uma dose de paracetamol às 16h20 (20 minutos após o nascimento) por dor pela presença de *Caput succedaneum* secundário ao uso da ventosa. Após o nascimento, o bebé realizou uma deposição meconial e urinou espontaneamente.

Encontra-se agora no puerpério imediato, nas 24h após o parto, no turno da manhã. Durante o turno foram abordados aspetos relativos ao cuidado do Mateus como a higiene do coto umbilical e o *caput succedaneum*.

A puérpera amamentou o seu primeiro filho ao longo de 5 meses e posteriormente introduziu leite artificial no momento que reiniciou a sua atividade laboral. Esta vez deseja amamentar novamente e iniciou a amamentação na

⁵⁴ Para garantir a privacidade das pessoas envolvidas, optei por utilizar nomes fictícios neste trabalho.

primeira hora de vida no núcleo de partos, ao longo da manhã apresenta mamas moles, com mamilo proeminente e sem feridas visíveis nem maceração. Refere ter visto “pingas” de colostro, no fim do turno foi possível avaliar como estava a amamentar, apresentando uma boa pega.⁵⁵

- **Medicação prescrita: (ver anexo III)**
 - Paracetamol 1g via oral em SOS (c/8h)
 - Ibuprofen 600 mg via oral em SOS (c/8h)

TEMPO DE ACOMPANHAMENTO: O acompanhamento da mulher foi realizado ao longo do turno da manhã, das 8h até as 14h30.

⁵⁵ Sinais de boa pega: Lábio superior e inferior bem abertos (com grande bocejo), lábio inferior virado para fora contra a mama, com queixo toca a mama e o nariz está perto da mama, bochechas arredondadas.

Tabela 10- Dados clínicos e obstétricos, Catarina.

Dados				
Antecedentes Pessoais	História Familiar	História Obstétrica	Exame físico	Exames Laboratoriais e ecográficos
Grupo sanguíneo Catarina: A Rh: positivo. Peso pré-gravídico: 65kg. Altura: 167 cm.	Sem antecedentes relevantes. Companheiro com história de hipertensão e diabetes mellitus tipo 2 na família (mãe). Consanguinidade: Não.	Cesariana no ano 2021 Estado vacinal atualizado. Idade gestacional: 38+6 SG. TPAL: 2-0-0-2	Útero pós-parto contraído-nível infraumbilical (-1) Loquia rubra de quantidade moderada, ao longo da manhã trocou o penso duas vezes com uma quantidade de sangue que atingia a metade da superfície de absorção, sem presença de coágulos. Cheiro sugeneris. Na observação clínica inicial, a grávida apresentava astenia, palidez e um estado de hidratação normal. Consciente, orientada e comunicativa, mas apreensiva e ansiosa. Expressão oral, coerente e lógica no discurso. Bom estado de higiene pessoal. PA: 118-79 mmhg. FC: 71 bpm. FR: 15 rpm. T° axilar de 36,1°C. Peso: 50kg. Altura: 165 cm. Índice de massa corporal: 18,37.	SGB: negativo. Exame químico de urina – (glicosúria, proteinúria, leucocitúria, hematúria e cetonúria): negativo; ph: 6. Ecografia: Sem desviação da normalidade.

JUSTIFICAÇÃO DA ESCOLHA DESTE CASO:

No caso estudado, desenvolvi competências alinhadas com as próprias da Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica. Especificamente, destaco a atuação no processo de transição⁵⁶ para a parentalidade, onde a través do “*Debriefing*” assisti à mulher a analisar o significado do parto.

⁵⁶ Segundo Afaf Meleis (2015) na teoria das transições, o processo de transição é uma passagem de um estado relativamente estável para outro estado relativamente estável, e é um processo desencadeado por uma mudança. As transições são caracterizadas por diferentes fases dinâmicas, marcos e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou resultados terminais. Todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados.

O método Hipn parto, proporcionaram-me a oportunidade de explorar mais profundamente o significado atribuído ao parto para a mulher. O Hipn parto destaca a importância de um parto positivo, definido como aquele no qual a mulher tem liberdade de decisão, acesso à informação e sente-se no controlo da situação, empoderada e respeitada. É um parto que ela recordará com orgulho e satisfação, independentemente do resultado, ao saber que fez a melhor escolha dadas as circunstâncias apresentadas (Moreno, 2020).

No que diz respeito aos cuidados ao recém-nascido, reafirmei a importância de não presumir que pais de segunda viagem ou mais tenham conhecimento completo e concentrei-me acrescentar e atualizar os seus conhecimentos. Especificamente em questões como o cuidado do *caput succedaneum*, cuidado do coto umbilical, identificação de sinais de alerta e outras necessidades relacionada com esta nova experiência.

Além disso, expliquei à puérpera os cuidados necessários para promover a cicatrização adequada da ferida cirúrgica, fornecendo orientações detalhadas sobre higiene, uso de frio local e sinais de alerta de complicações. Garanti que a puérpera estivesse bem informada e preparada para lidar com esse aspeto específico da sua recuperação pós-parto, contribuindo assim para o seu bem-estar geral durante esse período importante.

Esta experiência fez-me compreender melhor a importância do apoio holístico à puérpera, considerando não apenas aspetos físicos, mas também emocionais e psicológicos, contribuindo para uma visão mais completa da saúde materna e neonatal. A experiência também reforçou a importância da atualização constante relativamente às práticas baseadas em evidências para garantir que os cuidados fornecidos sejam os mais atualizados e eficazes possíveis.

FOCO DE ATENÇÃO: Pós-Parto

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(08h40) Após ser questionar como foi a experiência do parto para ela referiu que tinha um sentimento de decepção, referiu que o marido dela está muito mais feliz

com este parto porque da outra vez não conseguiu estar presente o tempo todo, mas ela queria muito ter um parto vaginal.

Também refere que para ela este parto era a oportunidade que tinha para fazer muitas coisas que da outra vez não conseguiu fazer, por exemplo, fazer pele com pele e amamentar pouco depois do seu filho nascer, também que o seu marido estivesse presente.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

O primeiro filho da Catarina nasceu por cesariana emergente por perda do bem-estar fetal, o pai não esteve presente pela urgência da situação.

Prepararam-se para o parto na UCC e, após ouvirem falar das vantagens de ter um parto vaginal e realizarem a preparação que achavam necessária, sentiram-se confiantes de que, desta vez, conseguiria ter um parto vaginal normal.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar significado atribuído à experiência de parto dificultador

OBJETIVO: Melhorar significado atribuído à experiência do parto

INTERVENÇÕES

Dar oportunidade para falar sobre a experiência de parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(08h50) Realizar escuta ativa: Ouvir atentamente e não emitir juízos de valor são ações essenciais na construção de uma relação terapêutica eficaz. A escuta ativa é uma ferramenta essencial na comunicação terapêutica entre enfermeira e cliente, que vá para além do simples ato de ouvir. Promove um ambiente de confiança e permite que o cliente se expresse livremente, o que reduz a angústia e fortalece o protagonismo do indivíduo no cuidado (Lima, Vieira & Silveira, 2015). Para ser eficaz, deve ocorrer num ambiente de privacidade e respeito, livre de interferências (Koch, 2014). Além disso, a escuta ativa exige concentração, empatia e o uso de expressões de encorajamento, sendo

fundamental para identificar as reais necessidades do paciente (Oliveira et al., 2018).

(08h50) Debriefing: O "debriefing" refere-se ao processo de partilhar com outras pessoas as experiências vividas durante um evento crítico, revisitando o momento e refletindo sobre ele tanto racional quanto emocionalmente. De acordo com Afaf Meleis (2010), essa prática ajuda a lidar com as experiências traumáticas de maneira mais racional, permitindo também elaborar o luto relativamente a acontecimentos inesperados, o que pode contribuir para o reforço da confiança e autoestima. O "debriefing" pós-parto é destacado como uma intervenção que promove a saúde mental da mulher no período pós-parto, reduzindo o risco de complicações psicológicas. No caso em que a puérpera demonstrava sinais de ansiedade, esta intervenção foi considerada relevante para facilitar a assimilação de orientações e o desenvolvimento de habilidades, para diminuir a ansiedade durante a hospitalização e após a alta.

Assistir cliente a analisar significado atribuído ao trabalho de parto dificultador

Atividades que concretizam a intervenção:

(09h05) Explicar o que é um significado: Um mesmo parto pode ter vários significados atribuídos, depende, por exemplo, das expectativas ou experiências prévias de cada pessoa. Esse significado pode ser positivo/bom/importante, neutro ou negativo/mau/não importante e vai definido a forma como agimos e sentimos em relação ao evento, pode ser diferente o significado que ela atribui ao parto do significado que atribui o seu marido (PQCEESMO, 2021). Esses pensamentos são modificáveis e não permanentes.

Um parto positivo pode envolver também conseguir manter a calma quando as circunstâncias mudam e lidar com as situações inesperadas com confiança para perguntar e tomar decisões que sejam melhores para si e para o seu bebé. Sentir-se respeitada e empoderada por essas decisões pode contribuir para um parto positivo.

Como descreveria a diferença emocional entre a experiência de parto e a experiência anterior de cesariana? Quais foram os momentos mais significativos para si?

De que maneira estar informada sobre o processo de parto influenciou sua confiança e segurança durante o trabalho de parto?

(09h15) Avaliar evolução do significado atribuído ao trabalho de parto: Após discutir o significado, ela própria mencionou que, de facto, agora considera que foi uma experiência positiva porque sentiu que foi tratada com respeito, teve controlo da situação e, independentemente do uso da ventosa, seu filho Mateus está saudável. Comparando com a cesariana, foi uma experiência muito melhor. Embora não tenha sido exatamente como imaginava, estar com o marido dela e experimentar um parto vaginal a deixou orgulhosa. Acima de tudo, adorou ter o seu filho nos braços assim que ele nasceu, foi um momento mágico!

FOCO DE ATENÇÃO: Adaptação à parentalidade

DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:

(09h15) Refere não saber a gravidade nem saber bem o que esse “caroço” que têm o filho na cabeça, sabe que ao nascer disseram que isso era comum e que não precisava de fazer nada, mas para ficar mais confiante gostaria de ter mais informação.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Várias pessoas da família tinham perguntado pelo aspeto da cabeça do bebé.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre vigilância e promoção da saúde do recém-nascido

OBJETIVO: Promover adaptação à parentalidade: vigilância e promoção da saúde

INTERVENÇÕES

Ensinar sobre vigilância e promoção da saúde

Atividades que concretizam a intervenção:

(09h18) Explicar que é o *Caput succedaneum*: Como disseram, esta lesão é das mais comuns da cabeça, chama-se *caput succedaneum*, que consiste numa coleção de soro e sangue entre a pele e o osso cranial. Normalmente, esta condição tem limites pouco definidos, está acompanhada de edema e geralmente estende-se para além das linhas de sutura. Uma variante especial, que, como pode ver, é a que o seu filho apresenta, é o caput associado à aplicação da ventosa. Esta variante é mais proeminente, apresenta bordas inicialmente mais nítidas e pode causar erosões e lacerações superficiais na pele (Rodríguez-Alarcón Gómez & Melchor Marcos, 2002).

Ensinar sobre gestão de sinais e sintomas**Atividades que concretizam a intervenção:**

(09h25) Explicar sinais e sintomas de alerta do *Caput succedaneum*: O *caput* e outras complicações frequentes, não são consideradas clinicamente importantes uma vez que resolvem espontaneamente entre 3 e 5 dias sem necessidade de tratamento (Rodríguez-Alarcón Gómez & Melchor Marcos, 2002; Ferraza et al., 2018; Rojas Nájera & Mendoza Contreras, 2022).

No caso de não ter cicatrizado ou ter alopecia na zona do anel do couro cabeludo pode vir ao hospital, ou ao centro de saúde para consultar com um profissional. Também pode ter uma especial atenção na cor da pele do Mateus, porque pode ter uma cor mais amarelada (icterícia) e também precisar de tratamento (Jacob & Hoerter, 2023)

FOCO DE ATENÇÃO: Adaptação à parentalidade**DADOS RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO:**

Catarina interrompeu a amamentação para receber o sogro que chegava ao quarto para visitá-los. Depois da visita, que durou cerca de 20 minutos, ela referiu desconforto e não saber como gerir o tempo e interação com a família, pois

também está muito grata de tê-la com eles, ao nascer o seu primeiro filho, sobretudo a sogra, foi um grande apoio.

A Catarina foi questionada sobre os desafios de integrar um novo elemento na família e como pensavam ajustar o dia a dia ao voltarem para casa, e qual seria o impacto de integrar este novo filho nas rotinas familiares. Ela respondeu que estão conscientes de que agora há o dobro do trabalho com o Pedro e o Mateus, mas que não pensou muito sobre isso; agora que está mais próxima do momento, acha que é um bom momento para refletir.

Depois da conversa, referiu que, embora os sogros sejam uma grande ajuda e "uns queridos", agora prefere a ajuda dos seus pais e vai pedir ao marido que fale com tranquilidade com os pais dele para explicar estas sugestões que os podem ajudar. Tem a certeza de que eles compreenderão isso.

DADOS RELEVANTES PARA CARACTERIZAR O CONTEXTO:

Ao chegar o sogro, a atitude dele é brincalhona, com tom de voz bastante alto e com um ligeiro cheiro de cerveja.

A sogra os ajudou muito quando nasceu o seu primeiro filho, mora muito perto deles e tem tempo livre. A mãe da Catarina mora um pouco mais longe, mas também no Porto, e tem alguma disponibilidade para ajudá-los.

DIAGNÓSTICO: Potencial para melhorar conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

OBJETIVO: Promover conhecimento sobre mudanças face à chegada do recém-nascido

INTERVENÇÕES

Ensinar sobre estratégias facilitadoras de integração do recém-nascido na família

Atividades que concretizam a intervenção:

(12h10) Explicar medidas facilitadoras da integração do recém-nascido na família alargada: Como Catarina disse, ela está muito grata por ter a família

com eles, pois podem ser uma mais-valia, oferecendo suporte, como fizeram também com o irmão mais velho. No entanto, nos primeiros dias pós-parto, tanto ela quanto o seu marido podem precisar de descansar ou de ter mais tempo para eles próprios. Por isso, podem adotar algumas estratégias para facilitar esta fase. Algumas das estratégias podem ser: avisar com antecedência quando tiverem intenções de visitá-los, para comunicar se acham que é um bom momento; respeitar os desejos da mãe e do pai (não mexer no bebé, não tirar nem divulgar fotografias, não tocar nem beijar); não "dar palpites", apenas elogios; não pedir para contar detalhes da experiência do parto, deixar que sejam os próprios a tomar a iniciativa; dar atenção também ao seu outro filho e, por fim, respeitar a hora de amamentar, podendo sair ou ficar à espera que já tenha amamentado e arrotado com calma.

Para manter o seu Mateus em segurança; não levar outras crianças; não visitar se estiverem adoentados; lavar as mãos ao chegar a casa/hospital; não usar perfume (também podem pedir para tomar um banho antes de ir para sua casa para evitar outros cheiros fortes).

Ensinar sobre estratégias facilitadoras da gestão das rotinas no período pós-parto

Atividades que concretizam a intervenção:

(12h20) Explicar preparação para as necessidades futuras: Como a Catarina mencionou, agora as rotinas e o tempo destinados às crianças podem aumentar. Existem determinadas medidas que podem facilitar a vida nas primeiras semanas. Pedir à família ou amigos mais próximos que preparem algumas refeições prontas para comer ou congelar, usar roupas que facilitem a exposição da mama, como a camisa que usa agora, aberta pela frente para ter acesso rápido e discreto. Como já mencionamos, negociar os horários das visitas e as ajudas nas tarefas domésticas.

Embora a sogra tenha sido uma grande ajuda, muitas mulheres têm como apoio a figura da mãe, que muitas vezes melhora a autoestima da mulher e é uma fonte de força para a adaptação à nova realidade e para a confiança.

5. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA

O estágio e realização do relatório representou uma experiência profundamente transformadora, tanto no plano pessoal como profissional, tendo contribuído significativamente para o meu crescimento enquanto EEESMO. Antes de iniciar esta jornada, a minha visão da profissão era bastante idealizada, com um foco maior nos momentos mais bonitos, como o nascimento de um bebé. Contudo, ao longo do mestrado, fui gradualmente desenvolvendo uma compreensão mais realista, reconhecendo não só a beleza inerente à profissão, mas também a enorme responsabilidade que envolve o acompanhamento integral da mulher em todas as fases da sua vida.

O processo de aprendizagem não se deu num único momento de grande significado, mas gradualmente. A prática clínica foi-se consolidando à medida que observava os profissionais mais experientes aplicarem a teoria na sua rotina diária. Gradualmente, tomei consciência da importância de transformar os conhecimentos teóricos em práticas concretas e percebi como essas práticas podem impactar positivamente a saúde e o bem-estar das mulheres sob os nossos cuidados.

Um dos maiores desafios que enfrentei foi perceber que, apesar da evidência científica, alguns tópicos analisados no presente documento não se transmitem na prática clínica de alguns dos profissionais, por exemplo, é comum pesar e vestir o bebé logo pouco depois do nascimento não permitindo um contacto pele com pele ininterrompido na primeira hora de vida, o clampeamento quase sempre por rotina ao minuto de vida antes de deixar de pulsar ou realizar o

primeiro banho⁵⁷ antes das 24 horas de vida, entre outras práticas. Além disso, constatei que em alguns casos há uma certa falta de motivação para assistir os partos em diferentes posições. Estes desafios evidenciam a necessidade de continuar a investir na formação contínua e na atualização baseada em evidência para garantir uma assistência mais centrada na mulher e nas suas necessidades.

Inicialmente, tive receio de que, por ser espanhola, pudesse enfrentar dificuldades em estabelecer uma boa relação com as gestantes e as suas famílias. No entanto, a realidade superou as minhas expectativas de forma muito positiva. Descobri que, ao manter uma atitude aberta ao diálogo, à escuta e até à aprendizagem com as mulheres, consegui estabelecer laços de confiança que facilitaram o acompanhamento. Esta experiência reforçou a importância de estar disponível emocionalmente e de ter sensibilidade cultural para proporcionar um cuidado realmente centrado na mulher.

A integração com as equipas de saúde com quem trabalhei foi um dos aspetos mais gratificantes do estágio. Fui sempre recebida com carinho e apoio por todos os profissionais, o que me ajudou a ultrapassar os desafios que surgiram. Acredito que esta boa relação se deveu à minha postura de humildade e respeito pelos meus colegas, reconhecendo o valor da sua experiência e conhecimento. Esta colaboração no contexto de uma equipa interdisciplinar é um dos pilares mais importantes da prática como EEESMO e reforçou a minha convicção de que o respeito mútuo e o trabalho conjunto são fundamentais para garantir um cuidado de qualidade.

Além disso, a minha faculdade, a Escola Superior de Enfermagem do Porto, teve o cuidado de selecionar orientadoras atualizadas e alinhadas com a ideologia do mestrado, o que facilitou o meu processo de aprendizagem e assegurou que a

⁵⁷ Nos cuidados preconizados ao recém-nascido segundo a OMS (2022), o primeiro banho de um recém-nascido saudável a termo deve ser adiado por pelo menos 24 horas após o nascimento para prevenir hipotermia e suas sequelas.

orientação recebida estivesse em conformidade com os princípios que regem a formação avançada de um EEESMO. O acompanhamento próximo dos orientadores foi essencial para a prática clínica estar sempre respaldada por evidências científicas e pelos valores promovidos no curso.

Durante o estágio, tive a oportunidade de aplicar grande parte do conhecimento adquirido ao longo da formação, especialmente no que diz respeito à gravidez, parto e pós-parto. Contudo, senti a falta de uma maior intervenção noutras áreas de competência do EEESMO, como a educação em saúde sexual e o acompanhamento da mulher durante a menopausa. São áreas que considero igualmente importantes e que gostaria de aprofundar, pois acredito que são fundamentais para uma prática mais completa e holística.

Por fim, reconheço que a formação contínua é imprescindível e que o aprimoramento baseado em evidências deve ser uma prioridade constante na minha carreira como EEESMO. A realização e partilha de pesquisa clínica, tanto nos relatórios como ao longo do curso, contribuiu significativamente para o aprofundamento dos nossos conhecimentos e para a nossa capacidade de aplicar práticas informadas e sustentadas em evidência científica. A atualização e o aperfeiçoamento das práticas, bem como a busca por novas oportunidades de desenvolvimento, são essenciais para garantir um acompanhamento de qualidade às mulheres que confiam nos nossos cuidados.

6. BIBLIOGRAFIA

Abreu, L. G. de, Santana, L. F., Navarro, P. A. de A. S., Reis, R. M. dos, Ferriani, R. A., & Moura, M. D. de. (2006). A taxa de gestação em mulheres submetidas a técnicas de reprodução assistida é menor a partir dos 30 anos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28(1), 17-23. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000100006>

ACOG. (2014). ACOG Committee Opinion No. 587: Effective patient-physician communication. *Obstet Gynecol*, 123(2 Pt 1), 389-393. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000443279.14017.12>

ACOG (2021). Immersion in water during labor and delivery. Committee Opinion No. 679. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2016;128:e231–6. Number 679 (Replaces Committee Opinion Number 594, April 2014. Reaffirmed April 2021).

Almeida, C. V. (2022). Literacia em saúde: o conhecimento que salva vidas e reduz gastos. Disponível em: <https://vidasustentavel.sabado.pt/prevencao-e-literacia/literacia-em-saude-o-conhecimento-que-salva-vidas-e-reduz-gastos/>

Altafim, E.R.P., Souza, M., Teixeira, L., Brum, D., Velho, C. O Cuidado Integral e a Parentalidade Positiva na Primeira Infância. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/biblioteca>

Alves, J. (2021). *Análisis crítica de los beneficios del parto normal en distintas posiciones*. *Revista Sanitaria de Investigación*.

Aryani, A., & Hacivelioglu, S. (2022). *Estudos sobre posições verticais e vantagens no trabalho de parto*.

Atis, F. Y., & Rathfisch, G. (2018). The effect of hypnobirthing training given in the antenatal period on birth pain and fear. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.08.004>

- Azevedo, C. S., Oliveira, P. F. S., Souza, D. S., & Alves, T. H. (2017). A escuta ativa no cuidado de enfermagem: Uma estratégia de humanização. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 7(2), 1-9. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i2.2084>
- Baker, K. (2014). *How to support hypnobirthing*. *Midwives*, 5, 34-35. Royal College of Midwives. <https://rcm.org.uk/midwives>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., et al. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*, 18, 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Belda-Pérez, A., Gregori-Jover, E., López-Simó, A., Torres-Martínez, J.A., & Castelló-López, M.I. (2017). Eficácia do cambio postural materno na rotação da cabeça fetal de occípito-posterior para occípito-anterior. *Enferm Integral*, 115, 50-56.
- Bueno-López, V., Terré-Rull, C., Casellas-Caro, M., & Fuentelsaz-Gallego, C. (2015). O impacto e a correção de posições occipito-posteriores no parto. *Matronas Prof*, 16(4), 118-123.
- Bülez, A., Soğukpınar, N., & Sayiner, F. D. (2020). *A quasi-experimental study to assess Hypnobirthing educational intervention on labor pain and fear of childbirth—The case of Eskisehir/Turkey*. Turkey.
- Buran, G., & Aksu, H. (2022). *Effect of Hypnobirthing training on fear, pain, satisfaction related to birth, and birth outcomes: A randomized controlled trial*. Turkey.
- Cacciatore, J., Erlandsson, K., Warland, J., & Radestad, I. (2013). Seeing and holding a stillborn baby: Mothers' feelings in relation to how their babies were presented to them after birth—Findings from an online questionnaire. *Midwifery*, 29(3), 246–250. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.01.007>
- Cardoso, A., Bulcão, E., Koch, C., & Soares, A. (2021). *Executar amniotomia*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Cardoso, M. P., Silva, L. R., & Vieira, A. M. (2023). Técnicas posturais maternas e sua influência no parto. *Jornal de Obstetrícia*, 39(2), 45-53.

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., Albergaria, E., & Figueiredo, A. (2023). Guia Orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.

Casa Laietània. Centre de naixements - Germans Trias. (n.d.). <https://www.hospitalgermanstrias.cat/casa-laietania#A%20qui%20est%20dirigit?>

Castro, Maria de Fátima da Silva; Pinto, Fernanda Luísa Torres; Morais, Natália Tavares de; Pires, Elis Rabelo; Santos, Luana Cristina Silva dos. A atuação do enfermeiro para a efetividade da Golden Hour. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.eXX.2021>.

Cebrián Rodríguez, P., Blanco Rollan, P., Almudi Alonso, T., Gonzalo Velilla, L., Berdún Pueyo, J., & Alonso Arana, L. (2022, febrero 20). Uso de la técnica de rebozo en el parto en la actualidad: Una revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/uso-de-la-tecnica-de-rebozo-en-el-parto-en-la-actualidad-una-revision-sistemica/>

Cerejeira, I., Portugal, J., & Cardoso, A. (2021). Princípios para um parto respeitado. Ordem dos Enfermeiros.

Cohen, G. L., & Sherman, D. K. (2014). The psychology of change: Self-affirmation and social psychological intervention. *Annual Review of Psychology*, 65, 333-371.

COOPER, H. M. - Synthesizing Research: A Guide for Literature Reviews. Thousand Oaks: SAGE Publications. 1998.

Department of Health. (2018). *Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care*. Canberra: Australian Government Department of Health.

- Domínguez-Mejías, M., & Falcón-Carvajal, L. (2022). Eficácia de mudanças posturais maternas na posição occipito-posterior da cabeça fetal. *Enferm. Cuid.*, 5(1), 14-19. <https://doi.org/10.51326/ec.5.1.3918587>
- Downe, S., Finlayson, K., Tuncalp, O., & Metin Gulmezoglu, A. (2016). What matters to women: a systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG*, 123, 529–539.
- Ducarme, G., et al. (2019). Perineal prevention and protection in obstetrics: CNGOF clinical practice guidelines. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48, 455-460. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.12.002>
- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J., & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20(4), 153-160. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2007.08.001>
- Fifer, W. P., & Moon, C. M. (1994). The role of mother's voice in the organization of brain function in the newborn. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992). Supplement*, 397, 86–93. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.1994.tb13270.x>
- Foureur, M (2010). Developing the Birth Unit Design Spatial Evaluation Tool (BUDSET) in Australia: A qualitative study. *Health Environments Research Design Journal*, 2010. 3(4): p. 43-57.
- Gaspar, A. M. F. C. C., Branco, C. B., Pedro, C. F. S., Nunes, D. F., Alves, N. S. A., & Reis, A. (2020). As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas - Uma Scoping Review [The nursing strategies adopted to overcome cultural and linguistic barriers with culturally diverse people - Scoping Review]. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 215-222. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J., & Vogel, J. P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD002006. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

Hua, B., Xu, J., Jiang, L. and Wang, Z. (2015) Fibroadenoma with an Unexpected Lobular Carcinoma in Situ: A Case Report and Review of the Literature. *Oncology Letters*, 10, 1397-1401. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.3488>

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2023). *Harnessing the golden hour: Breastfeeding recommended within the first hour of life*. FIGO. Retrieved from <https://www.figo.org/resources/figo-statements/harnessing-golden-hour-breastfeeding-recommended-within-first-hour-life>

International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2024). *The golden hour: Breastfeeding and its lifelong benefits*. FIGO. Retrieved from <https://www.figo.org/blog/golden-hour-breastfeeding-and-its-lifelong-benefits>

Iversen ML, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard HK (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sex Reprod Healthc*. 2017 Mar;11:79-85. doi:10.1016/j.srhc.2016.10.005.

Kisner, C., & Colby, L. A. (2018). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas* (Edição em português). São Paulo, SP: Manole Geral. ISBN-10: 8520415741.

Koch, M. E. (2014). A comunicação e a relação enfermeiro-cliente: Importância da escuta ativa. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1535-1545. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00198213>

Kurnaesih, E., Karuniawati, N., Azahrah, S. F., Sundari, & Baharuddin, A. (2021). *The implementation of Hypnobirthing effect on pain relief in the intrapartum period at Klinik Pratama Rakyat Hospital Makassar*. Indonesia.

Lamary, Michellea; Bertoni, C. Brianab; Schwabenbauer, Kathleenb; Ibrahim, Johnb. Neonatal Golden Hour: a review of current best practices and available

evidence. *Current Opinion in Pediatrics* 35(2):p 209-217, April 2023. | DOI: 10.1097/MOP.0000000000001224

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*, 10, CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

Leininger, M. (1999). What is Transcultural Nursing and Culturally Competent Care? *SAGE Journals*, 10(1), 9.

Lima, A. A., Vieira, A. S., & Silveira, S. R. (2015). A escuta ativa como instrumento terapêutico no cuidado de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 654-660. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680416>

Llavoré Fàbregas, M., López García, S., Marí Guasch, M., Martín Ancel, A., & Pi-Sunyer Peyri, T. (2016). Guia d'acompanyament en el dol perinatal [Documento]. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut . https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/Guia_acompanyament_dol_perinatal_2016_cat.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Llavoré Fàbregas, M., López García, S., Marí Guasch, M., Martín Ancel, A., Rueda García, C., & Valls Puente, E. (2023). Manual d'acompanyament en el dol perinatal per a professionals. Àltima

Long, H., & Bradshaw, C. (2017). Hypnobirthing: An alternative approach. *World of Irish Nursing & Midwifery*, 25(7), 64–65.

Lothian J. A. (2004). Do not disturb: the importance of privacy in labor. *The Journal of perinatal education*, 13(3), 4–6. <https://doi.org/10.1624/105812404X1707>.

Madero Noguerras, Magdalena, Castro Menéndez, Angélica, & Rodríguez Castilla, Francisco. (2016). Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. *Ene*, 10(2) Recuperado en 26 de septiembre de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200003&lng=es&tlng=es.

- Medley, N., Vogel, J. P., Care, A., & Alfirevic, Z. (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: an overview of Cochrane. Systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2018*, Issue 11. Art. No.: CD012505. DOI: 10.1002/14651858.CD012505.pub2.
- Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Schumacher, K., & Messias, D. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758-764. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2023). *Tomada de posição da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica n.º 02/2023: Dotações de EEESMO no encerramento dos serviços de obstetrícia*. Ordem dos Enfermeiros.
- Mete, S., & Ozberk, H. (2020). Relaxation-Focused Nursing Care in Threatened Preterm Birth: Can it be a Complementary Treatment? *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 1489. <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org>
- Miller, S., & Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(S1), S49-S52. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
- Mongan, M. (2005). *HypnoBirthing: The Mongan method*. Health Communications.
- Nascimento, D. F., Marinelli, N. P., Costa, A. I., Posso, M. B., & Araújo, L. P. (2012). Assistência à População Indígena: Dificuldades encontradas por Enfermeiros. *Revista Univap*, 18(32), 52-69.

NANDA International. (2019). *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2018–2020* (11th ed.). Thieme.

Neta, J. N., Amorim, M. M., Guendler, J., Delgado, A., Lemos, A., & Katz, L. (2022). Vocalization during the second stage of labor to prevent perineal trauma: A randomized controlled trial. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 275, 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2022.06.013>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padroes de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do perfil de competência do enfermeiro de cuidados gerais*. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Enf. Vítor Varela, Presidente. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/projeto-maternidade-com-qualidade/>

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 391/2019. Diário da República, 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019*. Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Plano de parto, escolhas que marcam a vida. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11951/af_aleitamentomaterno_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica (PQCEESMO)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto*. Organização Mundial da Saúde. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva: sumário executivo [WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience: executive summary]*. ISBN 978-92-4-004851-5 (versão eletrônica); ISBN 978-92-4-004852-2 (versão impressa). Disponível sob licença CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2023). *Stress*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Ozberk, H., Mete, S., & Bektaş, M. (2019). *The effect of nursing care on stress, prenatal adaptation, contraction, cortisol and birth week in threat of preterm birth [dissertation]*. Izmir, Turkey.

Paiva, A., Cardoso, A., Prata, A. P., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., Oliveira, F., Cruz, I., Campos, J., Silva, M. A. P., Brito, A. C., Machado, N., Gonçalves, P., Sousa, P., Sousa, P., & Parente, P. (n.d.). *NursingOntos*. ESEP. Retrieved from https://i-d.esenf.pt/nursingontos/?doing_wp_cron=1734544880.3944261074066162109375

Phillips-Moore, J. (2012). Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing programme. *British Journal of Midwifery*, 20(8).

Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio. (2019). *Diário da República: 2ª Série, nº 85*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

Ripol, P. (2024). *Dar a luz con Hipnoparto: La guía completa para vivir en calma tu embarazo y parto*. Barcelona, España: Editorial Ariel (Grupo Planeta).

Ritter, S. K., Gonçalves, A. C., & Gouveia, H. G. (2020). Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33(1), eAPE20180284. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>

Rodrigues, F. (2014). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. *O cuidado de enfermagem culturalmente competente - uma narrativa de enfermeiros em serviço de infeciologia*.

Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: A review. *Trends Psychiatry Psychother*, 38(3), 136-140.

Rojas, M. E., & Vázquez, C. (2017). A importância do aleitamento materno na primeira hora de vida. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 46(1), 18-25. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000100003

PRISMA. (2020). PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources. <https://www.prisma-statement.org/prisma-2020-flow-diagram>

Santo, S. (2016). *Guidelines para monitorização fetal intraparto – resumo do novo consenso da FIGO de 2015*. *Acta Obstetrícia e Ginecologia Portuguesa*, 10(1), 8-11. https://www.fspog.org/images/editor2/04_012016--ao_16-00012.pdf

Serviço Nacional de Saúde. (2019, 13 de fevereiro). CHS – Hospital Amigo dos Bebés. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/02/13/chs-hospital-amigo-dos-bebes/>

Shin, J.-H., L.E. Maxwell, & P. Eshelman (2004). Hospital birthing room design: A study of mother's perceptions of hominess. *Journal of Interior Design*, 2004. 30(2): p. 23-36.

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD009514. DOI: 10.1002/14651858.CD009514.pub2.

Simkin, P., Hanson, L., & Ancheta, R. (2017). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia* (4th ed.). Wiley-Blackwell.

Silva, M. A. P. (2018). Intervenções de enfermagem em contexto hospitalar facilitadoras do processo de luto após perda gestacional [Relatório de estágio]. Universidade de Porto.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27967/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20M%C3%B3nica%20Silva.pdf>

Sousa, C., Oliveira, F., & Ramos, F. (2022). *Guia de boas práticas na prevenção do trauma perineal nos partos vaginais do bloco de partos do CHTS* [Poster]. Centro Hospitalar de São João. Disponível em https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/5599/Poster_CESMO_Trauma_perineal.pdf

Steel, A., Frawley, J., Sibbritt, D., Broom, A., & Adams, J. (2016). *The characteristics of women who use hypnotherapy for intrapartum pain management: Preliminary insights from a nationally representative survey*. Australia.

Uludağ, E., & Mete, S. (2020). *The effect of nursing care provided based on the philosophy of hypnobirthing on fear, pain, duration, satisfaction, and cost of labor: A single-blind randomized controlled study*. Turkey.

Uludag, E., & Mete, S. (2023). *Feelings and experiences of Turkish women using Hypnobirthing in childbirth: A non-traumatic childbirth experience*. Turkey.

UNICEF. (n.d.). Aleitamento materno. <https://www.unicef.org/brazil/aleitamento-materno>

Van der Pijl MSG, Kasperink M, Hollander MH, Verhoeven C, Kingma E, De Jonge A (2021). Client-care Provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PLoS One*. 2021 Feb 12;16(2):e0246697. doi: 10.1371/journal.pone.0246697. PMID: 33577594; PMCID: PMC7880498.

Valério, S. (2020). *Hipnoterapia: Contributo do enfermeiro obstetra na promoção da comunicação intrauterina* (Relatório de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Vilelas, J. M. S., & Janeiro, S. I. D. (2012). TRANSCULTURALIDADE: O ENFERMEIRO COM COMPETÊNCIA CULTURAL. *RemE – Rev. Min. Enferm.*, 16(1), 120-127.

- Vives Parés, N. (2009). *Parir en movimiento*. La Liebre de Marzo.
- Welch, L., & Miller, L. (2008). Emotional and Educational Components of Pregnancy. *Glob. Libr. Women's Med.* DOI: 10.3843/GLOWM.10415.
- Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization.
- Wilson, D. R. (2017). Hypnobirthing. *International Journal of Childbirth Education*, 32(4), 24–27.
- Wright, C., & Geraghty, S. (2017). Mind over Matter: Inside Hypnobirthing. *Sleep & Hypnosis*, 19(3), 54–60. <https://doi.org/10.5350/Sleep.Hypn.2016.18.0120>
- Zang, Y., Hu, Y., & Lu, H. (2022). Effects of different techniques during the second stage of labor on reducing perineal laceration: An overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 1-18. <https://doi.org/10.1111/jocn.16276>

7. ANEXOS

ANEXO I: Registo global das experiências clínicas

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL		ASSISTÊNCIA INTRA-PARTO									ASSISTÊNCIA PÓS-PARTO				
Gravidez e adaptação à gravidez	Gravidez com complicações	Parto de baixo risco	Parto de risco	Episiotomia		Laceração		Episiorrafia	Parto pélvico		Partos assistidos	Puérperas de baixo risco	Puérperas de risco	Recém-nascidos sem necessidades especiais	Recém-nascidos com necessidades especiais
				Com	Sem	Com	sem		Contexto clínico	Simulação					
115	71	40	13	9	41	23	22	21	0	1	7	154	40	145	49

ANEXO II: Síntese dos Artigos Científicos Revistos**ARTIGO 1****TÍTULO/AUTOR
ANO/ PAÍS****BIRTHING OUTCOMES FROM AN AUSTRALIAN
HYPNOBIRTHING PROGRAMME, JULIE PHILLIPS-MOORE
2012, AUSTRALIA**

OBJETIVO	Investigar os resultados do parto para mulheres australianas que participaram de um programa de <i>Hypnobirthing</i> , comparando os resultados com os dados nacionais disponíveis.
METODOLOGIA	Quantitativa. A análise dos dados incluiu a comparação dos resultados do parto dessas mulheres com as estatísticas nacionais australianas.
CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> - 81 mulheres (completaram o programa entre 2007-2010) - Partos vaginais (9 tiveram mais do que um parto, no total 90 partos) - Idade média mães 33 anos, entre 24 e 42 (idade média dos pais 36, entre 23 e 49) - Dos casais lésbicos e uma mãe solteira. - Local parto: hospital (73% em salas de parto e 27% em unidades de parto).
CONCEITOS INTERVENÇÕES	<p>Programa de <i>HypnoBirthing</i> em Adelaide, Austrália.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensaios mentais: Técnica de imaginar cenários desejados repetidamente para programar o subconsciente e promover resultados específicos. - Respiração controlada: Técnica que utiliza a respiração consciente para reduzir a dor e a fadiga durante o parto, melhorando o controlo e a resposta ao stress. - Ligação pré-natal: Processo de interagir com o bebé no útero através de estímulos sensoriais para promover o desenvolvimento emocional e mental.
RESULTADOS CONCLUSÕES	<p>Resultados indicaram que as mulheres que participaram do programa de <i>HypnoBirthing</i> tiveram taxas mais baixas de intervenções durante o parto, incluindo uso de analgesia, indução do parto, e cesariana, em comparação com os dados nacionais.</p> <p>Conclusões sugerem que o <i>HypnoBirthing</i> pode ser uma abordagem eficaz para reduzir intervenções no parto e melhorar a experiência do parto para as mulheres.</p>

<p>ARTIGO 2</p> <p>TÍTULO/AUTOR ANO/ PAÍS</p>	<p>THE CHARACTERISTICS OF WOMEN WHO USE HYPNOTHERAPY FOR INTRAPARTUM PAIN MANAGEMENT: PRELIMINARY INSIGHTS FROM A NATIONALLY REPRESENTATIVE A. STEEL, J. FRAWLEY, D. SIBBRITT, A. BROOM, J. ADAMS 2016, AUSTRALIA</p>
<p>OBJETIVO</p>	<p>Realizar uma análise preliminar das características das mulheres que escolhem a hipnose intraparto para o controlo da dor.</p>
<p>METODOLOGIA</p>	<p>Análise transversal de um subestudo do Estudo Longitudinal Australiano sobre a Saúde das Mulheres (ALSWH). Foram utilizados testes exatos de Fisher.</p>
<p>CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N= 2445 mulheres - Idades entre 31-36 anos. - As mulheres que relataram ter utilizado o parto com hipnose tinham maior probabilidade de ter consultado um acupunturista ou naturopata, ou de ter frequentado aulas de ioga/meditação. Também era mais provável que tivessem utilizado uma série de produtos/tratamentos de medicina complementar, incluindo medicamentos à base de plantas, óleos de aromaterapia, homeopatia, chás de ervas e essências florais, bem como praticado ioga/meditação em casa. As mulheres que utilizaram o <i>Hypnobirthing</i> identificaram menos frequentemente o facto de se sentirem mais seguras durante o parto, sabendo que um obstetra estava a prestar cuidados. - Local de parto: O parto num centro de parto normal ou em casa foi mais comum, enquanto o parto num hospital privado foi menos comum entre as mulheres que utilizaram o <i>Hypnobirthing</i>.
<p>CONCEITOS INTERVENÇÕES</p>	<p>Utilização da hipnose intraparto, ou <i>HypnoBirthing</i>, para controlo da dor durante o parto e nascimento.</p>
<p>RESULTADOS CONCLUSÕES</p>	<p>Resultados: Mulheres que utilizam hipnoterapia são mais propensas a consultar acupuntores ou naturopatas, ou a frequentar aulas de ioga/meditação durante a gravidez. Também é mais comum entre estas mulheres o uso de produtos de medicina complementar, como medicamentos fitoterápicos, óleos aromáticos, homeopatia, chás de ervas e essências florais. Estas mulheres sentem-se menos seguras sabendo que um obstetra está a cuidar delas e são mais propensas a dar à luz num centro de parto normal ou em casa.</p> <p>Conclusões: Esta análise fornece uma visão preliminar sobre um tópico ainda não examinado nos serviços de saúde materna contemporâneos. Os resultados podem ser úteis para profissionais de saúde materna e formuladores de políticas ao responder às necessidades das mulheres que optam pela hipnoterapia para o controlo da dor intraparto.</p>

ARTIGO 3TÍTULO/AUTOR
ANO/ PAÍS**THE EFFECT OF HYPNOBIRTHING TRAINING GIVEN IN THE
ANTENATAL PERIOD ON BIRTH PAIN AND FEAR. FILIZ YARICI
ATIS, GÜLAY RATHFISCH.
2018, TURQUIA**

OBJETIVO	Investigar o efeito do treino de <i>HypnoBirthing</i> dado durante o período pré-natal nano controlo da dor e no medo do parto.
METODOLOGIA	Estudo randomizado controlado. As participantes não foram informadas sobre o grupo em que se encontravam; assim, foi estabelecido um desenho de estudo simples-cego. O mesmo formulário de consentimento foi utilizado tanto para o grupo experimental como para o grupo de controlo.
CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA	<ul style="list-style-type: none"> - N= 60 mulheres grávidas. (Aleatoriamente divididas em grupo experimental n=30 e controlo n=30). - Mulheres primíparas com idade gestacional entre 20 e 36 semanas. - Expectativa de parto vaginal, que não apresentavam nenhuma doença sistêmica, não foram diagnosticadas com gravidez de risco e tinham feto único. Os critérios de exclusão do grupo experimental foram não completar o treino de hipnoparto, realizar cesariana, receber analgésico ou anestesia para diminuir a dor, receber indução e não ter apoio da pesquisadora durante o parto. O critério de exclusão do grupo controlo foram receber analgésicos ou anestesia para reduzir a dor, realizar cesariana e um início de parto por indução.
CONCEITOS INTERVENÇÕES	Durante a formação, as grávidas participaram em aulas semanais de 3 horas durante quatro semanas, com materiais como lições visuais, vídeos, demonstrações e métodos interativos, além de prática individual. Após a formação, receberam certificados e pulseiras roxas para identificação durante o parto, facilitando o apoio com técnicas de respiração, relaxamento e imaginação ensinadas. O programa de intervenção, baseado na Filosofia do <i>Hypnobirthing</i> , foi criado a partir de literatura sobre cuidados no parto e experiências profissionais, dividido em três fases do parto: latente, ativa e de transição. As intervenções variavam conforme essas fases e incluíam o uso de linguagem positiva, relaxamento e informações.
RESULTADOS CONCLUSÕES	Resultados: indicam que o treino de <i>Hypnobirthing</i> reduz significativamente a dor e o medo durante o parto. As mulheres que participaram do treino relataram uma experiência de parto mais positiva e menos necessidade de intervenções médicas e analgésicos. As conclusões sugerem que o <i>Hypnobirthing</i> pode ser uma abordagem eficaz para melhorar a experiência do parto e promover um parto natural e menos doloroso.

ARTIGO 4

TÍTULO/AUTOR
ANO/ PAÍS

THE EFFECT OF NURSING CARE PROVIDED BASED ON THE PHILOSOPHY OF HYPNOBIRTHING ON FEAR, PAIN, DURATION, SATISFACTION AND COST OF LABOR: A SINGLE-BLIND RANDOMIZED CONTROLLED STUDY: THE EFFECT OF NURSING CARE ON THE LABOR PROCESS AND COST. ELIF ULUDAĞ, SAMIYE METE. 2020, TURQUIA

OBJETIVO	Examinar o efeito dos cuidados de apoio baseados na filosofia do HypnoBirthing durante o trabalho de parto em termos de medo, dor, duração, satisfação e custo.
METODOLOGIA	Ensaio clínico randomizado, simples-cego , utilizando um desenho pré-pós com grupo de controlo.
CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA	Idade média de 24,70. No que diz respeito à escolaridade, a maioria das mulheres tinha concluído o ensino secundário. Dor antes da intervenção: a média no grupo de intervenção 6,46, mais do que o grupo controlo. Medo do parto: o grupo de controlo apresentou uma média de $6,73 \pm 2,85$, enquanto o grupo de intervenção apresentou 7,63, mais do que o grupo controlo. Semanas de gestação: a maioria das participantes estava entre as 39 e 41 semanas, com 30% no grupo de controlo e 30% no grupo de intervenção, enquanto um número menor de participantes estava entre as 37 e 42 semanas.
CONCEITOS INTERVENÇÕES	Uso de Hypnobirthing. ⁵⁸ preparação para o parto, práticas relaxantes, influências das condições externas, satisfação com o parto e adaptação pós-parto.
RESULTADOS CONCLUSÕES	Os níveis de medo do parto, dor e custo foram menores, e os níveis de satisfação foram maiores no grupo de intervenção. O cuidado baseado na filosofia do HypnoBirthing reduziu significativamente a duração do parto nas fases latente, ativa e de transição. A análise de regressão mostrou que o cuidado de apoio explicou uma parte substancial da satisfação com o parto e da redução dos custos. Conclusão: Os cuidados de enfermagem baseados na filosofia do HypnoBirthing foram eficazes na redução do medo, dor e duração do parto, aumentando a satisfação e reduzindo os custos. Recomenda-se a utilização deste programa durante o parto para melhorar os resultados para as parturientes e contribuir para a economia nacional.

⁵⁸ O programa HypnoBirthing®, fundado por Marie Mongan, é construído em torno de um processo educacional que inclui respiração especial, relaxamento, visualização, prática meditativa, atenção à nutrição e tonificação corporal positiva. Mais importante, ele promove um ar de respeito mútuo pela família que dá à luz, bem como pelo profissional de saúde num sistema de saúde tradicional ou num ambiente alternativo.

ARTIGO 5	A QUASI-EXPERIMENTAL STUDY TO ASSESS HYPNOBIRTHING EDUCATIONAL INTERVENTION ON LABOR PAIN AND FEAR OF CHILDBIRTH—THE CASE OF ESKISEHIR/TURKEY. AYSEL BÜLEZ, NERIMAN SOĞUKPINAR E FATMA DENİZ SAYINER 2020, TURQUIA
TÍTULO/AUTOR ANO/ PAÍS	
OBJETIVO	Determinar a eficácia da intervenção educacional sobre Hipn parto no período pré-natal para controlo da dor e medo durante o trabalho de parto.
METODOLOGIA	Metodologia quase-experimental.
CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA	Participaram do estudo 30 mulheres grávidas com 24 a 26 semanas de gestação, feto único e sem complicações ou doenças sistémicas, esperando parto vaginal. Excluíram-se as que faltaram mais de duas semanas ao treino, deram à luz noutras instituições ou não puderam ser contactadas em 24 horas após o parto. Cerca de dois terços tinham educação ao nível secundário, e um terço formação superior, com idade média de 28 anos (mínima de 20 e máxima de 38). Do total, 31,4% eram múltíparas e 68,6% primíparas. Todas planearam a gravidez e iniciaram o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre. Em termos de preferências, optaram por partos no hospital. Quase metade (48,6%) fez formação sobre temas de gravidez, com 47,1% treinadas por enfermeiras especialistas e 5,9% em hospitais. Quanto a preocupações com o parto, 37,1% das grávidas estavam apreensivas, sendo os maiores medos o risco do parto (53,8%), incerteza sobre o que iria acontecer (23,1%), cuidados com o bebé (7,7%), parto prematuro (7,7%) e o tempo desde a última gravidez (7,7%). Durante o parto, 62,9% desejavam a presença do cônjuge, 20% da mãe, 11,4% de irmãs e 5,7% de ninguém. Quanto à preferência de assistência, 71,4% preferiam médicos e 28,6% enfermeiras especialistas. Para lidar com a dor, 60% optavam por hidroterapia, 14,3% por analgésicos e 11,4% por ouvir música.
CONCEITOS INTERVENÇÕES	O programa começou entre a 28 ^a e a 30 ^a semana de gravidez, com 5-10 participantes por grupo. A formação foi conduzida pelo investigador uma vez por semana durante 5 semanas e durante 2,5 horas por dia. Programa de formação semanal conteúdo: SEMANA 1- Como funciona o útero? SEMANA 2- Viver o amor com o seu bebé; SEMANA 3-Visualização e aprofundamento; SEMANA 4- Visão geral e resumo do nascimento; SEMANA 5- Fim da ação e apego/aproximação da conclusão. Foram utilizados instrumentos visuais, vídeos, demonstrações e e métodos de educação interativa como materiais didáticos.
RESULTADOS CONCLUSÕES	Resultados/ Conclusões: Sugestões incluem a incorporação do hipn parto no currículo educacional de formação de obstetrites e maior disseminação da prática. A formação em Hipn parto tem demonstrado uma redução do medo no parto, mas não tem qualquer efeito sobre a satisfação no parto e na dor do parto.

ARTIGO 6

TÍTULO/AUTOR
ANO/ PAÍS

***THE IMPLEMENTATION OF HYPNOBIRTHING EFFECT ON PAIN RELIEF IN THE INTRAPARTUM PERIOD AT KLINIK PRATAMA RAKYAT HOSPITAL MAKASSAR. EEN KURNAESIH, NIA KARUNIAWATI, SITI FATIMAH AZAHRAH, SUNDARI, ALFINA BAHARUDDIN
2021, INDONESIA***

OBJETIVO	Avaliar o efeito no lidar com a dor no período intraparto no Hospital Klinik Pratama Rakyat Makassar
METODOLOGIA	Investigação quantitativa experimental que utiliza o método quase experimental, nomeadamente desenho experimental com o desenho de observação
CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA	- N= 40. (junho a agosto de 2020), grupo de intervenção (Hypnobirthing) 20 e grupo controlo de 20 mulheres. - Multíparas -15 pessoas (75%) e grupo de controlo - 12 pessoas (60%) e para as mães primíparas 5 pessoas (25,0%) e no grupo de controlo 8 (40%).
CONCEITOS INTERVENÇÕES	(Medição da intensidade da dor) antes e depois do tratamento de Hipn parto e no grupo experimental e recebeu informação sobre IEC no controlo da dor. O Hypnobirthing é um método terapêutico que utiliza a hipnose como meio para alcançar a mente subconsciente do cliente, de modo que o cliente possa ser direcionado para pensamentos guiados pela pessoa que o hipnotizou, de forma que a dor sentida pelo cliente possa ser canalizada através de uma imaginação agradável, reduzindo assim a sensação de dor que está a ser experienciada. Incutir naturalmente pensamentos positivos ou dar sugestões psicológicas, ou pensamentos subconscientes durante o parto e a preparação para o parto, com base na crença de que cada mulher tem o potencial de passar por um processo de parto normal, calmo e confortável. A base da hipnose é o uso da nossa capacidade de acessar diretamente o subconsciente.
RESULTADOS CONCLUSÕES	Os resultados foram obtidos com a média da intensidade da dor no parto após a administração de Hipnobirthing teve uma diminuição da dor, enquanto a classe de controlo foi melhorada. Os dados indicaram que houve uma significância (aparente) do tratamento com Hipnobirthing no lidar com a dor no parto. A conclusão desta investigação foi que houve um efeito significativo do Hypnobirthing no tratamento do parto no Hospital KlinikPratama Rakyat. Esperava-se que as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica do Hospital KlinikPratama Rakyat adotassem o método de Hypnobirthing para ajudar as mães a terem um parto normal.

ARTIGO 7	<i>EFFECT OF HYPNOBIRTHING TRAINING ON FEAR, PAIN, SATISFACTION RELATED TO BIRTH, AND BIRTH OUTCOMES: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. GONCA BURAN, HILMIYE AKSU. 2022, TURQUIA</i>
TÍTULO/AUTOR ANO/ PAÍS	
OBJETIVO	Avaliar o efeito do treino do hipn parto no medo do parto, na dor e na satisfação do parto e nos resultados do parto.
METODOLOGIA	Estudo aleatório controlado.
CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA	Amostra: grupo experimental n=40 e controlo n=40. Distribuição estatisticamente homogénea, com exceção das semanas de gestação: 28.5 (28–32) no grupo experimental e 31 (28–32) no grupo controlo. As mulheres tanto do grupo controlo como do grupo experimental são casadas. Caracterização grupo controlo: Média de idade 28 (23-34), Semanas de gestação media: 31 (28-32). Graduadas em ensino secundário 17.5%, graduadas em ensino médio 82.5%. Com emprego um 72,5% e um 27.5% desempregado. A gravidez foi planeada no 85% dos casos. Caracterização grup experimental: Média de idade 29 (20-36) Semanas de gestação media: 28.5. Graduadas em ensino secundário 12.5%, graduadas em ensino médio: 87.5% Com emprego um 67.5% e um 32.5% desempregado. A gravidez foi planeada no 85% dos casos.
CONCEITOS INTERVENÇÕES	Os casais participaram em grupos de formação durante quatro semanas, com aulas de 3 horas aos sábados na sala de treino de gravidez do hospital, conduzidas pela investigadora certificada em <i>Hypnobirthing</i> . Na primeira semana, foram abordados temas como a filosofia do <i>Hypnobirthing</i> , substituindo termos negativos (como "dor") por positivos (como "onda"), além de informações sobre gravidez, nutrição e exercício físico. A linguagem positiva e o apoio social dos acompanhantes ajudaram a eliminar emoções negativas. Na segunda semana, as mulheres aprenderam e praticaram técnicas de respiração, relaxamento, visualização e aprofundamento, utilizando metáforas como a rosa desabrochando. As mulheres do grupo experimental aplicaram essas técnicas para lidar com a dor e o medo durante o parto, com o apoio dos seus parceiros, que também aplicaram técnicas de massagem.
RESULTADOS CONCLUSÕES	Resultados: ambos os grupos apresentaram níveis moderados de medo do parto, de acordo com estudos anteriores. No grupo experimental, as mulheres tiveram mais liberdade de movimento, consumiram bebidas e foram acompanhadas pelos cônjuges durante o parto, enquanto no grupo de controlo, apenas metade teve essas condições. O grupo experimental teve menos episiotomias e pressão fundal, comparado ao grupo de controlo, onde todas as mulheres passaram por essas intervenções. Além disso, as mulheres do grupo experimental usaram menos analgésicos e induções, com a maioria tendo partos vaginais, ao contrário do grupo de controlo, onde mais da metade passou por cesarianas. O grupo experimental seguiu as recomendações da OMS sobre amamentação e contacto pele-a-pele, e teve partos mais rápidos. As participantes deste grupo relataram

menos medo, menos dor e maior satisfação com o parto. Conclui-se que o treino em Hypnobirthing reduziu a dor e o medo, aumentou a satisfação, resultou em mais partos vaginais, menos intervenções e partos mais rápidos. Recomenda-se integrar esse treino nos cuidados pré-natais e promover a prática das técnicas aprendidas em casa. Novos estudos são sugeridos para abranger diferentes níveis de educação e rendimento, confirmando esses resultados.

ARTIGO 8	FEELINGS AND EXPERIENCES OF TURKISH WOMEN USING HYPNOBIRTHING IN CHILDBIRTH: A NON-TRAUMATIC CHILDBIRTH EXPERIENCE. ELIF ULUDAG, MERKEZ, DENIZLI, SAMIYE METE
TÍTULO/AUTOR ANO/ PAÍS	2023, TURQUIA
OBJETIVO	Examinar as opiniões, emoções e experiências das mulheres que relataram ter utilizado o <i>Hypnobirthing</i> durante o parto.
METODOLOGIA	Qualitativo, com <i>design</i> fenomenológico.
CARACTERIZAÇÃO AMOSTRA	Amostra: Composta por 13 histórias de parto com <i>Hypnobirthing</i> obtidas de quatro blogs. Os critérios de amostragem foram partos vaginais - Relatar o uso do <i>Hypnobirthing</i> durante o parto. - Falar sobre a experiência do parto do início ao fim. - Dez primíparas e três múltiparas.
CONCEITOS INTERVENÇÕES	Uso de <i>Hypnobirthing</i> . ⁵⁹ Preparação para o parto, práticas relaxantes, influências das condições externas, satisfação com o parto e adaptação pós-parto.
RESULTADOS CONCLUSÕES	Resultados: - Preparação para o Parto: As mulheres relataram eliminação de medos e preparação física e mental para o parto. - Práticas Relaxantes: Técnicas de respiração e massagem ajudaram no relaxamento durante o parto. - Influências das Condições Externas: O apoio dos parceiros e da equipa de parto foi considerado crucial. - Satisfação com o Parto: As mulheres sentiram-se poderosas e satisfeitas com a experiência do parto. - Pós-parto: Relataram um início imediato da amamentação e rápida recuperação física.

⁵⁹ O programa HypnoBirthing®, fundado por Marie Mongan, é construído em torno de um processo educacional que inclui respiração especial, relaxamento, visualização, prática meditativa, atenção à nutrição e tonificação corporal positiva. Mais importante, ele promove um ar de respeito mútuo pela família que dá à luz, bem como pelo profissional de saúde num sistema de saúde tradicional ou num ambiente alternativo.

ANEXO III: Características das Medicações administradas

<u>Eutirox (levotiroxina) - 50 mcg</u>	Indicação: utilizada para tratar o hipotireoidismo (doença em que a tiroide não produz hormona tiroideia suficiente).	Administração: 1 comp. 50 mcg via oral às 7h.
Principais precauções:	O tratamento com levotiroxina deve ser mantido durante a gravidez e em particular durante o aleitamento. Os produtos de soja podem reduzir a absorção deste medicamento. Os alimentos podem interferir com a absorção da levotiroxina. Assim, recomenda-se a administração de Euthyrox® com estômago vazio (1 hora antes ou 2 horas após o café da manhã ou ingestão de alimento), a fim de aumentar sua absorção	
Possíveis efeitos secundários	Taquicardia, palpitações, arritmia cardíaca, angina, dores de cabeça, fraqueza muscular e câibras, rubor, intolerância ao calor, suores, febre, vômitos, tremores, agitação, insónia, angina, dor de cabeça, fraqueza muscular e câibras, rubor, febre.	
<u>Polivitaminico-natalben supra</u>	Indicação: proteção contra as deficiências vitamínicas secundárias durante os períodos críticos como a gestação.	Administração: 1 comp. Via oral às 13h
Principais precauções:	A ingestão recomendada normalmente é de 1 comprimido por dia, que deve ser tomado com 1 copo de água numa das refeições, como almoço ou jantar, pois as vitaminas são melhor absorvidas na presença dos nutrientes dos alimentos e do ácido do estômago.	
Possíveis efeitos secundários	Vômitos, obstipação ou eventualmente diarreia, dores abdominais e reações de hipersensibilidade (como alergias), escurecimento das fezes.	
<u>Heparina de baixo peso molecular</u>	Indicação: na ausência de contraindicações, é atualmente o método de eleição para a prevenção do tev na gravidez e no pós-parto, devido às suas características farmacológicas (anticoagulantes com ação antitrombótica e baixo risco hemorrágico; e não atravessam a barreira placentar) e pela sua facilidade de administração.	Administração: 1 inj. Subcutânea às 19h.
Principais precauções:	De acordo com as normas de orientação clínica - Prevenção do Tromboembolismo Venoso na Gravidez, Parto e Pós-Parto - da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal (2022), [PG1] a trombopprofilaxia deve basear-se no equilíbrio entre o risco de TEV e o risco hemorrágico (Nível de Evidência A, Grau de Recomendação 1) e incluir as seguintes medidas: • Medidas gerais – mobilização e/ou deambulação precoces e hidratação	

	<p>adequada (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação 1); • Meios mecânicos – compressão elástica por meias ou ligaduras, ou compressão pneumática intermitente (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação 1). As contraindicações ao seu uso incluem situações de doença arterial periférica, neuropatia diabética e infeção do membro inferior. • Tromboprolifaxia farmacológica com HBPM, exceto em casos de insuficiência renal ou hepática, risco aumentado de hemorragia, hipertensão não controlada ou intolerância à HBPM (Nível de Evidência B, Grau de Recomendação 1).</p>
<p>Possíveis efeitos secundários</p>	<p>Hemorragia, anemia hemorrágica, trombocitopenia, trombocitose, reação alérgica, dor de cabeça, aumento das enzimas hepáticas, urticária, prurido, eritema, hematoma, dor e outras reações no local da injeção (edema, hemorragia, hipersensibilidade, inchaço, massa, dor ou reação).</p>
<p><u>AMOXICILINA-ÁCIDO CLAVULÂNICO</u></p>	<p>Indicação: a amoxicilina é um antibiótico da classe das penicilinas e o clavulanato um inibidor de beta-lactamase. O tratamento com antibióticos nos casos de ameaça de parto pré-termo pode ajudar a reduzir o risco de complicações para a mãe e o bebé (p.e. Infeções bacterianas, como infeções do trato urinário).</p> <p>Administração: 1 comp c/8h via oral.</p>
<p>Principais precauções:</p>	<p>Para minimizar a potencial intolerância gastrointestinal, deve ser administrado no início de uma refeição. A absorção de Amoxicilina + Ácido Clavulânico é otimizada quando tomada no início de uma refeição.</p>
<p>Possíveis efeitos secundários</p>	<p>Náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, candidíase mucocutânea, doença linear da IgA, meningite asséptica, síndrome de Kounis, cristalúria (incluindo lesão renal aguda), pancreatite aguda.</p>
<p><u>Dexametasona</u>⁶⁰</p>	<p>Indicação: corticosteróide, com propriedades anti-inflamatórias e imunossupressoras, é comumente administrado para promover a maturação pulmonar fetal em casos de risco de parto pré-termo. A corticoterapia pré-natal em grávidas com risco de parto pré-termo, seja espontâneo ou induzido, reduz significativamente o risco de morte neonatal (31%), síndrome de dificuldade respiratória (44%), hemorragia intraventricular (46%), além de diminuir a incidência de enterocolite necrotizante, a necessidade de suporte ventilatório, a admissão em unidades de cuidados intensivos neonatais e infeções sistêmicas nas primeiras 48 horas após o parto. O maior benefício é alcançado quando o tratamento ocorre entre 24 horas e 7 dias antes do nascimento.</p>

⁶⁰ Medicação administrada no primeiro Hospital

Principais precauções:	Segundo as normas da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal (2018) sobre a corticoterapia para maturação pulmonar fetal, apesar dos muitos benefícios, o uso de corticoides não está isento de riscos. A curto prazo, está comprovado que afeta a função placentária, o crescimento fetal e aumenta o risco de hipoglicemia neonatal, especialmente em pré-termos tardios. Além disso, os potenciais efeitos a longo prazo e os benefícios menos comprovados sugerem cautela no uso de corticoides, além de um ciclo único e fora do intervalo entre 24 e 34 semanas de gestação.
Possíveis efeitos secundários	Frequentes (entre $\geq 1/100$ e $\leq 1/10$ dos casos): Diminuição da resistência às infeções, candidíase orofaríngea. Hiperglicemia, insuficiência adrenocortical. Polifagia. Cataratas. Atraso na cicatrização de feridas, reação alérgica local. Osteoporose, fragilidade óssea.

Atosiban

(tractocile)⁶¹

Indicação: inibidor da oxitocina, indicado para atrasar o parto prematuro iminente em mulheres grávidas adultas com: contrações uterinas regulares com, pelo menos, 30 segundos de duração com frequência de ≥ 4 cada 30 minutos; dilatação cervical de 1 a 3 cm (0 a 3 para nulíparas) e um apagamento de $\geq 50\%$; idade gestacional de 24 a 33 semanas completas; frequência cardíaca fetal normal.

Principais precauções:	A monitorização das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal durante a administração de atosiban deve ser considerada, especialmente em casos de contrações uterinas persistentes. Como antagonista da oxitocina, o atosiban pode facilitar a relaxação uterina e, teoricamente, aumentar o risco de hemorragia pós-parto, sendo necessário monitorar qualquer hemorragia após o parto. Gravidezes múltiplas e o uso de medicamentos tocolíticos, como bloqueadores dos canais de cálcio e betamiméticos, estão associados a um risco maior de edema pulmonar. Portanto, o uso de atosiban deve ser feito com cautela em gravidezes múltiplas ou com a administração simultânea de outros tocolíticos.
Possíveis efeitos secundários	Hiperglicemia; dor de cabeça, tonturas; taquicardia; rubor, hipotensão; náuseas, vômitos; reação no local da injeção.

PARACETAMOL - 1G

Indicação: o paracetamol oral é recomendado como primeira opção quando a analgesia oral é necessária para o alívio da dor perineal pós-parto (OMS, 2022)

Administração:

1 comp via oral em sos (c/8h)

PRINCIPAIS PRECAUÇÕES: POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS

Risco muito baixo para a amamentação e o bebé. Considera-se compatível e seguro com a amamentação.
Hepatotoxicidade, toxicidade renal, alterações da fórmula sanguínea, hipoglicemia e dermatite alérgica. Trombocitopenia, agranulocitose, leucopenia, neutropenia, anemia hemolítica.

⁶¹ Medicação administrada no primeiro Hospital

IBUPROFEN 600MG - **Indicação:** anti-inflamatórios não esteroides orais (AINES) podem ser usados quando a analgesia é necessária para o alívio da dor pós-parto devido a cólicas uterinas após o parto, com base nas preferências da mulher, na experiência do médico com analgésicos e disponibilidade (OMS, 2022)

Administração:
1 comp via oral em sos (c/8h)

Principais precauções:	Risco muito baixo para a amamentação e o bebé. Considera-se compatível e seguro com a amamentação.
Possíveis efeitos secundários	Úlcera péptica, perfuração e hemorragia gastrointestinal, náuseas, vômitos, diarreia, flatulência, obstipação, dispepsia, dor abdominal, melena, hematêmese, estomatite ulcerosa, exacerbação da colite ulcerosa e da doença de Crohn; fadiga ou sonolência, dores de cabeça, tonturas, vertigens; erupção cutânea

OXITOCINA 10 UI **Indicação:** Para iniciar ou ajudar as contrações durante o parto, durante a cesariana, para prevenir e controlar a hemorragia após o parto do seu bebé, para ajudar no tratamento de um aborto espontâneo.

Principais precauções:	Frequentes (podem afetar mais de 1 em cada 100 pessoas): dor de cabeça, batimentos cardíacos rápidos, batimentos cardíacos lentos, náuseas e vômitos. Pouco frequentes (podem afetar mais de 1 em cada 1.000 pessoas): batimento cardíaco irregular. Raros (podem afetar mais de 1 em cada 10.000 pessoas): erupções na pele e urticária.
Possíveis efeitos secundários	Não deve ser administrada nos casos de obstrução que impeça o parto, contrações uterinas excessivamente vigorosas ou hipoxia fetal. A administração também é contraindicada em situações onde o parto vaginal não é recomendado, tais como desproporção cefalopélvica, mau posicionamento fetal, placenta prévia, vasa prévia, descolamento prematuro da placenta ou prolapso do cordão umbilical. Deve ser evitada em casos de sobredistensão uterina, histórico de cinco ou mais gravidezes anteriores, ou presença de cicatriz uterina resultante de cesariana, ou cirurgia uterina prévia. A oxitocina Kabi não deve ser administrada nas 6 horas subsequentes ao uso de prostaglandinas vaginais, uma vez que a interação entre os fármacos pode potenciar os seus efeitos. O uso prolongado de oxitocina também não é recomendado em casos onde as contrações não aumentam com o tratamento, em grávidas com pré-eclâmpsia grave ou em casos de patologias cardiovasculares graves.

CITRATO DE SUFENTANILO **Indicação:** Utilizado como analgésico durante o parto, geralmente combinado com anestésicos locais analgesia epidural. É eficaz para o controlo da dor durante o trabalho de parto e a cesárea, além de ser usado no pós-operatório.

Principais precauções:	Hipersensibilidade ao sufentanilo ou a outros opioides. Não é recomendado para pessoas com depressão respiratória ou comprometimento cardiovascular. Também não deve ser usado em associação com inibidores da MAO.
Possíveis efeitos secundários	Depressão respiratória, hipotensão, bradicardia e náuseas. Pode causar dependência e deve ser usado com cautela em pessoas com insuficiência renal ou hepática.

CLORIDRATO DE ROPIVACAÍNA **Indicação:** Utilizada principalmente para analgesia epidural durante o parto e cesáreas. É um anestésico local de longa duração, preferido por seu menor risco de toxicidade cardiovascular em comparação com outros anestésicos.

Principais precauções:	Hipersensibilidade a anestésicos do tipo amida. Não deve ser usada em casos de hipovolemia grave ou em anestesia paracervical obstétrica. É contraindicada em bloqueios regionais intravenosos e em pessoas com doença hepática avançada.
Possíveis efeitos secundários	Pode causar hipotensão, bradicardia, tontura e reações alérgicas. A administração inadvertida num vaso sanguíneo pode resultar em efeitos tóxicos graves

LIDOCAÍNA **Indicação:** Utilizada para analgesia local ou regional, especialmente em técnicas de bloqueio epidural durante o trabalho de parto. Também pode ser usada como anestésico local para alívio de dor em procedimentos obstétricos menores.

Principais precauções:	Hipersensibilidade à lidocaína ou a outros anestésicos locais. Contraindicada em casos de insuficiência cardíaca grave, hipovolemia, septicemia, ou em pessoas com bloqueio cardíaco.
Possíveis efeitos secundários	Pode causar reações alérgicas, hipotensão, bradicardia, além de efeitos no sistema nervoso central, como tontura, convulsões e perda de consciência. A administração inadequada pode resultar em toxicidade sistémica

ANEXO IV

A Baleia

Este momento é relaxante e profundo, muito misterioso e poderoso, e vai-nos conduzir a uma experiência maravilhosa. É por isso que vamos inspirar e expirar profundamente para atingir este relaxamento o mais rapidamente possível. É preciso descansar os ombros, deixá-los completamente relaxados. À medida que a sua mente relaxa e fica fora dos pensamentos, ligue-se ao seu corpo nessa perfeita harmonia e sintonia. Relaxe a mente, relaxe a cabeça, as orelhas, o rosto e as bochechas. Volte a relaxar os ombros, deixando os braços e as mãos caírem para o lado. O seu corpo estará calmo e descansado, tal como está neste primeiro momento. Sinta um peso extremo, muito, muito profundo e um relaxamento muito, muito flutuante que a faz sentir como se estivesse coberta de água e totalmente relaxada. A sua pelve, o seu útero e o seu bebé estão tão relaxados também. Está ligada a si própria e a prática frequente deste relaxamento fará com que se ligue ainda mais rapidamente e de forma ainda mais descontraída, o que lhe dará um controlo poderoso no dia do nascimento do seu bebé. A sua capacidade de relaxar e praticar é o controlo do seu corpo.

As pernas e os pés sentem-se pesados. Muito, muito pesados. Pouco a pouco, entra num relaxamento profundo. Contarei de dez até um e, quando disser um, estará muito relaxada.

Dez. Nove. Oito. Sete. Seis. Cinco. Quatro. Três. Dois. Um.

E agora sente-se muito, muito, muito relaxada. O peso do relaxamento que sentia muda para um relaxamento profundo, mas com o seu corpo, braços, pernas e pescoço muito, muito leves. Imagine-se dentro deste oceano profundo que nos rodeia. É azul-escuro, mas os raios de sol que atravessam a água dão-

lhe uma serenidade e uma tranquilidade que não sentia há muito tempo. Há ruídos calmos e tranquilizadores à nossa volta. Sente-se calma, tranquila e com muita liberdade. Sabe que fora deste oceano há muitas pessoas e pode contactá-las sempre que quiser, mas aqui está sossegada e sozinha, acompanhada do exterior, se quiser. Este é um espaço muito suave e confortável. Sente-se muito mole. Quero que imagine que é uma baleia. É majestosa, grande e poderosa. Tem muito espaço para se mover, porque o oceano é um espaço grande, mas decida aproximar-se de um lugar que sempre quis ir.

Tem dentro de si a necessidade de ir a esse lugar. A sua ligação primordial fala consigo e o seu instinto maternal e o protetor apareceram. A sua capacidade maternal, a sua capacidade de se ligar a esta parte de si, fá-la-á seguir os seus sinais poderosos. Comece a sua marcha para um lugar que lhe traz paz de espírito. Comece a nadar calmamente, visualizando tudo o que existe à sua volta. Há outros peixes coloridos, muito ténues e calmos. Alguns deles passam muito perto de si para a cumprimentar. Acariciam-na e essa ação fá-la-á sentir-se bem. Sente-se acompanhada pelas cores, pelo movimento e por todos os seres vivos simpáticos que a rodeiam. Enquanto continua a nadar lentamente em direção ao local que visualiza na sua mente, observe todas as plantas marinhas por baixo de si. Elas movem-se ligeiramente com as correntes suaves do mar. Consegue ver tudo à sua volta, porque a luz do sol penetra suavemente no fundo. O fundo não é muito grande e isso dá-lhe segurança e confiança. Tudo à sua volta é visível aos seus olhos. É calmo e suave. Nade com confiança porque sente que este é o seu caminho.

Não pare de pensar no lugar para onde vai. Sente-se como se tivesse nadado muito, mas tem tanta energia. Tem um corpo perfeito e pronto. Continue a nadar em direção a esse lugar. É um lugar um pouco mais escondido, mais íntimo, mais calmo e também menor. É um sítio privado, com menos correntes e mais seguro. É aqui que se apercebe de que sente movimento dentro de si. Que a sua imaginação e a sua visualização de ser esta baleia a nadar calmamente neste oceano calmo, também seja a mãe, grávida. Esta sensação traz-lhe ainda mais bem-estar. Sinta-se livre e acompanhada pelo seu bebé. O bebé que cresce

dentro de si. Que sensação maravilhosa é senti-lo mover-se suavemente enquanto nada no oceano. Deve sentir uma paz imensa. Deve estar tão feliz e tranquila como mãe neste preciso momento. Respire profundamente de felicidade. É a mãe e agora é a mãe baleia. Continue a nadar para esse lugar. Está perto, muito, muito perto. É um sítio perto da costa com uma luz fraca. Este lugar dá-lhe a segurança de estar mais abrigada num local privado e íntimo para conhecer o seu bebé.

Ao nadar, sente muitos movimentos e sensações. Sensações muito intensas que na água se tornam tão suportáveis, tão calmas e tão suaves. Sinta como vai e vem uma e outra vez, enquanto a sua baleia bebé continua a mover-se dentro de si, feliz e contente, calmo, mas com a alegria de que em breve poderá encontrar-se consigo.

Estar grávida trouxe-lhe uma aprendizagem diferente na história da sua vida e esta experiência de ser mãe baleia também. A sensação de relaxamento e de viver na água é muito tranquila. São aprendizagens que traz dentro de si. Está mais perto do lugar que deseja quando já consegue ver a curta distância. À medida que se aproxima, continua a ver uma série de outros peixes que continuam a saudar a sua chegada. No fundo do mar há sons suaves e profundos que marcarão uma aprendizagem na mente mais profunda. E agora, aproximando-se desse lugar calmo, por fim chegou. É exatamente como imaginou na sua mente. É exatamente onde queria estar e finalmente está lá. Sinta-se feliz e contente porque está num lugar seguro. É um sítio muito bonito, rochoso e escondido. A luz ainda penetra lá de cima, o que traz ao fundo diferentes cores azuladas e esverdeadas. Os sons e a acústica são diferentes, mas tão penetrantes e profundos que se sente ainda mais relaxada e leve. E com este relaxamento especial, o seu corpo decide que está na altura da sua grande experiência. E, de uma pequena gruta entre as rochas, nada. Não estava à espera que fosse assim tão rápido. Havia uma força, um sentimento e uma emoção muito poderosa que lhe diziam que hoje era o dia em que iria conhecer o seu bebé, a sua baleia bebé. Mas, mesmo assim, seguiu o seu caminho com calma e suavidade, enquanto observava as cores, os movimentos e os sons calmos. E agora ele está à sua frente, a olhar-lhe nos olhos e a sorrir-lhe. Sente-

se tão feliz, mas... ao mesmo tempo, tão surpreendida, tão calma e eufórica. Não consegue parar de olhar para ele como se nada fosse, e ele aproxima-se cada vez mais de si, cada vez mais perto, até que finalmente chegou o momento que tanto desejava. Ele tocou-lhe pele com pele pela primeira vez. A sensação é chocante e é uma sensação que nunca mais se esquece. Foi uma sensação incrível. O seu bebé continua a nadar à sua volta, fazendo sons tão agradáveis. Passa pela sua barriga, de cima para baixo, chega aos seus lábios e acaricia-lhe. Continua a nadar por cima da sua cabeça, pelas suas costas e de volta à zona do ventre. É uma mãe baleia muito feliz e poderosa. Há um instinto tão forte dentro de si, que não consegue controlar, e emite um som profundo e generoso, que faz com que o seu bebé se sinta protegido e consigo. E, a partir de agora, estarão sempre juntos. Já o conhece e sabe como ele é. É um bebé lindo, muito calmo, muito tranquilo. É um bebé lindo, muito calmo e simpático. Ao olhar para ele, lembre-se dos seus olhos, das suas bochechas e da sua boca, lembre-se desse primeiro olhar. Lembre-se de esse primeiro olhar, da sorte que teve em poder conhecê-lo dessa forma, que recordação tão bonita e mágica! Uma recordação que guardará dentro de si, até conhecer o seu bebé fora do seu corpo.

E agora, lentamente, sentirá todo o seu corpo de novo, despertando lenta e suavemente os seus pés, as suas coxas, as suas ancas, os seus braços, as suas mãos e os seus olhos. Voltando lentamente à sua própria realidade, à realidade que existe para si. Gradualmente, vai-se adaptando a este momento, mas com a experiência que teve de conhecer o seu bebé à vontade.

Agora vou contar de 5 a 1 para voltar calmamente. 5... 4... 3... 2... 1... E agora, volte ao aqui e agora.

Parabéns, mãe baleia.