



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**Benefícios da Alternância de Posições e
Estratégia Spinning Babies® durante o Trabalho
de Parto**

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

Documento Final

Camila Sabença Omil

Porto, 2024

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

**BENEFÍCIOS DA ALTERNÂNCIA DE POSIÇÕES E
ESTRATÉGIA SPINNING BABIES® DURANTE O
TRABALHO DE PARTO**

**BENEFITS OF ALTERNATING POSITIONS AND
SPINNING BABIES® STRATEGY DURING LABOR**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional
orientado pela professora Doutora
Alexandrina Cardoso e coorientado pela
professora Doutora Rosemar Mendes

Porto, 2024

RESUMO

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

Durante a prática clínica, surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os benefícios da alternância de posições associada à abordagem Spinning Babies® durante o trabalho de parto, levando à elaboração de uma revisão narrativa da literatura.

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

Palavras-chave: trabalho de parto, parto, técnicas de exercício e de movimento, enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

This professional internship report describes the activities carried out during the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing in a perinatal support hospital in the north, between November 2023 and May 2024. It addresses the concept of care, diagnostic activities and interventions of the Maternal and Obstetric Health Nurse Specialist in clinical contexts, including care for the pregnant woman with complications, the parturient woman, the puerperal woman and the newborn, based on the competencies assigned to them in the Specific Competencies Regulation.

During clinical practice, the need arose to deepen knowledge about the benefits of alternating positions associated with the Spinning Babies® approach during labor, leading to the preparation of a narrative literature review.

In addition, a critical reflection was made on the practices observed during the internship and their application in the light of the most up-to-date scientific evidence.

Keywords: obstetric labor, birth, exercise movement techniques, obstetric nursing.

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OMS - Organização Mundial da Saúde

CTG - Cardiotocografia

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HTA - Hipertensão Arterial

SGB - Streptococcus do Grupo B

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

OE - Ordem dos Enfermeiros

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ICN - International Council of Nurses

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

IMG - Interrupção Médica da Gravidez

DGS - Direção Geral da Saúde

IG - Idade Gestacional

LA - Líquido Amniótico

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists

FIGO - International Federation of Gynecology and Obstetrics

OP - Occiput-Posterior

OPD - Occiput-Posterior Direita

APPT - Ameaça de Parto Pré-termo

PPT - Parto Pré-Termo

RCIU - Restrição de Crescimento Intrauterino

HCG - Hormona Gonadotrofina Coriônica

IP - Índice de Pulsatibilidade

PBE - Prática Baseada na Evidência

PVN - Núcleos Paraventriculares

SON - Núcleos Supraóticos

SNA - Sistema Nervoso Autónomo

SNS - Sistema Nervoso Simpático

HPA - Hipotálamo-Hipófise Adrenal

CRH - Hormona Adrenocorticotrófica

FSV - Fundo de Saco Vaginal

PCEA - Patient Controlled Epidural Analgesia

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

HPP - Hemorragia Pós-Parto

NICE - National Institute for Clinical Excellence

ÍNDICE

RESUMO	1
ABSTRACT.....	2
SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS.....	3
1. INTRODUÇÃO	7
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	10
2.1. Conceitos da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	10
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO.....	14
3.1. A dose terapêutica <i>versus</i> a dose tóxica de informação sobre como lidar com o trabalho de parto	16
3.2. Abordagem Spinning Babies® na assistência ao parto.....	40
3.2.1. Benefícios da alternância de posições durante o trabalho de parto: Revisão narrativa da literatura	55
3.3. Promoção do apoio paterno à mulher em trabalho de parto.....	61
3.4. Conhecimento e autocontrolo como fatores relevantes para lidar com a dor do trabalho de parto	75
4. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO	88
4.1. Promover a amamentação através da relactação após internamento na UCI.....	91
5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DE CUIDAR A MULHER COM GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	110
5.1. A relevância do conhecimento e do plano de parto na gestão das expectativas.....	112

6. REFLEXÃO CRÍTICA GLOBAL DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	121
CONCLUSÃO	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

1. INTRODUÇÃO

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

O estágio de natureza profissional culmina então com a elaboração de um relatório, cujo propósito é descrever criticamente as competências adquiridas durante o estágio clínico, destacando aquelas exigidas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Assim sendo, a execução deste relatório de estágio e a sua discussão são essenciais para a conclusão do curso e, posteriormente, a aquisição das competências essenciais para a candidatura à obtenção do título de EEESMO comprovado pela OE.

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

Neste documento são relatadas as experiências vivenciadas durante o estágio, acompanhadas por uma análise crítica e reflexiva das práticas em ambiente

hospitalar promotoras do desenvolvimento de competências como EEESMO. Em cada um destes contextos, foram concebidos cuidados e implementadas intervenções de enfermagem baseadas na mais recente evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento de competências no cuidado especializado a grávidas, parturientes, puérperas e recém-nascidos.

Durante o estágio de bloco de partos, surgiram algumas questões relacionadas com a liberdade de movimentos da mulher durante o trabalho de parto, levando à necessidade de reflexão sobre este tema: “Será que a liberdade de movimento e alternância de posições tem efeito benéfico para o trabalho de parto? “Quais são os benefícios da alternância de posições aliada à estratégia Spinning Babies® durante o trabalho de parto para promover a sua evolução?”. Incluiu-se neste relatório, uma revisão narrativa da literatura sobre os benefícios da alternância de posições durante o trabalho de parto aliada ao uso da técnica Spinning Babies®, cuja a finalidade é de promover um bom posicionamento do feto durante a gravidez e favorecer a descida ao longo do trabalho de parto (Spinning Babies®, 2022).

A estrutura deste relatório contempla quatro capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à reflexão crítica relativa ao desenvolvimento de competências específicas no âmbito do trabalho de parto, descrevendo-se o contexto do estágio, os casos clínicos escolhidos, as intervenções implementadas às mulheres durante o trabalho de parto e a análise reflexiva sobre o caso, bem como das competências desenvolvidas especializadas no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

No que se relaciona com a temática central do presente relatório, no decorrer do estágio em bloco de partos, deparei-me com a realidade de grande parte das mulheres terem de permanecer restritas ao leito, com pouca liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, justificada pela equipa de saúde que assistia ao parto como sendo necessária para uma monitorização fetal mais fiável, uma vez que era comum acontecer quando as parturientes mudavam de posição, a perda da captação da frequência cardíaca fetal. No entanto, entre as diversas mudanças na assistência ao parto proposta por entidades

internacionais, está a recomendação de que as mulheres tenham liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto, visto que as evidências científicas sustentam que esta movimentação está associada a melhores desfechos materno-fetais e à maior satisfação materna (OMS, 2018; Zileni et al., 2019).

O segundo capítulo diz respeito ao autocuidado no pós-parto e adaptação à parentalidade, sendo que o terceiro capítulo especifica o desenvolvimento de competências especializadas durante a gravidez com complicações. Por último, no quarto capítulo, é realizada uma reflexão crítica das experiências em estágio tendo por base o Regulamento n.º 391/2019 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, esmiuçando-se aquelas que se destacaram por estarem na base de vivências mais marcantes em contexto de estágio.

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

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

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A identificação dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem tem como objetivo promover o pensamento crítico sobre o exercício profissional dos enfermeiros e contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, além de constituir-se numa matriz orientadora da qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Cada EEESMO constitui-se num elemento essencial no estabelecimento de um sistema de qualidade e somente com enfermeiros competentes se conseguem cuidados de qualidade. Efetivamente, cada EEESMO possui as ferramentas - os conhecimentos, as competências e a capacidade de inovação para proporcionar cuidados de enfermagem especializados na área da saúde materna e obstétrica mais significativos para as mulheres.

2.1. Conceitos da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

A definição dos conceitos centrais dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica permite realizar uma reflexão crítica em relação ao exercício da profissão e promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem.

No contexto dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica, a pessoa cliente que se destaca é a Mulher. No Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, é defendido que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde para cada Mulher, sendo esta entendida numa perspetiva individual e numa perspetiva coletiva. Enquanto cliente dos cuidados da EEESMO, a Mulher pode assumir diferentes especificidades em termos de necessidades em cuidados mais significativos para si: a mulher grávida, a mulher parturiente, a mulher mãe,

a mulher puérpera, a mulher adolescente ou adulta, a mulher em processo de envelhecimento (OE, 2021).

A visão dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica baseia-se em três fundamentos:

- 1) a competência profissional, que engloba o domínio da prestação e gestão dos cuidados especializados, da responsabilidade profissional, ética e legal, e do desenvolvimento profissional contínuo, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e do prestígio social da profissão;
- 2) a prática baseada na evidência, que incorpora as melhores evidências nos cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica e contribui para melhorar os resultados de saúde das clientes, reduzir custos e melhorar a satisfação das clientes e profissionais;
- 3) o respeito pela cliente dos cuidados, naquilo que são os seus processos corporais e psicológicos, ações e projetos de saúde e relaciona-se com o entendimento da cliente como principal responsável pela sua saúde, com direito a autodeterminação para lidar com os desafios de saúde, sendo o EEESMO o profissional que a ajuda na descoberta e desenvolvimento dessa autonomia (OE, 2021).

A missão dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna e obstétrica centra-se na promoção da saúde e de transições saudáveis no âmbito da saúde ginecológica, sexual e reprodutiva, de maneira a proporcionar uma resposta profissional às necessidades da mulher e das pessoas significativas inseridas no seu contexto, no âmbito:

- 1) do planeamento familiar e autocuidado durante o período pré-concepcional;
- 2) da gravidez e promoção da adaptação à gravidez;
- 3) da adaptação à parentalidade;

- 4) da preparação para o parto e a elaboração do plano de parto;
- 5) do trabalho de parto, na obtenção de uma experiência positiva do parto;
- 6) do pós-parto e promoção da recuperação pós-parto;
- 7) da saúde do recém-nascido e promoção das competências parentais;
- 8) do climatério e promoção da adaptação ao processo de envelhecimento normal;
- 9) de situações de saúde/doença ginecológica;
- 10) da saúde das meninas e das mulheres em geral, prevenir processos de doença e promover a igualdade/equidade e dignidade nos cuidados (PQCEESMO, 2021).

A relação terapêutica entre a EEESMO e a cliente é um dos elementos centrais para que a cliente seja ativa na promoção da sua saúde, na prevenção da doença e na adaptação às circunstâncias de vida. Um outro elemento-chave é o domínio de competências para responder às necessidades específicas de cada cliente, em cada momento e contexto de cuidados (PQCEESMO, 2021).

Os cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstétrica são prestados por enfermeiras com formação específica no domínio do conhecimento próprio e com o título de especialista atribuído pela OE. Assim, a EEESMO congrega na sua prática tanto as competências do enfermeiro de cuidados gerais, como aquelas que decorrem do desenvolvimento de competências e aprofundamento de conhecimentos diferenciados e próprios (PQCEESMO, 2021).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista distingue três tipos de competências: competências comuns como as competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, que são demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

No contexto multiprofissional, o EEESMO assume a responsabilidade pela detecção precoce de complicações e referência atempada para o profissional competente, nomeadamente no que se refere a complicações da gravidez, do trabalho de parto e do pós-parto, complicações fetais e neonatais e complicações ginecológicas (PQCEESMO, 2021).

Neste sentido, as competências do EEESMO foram a base para o desenvolvimento de todas as atividades realizadas durante o estágio, relacionadas com os casos clínicos que serão explorados de forma crítico-reflexiva em relação ao desenvolvimento de competências, nos próximos capítulos.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O Estágio em Bloco de Partos, módulo do estágio de natureza profissional inserido no MESMO, com orientação de uma EEESMO, teve como objetivo cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina, de acordo com o Regulamento das Competências do EEESMO (OE, 2019).

É da competência do EEESMO realizar o parto normal em caso de apresentação cefálica e executar a episiotomia, se necessário (OE, 2019). Neste estágio, em todos os partos os fetos estavam em apresentação cefálica, no entanto foram adquiridas competências teóricas e práticas em simulações, para um parto em apresentação pélvica.

O bloco de partos aonde foi realizado o estágio profissional, é composto por sete salas de partos, equipadas com cama de partos; um cardiotocógrafo (existe um equipamento com tecnologia Wireless que pode ser adaptado ao cardiotocógrafo); um armário que contém todo o material consumível; uma mesa de apoio; uma rampa com fonte de oxigénio, vácuo e ar comprimido; um monitor de sinais vitais e um foco de luz móvel; uma pia para lavagem das mãos; um berço aquecido com material e equipamentos para reanimação neonatal; um computador para realização dos registos de todos os cuidados prestados. Tais recursos materiais e físicos permitiam dar uma resposta eficaz na prestação de cuidados e de assistência ao parto nesta unidade, entretanto por diversas vezes era sentida a necessidade de haver mais equipamentos de cardiotocografia com tecnologia *Wireless* pois isso permitia maior liberdade e conforto às parturientes durante a evolução do trabalho de parto.

Existem mais seis camas destinadas à “Expectantes”, isto é, destinado às mulheres que não estão em fase de trabalho de parto ativo ou estão em indução de trabalho de parto. O serviço ainda conta com mais quatro leitos de

vigilância, destinado a mulheres em processo de IVG (Interrupção Voluntária da Gestação), IMG (Interrupção Médica da Gestação) ou abortamento.

O parto é, sem d vida, um evento marcante na vida de uma mulher/casal, inserido numa determinada cultura e num determinado espaço de tempo. O parto pode ainda ser considerado como um processo fisiológico, intrínseco à natureza humana, no entanto, não deixa de ser um acontecimento complexo, de importância singular que, contrariamente à gravidez que permite uma adaptação gradual às mudanç s, apresenta-se como um evento que provoca mudanç s intensas (Montenegro e Rezende, 2023).

  a natureza complexa do trabalho de parto que transforma o significado do nascimento de um filho num momento de transição que marca uma profunda mudanç  na vida da mulher. O nascimento é o acontecimento que conduz a mulher na direção da maternidade e o processo de trabalho de parto pode afetar esta transição.

O trabalho de parto corresponde aos processos perinatais desde o início da dilatação do colo do útero até   expulsão da placenta (Cardoso et al., 2020).

O período da dilatação divide-se em duas fases: a fase latente em que decorre desde a regularidade das contrações uterinas até   extinção completa do colo uterino e   dilatação de quatro a cinco centímetros (cm) do mesmo, e a fase ativa em que decorre o seguimento da descida da apresentação fetal até   dilatação completa do colo uterino (Cardoso et al., 2020). Segundo Veloso (2023), a duração deste primeiro estadio de trabalho de parto pode ser de até 20 horas na nulípara e até de 14 horas na múltipara, porém, há fatores que podem influenciar este tempo específico, derivados das diversas intervenções dos profissionais da saúde, perante as características de cada trabalho de parto (Sousa et al., 2019).

Nos subcapítulos seguintes a partir de quatro casos clínicos selecionados no decorrer do estágio de natureza profissional no contexto do Bloco de Partos, serão apresentados os diagnósticos de enfermagem identificados e as intervenções implementadas relacionadas com o desenvolvimento de

competências do EEESMO e será realizada uma reflexão crítica da aprendizagem e do desenvolvimento de competências que este caso e casos semelhantes contribuíram para o meu desenvolvimento.

3.1. A dose terapêutica *versus* a dose tóxica de informação sobre como lidar com o trabalho de parto

Foram inúmeras experiências enriquecedoras enquanto estudante em estágio em bloco de partos, pelo que destaco inicialmente uma em que o fornecimento e seleção de informação mais adequada se tornou o suporte necessário durante o trabalho de parto: *Grávida de 38 semanas + 4 dias deu entrada através do Serviço de Urgência de Obstetria com queixas de contratilidade uterina dolorosa. Tratava-se de uma parturiente de 32 anos de idade, IGOP, de grupo sanguíneo O positivo e Streptococcus do Grupo B negativo, acompanhada pelo seu marido.*

História da gravidez e contexto individual e familiar da grávida

Paula (nome fictício), aquando da descoberta da gravidez espontânea, juntamente com o seu marido partilharam um sentimento de grande alegria e contaram à família e amigos próximos. Em termos de apoio familiar, a Paula advém de uma família monoparental, e possui uma relação saudável com a sua mãe. Tem também algumas tias, primas e amigas com as quais sente que pode contar, para além dos seus amigos mais próximos. Marco (nome fictício), seu marido, conta com uma relação saudável com os seus pais, com apoio também de dois irmãos mais velhos, primos e tios.

Como descrito, tratava-se de uma gravidez desejada e planeada pelo casal. Paula verbaliza sensação de insegurança em relação ao parto e à sua evolução, relata que por ser a sua primeira experiência de parto e por ter procurado diversas fontes de informações como sites de internet e perfis de influenciadoras digitais, durante o decorrer da gravidez sobre como seria o

processo do parto, reconhece ter ficado com demasiada informação que não sabia gerir ao certo qual seria a ideal e que fazia mais sentido para si. Tal sentimento foi acolhido e validado como normal e expectável, tendo em consideração o contexto em que Paula se encontrava e a falta de conhecimento relacionada ao trabalho de parto com a informação mais adequada para si.

Em relação às expectativas sobre o trabalho de parto, Paula dizia ser importante para si poder utilizar a música que era algo que contribuía para sentir-se mais calma, bola de parto e em se movimentar durante o trabalho de parto. Também manifestou o desejo de que fosse o pai a realizar o corte do cordão umbilical.

A interação com este casal deu-se durante um turno no período das 08h às 20h. A parturiente veio do domicílio e acompanhada pelo marido Marco, grávida de uma bebé do sexo feminino, com o diagnóstico de trabalho de parto.

Esta parturiente também atribuía grande importância em relação ao tempo que iria demorar todo o processo do trabalho de parto. Para levar em consideração o fator tempo e de maneira a criar expectativas realistas de acordo com cada contexto faz-se necessário compreender as alterações físicas e emocionais que decorrem durante o trabalho de parto para perceber e intervir com o objetivo de facilitar esse processo de forma eficaz, o que foi trabalhado com a parturiente durante todo o processo.

Após terem sido realizados os procedimentos habituais de internamento junto ao pessoal administrativo, Paula foi admitida na Sala de Partos, onde foi apresentada brevemente a estrutura física, os materiais e os equipamentos da sala. Para a realização das atividades descritas e de forma a direccionar a parturiente para a área de internamento correta foi necessário avaliá-la de acordo com o período de trabalho de parto em que se encontrava.

Segundo Mõcho (2022), os sinais que indicam o início do trabalho de parto assentam: no início da extinção e da dilatação do colo do útero, na existência de contrações uterinas regulares, na expulsão do rolhão mucoso e na saída de

líquido amniótico (LA). Para que se conseguisse planejar intervenções adequadas, foi necessário ter presente estes sinais e proceder ao registo de todas as alterações e a evolução do trabalho de parto no partograma e no sistema informático.

O partograma é um método acessível de comunicação entre a equipa multidisciplinar, onde se insere a gestão do trabalho de parto e a sua evolução. Um dos seus principais objetivos é a realização de uma avaliação e documentação adequada do trabalho de parto em que se consegue visualizar as informações significativas do mesmo, no sentido de diminuir as intervenções obstétricas realizadas desnecessariamente. Contudo, a evidência científica demonstra que a utilização do partograma na fase latente do trabalho de parto pode apresentar implicações relacionadas ao aumento da realização da amniotomia, no aumento do índice de administração de ocitocina e, conseqüentemente, no aumento da taxa de partos distócicos por cesariana, sendo mais vantajoso o seu registo ser apenas iniciado na fase ativa do trabalho de parto (Lavender et al., 2019).

Uma das intervenções que se realizou durante o trabalho de parto foi o exame tocológico em que se baseia na caracterização da extinção e dilatação do colo uterino, com vistas à confirmar o tipo de apresentação fetal (cefálica, pélvica ou còrmica), na classificação da situação fetal (longitudinal, oblíqua ou transversa), na determinação da variedade fetal (posterior, anterior ou transversa), na posição fetal (esquerda ou direita) na progressão da apresentação fetal através dos planos de Hodge e na averiguação da integridade das membranas amnióticas (Veloso, 2023).

Este exame foi feito no momento da admissão, quando havia indícios da evolução do trabalho de parto (aumento da contratilidade uterina, alterações da frequência cardíaca fetal (FCF), após algumas intervenções que o justificassem (colocação de cateter epidural, amniotomia) e quando a parturiente se encontrava com queixas significativas (aumento da pressão perineal, aumento da dor percecionada). Contudo esta prática era realizada o mínimo possível, de modo a prevenir lesões perineais, edemas do colo do

útero e infecções, sendo feita sempre com técnica asséptica e com a utilização de gel lubrificante, de maneira a reduzir o desconforto causado na mulher e executado sempre com o consentimento informado da mesma, respeitando a sua privacidade (Montenegro & Rezende, 2023).

Foi explicado de forma breve a rotina e a dinâmica do serviço e disponibilizado colocação de cateter epidural quando a mesma solicitasse, além de orientar sobre e, deixar à disposição outros métodos não farmacológicos para alívio da dor de trabalho de parto. É protocolo no serviço do Bloco de Partos na admissão, que as parturientes sejam submetidas a cateterização de veia periférica, o que foi realizado com o consentimento da parturiente, de modo a garantir um acesso venoso para a administração de soroterapia e eventuais fármacos durante o trabalho de parto. Segundo Ritter et al. (2019), a cateterização venosa por rotina não é recomendada por ser um procedimento invasivo com riscos inerentes (como por exemplo, infecção), sem evidência de vantagem entre riscos e benefícios na literatura atual.

Foi colocado cardiotocografia (CTG) para monitorização do bem-estar fetal, que foi evidenciado (FCF média de: 147bpm), sem desacelerações, com boa variabilidade, atividade uterina com cerca de 3 contrações em 10 minutos com boa amplitude. No que diz respeito à monitorização através da CTG, alguns autores consideram este método como um meio de prevenção da morbidade intraparto e sofrimento fetal, dado que possibilita a avaliação da FCF durante o trabalho de parto e a sua evolução, podendo indicar sinais de hipoxia fetal (Silveira & Trapani, 2020).

No ambiente hospitalar, a CTG é, geralmente, utilizada de forma contínua após a admissão, em qualquer parturiente.

Segundo Silva et al. (2023), a utilização contínua do CTG não apresenta melhorias significativas relativamente ao prognóstico neonatal, tendo algumas implicações na morbidade materna, destacando desvantagens como a limitação da liberdade para a deambulação materna, o aumento da probabilidade de intervenções, como por exemplo, o parto distócico por cesariana e partos instrumentados, visto que poderá haver alguns resultados

caracterizados como falsos-positivos que podem induzir em erro indicando situações de sofrimento fetal, quando na realidade não existem, devido à complexidade dos padrões da FCF.

No entanto, no meio hospitalar, apercebeu-se que é muito complicado realizar somente a monitorização intermitente em todas as parturientes internadas, justificado pelo rácio EEESMO-parturiente, tornando-se a monitorização contínua da CTG, a opção mais segura para todos os intervenientes, pois assim, consegue-se uma melhor vigilância e atenção a qualquer sinal de alarme que possa existir.

De acordo com o desejo da parturiente, instalou-se uma coluna de som para a promoção do uso da música com *playlist* elegida pela mulher.

Durante a evolução do trabalho de parto, foi oferecida à parturiente chás e gelatinas que a mesma aceitou. Nesta unidade em particular, a alimentação oferecida às parturientes constitui-se basicamente em chás e gelatinas. Existe um historial conflituoso e que difere condutas de profissionais e protocolos entre instituições relacionados à alimentação das mulheres.

Em 1946, Curtis Mendelson, médico obstetra, demonstrou haver um risco de aspiração pulmonar de conteúdo gástrico, em consequência da anestesia geral pré-cesariana. Este facto levou a que se cerceasse a alimentação às grávidas. De acordo com a nova diretriz da OMS cada trabalho de parto e nascimento são únicos e a duração da primeira etapa ativa varia de uma mulher para outra. Geralmente, um primeiro trabalho de parto não se estende além de 12 horas (OMS, 2018). Segundo Hassunuma et al. (2024), o primeiro estadio do trabalho de parto dura normalmente de 8 a 12 horas no primeiro parto, 3 a 8 horas nos partos subsequentes. O segundo estadio pode durar de 1 a 2 horas no primeiro parto, e 0,5 a 1 hora nos partos subsequentes). O terceiro e último estadio tem a sua duração geralmente de até uma hora se for fisiológico, e de 5 a 15 minutos quando gerenciado ativamente). Ora, é portanto evidente que o trabalho de parto pode durar algumas horas o que pode acarretar para a mulher cansaço e “por vezes” exaustão, pelo que ela

beneficia com uma dieta de fácil digestão, à base de líquidos isotônicos, cereais simples, frutas, legumes ou iogurtes.

Muitas mulheres consideram importante poder comer durante o trabalho de parto, pois isso proporciona-lhes conforto. Por outro lado, o jejum prolongado numa mulher grávida, que por si só já tem a necessidade de um aporte calórico superior, contribui para situações de hipoglicemia e cetose que podem causar uma redução da atividade uterina e, conseqüentemente, ter como desfecho um parto instrumentado (Marcel et al., 2019).

Depois de se alimentar, Paula ficou por volta de 40 minutos realizando exercícios circulares com a pelve orientados por mim e pela EEESMO tutora, na bola de parto e deambulou pela sala de parto, pois nesta fase a parturiente encontrava-se no primeiro período do trabalho de parto e este tipo de exercício facilita a mobilidade da pelve materna facilitando a descida da apresentação fetal (Costa et al., 2022).

Também foi dada a oportunidade da parturiente descansar, que foi aceite pela mesma na posição de decúbito lateral esquerdo, com uma bola do tipo “peanuts” entre os joelhos. A bola “peanuts” é uma bola curva em forma de amendoim que possui uma reentrância no meio que permite que as mulheres coloquem a bola entre e abaixo dos joelhos na posição de decúbito lateral, supina ou sentada. É indicado o seu uso durante o primeiro e segundo estadios de trabalho de parto, uma vez que aumenta as dimensões pélvicas, promove a rotação e a descida fetal progressiva o que promove o progresso do trabalho de parto (Outland & Alvarado, 2019).

Por volta de 2h após a admissão, a parturiente solicitou a colocação do cateter epidural, por aumento da dor, de moderada para de forte intensidade. Devido ao aumento do nível de dor, e após o seu consentimento, foi avaliada a dilatação do colo que estava com 5cm e 60% extinto, e o líquido amniótico claro.

Antes de efetuar o bloqueio epidural é importante examinar as parturientes através da obtenção de uma história clínica completa (incluindo antecedentes obstétricos e história de reações adversas a fármacos) e exame físico com

avaliação do ráquis e da via aérea (Cardoso et al., 2024). Tais procedimentos eram realizados pelo médico anestesista presente em turno.

O cateter epidural é utilizado para administrar doses adicionais de analgésicos de forma intermitente ou contínua durante todo o trabalho de parto ou para administrar uma dose mais concentrada de anestésico local para parto instrumentado ou cesariana. O cateter pode também ser deixado in situ e utilizado para controlar a dor no período pós-parto.

Atualmente, em Portugal os anestésicos locais mais utilizados em analgesia de parto são a Levobupivacaína a 0,125% e a Ropivacaína a 0,2% e a sua ação depende essencialmente do volume e do local onde são administrados. O volume necessário pode variar de 5 a 15 ml/h, de acordo com a indicação do anestesista. Os opioides mais utilizados são o Sufentanil e o Fentanil (Freixo, 2022).

O procedimento de colocação do cateter epidural foi auxiliado por mim, nomeadamente na preparação, fornecimento dos materiais e dos fármacos necessários, bem como para auxiliar no posicionamento adequado e apoio à parturiente para a realização da técnica, juntamente com o médico anestesista, ficando a parturiente com bólus de 10ml de ropivacaína a 0,2% com o intervalo mínimo de 1h entre cada administração. Após a colocação do cateter epidural, Paula solicitou que fosse realizado novo exame de toque pois queria saber como estava a dilatação do colo uterino. O colo apresentava-se centrado, amolecido, com dilatação de 8cm e 80% de extinção.

Nesta fase, Paula referia pressão na região supra púbica e no cóccix e solicitou ficar na posição de decúbito lateral direito visto ser a posição que referia sentir-se mais confortável, mesmo após ser explicado sobre a recomendação em preferencialmente ficar em decúbito lateral esquerdo, uma vez que esta posição diminui a compressão da veia cava inferior, responsável por levar o sangue do corpo para o coração, promovendo a circulação sanguínea (Assis & Silva, 2022).

Após 1h30min e por solicitação de Paula, foi realizado novo exame de toque vaginal, e constatado dilatação de 10cm com colo extinto.

O segundo período do trabalho de parto inicia-se com a dilatação completa do colo uterino (10 cm) e com a extinção total do mesmo (100%), finalizando com a expulsão do feto. Segundo Môcho (2022), a duração deste período é variável, podendo ser, geralmente, entre 45 e 60 minutos na nulípara e entre 15 e 20 minutos na múltipara, contudo, a mesma autora acrescenta que o período expulsivo pode prolongar-se até duas horas. Ainda de acordo com Lima (2022), o segundo período do trabalho de parto pode ser definido como fase inicial ou passiva, ou a parturiente está sobre efeitos analgésicos e a cabeça do feto ainda está acima do segundo plano de Hodge. Na fase ativa a cabeça do bebê é visível, nesta fase também apresenta esforços expulsivos ativos.

Este período do trabalho de parto é caracterizado pela presença de contrações uterinas de forte intensidade e duração (não sendo suposto ultrapassar as cinco contrações uterinas em cada 10 minutos), que impulsionam o feto em direção ao canal de parto, fazendo com que o mesmo realize movimentos espontâneos, através dos mecanismos do trabalho de parto, no sentido de se adaptar aos diâmetros pélvicos subjacentes. Os mecanismos do parto envolvem os seguintes movimentos: a insinuação, sendo esta caracterizada pela passagem do maior diâmetro cefálico fetal (o biparietal) pela pelve de entrada (plano formado entre o bordo superior da sínfise púbica e a margem ântero-superior do sacro), podendo, este movimento, realizar-se, também, antes do início do trabalho de parto ou durante o primeiro período do trabalho de parto; a descida e a rotação interna, isto é, a descida da cabeça fetal até ao pavimento pélvico; a flexão da cabeça fetal, de modo que o mento toque no tórax, e o occipício na sínfise púbica; e, por fim, a rotação externa ou restituição, sendo esta caracterizada pela rotação de 90° (Montenegro & Rezende, 2023).

O posicionamento da parturiente geralmente adotado durante o segundo período do trabalho de parto realizado no serviço, foi a posição de litotomia

ou ginecológica, o que vai de encontro ao descrito em diversos artigos. Segundo Alves et al. (2021), a posição ginecológica utilizada, de forma rotineira, no período expulsivo, contribui para a redução da eficiência uterina e do fluxo sanguíneo placentário. Lima et al. (2021), descrevem que as posições laterais ou verticalizadas são consideradas as melhores, no que diz respeito à manutenção de uma FCF estabilizada e à redução do tempo do período expulsivo.

Neste período, a parturiente pode iniciar os esforços expulsivos durante as contrações uterinas para ajudar na descida da apresentação fetal. Contudo, somente quando a dilatação do cérvix e a pressão exercida na vagina durante a passagem do feto estimulam neurónios que conduzem o estímulo aos centros motores da medula espinhal, desencadeiam o reflexo de Ferguson, que consiste na libertação reflexa de ocitocina e com isso a contração do miométrio, dilatação dos tecidos moles da pelve e poderosas contrações da musculatura abdominal e diafragma (ACOG, 2019).

Nesta etapa, foi fundamental encorajar, apoiar e elogiar a parturiente, incentivando-a a comandar o parto, de modo a sentir a confiança necessária e acreditar que era capaz de o realizar. Tal ação melhora também a eficácia dos esforços expulsivos, uma vez que é estabelecida uma boa comunicação e uma relação empática, através do encorajamento da mulher e do reforço positivo (Gaspar, 2023).

Quando o momento do parto se aproximava, havia a preparação de todo o equipamento de forma adequada (com bata e luvas esterilizadas, touca e máscara cirúrgica) e a preparação de todo o material necessário, organizando-o e respeitando os cuidados assépticos.

Nesta fase, aguardou-se pela descida da apresentação fetal, através dos esforços expulsivos voluntários, avaliando sempre a FCF, e quando esta se encontrava à vulva, refletia-se sobre a necessidade de realizar a episiotomia. Em alguns partos normais a realização deste procedimento pode ser indicada, como: primiparidade, peso fetal maior do que 4kg, período expulsivo prolongado, parto operatório e distocia de ombro, especialmente quando

havia uma probabilidade elevada de ocorrer lacerações perineais e um períneo rígido e pouco flexível (Reis et al., 2024).

Este procedimento cirúrgico executado no períneo da mulher tinha como objetivo auxiliar na deflexão do pólo cefálico e na extração da cabeça fetal, minimizando o risco de eventuais lacerações e lesões perineais. Este procedimento não foi realizado por rotina, uma vez que sabe-se que a episiotomia pode causar algumas complicações na mulher, tais como dor perineal, aumento do risco de lacerações perineais, hemorragias, hematomas, aumento do risco de infeções, disfunção do pavimento pélvico, dispareunia e fístulas retovaginais (Sobrinho & Moraes, 2024).

No sentido de promover a proteção do períneo, a aplicação de compressas quentes durante o segundo estadio do trabalho de parto aumenta a incidência de períneos íntegros, diminui a necessidade de episiotomia, reduz a intensidade da dor no segundo estadio do trabalho de parto (Thenou et al., 2019; Modoor et al., 2021; Ferreira, 2022).

O método de proteção perineal “*Hands Off*” ou comportamento expectante, tem surgido como uma intervenção que respeita a fisiologia do trabalho de parto e deste modo, o períneo não é estimulado pelas mãos do EEESMO, no entanto, estas são mantidas prontas para intervir e é aplicada uma mínima pressão sob o polo cefálico, se necessário (Jacob et al., 2021). Esta intervenção permite o apoio contínuo do EEESMO e traduz-se numa experiência de parto positiva.

Quanto à técnica “*Hands On*” ou Manobra de Ritgen Modificada, a mão dominante do EEESMO exerce pressão contínua sob o períneo para o proteger e a outra mão promove o apoio do polo cefálico, evitando a deflexão abrupta da apresentação fetal e controla a descida da mesma, permitindo a redução do risco de trauma perineal grave. Porém esta manobra exige que a parturiente adote posições facilitadoras para a execução desta técnica, nomeadamente, posições horizontais (Ferreira, 2022; Franco, 2022).

Após 40 minutos de esforços expulsivos, Paula referiu um aumento da pressão na região genital e maior necessidade de puxar, foi perguntado à parturiente

qual posição gostaria de estar e esta solicitou ficar em decúbito lateral, pelo que foi posicionada desta maneira. Passados 15 minutos, teve um parto eutócico, em posição de decúbito lateral esquerdo, com períneo íntegro.

Após o nascimento, verificava-se a hora exata do parto e o recém-nascido foi colocado em contato pele com pele, em que se realizava movimentos de estimulação no dorso do mesmo, para facilitar a saída de secreções, limpando-se as suas vias aéreas e procurando-se aquecê-lo. Posteriormente, foi efetuada a laqueação tardia do cordão umbilical. De forma a respeitar o desejo do casal, foi o pai que cortou o cordão uma vez que o mesmo havia manifestado esse desejo, o que se tornou num momento significativo para o casal.

Paula apresentou perda sanguínea dentro da normalidade e após a dequitação natural (mecanismo Schultz), procedeu-se ao exame da placenta, com membranas íntegras e cordão umbilical de inserção lateral com duas artérias e uma veia. A parturiente ficou com soroterapia em perfusão com ocitocina 10UI para controlo da perda hemática, com vistas à prevenção de hemorragia e atonia uterina no pós-parto, sendo o fármaco de eleição nesta instituição (Ferreira & Reynolds, 2021).

O recém-nascido apresentava boa vitalidade fetal, com Apgar 09/10/10 e foi colocado em contacto pele com pele com a mãe, sendo auxiliada a adaptação à mama a pedido da mulher, com bons reflexos de sucção. O Apgar fornece informações sobre cinco aspetos dos neonatos: frequência cardíaca, esforço respiratório, tónus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele.

Os benefícios do contacto pele com pele para o recém-nascido são: a melhor efetividade da primeira mamada, redução do tempo para desenvolver uma sucção eficaz, regulação e manutenção da temperatura corporal do recém-nascido e maior estabilidade cardiorrespiratória. Já para a mulher essa boa prática produz benefícios, como: fortalecimento do vínculo, incentiva o aleitamento materno, estimula o cuidar materno, proporciona alívio e tranquilidade para mãe e bebé, auxilia a expulsão da placenta e reduz o risco de complicações no pós-parto como a hemorragia após o parto, diminuição da

dor, segurança e diminuição da ansiedade desenvolvida ao longo da gestação (Silva et al., 2019).

De acordo com o protocolo do serviço de Bloco de Partos, passadas 2 horas do parto foi realizada a inspeção do canal de parto e da involução uterina com o objetivo de se avaliar o puerpério imediato e transferir a mulher com segurança para o serviço de internamento. No entanto, a puérpera era mantida sob vigilância contínua após o parto uma vez que essa intervenção permitia a deteção precoce de complicações. A puérpera apresentava globo de Segurança de Pinard bem formado.

Procedeu-se à remoção do cateter epidural, da perfusão de ocitocina e oferecido auxílio, se necessário, para a eliminação urinária através da colocação da aparadeira na posição que Paula ficasse mais confortável para fazê-lo, porém a mesma não referiu ter vontade.

Posteriormente, a parturiente foi transferida para o serviço de internamento do puerpério para onde foi encaminhada, acompanhada pela auxiliar operacional, pela recém-nascida e pelo esposo. Tal procedimento estabelecido como rotina nesta instituição, a meu ver, carece de uma maior atenção, uma vez que durante esse transporte a puérpera ou o recém-nascido podem apresentar alguma alteração aguda no seu estado geral e não existe à disposição nenhum profissional de saúde com competência para um atendimento atempado neste tipo de situação. Seria importante a presença de uma EEESMO ou de um profissional com formação específica, em conjunto com a auxiliar operacional neste transporte para que a segurança da mãe e bebé estivessem mais asseguradas.

Para estabelecer um plano de cuidados significativo para esta mulher foi necessário refletir sobre as suas necessidades e estar atenta ao que ela referia ser mais importante durante o seu trabalho de parto. Foi detetado inicialmente e explicitado verbalmente pela parturiente uma lacuna de conhecimento e necessidade de apoio do seu companheiro notada através do relato quando esta afirmava, por exemplo: *“o toque, a presença do meu marido e dos profissionais, fazem-me sentir segura”*, *“li a respeito da*

hormona da ocitocina, mas ainda não percebi exatamente como ela age no trabalho de parto”.

Com os dados recolhidos e o interesse manifestado em saber mais sobre o assunto identifiquei o diagnóstico **Potencial para melhorar conhecimento sobre trabalho de parto**, e foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

Ensinar sobre trabalho de parto

1. Explicar ação da ocitocina

No momento em que foi solicitado pela parturiente um maior esclarecimento sobre a hormona da ocitocina e como esta agia efetivamente no trabalho de parto, foi explicado que a ocitocina é uma hormona produzida pelo corpo ou em alguns casos e de acordo com critérios definidos poderia ser administrada a ocitocina sintética, com efeitos sobre a contração uterina, o controlo da perda sanguínea, o estabelecimento do vínculo entre mãe e filho e posteriormente na amamentação. No entanto, neste momento optou-se por explicar de forma simples e objetiva para que a parturiente pudesse compreender toda a informação que lhe era transmitida e que faria mais sentido em cada fase do trabalho de parto.

Justificação: A ocitocina é uma hormona nonapeptídica visto ser composta por aminoácidos (molécula peptídica) que se encontram organizados numa estrutura cíclica de seis aminoácidos e uma cauda de três (Moberg et al., 2019). Devido à diversidade de efeitos que provoca no organismo, foi recebendo denominações, sendo hoje muitas vezes referida como a “hormona do amor”, “hormona da calma e da conexão” ou até mesmo a “hormona da confiança” (Walter et al., 2021). A ocitocina endógena e exógena faz-se necessário quando adequada à cada fase do trabalho de parto. Neste caso em particular, a própria parturiente solicitou saber mais sobre esta hormona na fase de colheita de dados por referir que havia lido sobre este tema e que gostava de saber mais informações.

A ocitocina é produzida a nível cerebral, no hipotálamo, pelos núcleos paraventriculares (PVN) e pelos núcleos supraópticos (SON), onde é libertada em áreas cerebrais específicas de forma a garantir efeitos generalizados. É transportada até à neuro-hipófise através dos axónios desses neurónios, onde é posteriormente libertada a nível plasmático de forma a contribuir para os seus efeitos sistémicos (Walter et al., 2021).

Para além desses mecanismos de transporte sistémicos, a ocitocina é mediada por dendritos de neurónios SON e PVN, ativando regiões cerebrais associadas ao prazer e recompensa, comportamentos sociais, comportamentos sexuais, formação de memória e regulação de emoções. Efeitos que podem persistir ao longo do tempo uma vez que a degradação da ocitocina a nível cerebral ocorre de uma forma mais lenta que a nível sistémico. A nível cerebral, a ocitocina funciona como um neurotransmissor, transmitindo sinais entre as células nervosas e também, como neuromodulador, interferindo na função de outras hormonas e de sistemas cerebrais, desempenhando um papel fulcral face à interligação dos sistemas hormonais na reprodução, gravidez, parto e pós-parto (Walter et al., 2021).

A nível sistémico, a ocitocina é responsável entre outros, pelas: contrações musculares lisas (involuntárias) características do orgasmo masculino e feminino, contrações uterinas associadas aos diferentes períodos do trabalho de parto e, ainda, pelas contrações das células mioepiteliais responsáveis pela ejeção do leite na glândula mamária (Ramos et al., 2024).

A libertação de ocitocina pela hipófise mantém um padrão constante ao longo da gravidez, tornando-se pulsátil durante o trabalho de parto, parto e durante a lactação, de forma a estimular a produção de prolactina e a garantir a manutenção da sensibilidade dos recetores de ocitocina (Moberg et al., 2019).

A ocitocina é ainda produzida localmente em células especializadas do útero, decídua, córion e âmnio, influenciando o comportamento das células vizinhas. A concentração da ocitocina é extremamente variável e sujeita a interferências individuais, tais como respostas a estímulos fisiológicos e ambientais (Walter et al., 2021).

Os recetores da ocitocina encontram-se localizados nos tecidos musculares uterinos, cérebro e outros tecidos periféricos. A ocitocina liga-se ao seu recetor específico que se encontra na superfície da célula alvo, ativando um sistema de sinalização químico no interior daquela célula. A sua ativação encontra-se sob influência da capacidade de ligação (sensibilidade) da molécula de ocitocina ao seu recetor específico (Brum et al., 2023).

A sensibilidade dos recetores de ocitocina pode variar de indivíduo para indivíduo uma vez que se encontram sob influência da ação de outras hormonas, como também podem variar num mesmo organismo em função do desenvolvimento físico e das alterações hormonais que nele estejam a ocorrer em determinado momento da sua vida. Por exemplo, numa mulher grávida, é altamente expectável que os recetores de ocitocina (bem como a sua sensibilidade) aumentem a partir do terceiro trimestre da gravidez em resposta ao consequente aumento de estrogénio e ainda devido à presença de prostaglandinas, que promovem a sua formação a nível uterino (Castellanos-Villegas et al., 2023).

O número de recetores de ocitocina também se encontra aumentado nas múltiparas em trabalho de parto, ocasionando, por sua vez, efeitos de autorregulação de ocitocina mais eficazes, o que justifica o aumento substancial da libertação de ocitocina nestas parturientes, quer a nível central quer a nível sistémico, proporcionando-lhes um trabalho de parto mais eficaz e com menor necessidade de intervenção (Pietroski, 2022).

Em acordo com o conhecimento atual, reconhece-se que a ação da ocitocina se encontra mediada por vários ciclos de feedback positivos cujas condições fisiológicas que promovem a sua ocorrência e ativação vão sendo progressivamente preparados momentos antes do início do trabalho de parto. Assim, se reconhece o importante papel da crescente concentração de estrogénio no último trimestre da gravidez, responsável pelo início do aumento dos recetores de ocitocina presentes no útero, bem como o aumento da sua concentração a nível cerebral e sistémico (Castellanos-Villegas et al., 2023).

Segundo Walter et al. (2021), esta síntese de ocitocina que ocorre localmente no útero e em resposta ao consequente aumento de estrogénio, acontece de forma independente da sua produção endócrina no hipotálamo. Esta foi a conclusão retirada de estudos científicos cujos resultados, numa fase inicial do trabalho de parto, evidenciaram a presença de ocitocina a nível local (no útero) sem, por conseguinte, se verificar o seu aumento a nível sanguíneo (Fujita et al., 2023).

A ocitocina produzida a nível uterino irá agir indiretamente através da estimulação da produção de prostaglandinas (E2 e F2a) e, ainda, irá agir de forma direta, ativando os canais de cálcio presentes nas células do músculo liso, iniciando as contrações musculares. Estas contrações iniciais ocorrem de forma irregular uma vez que ainda se encontram desprovidas da produção da ocitocina a nível cerebral, caracterizada pela sua libertação ritmicamente pulsátil (Walter et al., 2021).

Em seguida são evidenciados os mecanismos fisiológicos de feedback positivos responsáveis pela ação da ocitocina numa fase ativa do trabalho de parto. Assim, e segundo Balaskas & Sarzana (2021), durante o trabalho de parto ativo:

- A ocitocina é libertada de forma pulsátil pela hipófise posterior, sendo transportada pela corrente sanguínea até ao útero onde se encontram os seus recetores específicos;
- Quando estabelece ligação com os recetores presentes no miométrio, promove a contratilidade do mesmo e aumenta a sensibilidade celular para o cálcio;
- Quando estabelece ligação com os recetores de ocitocina presentes na decídua, aumenta igualmente a sua sensibilidade ao cálcio e favorece a produção de prostaglandinas que contraem o miométrio adjacente;
- As prostaglandinas, por sua vez, aumentam a quantidade e a sensibilidade dos recetores de ocitocina promovendo (de forma indireta) a atividade da

ocitocina, e estabelecendo-se, assim, um importante ciclo de feedback positivo;

- A percepção das contrações uterinas transmitida a áreas cerebrais específicas através dos nervos sensoriais desenvolve outro sistema de feedback positivo através da estimulação dos núcleos paraventriculares (PVN) e supraópticos (SON), aumentando a produção de ocitocina e o consequente aumento dessa contratilidade;
- A própria ocitocina desenvolve também ciclos de feedback positivos através de mecanismos de autorregulação, o que contribui para a presença de picos extremos desta hormona quer a nível cerebral, quer a nível sistémico;
- A elevada concentração de ocitocina a nível cerebral contribui para a diminuição de sensações como o medo e a dor e promove sensações positivas de confiança e de procura de apoio social, para além de ativar as áreas cerebrais responsáveis pelo comportamento materno, de forma a preparar respostas rápidas e adequadas para o nascimento e pós-parto, contribuindo, desta forma, para a sobrevivência da díade;
- A secreção pulsátil vai progressivamente aumentando a sua amplitude e frequência, como resposta aos estímulos sensoriais recebidos a nível cerebral mas também devido à pressão exercida pela descida do feto e estimulação dos mecanorreceptores presentes no colo do útero e paredes vaginais ocasionando outro ciclo de feedback positivo que irá estimular a contínua pulsatilidade da ocitocina e dar origem ao reflexo de Ferguson. Este padrão de libertação pulsátil da ocitocina promove não só a regularidade das contrações (de forma a tornarem o trabalho de parto mais efetivo), mas também permite a manutenção da sensibilidade dos recetores de ocitocina e facultar a oxigenação fetal aquando da diminuição da sua concentração e do repouso uterino. Estes mecanismos minuciosamente interligados contribuem para o desenvolvimento da cascata hormonal característica e fisiologicamente responsável pela eficácia do trabalho de parto, parto, pós-parto e amamentação (Castellanos-Villegas et al., 2023).

2. Explicar efeitos da ocitocina

Após solicitação da parturiente para saber mais informações sobre a hormona da ocitocina que a mesma havia lido durante a gravidez, foi importante explicar sobre os efeitos no trabalho de parto, como induzir e acelerar a parturição através do início ou aumento da frequência e da intensidade das contrações uterinas, agindo de forma semelhante à hormona produzida de maneira endógena, além de atuar no vínculo entre mãe e filho e na sensação de prazer e bem-estar. Após o parto age no controlo da perda hemática e na ejeção do leite materno, quando falamos sobre a amamentação.

Justificação: Russo & Nucci (2020), afirmam que durante o trabalho de parto e nascimento, a ocitocina é libertada não só a nível sistémico pela hipófise materna, promovendo as contrações uterinas, mas também a nível central pelo seu sistema límbico, ativando rápidas respostas maternas que irão favorecer a adaptação extrauterina do seu bebé e promover a sua sobrevivência de modo a garantir a coordenação entre os comportamentos e instintos biológicos com os eventos reprodutivos que se encontram a decorrer.

Assim, serão apresentados os efeitos da ocitocina, segundo Russo & Nucci (2020): 1) Reprodução: a ocitocina é libertada durante a atividade sexual atingindo um pico no orgasmo, causando contrações rítmicas que promovem a ejeção de espermatozoides e contrações no assoalho pélvico feminino que facultam a sua progressão; 2) Regulação do sistema nervoso autónomo (SNA): aumenta a atividade do sistema nervoso parassimpático (ramo do SNA), diminuindo a frequência cardíaca e a pressão arterial, reduzindo desta forma o consumo de energia e favorecendo o repouso e efeitos de “calma e conexão”; 3) Diminuição do stress: reduz a atividade das hormonas de stress características da ativação do sistema nervoso simpático (SNS) (epinefrina e norepinefrina), contribuindo para o equilíbrio fisiológico. A nível do eixo hipotálamo-hipófiseadrenal (HPA) reduz a atividade das hormonas de resposta ao stress de médio prazo (hormona libertadora de corticotrofina - CRH, hormona adrenocorticotrófica - ACTH, cortisol e beta-endorfinas); 4) Diminuição do medo e da ansiedade: responsável pela diminuição da atividade

da amígdala, incitando a comportamentos de interação social; 5) Diminuição da dor: possui propriedades biológicas que promovem o alívio natural da dor; 6) Aquecimento: promove vasodilatação, criando um efeito de aquecimento fisiológico que quando ocorre a nível do tórax materno facilita a manutenção da temperatura corporal do recém-nascido; 7) Amamentação: durante esta fase a ocitocina é libertada também de forma pulsátil favorecendo a produção de prolactina (hormona responsável pela produção de leite materno) e a contração das células mioepiteliais presentes na glândula mamária, promovendo a ejeção do leite; 8) Comportamento socio afetivo: motiva a interação social e aumenta a sociabilidade dentro da mesma espécie, promovendo sentimentos de confiança, generosidade, empatia, contacto visual, reconhecimento facial e discriminação de estados emocionais; 9) Favorece comportamentos de “cuidar”: níveis fisiológicos de stress podem favorecer uma resposta mediada por ocitocina com base nos comportamentos associados ao “cuidar”, com um importante papel face à sobrevivência da prole; 10) Vinculação: quando a nível central, controla o início do vínculo mãe-bebé e as respostas emocionais da mãe em relação ao filho; 11) Prazer e recompensa: ativa sistemas de recompensa associados à dopamina, promovendo sensações de prazer e gratificação, apelando a comportamentos reprodutivos.

Concluimos, então, que a ocitocina se encontra maioritariamente relacionada com a calma e com o relaxamento, contudo se o ambiente físico for percebido como hostil ou desconhecido, são ativados padrões de resposta de alerta de forma a procurar defesa e segurança em relação ao indivíduo e à prole (Walter et al., 2021).

O apoio profissional para além do apoio social, desempenha um importante papel, uma vez que garante empatia, confiança e segurança no processo que se encontra a decorrer, por ser alguém detentor de conhecimento especializado. Uma adequada relação terapêutica, de confiança e empatia, auxilia a concentrar todas as energias da parturiente nos processos corporais que acompanham a evolução do seu trabalho de parto (Olza et al., 2020).

Segundo Rufino et al. (2024), uma mulher em trabalho de parto encontra-se muito mais exposta, sensível e vulnerável o que prejudica o seu sentido crítico sendo que irá apresentar dificuldades em relativizar informações ou ações que lhe são direcionadas por uma equipa onde ela não desenvolveu uma relação de confiança, aumentando drasticamente qualquer sentimento de contrariedade que possa ter em determinado momento. Pois naquele momento, ela sente que qualquer consequência que possa dali advir, tem uma implicação direta com a saúde e o bem-estar do seu bebé uma vez que a elevada concentração de ocitocina, enaltecem os seus comportamentos de defesa e de cuidar (Olza et al., 2020).

Tendo em consideração a solicitação da parturiente sobre os recursos disponíveis no Bloco de Partos que poderiam facilitar o trabalho de parto e através de relatos como, *“a música é algo que sempre me auxiliou a relaxar”*; *“gostava de poder movimentar-me durante o trabalho de parto e não ficar só na cama, isto (movimentar-me) ajuda-me a relaxar”*; *“a presença, o toque do meu marido ajuda a sentir-me mais segura; “usei a bola suíça na gravidez e quero usá-la durante o trabalho de parto... li que ela pode ajudar na descida do bebé...”* identificou-se o diagnóstico **Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto**, foram implementadas intervenções que visam a compreensão sobre estratégias que favorecem a evolução fisiológica do trabalho de parto como o toque, a posição corporal, o uso de música, o uso de bola de parto, e a gestão do ambiente físico.

Ensinar sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

1. Explicar efeito do toque

De acordo com o que foi descrito e verbalizado pela parturiente, o toque do seu marido durante o trabalho de parto, fazia com que ela se sentisse mais apoiada e segura.

Justificação: A libertação de ocitocina pode ser estimulada pela ativação dos nervos sensoriais da pele o que também contribui para a diminuição dos níveis de stress e dor (Olza et al., 2020).

É um tipo de interação que pode ser realizada pelo acompanhante ou, até mesmo, desempenhado pelo profissional de saúde. A ativação dos nervos sensoriais da pele pode ser feita através do toque, como foi realizado neste caso (Brum et al., 2023).

2. Explicar efeitos das posições corporais

A liberdade de movimentos foi um dos aspetos referidos como mais significativos e importantes de serem realizados pela parturiente neste caso, sendo realizados nomeadamente na bola de parto movimentos circulares, além da deambulação, posição vertical (permitindo o relaxamento do períneo e dos ossos sacroilíacos a fim de aumentar os diâmetros dos estreitos da bacia), com nutação (aumentando o estreito médio e inferior da bacia) e contra nutação (aumentando o estreito superior), sempre de acordo com a aceitação e tolerância da parturiente.

Justificação: Como referido anteriormente, um dos ciclos de feedback positivo da ocitocina ocorre quando os nervos sensitivos são estimulados a nível do pavimento pélvico e a nível vaginal. Desta forma, podemos também concluir que posições verticais que através da gravidade auxiliem nesta estimulação nervosa irão favorecer a natural evolução do trabalho de parto (Silveira et al., 2023).

Silva & Silva (2019) afirmam ainda que posições que permitem o embalo corporal são favorecedoras da estimulação do sistema nervoso parassimpático e devem ser também privilegiadas de forma a favorecer a ação da ocitocina.

Sabe-se que durante o trabalho de parto, é considerado que a pelve está livre quando os ossos e ísquios têm movimento em todas as direções sobre as cabeças femorais, o que só é possível se os membros inferiores estiverem em flexão igual ou inferior a 90 graus em relação ao tronco. Por outro lado, se os

membros inferiores estiverem em extensão ou flexão superior a 90 graus, a pelve perde sua mobilidade e não é considerada livre. Durante o primeiro estadió do trabalho de parto e durante a transição para o segundo estadió, é encorajada a realização de movimentos assimétricos que ajudem na descida fetal adequada no canal de parto. Um desses movimentos é a contranutação, movimento que permite ao osso sacro bascular para trás, afastando o promontório da sínfise púbica e movendo o cóccix para frente em direção ao ísquio. Esse movimento aumenta o diâmetro ântero-posterior da pelve de entrada, sendo relevante no início do trabalho de parto (Costa et al., 2022).

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

3. Explicar efeito do uso de música

A música segundo a parturiente, era um fator que lhe trazia relaxamento e distração. Paula referiu que este era um recurso que a mesma utilizava em diversas situações da sua vida que geravam stress.

Justificação: A musicoterapia no trabalho de parto pode ser considerada coadjuvante na analgesia, reduzindo a descompensação emocional, relaxando a parturiente para proporcionar uma experiência mais agradável. Há autores que discorrem que a música desvia a atenção da grávida do foco da dor, por proporcionar um estímulo agradável ao cérebro, interferindo no eixo tensão-dor e resultando em uma maior sensação de relaxamento (Ferreira et al., 2021).

No estudo de Lorencetto et al. (2021), foi observado que o uso de música durante o trabalho de parto pode favorecer o alívio da dor, a diminuição da tensão, o aumento na sensação de segurança e tranquilidade, no estabelecimento do vínculo parturiente-profissional e na melhor ambientalização.

A sonoridade agradável provoca uma autorregulação emocional aumentando os níveis de dopamina e diminuindo os níveis de cortisol, com decorrente aumento da endorfina. Isso leva ao aumento da modulação cardíaca parassimpática. Também proporciona uma diminuição nos níveis de stress e ansiedade, com consequente estabilização da frequência cardíaca e respiratória, levando ao relaxamento da parturiente, tornando-a mais colaborativa e melhorando a sua experiência da parturição (Ferreira et al., 2021).

4. Explicar efeito do uso de dispositivo: bola de parto

A Paula descreve logo no início do contacto o desejo de utilizar a bola de parto. A mesma aceitou e tolerou realizar exercícios circulares e de natação e contra natação na bola de parto, sendo orientada que os mesmos teriam o potencial de promover o relaxamento da musculatura pélvica e na abertura dos estreitos superior, médio e inferior da bacia.

Justificação: O uso da bola de parto permite à mulher ter liberdade de alterar a posição de apoio do seu peso, bem como apoiar a região pélvica, para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Além disso, pode favorecer a descida fetal nas situações em que o trabalho de parto não esteja progredindo efetivamente (Silva & Araújo, 2024).

Apresenta-se como alternativa viável para promover o alívio da dor e trabalhar a musculatura pélvica, além de promover a descida da apresentação fetal, relaxamento, progressão do parto, exercício do períneo, alívio da dor, benefícios psicológicos e movimentação materna (Filho et al., 2023).

5. Explicar efeitos de períodos de repouso

Era frequente na assistência ao parto no decorrer do estágio, a solicitação por parte das parturientes e também deste caso, por descansar. Isto era observado muitas vezes no primeiro e segundo estágio do trabalho de parto quando as parturientes referiam cansaço e era proporcionado um ambiente

calmo, acolhedor, com pouca luz de modo a promover o repouso. As parturientes dormiam cerca de 1 a 2 horas e posteriormente demonstravam maior disposição para lidar com o trabalho de parto.

Com a Paula, após a realização de exercícios na bola de partos e após a deambulação, a mesma solicitava descansar por períodos de aproximadamente 40 a 60 minutos, e com o auxílio da música e do toque do seu companheiro, conseguia dormir e despertava apresentando uma maior disposição e energia.

Justificação: A melatonina produzida pela glândula pineal materna durante os períodos de sono, aumenta a sensibilidade do miométrio à ocitocina e promove a formação de junções comunicantes responsáveis pelo aumento da contratilidade uterina. Uma vez que a percepção de contratilidade uterina origina um ciclo de feedback positivo face à libertação da ocitocina, tal processo irá ter um efeito favorável na eficaz evolução do trabalho de parto (Rodrigues et al., 2024).

O que aprendi com os casos como o da Paula: reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências

Este caso foi escolhido por ser um perfil de parturiente muito comum nos dias atuais, considerando o fácil acesso e à quantidade de informações disponibilizadas através de *websites*, de perfis de influenciadores digitais etc. Muitas vezes as mulheres veem-se diante de uma quantidade imensa de informações que nem sempre são as de melhor qualidade, baseadas em evidência ou adequada ao seu contexto e especificidades.

Trata-se de uma situação que se torna cada vez mais frequente com a era digital e que cabe a nós profissionais de saúde, saber conduzir, orientar e filtrar todas essas fontes e conduzir a um bom porto onde esse conteúdo realmente se traduza em segurança e empoderamento.

Como futura EEESMO foi desafiante estabelecer num primeiro contacto uma relação de confiança para que este casal confiasse nas informações

fornecidas, e o que colaborou para que isto ocorresse foi demonstrar o conhecimento mais significativo e demonstrar receptividade e compreensão frente a sentimentos de ansiedade e insegurança decorrentes da falta de conhecimento relacionado ao contexto daquela parturiente para que esta pudesse utilizar plenamente de sua autonomia em fazer escolhas conscientes e esclarecidas.

O conhecimento, definido como o conteúdo específico do pensamento, baseado na sabedoria adquirida, na informação ou nas aptidões aprendidas, no conhecimento e no reconhecimento da informação, remete tanto para a compreensão de determinada informação como para a capacidade de mobilizar as informações necessárias à manutenção/estabelecimento da saúde. No âmbito dos processos de transição, no caso o Trabalho de parto, os conhecimentos são entendidos como condição facilitadora na medida em que conhecer antecipadamente o que é esperado durante a transição e as estratégias necessárias para lidar com as mudanças e as suas consequências, são determinantes para potenciar uma transição saudável (OE, 2021).

Trabalhos desenvolvidos neste âmbito têm vindo a evidenciar que o conhecimento acerca do trabalho de parto diminui a tensão e aumenta o relaxamento das mulheres, o que amplia a probabilidade de uma maior percepção de controlo, contribuindo para uma experiência de trabalho de parto mais positiva (Silva et al., 2021; Pereira et al., 2022).

Portanto, conhecer as necessidades, os valores, as preferências e as expectativas de uma mulher durante o trabalho de parto auxilia o EEESMO a prestar cuidados significativos e de qualidade às mulheres.

4.1. Abordagem Spinning Babies® na assistência ao parto

Outra experiência enriquecedora no Bloco de Partos envolveu: *Grávida de 39 semanas + 5 dias, internada por queixas de dor do tipo cólicas de moderada intensidade em região de baixo ventre, regulares e com intervalo médio de 5 minutos, com perda de líquido por via vaginal. Tratava-se de uma parturiente*

com 26 anos de idade, IG, de grupo sanguíneo B positivo e Streptococcus do grupo B negativo, acompanhada pelo marido.

História da gravidez e contexto individual e familiar da grávida

Trata-se de um casal com idade materna de 26 anos e paterna de 28 anos, que referiu ser uma gravidez não planeada, porém desejavam ter filhos. Quando ocorreu a descoberta da gravidez, inicialmente ficaram surpresos e receosos por não terem planeado engravidar na altura, mas referem que com o passar do tempo acabaram por conseguir assimilar a notícia e que posteriormente sentiram-se contentes com a expectativa de iniciar uma família.

Partilharam a notícia com a família de ambos e também com os amigos mais próximos. Em termos de apoio familiar, não possuíam uma rede de apoio próxima e com quem poderiam contar, uma vez que os pais de ambos viviam em outros distritos. Alguns amigos e uma familiar que vivia próxima da área de residência do casal eram basicamente os que desempenhariam o papel de rede de apoio para os cuidados com a casa e com o bebé.

Inês verbalizou sentir-se segura com a presença do companheiro, pois acreditava que seria uma fonte de apoio para lidar com o processo do trabalho de parto uma vez que ela receava como decorreria e como lidaria com a dor do trabalho de parto. Disse ainda que acreditava ter uma boa tolerância à dor, mas que por ser a sua primeira experiência de parto sentia-se ansiosa em como lidaria com este tipo de dor, acreditando ser importante para si poder movimentar-se livremente durante todo o processo.

Em relação às expectativas sobre o trabalho de parto, o casal também relata ser importante para ambos a manutenção da privacidade em cada momento, que não houvessem demasiados profissionais sempre presentes na sala de parto e que dentro do possível os procedimentos fossem realizados preferencialmente pelos mesmos profissionais.

A falta de privacidade durante o parto foi evidenciada em um estudo realizado com várias primíparas (Oliveira, 2023). A pesquisa mostrou que durante o parto as mulheres sentiam vergonha e constrangimento, quando existiam muitas pessoas em sala, a entrar e sair várias vezes (Silva et al., 2022).

O casal refere ter feito a preparação para o parto em conjunto com a enfermeira do Centro de Saúde de sua área de residência.

Descrição das atividades realizadas

A interação com este casal deu-se durante um turno no período das 20h às 08h. A parturiente veio do domicílio e acompanhada pelo marido Tomás (nome fictício), grávida de um bebê do sexo masculino, com o diagnóstico médico de trabalho de parto.

Após terem sido realizados os procedimentos habituais de internamento junto ao pessoal administrativo, Inês (nome fictício) foi admitida na Sala de Partos, aonde foi apresentada brevemente a estrutura física, os materiais e os equipamentos da sala.

Foi também explicada brevemente a rotina e a dinâmica do serviço. É protocolar no serviço do Bloco de Partos à admissão, que as parturientes sejam submetidas a cateterização de veia periférica, o que foi realizado com o consentimento da parturiente.

Foi instalado CTG para monitorização do bem-estar fetal, que foi evidenciado (FCF média de: 141bpm), sem desacelerações, com boa variabilidade, com atividade uterina de 4 contrações em 10 minutos com boa amplitude.

Por volta de 1h30minutos após, a parturiente referiu maior intensidade da dor e solicitou a colocação do cateter epidural. A parturiente ficou com indicação do anestesista para administração de bólus de 5ml de Ropivacaína a 0,2% com o intervalo mínimo de 1h entre cada administração.

Após 2h da colocação do cateter epidural, Inês solicitou que fosse realizado novo exame de toque para avaliação do colo uterino pois referia “querer saber como estava a dilatação do colo”. Dado o consentimento, o colo apresentava-se centrado, amolecido, com dilatação de 7cm e 80% de extinção. Foi também identificada a apresentação fetal cefálica em posição occiput-posterior direita na transição do II para o III Plano de Hodge. Mediante esta situação e uma vez que a parturiente demonstrou disponibilidade e interesse, foi explicado e proposto à parturiente a realização de posicionamentos relativos à abordagem Spinning Babies®.

Spinning Babies® é uma abordagem reconhecida e certificada internacionalmente reunida e divulgada por Gail Tully, uma *midwife* com mais de 35 anos de anos de experiência na assistência ao trabalho de parto, recorrendo à otimização da relação física entre o corpo da mulher e da do bebé levando a um parto mais facilitador. Através de ações que permitem perceber em que posição, variedade e plano se encontra o bebé, traçam-se atividades não invasivas junto da mãe, para uma solução mais natural e fisiológica de eventuais desafios que ocorram. Esta abordagem pode ser utilizada com recursos a objetos simples e de fácil acesso, ainda durante a gravidez até ao parto (Spinning Babies®, 2022).

Neste caso em específico, foram utilizadas duas técnicas, com a supervisão do EEESMO tutor que afortunadamente era conhecedor e também defensor desta abordagem. Primeiramente a “Lunge” e posteriormente a “Dip the Hip” por serem as mais indicadas a este tipo de apresentação fetal e por ambas auxiliarem na assimetria e encaixe fetal.

Após aproximadamente 2h da realização das técnicas propostas, a própria parturiente solicitou para que se realizasse novo exame de toque vaginal referindo “querer saber como estaria a posição do seu bebé e a dilatação do colo do útero”. Neste momento foi constatado dilatação de 9cm com o colo extinto e a parturiente começou a referir uma sensação de pressão na vagina.

Foi explicado à Inês como seria o início do período expulsivo e para que ela ouvisse e seguisse o que o seu corpo pedia, de forma a respeitar a sua

fisiologia de parto, pelo que Inês optou por intercalar períodos de deambulação com repouso em decúbito lateral esquerdo, solicitando sempre que o seu companheiro estivesse próximo a si.

Após 40 minutos, a parturiente referiu vontade de puxar e pressão na região supra púbica e do períneo. Neste momento foi feito novo exame de toque vaginal com o consentimento da parturiente, que evidenciou dilatação completa. Nesta fase, Inês referiu que sentia-se mais confortável em puxar na posição de cócoras, pelo que foi auxiliado este posicionamento aliado à exercícios respiratórios.

Acredita-se que os exercícios respiratórios, ao aumentarem a quantidade de oxigênio disponível para a mãe e para o feto, aumentam o relaxamento e a confiança, deixando a mulher mais calma e satisfeita, além de reduzir o desconforto e a dor, ajudar na descida fetal e reduzir a pressão exercida no períneo (Pereira et al., 2020).

Após 30 minutos de esforços expulsivos, Inês referiu uma sensação de ardor na região genital. A parturiente foi colocada na posição de litotomia a pedido da mesma e passados 20 minutos, teve um parto eutócico, com laceração de primeiro grau que não demandou sutura. Foi realizada a laqueação tardia do cordão umbilical e o corte foi feito pela Inês, a pedido na mesma no momento do nascimento.

Apresentou perda sanguínea dentro da normalidade e após a dequitação natural (mecanismo Schultz), procedeu-se ao exame da placenta, com membranas íntegras e cordão umbilical de inserção central com duas artérias e uma veia. A parturiente ficou com soroterapia em perfusão com ocitocina 10UI para controlo da perda hemática.

O recém-nascido apresentava boa vitalidade fetal, com Apgar 09/09/10 e foi colocado em contacto pele com pele com a mãe, sendo auxiliado a adaptação à mama a pedido da puérpera, com bons reflexos de sucção.

Passadas 2h do nascimento, foi realizada a inspeção do canal de parto, involução uterina e loquiação que encontrava-se fisiológica, com globo de

Segurança de Pinard bem formado. Este procedimento é protocolo da unidade de Bloco de Partos, no entanto, havia uma vigilância contínua da puérpera até a sua transferência para o internamento.

Procedeu-se à remoção do cateter epidural e da perfusão de ocitocina, bem como colocado a aparadeira a pedido da Inês que apresentou micção espontânea. Posteriormente, a parturiente foi transferida para o serviço de internamento do puerpério.

Para identificar os diagnósticos de enfermagem foi importante identificar as expectativas e desejos deste casal em relação ao processo do trabalho de parto, que suscitaram a necessidade de refletir sobre as práticas do EEESMO de forma a ir ao encontro com às suas necessidades e implementar as intervenções mais significativas.

Também foram identificadas lacunas de conhecimento através do relato realizado pela parturiente e pelo seu companheiro, quando afirmavam, por exemplo: *“como irei sentir e lidar com a dor do trabalho de parto?”*; *“sinto insegurança em movimentar-me com a presença do meu companheiro e da enfermeira durante o trabalho de parto”*; *“ele (marido) está a ser a minha tábua de salvação. O maior dos meus analgésicos”*; *“quais as posições que poderei ficar confortável e que poderão ajudar na evolução do trabalho de parto?”*.

Com os dados recolhidos, e mediante a disponibilidade para aprender que a parturiente/companheiro demonstraram, elaborei o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Potencial para melhorar Conhecimento sobre Dor de Trabalho de Parto**, sendo implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

1. Explicar sobre a dor de trabalho de parto

Desde o momento em que Inês referiu que sentia-se receosa em relação à dor do trabalho de parto por ser sua primeira experiência de parto, por não saber se conseguiria lidar com este tipo de dor, apesar de acreditar que tinha uma boa tolerância, foi identificada a necessidade de explicar de maneira objetiva

sobre a dor do trabalho de parto e como será descrito adiante, todas as opções não farmacológicas e farmacológicas que a parturiente tinha à disposição para lidar com a dor.

Justificação: A dor em obstetrícia não é apenas a dor do trabalho de parto, ela engloba os desconfortos músculo-esqueléticos sentidos durante a gravidez estendendo-se ao puerpério (Silva et al., 2024). No entanto a dor vivenciada no trabalho de parto é a mais recuada e pode influenciar mais negativamente a mulher e a sua satisfação com a experiência vivida.

Figueiredo (2023) apresenta os fatores que podem influenciar a reação à dor, caracterizando-os em fatores fisiológicos, culturais, ansiedade, experiência anterior, preparação para o nascimento, conforto, apoio e ambiente. Todos estes contribuem para que a dor seja percebida de formas distintas, quer pelo mesmo indivíduo a viver a mesma experiência em circunstâncias diferentes, quer por dois indivíduos a viver a mesma experiência na mesma circunstância.

Santos et al. (2020), realizaram um estudo acerca da experiência das mulheres na gestão da dor durante o trabalho de parto onde confirmaram que a experiência da dor é variável, complexa e multifacetada. Identificam o suporte e apoio contínuo como um ponto fulcral para melhorar a capacidade da parturiente para gerir positivamente a dor levando a uma melhor adaptação e autocontrolo.

Tendo em conta a solicitação da parturiente acerca de informações sobre a gestão da dor e as opções disponíveis no serviço, bem como sobre quais estratégias poderiam facilitar a evolução do trabalho de parto através dos seguintes relatos: *“o que tenho cá disponível que poderá ajudar-me a lidar com a dor?”*; *“o meu marido pode fazer alguma coisa para ajudar durante o trabalho de parto?”*; *“existe alguma posição ideal ou exercícios que posso fazer para ajudar na evolução do trabalho de parto?”*, identificou-se o diagnóstico **Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto** e foram implementadas intervenções que visam a transmissão de informação sobre a evolução do trabalho de parto e a

posição fetal desafiante supra descrita, será abordado: a gestão da dor, a gestão da privacidade, a presença de acompanhante e [abordagem Spinning Babies®].

1. Ensinar sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: gestão da dor

De acordo com a solicitação da parturiente em saber mais sobre a dor do trabalho de parto e de como seria a sua evolução no decorrer de cada fase, foi explicado à Inês de forma clara e objetiva como a dor poderia evoluir de acordo com cada período do trabalho de parto e como poderíamos trabalhar em conjunto para lidar com cada fase com vistas a gerir da melhor maneira possível as queixas algícas.

Inicialmente Inês optou por utilizar estratégias não farmacológicas como por exemplo, o toque do marido, a alternância de posições que sentia-se mais confortável, os exercícios respiratórios e posteriormente, solicitou a colocação do cateter epidural.

Justificação: Com o avançar do trabalho de parto e conseqüente aumento da amplitude e da frequência das contrações uterinas bem como o aumento da pressão exercida pela apresentação fetal no assoalho pélvico, a dor vai-se intensificando e a inicial experiência da dor transforma-se na aceitação e controlo da mesma (Olza et al., 2020).

Nesta fase, as mulheres sentem especial necessidade de se focarem totalmente na sua experiência física. Torna-se importante refletir sobre o significado que aquela dor possui para aquela mulher. Algumas parturientes assumem a dor como parte natural do parto, estabelecendo com esta sensação uma reflexão interior de confiança no seu próprio corpo (Figueiredo, 2023).

Isto uma vez que sensações de dor intensa, podem intensificar o medo e a ansiedade impedindo também a alteração no estado de consciência da parturiente que se encontra focada nas suas sensações dolorosas. Situações que podem potencializar a ação do sistema nervoso simpático e a diminuição

da ação do sistema nervoso parassimpático com conseqüente diminuição da ação da cascata hormonal responsável pela eficaz progressão do trabalho de parto (Silva et al., 2024).

Nesta fase, devem ser analisadas com a parturiente, estratégias de alívio da dor. Estratégias que se encontram interligadas com a relação terapêutica até então desenvolvida, onde o acompanhamento por um profissional de saúde com quem estabeleceram uma relação de confiança ajuda no controlo da dor. A gestão da dor revela-se de extrema importância uma vez que irá interferir com a confiança que as mulheres sentem para se tornarem mães (Olza et al., 2020).

2. Ensinar sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: gestão da privacidade

Inês e seu marido também referiram inicialmente que gostavam de ter seu espaço e privacidade respeitados o quanto fosse possível através da possibilidade de serem assistidos pelos mesmo profissionais e que não houvesse vários elementos da equipa a entrar e sair da suíte de parto.

Justificação: Segundo Olza et al. (2020) as parturientes vivenciam ao longo do trabalho de parto uma alteração do seu estado de consciência e uma alteração da noção do tempo, que permite uma reflexão interior e uma concentração nos processos físicos e psicológicos que estão a ocorrer no seu corpo, necessária para a vivência multidimensional da sua experiência.

O profissional de saúde deve conseguir encontrar um equilíbrio entre mostrar-se presente e disponível e ao mesmo tempo garantir a privacidade à parturiente (Silva et al., 2022).

Sendo que numa fase inicial sentem necessidade de estar mais sozinhas e numa fase de intensificação da dor sentem mais necessidade de acompanhamento, querendo mesmo que o profissional se encontrasse presente fisicamente e visível, garantindo-lhes dessa forma maior sensação de confiança (Olza et al., 2020).

3. Ensinar sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: presença de acompanhante

Para a Inês a presença do seu marido era referida como muito importante para que ela se sentisse segura e apoiada durante a evolução do trabalho de parto e também se houvesse a possibilidade de que ele também pudesse ajudá-la de alguma maneira.

Justificação: O acompanhante de parto pode oferecer apoio emocional, reforçando a confiança da parturiente e apoio físico através do toque (ativação dos nervos sensoriais da pele), o que favorece a ação da ocitocina (Nogueira et al., 2020).

A sua intervenção reduz sentimentos de medo, dor e ansiedade que podem ser vivenciados por parte da parturiente e que tendem a se intensificarem com o avançar do trabalho de parto, auxiliando-a assim na sua gestão emocional (Olza et al., 2020).

4. Ensinar sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto: [abordagem Spinning Babies®]

O uso desta abordagem foi possível devido à disponibilidade e receptividade da parturiente em adotar posições e realizar exercícios que poderiam ser facilitadores da evolução do trabalho de parto e da posição do feto. A seguir será descrito quais as técnicas foram aplicadas.

Justificação: Aquando na entrada na cavidade pélvica, 40% dos fetos assumem uma variedade occiput-posterior, sendo a posição direita a mais frequente (OPD). Quando assim é, a maioria consegue rodar os necessários 135° até que o seu occiput alinhe com a sínfise púbica, num mecanismo do trabalho de parto que se designa por rotação interna. Esta rotação implica um maior esforço do feto em rodar até à posição anterior o que se traduz em um prolongamento da duração do segundo estadio do trabalho de parto, quando

comparado com fetos em posições occiput-anteriores (Bueno-Lopez et al., 2019).

Além disso, significa para a parturiente atravessar um trabalho de parto mais demorado e muitas vezes percebido como mais doloroso com queixas frequentemente intensas na região lombar. Está ainda associado a um maior número de partos instrumentados, cesarianas de emergência, maior perda hemática materna, altas taxas de episiotomia e de ocorrência lacerações de III e IV graus (Dias, 2022).

Existem algumas pistas que podem levar a suspeitar que o bebé está em posição posterior. Por exemplo, se são percebidos e/ou visualizados movimentos dos membros fetais na linha média abdominal materna, se através das manobras de Leopold se sentir o lado direito abdominal da mãe muito mais firme que o esquerdo e ainda através da ausculta fetal, por vezes mais difícil de obter com clareza e forma contínua, conseguindo-se sobretudo à direita precisamente pela orientação posterior do dorso fetal (Spinning Babies®, 2022d).

Além disso, bebés em OPD apresentam-se em extensão, logo a cabeça fetal não está a liderar no menor diâmetro possível dificultando ainda mais a entrada e/ou descida pela cavidade pélvica. Adicionando ao facto de nesta posição ereta, estes bebés terem menos facilidade para se movimentarem pelo que, na maioria das vezes isto representa um longo e exaustivo trabalho para as suas mães (Spinning Babies®, 2022e).

A abordagem Spinning Babies® oferece imensas alternativas que poderão facilitar o acompanhamento à grávida com um bebé nesta posição, onde também é possível estimular a participação do companheiro se a parturiente/pessoa assim o desejar. Conforme propus, apresento as duas estratégias que pude aplicar neste caso em específico, tal como referido anteriormente.

“Lunge” (Spinning Babies®, 2022f)

Cooperando com a fisiologia

Como já foi atrás descrito, alguns bebês em occiput-posterior (OP) precisam de um apoio extra na ampliação do espaço em toda a cavidade pélvica, de modo a favorecer a sua rotação e flexão. Através do “lunge”, que não é mais do que a criação de assimetrias nos diâmetros pélvicos internos através da flexão e da rotação externa de um dos membros inferiores, cria-se a oportunidade da escavação pélvica ser ampliada facilitando os mecanismos associados à rotação e à descida do bebê. Para gerar equilíbrio, devendo ser realizado em ambos os lados.

Onde está o bebê?

Antes de começar, foi importante identificar o plano onde o bebê encontrasse, uma vez que o “lunge” deve ser aplicado preferencialmente na transição do II para o III Plano de Hodge.

Antes de começar

Foi assegurado através do exame de toque vaginal que o bebê estava insinuado e nos planos supra descritos. A parturiente conseguia manter-se numa posição supina em segurança e por vezes era auxiliada para tal. É possível executar o “lunge” com a mulher deitada, desde que se consigam manter as assimetrias pélvicas e a rotação externa do fémur.

Duração

Esta técnica deve ser aplicada durante 10 a 12 contrações podendo ser dividido por 5 a 6 em cada membro inferior.

Passo a passo

1. Auxiliar a parturiente a colocar-se de pé;
2. Colocar uma cadeira ou um banco de um dos lados da parturiente permitindo que ela se apoie nas costas deste ou então como foi realizado, no seu marido, que pôde estar de frente para a Inês conferindo-lhe também apoio e encorajamento visual;

3. A parturiente coloca o pé em cima de uma cadeira de forma estável e confortável. O objetivo é que o seu joelho e dedos do pé fiquem rodados para fora e não para a frente;
4. Durante a contração, a parturiente balança ao seu ritmo em direção ao joelho (mas sem que este ultrapasse a ponta do pé) e para longe dele, voltando à posição inicial. Vai balançando gentilmente, associado a uma respiração profunda e lenta;
5. No intervalo da contração, ela pode devolver o pé ao solo e movimentar-se livremente para promover a circulação e o relaxamento;
6. O marido foi incentivado a balançar suavemente com a Inês de forma tranquila ou promover-lhe conforto no intervalo da contração.

“Dip the Hip” (Spinning Babies®, 2022g)

Cooperando com a fisiologia

Esta técnica é um três em um, pois cria espaço pelo mesmo princípio da assimetria da técnica anterior, facilita a ampliação do estreito médio e inferior da pelve materna, o que confere mais espaço para um bebé OP rodar e descer ocupando este espaço posterior. Confere ainda a suavização dos tecidos moles maternos através do equilíbrio e flexibilidade.

Antes de começar

Levar em consideração o grau de exigência que esta técnica pode representar para algumas parturientes e por isso sugerir deste facto ainda que de forma encorajada, assegurando o acompanhamento permanente. Outra sugestão passa por executar esta técnica com o apoio da pessoa significativa ou até em forma de dança. Tais aspetos foram explicados à parturiente do caso em questão, que demonstrou recetividade e capacidade em executá-la.

Duração

Esta técnica deve ser executada cerca de oito vezes mas cada vez que completa um ciclo, voltar à linha média com ambas as pernas estendidas para devolver flexibilidade e estabilidade às costas.

Passo a passo

1. A parturiente inclina-se completamente apoiando os braços e o rosto, se pretender, sobre uma superfície mantendo as pernas esticadas mas relaxadas. Isto deve criar um plano paralelo ao chão com suas costas e fazer um ângulo de 90° com as suas ancas. Deve procurar manter-se confortável nessa posição;
2. A EEESMO ou pessoa significativa suporta-lhe levemente as ancas, bilateralmente, e guiará o movimento destas. O objetivo é criar movimentos de “infinito ou oito” com a ancas, mantendo os pés e joelhos suaves para acompanharem o movimento;
3. Quem está a guiar o movimento deve levantar uma das ancas e ao mesmo tempo baixando anca contrária até pelo menos 45°;
4. De forma instintiva, a parturiente responde com a elevação do pé do lado da anca que sobe mantendo esta perna esticada e dobrando o joelho da perna contrária, permitindo a descida da anca deste lado atingindo o nível mais baixo que conseguir;
5. Entre cada perna, uma pequena pausa com as pernas esticadas e relaxadas é favorecedor;
6. O movimento contrário obedece ao mesmo princípio, acompanhando o movimento assimétrico de forma natural;

Resultados mais favoráveis acontecem quando se consegue aplicar esta técnica de forma harmoniosa, suave e lenta.

O que aprendi com o caso da Inês: reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências

Prestar assistência ao parto desta parturiente/casal durante o estágio de Bloco de Partos foi, além de enriquecedor, uma possibilidade de colocar em

prática conhecimentos teóricos e práticos incorporado à aplicação de uma abordagem diferenciada como a técnica Spinning Babies®.

O paradigma Spinning Babies® tem um vasto leque de técnicas e atividades corporais que podem ser usadas desde a gravidez até ao parto e que assentam em princípios simples: a posição do bebé, equilíbrio e flexibilidade materna, bem como facilitar o suporte e inserção da pessoa significativa (Spinning Babies®, 2022b).

É amplamente utilizada/valorizada por quem tem a formação completa nesta abordagem e por quem, como eu, só a conheceu recentemente. É realmente fascinante constatar como pequenos, mas concisos movimentos corporais podem ampliar espaços pélvicos e facilitar movimentos inatos do feto como a sua descida e rotação.

O entendimento dos inúmeros fatores que predispõem ou são consequência de determinadas posições fetais bem como o que acarretam para o feto, para a mãe e para o decurso do trabalho de parto, permitem prever e delinear um percurso de atuação preventiva ou como proposta de solução evitando desfechos obstétricos e fetais não desejáveis.

Apesar da abordagem Spinning Babies® ser desde há muito tempo reconhecida e praticada internacionalmente, em Portugal ainda são poucos os profissionais de saúde da área de saúde materna e obstétrica que a conhecem, ou até mesmo pela sua prática até já podem ter aplicado instintivamente algumas técnicas sem conhecerem que poderá fazer parte deste paradigma.

Acredito que tal oportunidade de abordagem foi bem conseguida primeiramente, pelo estabelecimento de um vínculo de confiança entre casal e equipa através da escuta ativa, da valorização e da compreensão dos seus desejos e expectativas, bem como do acolhimento do que seria mais importante e significativo para que a experiência de parto de ambos fosse vivenciada de maneira plena e segura.

Para mim, e para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO traduziu-se numa possibilidade de confirmar e fundamentar o que acredito ser

um dos pilares de uma assistência de qualidade para a mulher na sua vivência de parturição.

Se considerarmos as atribuições dos cuidados especializados do EEESMO, que dizem respeito à “Cuidar a mulher durante o trabalho de parto, garantindo a assistência em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do feto/recém-nascido e contribuir para experiência de parto positiva; Cuidar da pessoa significativa que acompanha a parturiente, contribuindo para uma experiência positiva de apoio no parto.” (OE, 2021), penso ter atingido este objetivo, também atribuído ao facto da disponibilidade e recetividade do casal e também da presença facilitadora do EEESMO tutor.

4.1.1. Benefícios da alternância de posições durante o trabalho de parto: Revisão narrativa da literatura

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

A prática baseada na evidência (PBE), que constitui-se num “método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar” (ICN, 2012, página 10), traduz-se numa forma de fundamentar assuntos e por consequência dar poder e autonomia aos enfermeiros no exercício da profissão. Os EEESMO não são exceção, uma vez que representam um papel

essencial na prestação de cuidados de saúde de qualidade, seguros e com foco nos clientes (OMS, 2018).

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

Desta maneira, foi feita a pesquisa de artigos com o objetivo de dar resposta à seguinte questão: Quais são os benefícios da alternância de posições aliada à estratégia Spinning Babies® durante o trabalho de parto? Foram utilizados motores de busca como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e a EBSCOhost que contém bases de dados como CINAHL Complet, MedicLatina, MEDLINE e PubMed), com recurso a palavras-chave como os termos MeSH (Medical Subject Headings) e termos em linguagem natural. Foram organizadas as questões de investigação tendo por base a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), tal como exemplificado na tabela abaixo. Adicionalmente, foram realizadas pesquisas livres no Google Scholar.

População	Conceito	Contexto
Parturientes, mulheres em trabalho de parto, grávidas	Alternância de posições, técnicas de exercício e de movimento, liberdade de movimentos	Durante o trabalho de parto
Parturient women; laboring women; women in labor	Exercise movement techniques; bone pelvic; natural childbirth; obstetric delivery	Obstetric labor; labor; birth

Atualmente, em países desenvolvidos, uma percentagem bastante significativa de grávidas que entra em trabalho de parto num ambiente hospitalar, com

assistência por equipa multidisciplinar, é colocada em posição horizontal (Lin et al., 2019). Muitas destas instituições hospitalares ainda não oferecem a opção de posições verticalizadas, embora vários estudos já tenham demonstrado os seus benefícios (Huang et al., 2019).

Outro método eficaz é a liberdade de deambulação e mudanças de posição. Estudos têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero se contrai mais, o fluxo sanguíneo que chega ao bebé através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto torna-se mais curto e a sensação dolorosa é menor (Sousa et al., 2019).

A mudança postural também promove o alívio da dor durante as contrações no trabalho de parto e tem se mostrado eficaz também no aumento da velocidade da dilatação cervical, facilitando a descida fetal. Portanto, as parturientes são encorajadas a adotar posturas alternadas, variando de sentada no leito, na cadeira e na banquetta, para decúbito lateral esquerdo ou direito, ajoelhada, de cócoras, em quatro apoios, em pé com inclinação de tronco, entre outras posições, sempre de acordo com o estadio do trabalho de parto (Lin et al., 2019).

Além da sua naturalidade implícita (devido à força da gravidade), está provado que o parto em posição vertical é mais eficaz do que em posição supina ou em litotomia, em consequência de múltiplos fatores fisiológicos e biomecânicos (Souza et al., 2019):

- A gravidade favorece o encravamento, a descida da apresentação e a expulsão do feto;
- Os esforços expulsivos são maximizados pela ação da gravidade;
- O ângulo da curva da escavação pélvica é menos evidenciado, ocorre uma retificação do canal de parto e o alinhamento do feto na pelve materna;

- Verifica-se uma melhoria do fluxo uteroplacentário devido à diminuição da compressão pelo útero dos grandes vasos maternos (artéria aorta e veia cava);
- Existe melhoria da ventilação materna e do equilíbrio ácido-base materno e fetal;
- Diminui a incidência de partos distócicos;
- Existe maior eficiência das contrações uterinas, que se tornam mais frequentes e mais intensas;
- Aumenta os diâmetros ântero-posterior e transversos da pelve (especialmente a posição de cócoras);
- Melhora a estática fetal e diminui a percentagem de posições anómalas da cabeça fetal;
- Há uma menor necessidade de realizar episiotomia e menor ocorrência de lacerações perineais de terceiro grau (em comparação com partos em posição horizontal);
- A possibilidade de liberdade de movimentos aumenta os níveis de endorfinas, que levam a uma diminuição dos níveis de dor e à um aumento dos níveis de satisfação da parturiente (Lin et al., 2019; Zang et al., 2020).

Para além do referido, na liberdade de posições e na verticalização do parto, existe maior autonomia, participação, controlo e envolvimento da parturiente no trabalho de parto e período expulsivo, além de verificar-se uma maior interação e colaboração com os profissionais de saúde (Huang et al., 2019).

Entre as posições verticais, a parturiente pode optar por aquela que lhe for mais conveniente e que lhe cause maior bem-estar, assim como poderá alternar entre elas, podendo deste modo assumir, durante os períodos do trabalho de parto, todas as posições verticais possíveis (Lin et al., 2019).

A posição em pé é altamente ergonómica, pois permite que a ação da gravidade potencialize o efeito das contrações e dos puxos maternos,

ajudando o feto a descer pela cavidade pélvica. Está associada ao menor risco de lesões do esfíncter anal durante o parto (Zang et al., 2020). Por outro lado, também alivia os vasos uterinos e a veia cava inferior do peso fetal e do útero em contração, o que evita qualquer redução no fluxo sanguíneo materno e isquémia placentária, o que poderia causar sofrimento fetal (Huang et al., 2019).

No agachamento ou na utilização de um banco ou bola de parto, a coluna fica ereta e as coxas abduzidas, ajudando a abrir a pelve ao máximo, direcionando o peso para baixo no sacro (Huang et al., 2019). A sínfise púbica e as articulações sacroilíacas são projetadas para fora junto com o movimento para trás do sacro e do cóccix (Desseauve et al., 2019). Assim, o agachamento resulta num aumento de 28% no tamanho da saída pélvica (Huang et al., 2019; Musie et al., 2019).

Na posição sentada a parturiente aproveita ao máximo as vantagens ergonómicas da gravidade e alivia a dor lombar e dos membros inferiores, além de a ajudar a mover livremente os membros inferiores e a conferir boa visibilidade do períneo (Huang et al., 2019; Zang et al., 2020).

Por fim, a posição ajoelhada ou de quatro apoios ajuda a aliviar a tensão nas costas e a aumentar a eficácia dos esforços expulsivos no segundo período do trabalho de parto, apesar de muitas mulheres não conseguirem adotar esta posição por muito tempo (Huang et al., 2019; Zang et al., 2020).

Em suma, considera-se que a verticalização do parto e a alternância de posicionamentos durante o trabalho de parto, tem o potencial de reduzir significativamente a duração média do primeiro e do segundo período do trabalho de parto (em torno de 2 horas a menos) e está associada à menor necessidade de analgesia epidural, assim como a uma menor probabilidade de partos instrumentados (Gams et al., 2019; Costa et al., 2022).

Considerações anatómicas e biomecânicas relacionadas à pelve óssea durante o primeiro e o segundo estadio do trabalho de parto

É necessário levar em consideração o posicionamento da pelve em cada momento do parto. Quando o corpo se prepara para a descida do feto, é necessária uma abertura do estreito superior da pelve por meio do afastamento das cristas ilíacas e da sínfise púbica, provocada pela contranutação. Consequentemente, nessa situação há uma limitação do estreito inferior, dificultando a passagem do feto e seus anexos embrionários para o meio externo (Lin et al., 2019).

Já na fase expulsiva é importante que ocorra uma nutação para que a mesma leve à diminuição do diâmetro do estreito superior e aumento do estreito inferior, através da posteriorização do ápice do sacro e rebatimento do cóccix, que pode ser facilitado pelos músculos da cadeia posterior do tronco (Lin et al., 2019).

Durante o movimento de nutação, observa-se o estiramento dos ligamentos útero-sacros proporcionando um alinhamento do canal vaginal com o colo uterino e extinção do cérvix concomitantemente ao afastamento dos ísquios, levando ao estiramento do ligamento cardinal que contribui para o aumento do diâmetro do canal vaginal favorecendo a saída fetal. Nesse contexto, ressalta-se que tais estiramentos não devem se tornar lesivos em virtude da ação da hormona relaxina, que é liberada no organismo da grávida (Lima et al., 2021).

Deve-se considerar ainda, que a pelve óssea é uma estrutura dotada de múltiplos pontos de origem e inserção de músculos e ligamentos. Além disso, é capaz de realizar movimentos que interferem diretamente na estrutura e funcionalidade dos componentes nela inseridos (Veloso, 2023).

Desta forma, é necessária uma abordagem descritiva acerca dos músculos do assoalho pélvico que estão diretamente envolvidos na mecânica pélvica durante o trabalho de parto. É possível destacar os músculos transversos do períneo, bulboesponjoso, isquiocavernoso e o levantador do ânus, que são o íliococcígeo, pubococcígeo e o puborretal. A junção das estruturas musculares coccígeo e levantador do ânus forma o diafragma pélvico, sendo o levantador do ânus o componente mais importante. As duas primeiras estruturas do

levantador do ânus têm origem na púbis e arco tendíneo e formam uma banda em forma de parábola invertida envolvendo o reto, mas com diferentes regiões de inserção: cóccix (pubococcígeo) e no reto (puborretal). Estes dois formam um eficiente anel muscular que suporta os órgãos pélvicos em posição ortostática. Além disso, promovem a resistência ao aumento da pressão intra-abdominal (Lima et al., 2021).

O músculo coccígeo situa-se no mesmo plano, mas superiormente ao levantador do ânus, onde surge a espinha isquiática e insere-se na extremidade inferior do sacro e na parte superior do cóccix. Este músculo intervém na flexão do cóccix, empurrando-o para a frente após a defecação ou o parto, além de apoiar o músculo levantador do ânus na sustentação das vísceras pélvicas (Veloso et al., 2023).

O conhecimento sobre os músculos e estruturas perineais constitui-se de suma importância, uma vez que, a gravidez e o parto são caracterizados como fatores de risco para o enfraquecimento e lesões no períneo e assoalho pélvico. Devido aos processos fisiológicos como mudanças na posição anatômica da pelve por meio de influências hormonais, alterações biomecânicas e o crescimento uterino, tanto o tônus muscular quanto a força muscular do assoalho pélvico podem diminuir. Esta redução na força muscular pode facilitar o aparecimento de alterações musculoesqueléticas e consequentemente incontinência urinária, laceração do períneo no parto, dispareunia e disfunção sexual (Lima et al., 2021).

Assim sendo, a adequada atenção e cuidado aos músculos do assoalho pélvico além de conferir proteção para essa região, têm o potencial de contribuir para a diminuição do segundo estagio do trabalho de parto, traduzindo-se numa experiência de parto mais positiva (Abrahão et al., 2023).

4.2. Promoção do apoio paterno à mulher em trabalho de parto

Outra experiência gratificante, envolveu: *Grávida de 40 semanas, admitida para indução de trabalho de parto com Dinoprostona, por indicação da*

obstetra que a seguia na Instituição. Trata-se de uma primigesta de 37 anos, grupo sanguíneo O positivo e Streptococcus do grupo B negativo. Encontrava-se acompanhada pelo marido.

Segundo a DGS (2021), a indução do trabalho de parto envolve a estimulação artificial das contrações uterinas e/ou a maturação cervical com o objetivo de iniciar o trabalho de parto. Situações que requerem a indução do trabalho de parto incluem casos em que os riscos associados à continuação da gestação são maiores do que os de interrompê-la, desde que não haja necessidade de um parto imediato. Indicações para a indução do trabalho de parto incluem complicações médicas ou obstétricas maternas ou fetais, como gestação prolongada, pré-eclâmpsia, oligoâmnios, restrição de crescimento fetal, entre outros.

O sucesso da indução do trabalho de parto está relacionado à avaliação do índice de Bishop, que considera a condição cervical da grávida (dilatação, consistência, posição e apagamento do colo e, ainda, os planos de Hodge) sendo que um score igual ou inferior a cinco é considerado desfavorável, geralmente requerendo maturação cervical. Métodos de indução do trabalho de parto incluem agentes farmacológicos como dinoprostona e misoprostol, bem como métodos mecânicos como a sonda de Foley. A escolha do método varia conforme o protocolo hospitalar e as condições individuais de cada grávida (Bowens et al., 2022).

Uma complicação associada à indução é a hiperestimulação uterina, que pode impactar negativamente o bem-estar fetal, levando a taquissístolia uterina, caracterizada por cinco ou mais contrações uterinas em dez minutos. Isso requer monitorização cuidadosa da frequência cardíaca fetal e do padrão de contratilidade, pois contrações uterinas intensas podem reduzir a perfusão uteroplacentária, aumentando o risco de hipoxia fetal (Alencar & Neto, 2023).

História da gravidez e contexto individual e familiar da grávida

Casal de 37 e 46 anos respetivamente, gravidez muito desejada e planeada. Quando ocorreu a descoberta da gravidez espontânea, ficaram muito felizes e partilharam a notícia com amigos próximos, uma vez que os avós paternos e maternos eram falecidos e o casal vive longe e sem grande proximidade do restante dos familiares. Em termos de apoio familiar, não possuíam uma rede de apoio próxima e com quem poderiam contar. Os amigos mais próximos eram basicamente quem desempenhariam o papel de rede de apoio para os cuidados com a casa e com o bebé.

Para o casal, trata-se de uma gravidez muito desejada e planeada. Marta verbaliza sentir-se feliz e segura com a presença do companheiro e por ele demonstrar grande vontade em ser participativo e ajudar no processo do trabalho de parto. Relatam que por ser a primeira experiência de parto gostariam de saber mais sobre como o pai poderia envolver-se nas atividades que poderiam ajudar na evolução do trabalho de parto. O casal refere ter feito a preparação para o parto em conjunto com a enfermeira do Centro de Saúde de sua área de residência, mas que devido à atividade laboral do pai nem sempre foi possível a presença do mesmo em todas as sessões.

Em relação às expectativas sobre o trabalho de parto, Marta dizia ser importante para si sentir-se apoiada emocionalmente pelo seu companheiro, poder utilizar a bola de parto e em se movimentar livremente durante o trabalho de parto. Também manifestou o desejo de que fosse o pai a realizar o corte do cordão umbilical.

Descrição das atividades realizadas

A interação com este casal deu-se durante um turno no período das 08h às 20h.

Após terem sido realizados os procedimentos de internamento junto ao pessoal administrativo, Marta (nome fictício) foi admitida na “Sala de Expectantes”, aonde ficam acomodadas as parturientes que encontram-se na fase latente e para indução de trabalho de parto e aonde foi apresentada

brevemente a estrutura física, os materiais e os equipamentos da sala. Foi também explicada de forma breve a rotina e a dinâmica do serviço. É protocolar no serviço do Bloco de Partos à admissão, que as parturientes sejam submetidas a cateterização de veia periférica, o que foi realizado com o consentimento da parturiente.

Foi instalado CTG para monitorização do bem-estar fetal, que foi evidenciado (FCF média de: 137bpm), sem desacelerações, com boa variabilidade e sem atividade uterina. Instalou-se também um difusor de ambiente com óleo essencial de lavanda para a realização de aromaterapia, solicitada pela parturiente.

Um dos aspetos mais importantes sobre o uso da aromaterapia é a sua atuação no sistema límbico. O aroma exalado pelos óleos essenciais ativa células nervosas olfativas e diferentes neurotransmissores são liberados, podendo ocorrer a diminuição da liberação de hormonas do stress e o aumento da secreção de beta endorfinas, resultando em uma redução no nível de tensão e, conseqüentemente, na redução da percepção da dor (Karasek et al., 2022). Posteriormente também foi oferecida à parturiente alimentação ligeira que a mesma aceitou.

Após isso, foi administrada a dinoprostona pela obstetra em fundo de saco vaginal (FSV), que confirmou o exame de toque vaginal sobreponível ao da admissão. Marta referiu que estava cansada por não ter dormido bem na noite anterior, relacionado à ansiedade pela admissão no hospital e ao início da indução do trabalho de parto, pelo que foram diminuídas as luzes do ambiente para que a mesma tivesse um ambiente mais acolhedor e confortável para o seu descanso e Marta dormiu por aproximadamente 2 horas.

Ao acordar referiu dores de moderada intensidade na região supra-púbica e lombar, pelo que foi realizado o exame de toque vaginal e o colo uterino tinha 4 cm de dilatação, amolecido e com 50% de extinção. Foi sugerido que Marta se movimentasse pela acomodação e ela solicitou a bola de parto, aonde ficou por volta de 45 minutos realizando exercícios circulares com a pelve, intercalando com massagens na região lombar que o companheiro

fazia, orientada por mim com a supervisão da EEESMO tutora. Também foi dada a oportunidade da parturiente descansar entre os exercícios, que foi aceite pela mesma na posição de decúbito lateral esquerdo, com uma bola do tipo “peanuts” entre os joelhos.

Por volta de 2h após, ocorreu a rotura espontânea de membranas e a parturiente referiu maior intensidade da dor e solicitou a colocação do cateter epidural. Primeiramente, Marta foi transferida para a sala de partos e o procedimento para a colocação do cateter epidural foi executado. A parturiente ficou com PCEA de ropivacaína a 0,2% com o intervalo mínimo de 1h entre cada administração.

Após 1h da colocação do cateter epidural, foi pedido o consentimento de Marta, para realizar novo exame de toque para avaliação do colo uterino, por indicação da obstetra que acompanhava a parturiente na instituição. Dado o consentimento, o colo apresentava-se centrado, amolecido, com dilatação de 8cm e 80% de extinção. Foi fornecida a opção e auxiliado a Marta a ficar em posição em pé, de cócoras e em quatro apoios em cima da bola de parto, com o objetivo de promover o conforto da parturiente e otimizar a descida do bebé pelos estreitos da pelve materna.

Para promover o descanso, Marta ficava deitada de lado com a bola do tipo “peanuts” entre os joelhos, sendo também aplicado calor local na zona lombar, pelo companheiro de acordo com o solicitado pela parturiente e por iniciativa do mesmo.

Passado 2h, foi solicitado pela parturiente a realização do exame de toque vagina pois a mesma referia “querer saber como estava a dilatação do colo”, sendo constatado dilatação de 9cm, 90% extinto. A parturiente referia sensação de pressão na vagina e vontade de puxar.

Foi explicado à Marta como seria o início do período expulsivo e para que ela ouvisse e seguisse o que o seu corpo pedia, de forma a respeitar a sua fisiologia de parto. Após 40 minutos, a parturiente referiu maior vontade de puxar e pressão na região lombar e supra-púbica. Neste momento foi feito novo exame de toque vaginal por indicação da obstetra responsável pela

parturiente, que evidenciou dilatação completa e colo extinto, sendo sugerida a posição de cócoras para puxar e facilitar a descida da apresentação fetal, que foi aceite pela Marta, aliado à exercícios respiratórios. Estes exercícios foram orientados por mim em conjunto com a EEESMO tutora, tendo a participação do pai que demonstrou interesse em aprender para poder apoiar a mulher na sua realização, aliado à conversa estabelecida entre ambos sobre a vontade de conhecer a bebé, com quem se pareceria, além de palavras de carinho e incentivo, traduzindo-se num momento significativo de distração e de apoio emocional para ambos

Após 50 minutos de esforços expulsivos, Marta referiu uma sensação de ardor na região genital e maior necessidade de puxar. Foi colocada a parturiente na posição de litotomia a pedido da mesma e passados 20 minutos, teve um parto eutócico, com laceração de primeiro grau que não demandou sutura. Foi realizada a laqueação tardia do cordão umbilical e o corte pelo pai, de acordo com o desejo do casal.

A laqueação tardia do cordão umbilical depois do nascimento contribui para a redução do risco de ocorrência de anemia no recém-nascido, da necessidade de transfusões e facilita a estabilização hemodinâmica precoce, à exceção das situações de isoimunização ou necessidade de se iniciar reanimação neonatal (Martins, 2022).

Apresentou perda sanguínea dentro da normalidade e após a dequitação natural (mecanismo Schultz), procedeu-se ao exame da placenta, com membranas íntegras e cordão umbilical de inserção lateral com duas artérias e uma veia. A parturiente ficou com soroterapia em perfusão com ocitocina 10UI para controlo da perda hemática.

O recém-nascido apresentava boa vitalidade fetal, com Apgar 09/09/10 e foi colocado em contacto pele com pele com a mãe, sendo adaptado à mama pela puérpera, com bons reflexos de sucção.

Marta continuou sob vigilância contínua após o parto e passadas 2h do parto, foi realizada a inspeção do canal de parto, involução uterina e loquiação que encontrava-se fisiológica, com globo de segurança de Pinard bem formado.

Procedeu-se à remoção do cateter epidural e da perfusão de ocitocina. Posteriormente, a parturiente foi transferida para o serviço de internamento de puerpério.

As expectativas deste casal em relação ao processo do trabalho de parto, suscitaram a necessidade de refletir e pesquisar sobre as práticas do EEESMO de forma a ir ao encontro com às suas necessidades. Apesar de vários autores descreverem que a participação ativa do pai durante o trabalho de parto, parto e pós-parto traz inúmeras vantagens tanto para a mãe como para a ligação entre pai e filho, esta participação é uma decisão de cada casal (Lima et al., 2021; Bohren et al., 2019). Cabe-nos a nós, enquanto EEESMO, saber identificar o que é mais significativo para cada caso, de forma a implementar as intervenções necessárias.

No contexto deste estágio a grande maioria das parturientes deteve da presença do companheiro, sendo que as condições físicas do serviço eram adequadas para todo o processo de trabalho de parto, sendo a privacidade sempre assegurada e em que os profissionais de saúde apresentavam sempre uma postura para estimular o envolvimento do companheiro em todo o processo, se assim fosse identificada essa vontade.

De forma a conseguir recolher os dados é necessário criar uma relação terapêutica com o casal, para assim perceber onde poder intervir da forma mais assertiva e para isso foram adotadas as seguintes estratégias:

- Oferecer informação dirigida às suas necessidades de forma clara e concisa através de linguagem adequada ao casal;
- Tratar o pai pelo seu nome de preferência, conferindo-lhe individualidade e protagonismo;
- Escutar as expectativas e ansiedades;
- Adotar de uma postura positiva, respeitando as necessidades individuais;
- Informar sobre todos os procedimentos realizados;

- Informar continuamente o pai do bem-estar materno e fetal;
- Estimular o pai a exprimir as suas emoções e sentimentos;
- Encorajar o envolvimento e elogiar as atividades realizadas através de reforço positivo;
- Envolver o pai no processo de tomada de decisão;
- Apoiar as suas necessidades emocionais com empatia e compreensão.

Neste contexto, pude proceder à recolha de dados através de relatos do pai, que dirigiram na identificação das necessidades, tais como: *“O que posso fazer?”*; *“Gostaria de ajudá-la de alguma forma...”*; *“... é normal o que está acontecer?”*; *“Não sei o que lhe dizer para a ajudar”*. Estes dados recolhidos no contacto com o pai, demonstraram que este não possuía o conhecimento nem sabia as estratégias que poderia utilizar, mas demonstrava interesse, motivação e disponibilidade no aprendizado.

Com os dados recolhidos, foi elaborado o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Potencial para melhorar o conhecimento do pai para apoiar a mulher em trabalho de parto.**

Vários estudos referem que os pais expressam o desejo de serem também reconhecidos como figura importante, apesar dos mesmos estudos referirem que existe uma falta de preparação destes para o trabalho de parto (Muñoz-Serrano et al., 2018; Bohren et al., 2019). Assim, é necessário desenvolver o conhecimento e a capacidade dos pais sobre o trabalho de parto, de forma a terem autoconfiança para assim prestarem o suporte adequado às suas mulheres (Muñoz-Serrano et al., 2018).

Segundo Lima et al. (2021), os profissionais de saúde que promovem a paternidade presente e responsável, através de uma postura sensível e esclarecedora, contribuem para a assunção do processo paterno, para o amadurecimento e reflexões sobre ser pai, fortalecendo vínculos que estruturam a família.

Segundo Moshi et al. (2019), os homens com conhecimento sentem-se confiantes e sabem a sua importância durante o trabalho de parto no que respeita ao suporte que podem prestar à parturiente: de carácter físico, emocional e informativo.

Assim sendo e de acordo com o diagnóstico de enfermagem supra descrito, foram implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

1. Ensinar o pai sobre o trabalho de parto

Este casal desde o início, demonstrou grande interesse em que o pai pudesse executar atividades que fossem significativas durante a evolução do trabalho de parto de forma a apoiar a parturiente e sentir-se mais integrado neste processo, sendo constatada a necessidade de explicar e incentivar o pai nesta função.

Justificação: O pai pode prestar apoio em diversos níveis, nomeadamente, no suporte informativo, ou seja, o pai pode assumir uma posição, entre a mulher e os profissionais de saúde, obtendo informações sobre o processo fisiológico do trabalho de parto ou complementando as informações fornecidas pelos profissionais de saúde, assim como identificar possíveis complicações (Muñoz-Serrano et al., 2018; Bohren et al., 2019).

Assim temos como atividades que concretizam a intervenção de enfermagem:

- Informar sobre a evolução do trabalho de parto (os seus estadios e como se desenvolvem);
- Informar sobre os sinais de alarme;
- Informar sobre as características da dor de trabalho de parto (que é única e altamente individualizada para cada parturiente. No primeiro estadio do trabalho de parto, a dor deve-se à distensão dos tecidos uterinos e à dilatação do colo uterino, sendo geralmente percecionada na parede abdominal, na região lombar e sagrada. Importante também reforçar que a dor do trabalho de parto, contrariamente a outras

sensações dolorosas, não está associada a patologia, mas sim com a capacidade de gerar vida).

2. Ensinar o pai estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Dada a vontade do pai em participar e ajudar a mulher durante o trabalho de parto, a sua vontade de aprender e receptividade, ficou evidente a necessidade de orientá-lo a atuar de maneira assertiva para que pudesse desempenhar as atividades de maneira segura e satisfatória.

Justificação: Apoiar a parturiente na deambulação (é uma estratégia que serve para estimular a contractilidade uterina, conseguindo também ter mobilidade da bacia devido à ação da gravidade facilitar a descida fetal); Incentivar o pai a apoiar a parturiente na adoção de posições facilitadoras da progressão fetal na bacia maior e menor (na posição de pé, deitada, sentada, quatro apoios, cócoras e na bola de parto); Incentivar o pai a apoiar fisicamente a parturiente através do apoio/estímulo na liberdade de movimentos e exercícios promotores da mobilidade da bacia; Incentivar o pai a apoiar a parturiente a alternar os posicionamentos a cada trinta minutos, ajuda no alívio da dor, auxilia e otimiza o tempo do trabalho de parto; Posicionamentos com movimentos assimétricos dos membros inferiores, ajuda nos casos nos casos de assinclitismo (Bohren et al., 2019; Oliveira et al., 2021).

3. Ensinar o pai estratégias para aliviar a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

É parte importante do trabalho de parto a gestão da dor e o acompanhante pode executar funções que podem ajudar a parturiente a lidar com a dor através do apoio emocional, do toque e de palavras de incentivo e encorajamento, como aconteceu no caso da Marta.

Justificação: Proporcionar informação relativa aos métodos não farmacológicos disponíveis para alívio da dor, tais como (Souza et al., 2020):

- Massagem e toque calmante (tem como benefício o relaxamento, a redução de stress e o aumento do fluxo sanguíneo que quando aplicado pelo acompanhante pode trazer uma sensação de alívio e proximidade, por conta da estimulação sensorial. Pode ser aplicada em qualquer parte do corpo, com o foco na área onde a parturiente refere maior dor, sendo que durante a contração uterina geralmente aplica-se na região lombar);
- Contrapressão;
- Bola de parto (dá a possibilidade de adotar diversas posições, facilitando a descida e a rotação da apresentação fetal, oferecendo relaxamento, sendo que o acompanhante deverá supervisionar, de forma a evitar quedas);
- Respiração (no primeiro estadio do trabalho de parto, o recurso às técnicas de respiração contribui para o relaxamento dos músculos abdominais, no segundo estadio, a respiração concorre para o aumento da pressão abdominal e para o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, promovendo a expulsão fetal. A respiração inicia-se de forma lenta e profunda, mas conforme vai evoluindo o trabalho de parto, vai sendo mais difícil controlá-la, tornando-se mais rápida, podendo provocar hiperventilação. Para evitar esta situação, a mulher é incentivada a realizar inspirações mais silenciosas e curtas que as expirações, que devem ser mais prolongadas e mais audíveis e o companheiro pode orientar a mulher de forma a cumprir com esta técnica);
- Distração (como conversar, dançar, focar num ponto ou imagem, de forma a reduzir a ansiedade);
- Termoterapia (utilizar calor na região lombar promove a libertação de endorfinas, bem como estimula recetores de toque e de temperatura, diminuindo a sensação de dor).

4. Ensinar o pai sobre estratégias de apoio emocional

Além da execução de atividades que tem o potencial de ajudar a parturiente a lidar com o trabalho de parto, o apoio emocional constitui-se numa atividade de grande relevância. O marido da parturiente demonstrava interesse em apoiá-la, identificado quando o mesmo dizia: *“o que mais posso dizer para ajudá-la e acalmá-la?”*; *“gostaria de poder fazer mais para que ela se sentisse mais segura”*.

Justificação: O suporte emocional do companheiro, ocupa a mente da parturiente com pensamentos positivos, reduzindo assim a ansiedade. Esse suporte emocional pode ser fornecido pelo pai através de carinho e interações verbais de encorajamento, elogio e incentivo (Bohren et al., 2019; Nogueira et al., 2020).

Devemos orientar o pai sobre as atitudes que poderá adotar para apoiar a parturiente durante as diferentes fases do trabalho de parto e elogiar o apoio emocional oferecido por este à parturiente quando demonstrado através de carinho e expressões verbais e não-verbais de forma autônoma e espontânea.

Outro diagnóstico de enfermagem identificado através das necessidades e expectativas da parturiente e pelo que ambos verbalizavam em relação ao trabalho de parto, foi **Potencial para melhorar a capacidade do pai para apoiar a mulher em trabalho de parto**. O Diagnóstico de Enfermagem elaborado está relacionado às “habilidades”, sendo associado a intervenções de Enfermagem do tipo “instruir” e “treinar”. Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), “Instruir” significa “fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa”, por este motivo, entende-se que a intervenção “instruir” associa o conhecimento e as habilidades. As intervenções “treinar” visam o desenvolvimento da capacidade instrumental.

1. Instruir/treinar o pai sobre estratégias facilitadoras do trabalho de parto

Dada a disponibilidade e receptividade do pai para o aprendizado sobre o que poderia facilitar a evolução do trabalho de parto através de estratégias facilitadoras, foi ensinado ao marido de Marta sobre as posições que tinham o potencial de otimizar a mobilidade da pelve materna e a descida fetal.

Estes exercícios e posições foram orientados e supervisionados a sua realização para que o pai pudesse executá-los de maneira segura.

Neste caso em especial, Marta realizou movimentos na bola de parto de natação e contra natação de frente para o seu companheiro, proporcionando a ambos um momento de interação e apoio muito significativo.

Justificação: Posições facilitadoras da progressão de apresentação fetal (na bacia maior ou estreito superior), em que apresentação fetal ainda se encontra acima do I plano de Hodge, as posições favorecedoras são as que promovem a contra natação do sacro, abdução ilíaca e rotação externa do fémur (Dias, 2022); Posições facilitadoras da progressão de apresentação fetal (na bacia menor ou estreito inferior), em que a apresentação fetal se encontrar ao nível do II e III plano de Hodge, as posições favorecedoras são as que fazem a natação do sacro, alternância entre a rotação interna e externa do fémur e movimentos assimétricos, sendo que estes movimentos são capazes de aumentar a amplitude do estreito médio e de mover as espinhas isquiáticas (Costa, 2023).

2. Instruir/ treinar o pai estratégias para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Outro fator identificado como necessário para integrar o pai no apoio à parturiente foi orientá-lo como auxiliar a parturiente a lidar com a dor do trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas. Tal aspeto tornou-se necessário uma vez que o marido demonstrava interesse em poder ajudar a mulher a enfrentar a dor do trabalho de parto da melhor maneira possível.

Justificação: As técnicas de massagem podem variar entre profundas ou superficiais, em deslizamento, pinça, pressão, fricção ou amassamento, desde que seja efetuada de forma rítmica e firme). A mulher pode estar sentada, deitada ou de “joelhos”, inclinada para a frente (Souza et al., 2020); Técnica de contrapressão (pressão constante aplicada na região sagrada, com as mãos ou com o punho quando há dor na região lombar). A mulher refere aonde o companheiro deverá pressionar e com quanta força o deve fazer; Bola de parto (dá a possibilidade de adotar diversas posições, facilitando a descida e a rotação da apresentação fetal, oferecendo relaxamento, sendo que o acompanhante deverá orientar e supervisionar, de forma a evitar quedas) (Souza et al., 2020).

O que aprendi com casos como o da Marta: reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências

Deparar-me com este casal durante o estágio de Bloco de Partos foi enriquecedor e possibilitou compreender que a grande maioria das parturientes pretendiam o acompanhamento do futuro pai durante o trabalho de parto, sendo essa percepção também confirmada nos artigos analisados (Pereira et al., 2022; Almeida et al., 2024).

A mulher confia e considera que o homem é a pessoa de referência para prestar suporte na vivência de um momento tão único, como o nascimento de um filho (Bohren, et al., 2019). Assim, o homem contribuiu para a reafirmação e valorização da paternidade, empoderamento familiar e maior satisfação durante todo o processo, proporcionando segurança e acolhimento familiar, dado que a mulher se encontra numa fase de maior vulnerabilidade (Lima et al. 2021).

O acompanhamento do homem no trabalho de parto traz imensas vantagens como: a vivência de uma experiência mais positiva, a parturiente ficar mais relaxada, segura e confortável, sendo que também proporciona uma ligação pai/filho mais precoce (Almeida et al., 2024).

Apesar dos benefícios descritos o estudo de Oliveira et al. (2021), refere que os pais que estiveram presentes no trabalho de parto se sentiram confusos por não saberem como auxiliar e evidenciam ainda que se tivessem recebido as orientações adequadas neste momento teriam uma experiência mais positiva. Em vista disso, cabe assim ao EEESMO, identificar os pais que estão com interesse, motivação e disponibilidade para serem implementadas as intervenções de enfermagem conforme as suas necessidades, de forma a fornecer acompanhamento adequado, segundo uma prática baseada na evidência científica, garantindo uma assistência individualizada e fornecendo um reforço positivo no sentido de desenvolver a confiança do casal.

Em suma, este caso possibilitou compreender a relevância do EEESMO na preparação do pai para prestar suporte à mulher em trabalho de parto. A transição para a parentalidade representa um período de adaptação familiar, com implicações para a mãe/pai/família e para o desenvolvimento do recém-nascido. Assim se demonstra a importância da qualidade do acompanhamento prestado pelo EEESMO no processo do trabalho de parto, fornecendo ferramentas para que esta transição seja vivida da forma mais saudável e gratificante quanto seja possível. Considero que estes serão os valores nos quais se baseará a minha prática enquanto EEESMO.

4.3. Conhecimento e autocontrolo como fatores relevantes para lidar com a dor do trabalho de parto

Por último mas não menos importante, houve mais uma experiência enriquecedora em Sala de Partos, que envolveu: *Grávida de 39 semanas e 5 dias, internada por queixas algicas de moderada intensidade em região de baixo ventre, com duração média de 20 segundos e com frequência de 4 vezes em 10 minutos, com rotura espontânea de membranas no domicílio. Era uma parturiente de 30 anos de idade, IG, de grupo sanguíneo A positivo, Streptococcus do grupo B negativo e acompanhada pelo marido.*

História da gravidez e contexto individual e familiar da grávida

Rita (nome fictício), referiu que sempre planeou engravidar antes dos 30 anos, pelo que sentiu-se muito realizada quando descobriu a primeira gravidez aos 29 anos. Partilhou de imediato a notícia com o marido, familiares e amigos.

Em relação à rede de apoio, vive na mesma área de residência que seus pais e sogros, referindo sentir-se segura e apoiada em relação aos cuidados com o bebé e com as demais atividades de rotina do domicílio.

Ambos realizaram preparação para o parto com a enfermeira do Centro de Saúde, apresentando um plano de parto. Rita referia ser muito importante para si conseguir ter o seu bebé sem a utilização de medidas farmacológicas, que priorizava o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto, solicitando que não lhe fossem oferecidas estratégias farmacológicas para lidar com a dor a menos que a própria solicitasse.

Descrição das atividades realizadas

A interação com este casal deu-se durante um turno no período das 08h às 20h. A parturiente veio do domicílio e acompanhada pelo marido Rui (nome fictício), grávida de um bebé do sexo masculino, com o diagnóstico de trabalho de parto.

Após terem sido realizados os procedimentos habituais de internamento junto ao pessoal administrativo, Rita foi admitida na Sala de Partos, aonde foi apresentada brevemente a estrutura física, os materiais e os equipamentos da sala.

De acordo com o protocolo do serviço, foi realizada cateterização da veia periférica da parturiente após o consentimento da mesma. Foi também instalada monitorização cardiotocográfica para vigilância do bem-estar fetal, que foi constatada (FCF média de: 138bpm), sem desacelerações, com boa variabilidade e atividade uterina com cerca de 4 contrações em 10 minutos e com boa amplitude.

Após a realização dos procedimentos descritos acima, a parturiente mostrava-se cansada. Referia ter estado acordada desde a madrugada aquando da rotura espontânea da membrana amniótica, pelo que preferia descansar. No entanto, cerca de 1 hora depois, demonstrou desconforto, revelando aumento da sensação de dor, pelo que propus a realização de exame de toque vaginal. Foi avaliado colo anterior, amolecido, com 7cm de dilatação e 80% extinto.

A partir desse momento, Rita referia vontade de permanecer em pé e deambular pela suíte de parto. A parturiente questionou também durante a interação qual seria a evolução da dor a partir daquele ponto e quais seriam as vantagens e as desvantagens de se recorrer à analgesia epidural. Uma vez que foi um tema enunciado pela mesma, foi aprofundado com a parturiente e com o seu companheiro, sendo sempre decisão da mulher quanto à sua utilização.

Como referido pela parturiente e notado neste caso, na literatura é apontado que as posições verticais ajudam a diminuir a duração do trabalho de parto e promovem o bem-estar da mãe e do bebé, sem aumentar a necessidade de intervenções médicas ou causar efeitos adversos (Leite et al., 2019).

Machado et al. (2022), corroboram que mover-se durante o trabalho de parto e adotar posições verticais aliviam a dor, promovem uma melhor circulação materno-fetal e conseqüentemente melhoram a oxigenação fetal, produzindo contrações uterinas mais eficazes. Além disso, reduzem a duração do trabalho de parto, facilitam a descida fetal e diminuem o risco de trauma perineal.

As mulheres solicitam menos frequentemente a analgesia epidural quando adotam uma posição vertical. Sabe-se que durante o parto, as mulheres percebem uma dor menos intensa quando estão em posição vertical ou lateral (Bonapace et al., 2018). Na revisão de Amaro et al. (2021), foi verificado que mulheres que assumiam diferentes posições verticais tinham menos probabilidade de solicitar analgesia epidural.

Desta maneira, durante as fases do trabalho de parto, as mulheres devem ser incentivadas a escolher a posição que acharem mais confortável uma vez que

o movimento e a verticalidade contribuem para o sucesso do trabalho de parto (OMS, 2018).

Conforme descrito pela DGS (2023), é missão do EEESMO monitorizar a dor e a capacidade da parturiente para lidar com ela em todas as interações durante a evolução do trabalho de parto. Deve-se informar a parturiente sobre os métodos não-farmacológicos para lidar com a dor e também sobre as opções farmacológicas de alívio. Se a parturiente desejar medidas não-farmacológicas, estas devem ser disponibilizadas.

Se ela solicitar um método farmacológico de alívio da dor ou se quiser saber mais informações sobre ele, pode ser necessário contactar um médico anestesiológico. Sabe-se que no que toca à evolução do trabalho de parto, a analgesia epidural pode prolongar a segunda fase do trabalho de parto e aumentar a probabilidade de um parto instrumentado (Freixo, 2022).

É direito da mulher ser informada das vantagens e desvantagens deste método farmacológico uma vez que estas esperam participar ativamente no processo de tomada de decisão sobre a utilização da analgesia epidural e desejam receber apoio e orientação independentemente da opção que escolham para si. A decisão de solicitar, ou não, uma analgesia epidural era frequentemente influenciada por fatores como a capacidade de suportar a dor, a duração do trabalho de parto e as recomendações recebidas dos profissionais de saúde durante esse período (Borrelli et al., 2020).

Dado o contexto, foi contactado o médico anestesiológico presente no turno, que explicou o procedimento, bem como os riscos inerentes ao mesmo. Após isso, Rita referia que acreditava conseguir prosseguir sem a analgesia epidural, mas que gostaria de utilizar todas as opções não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto que estivessem disponíveis na unidade. O companheiro disse que na preparação para o parto, haviam lido sobre o uso de água quente, massagem, musicoterapia e aromaterapia. Afortunadamente, todos esses recursos encontravam-se disponíveis no serviço do Bloco de Partos, pelo que foram oferecidos e disponibilizados para Rita.

A pedido da parturiente, a mesma foi encaminhada para um banho de aspersão com água quente com temperatura agradável para Rita, acompanhada pelo esposo Rui, que foi instruído a massajar zonas elegidas pela mulher que envolviam a região lombar e na raiz das coxas, orientada por mim e com a supervisão da EEESMO tutora. Após permanecer 20 minutos no chuveiro, Rita solicitou voltar e deambular pela suíte de parto, aonde foi proposto a instalação de musicoterapia e aromaterapia, aceite pela mesma.

O uso do chuveiro tem sido objeto de estudo em diversos artigos, revelando resultados positivos no que toca ao bem-estar e ao limiar de dor em mulheres em trabalho de parto que fazem uso desse método não farmacológico para lidar com a dor (Lopes, 2019; Oliveira et al., 2021; Silva et al., 2024).

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

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

O serviço não dispunha de estrutura física para a realização de banho de imersão, entretanto vale ressaltar que esta técnica tem o efeito de reduzir a tensão muscular, o que resulta em diminuição da sensação de dor, por ação do calor e da fluabilidade. Ao mesmo tempo, ajuda na progressão do trabalho de parto na medida em que promove o relaxamento, a redução dos níveis de catecolaminas e aumento da ocitocina. Esta prática pode ser utilizada durante o trabalho de parto, independentemente de as membranas estarem intactas ou não (Bonapace et al., 2018).

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

Como referido e descrito nos casos anteriores, durante o trabalho de parto, ouvir música pode desempenhar um papel crucial para as mulheres, oferecendo uma abordagem não farmacológica que tem o potencial de reduzir tanto a dor quanto a ansiedade. Estudos mostram que essa prática também fornece um apoio psicológico abrangente, aliviando o stress e promovendo um maior sentido de controlo durante o processo (McCaffrey et al., 2020). Além disso, a música é reconhecida como um dos métodos não farmacológicos alternativos que proporciona maior relaxamento entre as contrações. Esse facto ajuda a aumentar o limiar de dor da parturiente, resultando numa redução da dor durante as contrações, além de diminuir a tensão frequentemente associada ao parto (Lorencetto et al., 2021).

Tais evidências destacam a musicoterapia como uma ferramenta valiosa, oferecendo uma maneira eficaz e segura na promoção do conforto físico e bem-estar emocional. Tendo já a parturiente referido e identificado que acreditava que esta estratégia poderia auxiliá-la, foi oportuno o incentivo do seu uso.

Após 1h da realização de exercícios de relaxamento, a alternância de posicionamentos verticais concomitantemente ao uso da aromaterapia e musicoterapia, a parturiente referiu sensação de pressão no períneo e vontade de puxar, pelo que se procedeu à realização de novo exame de toque vaginal, sendo avaliado colo anterior, extinto, com 10cm de dilatação.

Deste momento em diante, Rita pediu para ficar em posição de decúbito lateral esquerdo e referia sentir-se confortável em realizar os puxos espontâneos dessa forma. Aproximadamente 40 minutos após, a parturiente teve um parto eutócico, com períneo íntegro, e perda sanguínea dentro da

normalidade e após a dequitação natural (mecanismo Schultz), procedeu-se ao exame da placenta, com membranas íntegras e cordão umbilical de inserção central com duas artérias e uma veia.

A parturiente ficou com soroterapia em perfusão com ocitocina 10UI para controlo da perda hemática.

Foram prestados os cuidados iniciais ao recém-nascido que nasceu com boa vitalidade fetal, evidenciado pelo índice de Apgar de 10 no primeiro, terceiro e quinto minutos de vida. Foi realizada a laqueação tardia do cordão umbilical e colocado em contacto pele com pele com a mãe, bem como auxiliado na adaptação à mama a pedido da puérpera, com bons reflexos de sucção.

De acordo com o protocolo do serviço de Bloco de Partos, passadas 2 horas do nascimento, foi realizada a inspeção do canal de parto, involução uterina e loquiação que encontrava-se fisiológica, com globo de Segurança de Pinard bem formado. No entanto, Rita permaneceu sempre sob vigilância durante o período do puerpério imediato com vistas à deteção precoce de complicações que poderiam surgir.

Posteriormente, procedeu-se à remoção da perfusão de ocitocina e auxiliado a puérpera a posicionar-se na aparadeira onde apresentou micção espontânea. Depois a puérpera foi transferida para o serviço de internamento do puerpério.

Para estabelecer um plano de cuidados significativo para esta mulher, foi importante levar em consideração as suas expectativas relacionadas ao trabalho de parto, e estava o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor do trabalho de parto.

Desde o início do acolhimento desta mulher, foi estabelecida uma relação entre equipa e parturiente com o objetivo de colocar à disposição todos os recursos disponíveis e orientações pertinentes para que as decisões fossem tomadas de maneira consciente, segura e satisfatória.

Entretanto, foi identificado certa insegurança inicial da parturiente sobre como seria lidar com a dor do trabalho de parto, como seria a sua evolução e

quais as demais estratégias não farmacológicas que dispunham como alternativa às medidas farmacológicas. Tais receios, naturais e inerentes a este processo, foram notados através do relato realizado pela grávida, quando afirmava: *“tenho receio de como vou lidar se essa dor piorar, mas também quero evitar ao máximo usar a epidural, sempre quis algo mais natural...”*; *“na preparação para o parto eu e o meu marido fomos informados sobre várias estratégias naturais que poderia utilizar para aliviar a dor”*; *“a música é algo que me relaxa e distrai, acredito mesmo que possa me ajudar a lidar com a dor”*; *“quero sentir mais controlo durante o trabalho de parto, por isso não gostaria de fazer a epidural... não quero que me seja oferecida a não ser que seja eu a pedir”*; *“sinto que com o apoio do meu marido e da enfermeira, consigo lidar com a dor”*.

Com os dados recolhidos e face à disponibilidade, interesse e motivação desta parturiente, foi elaborado o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas.**

1. Ensinar sobre dor de trabalho de parto

Para ir ao encontro à solicitação da Rita por maiores informações sobre a dor do trabalho de parto e de como seria a sua evolução, foi explicado que a dor de trabalho de parto não constitui sinal de lesão ou doença, sendo uma dor fisiológica, um sinal positivo de que o corpo está preparado para o trabalho de parto e que este está a decorrer da forma expectável.

Justificação: A dor durante o trabalho de parto transmite informações à mente sobre o que está a acontecer no corpo e desencadeia a produção de hormonas, como endorfinas e ocitocina, que funcionam como analgésicos naturais. A localização e a intensidade da dor podem variar ao longo do trabalho de parto, uma vez que esta resulta dos ajustes em diferentes partes do corpo (Soares et al., 2020).

2. Ensinar sobre métodos não farmacológicos para lidar com a dor de trabalho de parto

Uma vez que a parturiente referiu priorizar o uso de estratégias não farmacológicas para gerir a dor do trabalho de parto, fez-se necessário orientar e colocar à disposição todas as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor. As utilizadas pela Rita foram o uso do banho quente de aspersão, a massagem, a alternância de posições e o uso da música.

Justificação: A utilização de musicoterapia, exercícios de respiração, massagem, uso de água, qualquer atividade que no dia a dia da grávida seja prazerosa e relaxante. Tal como referido pela parturiente, a música constituía-se numa opção relaxante para si.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, favorecem a fisiologia do parto natural, ajudando no alívio da dor e reduzindo a ansiedade, deixando a mulher mais confortável e segura para ser a protagonista do parto (Logtenberg et al., 2019).

3. Ensinar sobre métodos farmacológicos para lidar com a dor de trabalho de parto

Desde o início do contacto com a parturiente, Rita deixou claro que não gostaria que fossem oferecidas opções farmacológicas para gerir a dor do trabalho de parto a não ser que ela própria solicitasse. No entanto, fez-se necessário orientá-la sobre as opções farmacológicas que dispunha no serviço, bem como as suas vantagens e desvantagens.

Justificação: No que se relaciona com as vantagens, a analgesia epidural é uma forma de alívio da dor regional que bloqueia a sensação de dor numa região específica do corpo, neste caso, nos segmentos espinhais inferiores. Isso proporciona alívio da dor apenas nessa área, sem resultar na perda completa da sensibilidade física, mantendo a atividade motora (caso seja opção). Reduz a dor associada ao trabalho de parto, com contrações menos

dolorosas; a parturiente mantém-se acordada, colaborante e consciente (Freixo, 2022).

Sobre as desvantagens: a analgesia epidural interfere de forma significativa com algumas das hormonas mais importantes do trabalho de parto e nascimento, o que pode explicar o seu efeito negativo nas diversas fases do trabalho de parto, nomeadamente o prolongamento tanto do primeiro estadió do trabalho de parto, como do segundo (Freixo, 2022). Além disso, autores como Brichi et al. (2023) e Souza et al. (2024), em suas revisões evidenciam relevante diminuição no protagonismo da mulher durante o trabalho de parto, na realização dos esforços expulsivos e na perceção da sua evolução.

Outro diagnóstico identificado tendo em consideração a solicitação por parte da Rita em saber mais sobre estratégias não farmacológicas para gerir a dor do trabalho de parto, foi **Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas**, sendo implementadas as seguintes intervenções:

1. Instruir sobre estratégias de relaxamento

A parturiente demonstrou interesse e receptividade em utilizar todas as estratégias para alívio da dor que o serviço tinha à disposição, pelo que foi explicado a indicação e os efeitos de cada uma das opções.

Justificação: O uso de água do chuveiro, as massagens, o apoio do companheiro, os exercícios respiratórios, todos esses aspetos encontram-se baseados na literatura como instrumentos valiosos que tem o poder de auxiliar uma parturiente, que tal como neste caso, tinha como objetivo ter o seu parto sem a utilização de estratégias farmacológicas para aliviar a dor.

Oliveira et al. (2020) indicam como uma prática humanizada na assistência ao parto, a implementação do apoio emocional, psicológico e familiar, bem como a utilização de métodos não farmacológicos para a diminuição da dor. Práticas como massagens, exercícios para auxiliar na evolução do trabalho de parto e o

mais importante, deixar a mulher ser a protagonista do processo, respeitando a sua individualidade e os seus desejos.

2. Treinar estratégias de relaxamento

Orientar, treinar e incentivar a realização de estratégias de relaxamento envolvem ativamente a equipa que assiste ao parto no sentido de proporcionar segurança e conforto para a parturiente. É parte integrante das competências do EEESMO supervisionar e reforçar os ensinamentos inerentes às estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto. Tal intervenção foi identificada como relevante para promover maior segurança e autocontrolo na gestão da dor para a Rita.

Justificação: Como descrito ter sido realizada neste caso, a massagem na região cervice-sacral, foi evidenciada como um dos métodos mais eficazes para a redução da dor lombar principalmente na primeira e segunda fase do trabalho de parto por diferentes autores (Oliveira et al., 2020; Rocha, 2022). A utilização deste recurso tem o poder de reduzir o stress e aliviar a tensão local, além de permitir a participação ativa do acompanhante. Em conjunto com outros exercícios, como respiratórios e de relaxamento muscular resultam em um abrandamento significativo da perceção dolorosa para a parturiente (Pedrosa, 2020).

3. Avaliar evolução na capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas

Dado o processo de evolução natural da dor durante o trabalho de parto, foi importante avaliar como a Rita lidava no decorrer do processo e como a mesma geria sua dor, de acordo com as estratégias não farmacológicas implementadas e se eram eficazes e faziam sentido à parturiente de serem utilizadas.

Justificação: O auxílio em identificar o uso de estratégia de relaxamento habitual, relaciona-se com oferecer a experiência de estratégias para lidar

com a dor durante o trabalho de parto e refletir sobre seu impacto, por exemplo, ouvir e cantarolar ao som da música previamente escolhida, reforçando positivamente a forma como está a lidar com a dor de trabalho de parto e questionar sobre o seu efeito.

O conhecimento e o autocontrole durante o trabalho de parto e parto envolve a confiança da mulher grávida em lidar com as diferentes etapas ativas do trabalho de parto. Essa confiança é vital para que ela possa regular seu comportamento durante o processo. Além disso, as suas expectativas sobre os resultados desse comportamento, ou seja, como suas ações afetam o desfecho esperado do parto, também desempenham um papel significativo na sua forma de agir (Sousa et al., 2019).

O que aprendi com o caso da Rita: reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências

O parto fisiológico é visto como um processo de parto ininterrupto sem intervenções médicas num ambiente de apoio centrado na mulher. À voz das mulheres, a experiência de parto fisiológico, é visto como uma experiência psicológica intensa e transformadora que gera uma sensação de empoderamento (Jacob et al., 2021).

Como profissionais de saúde especializados, necessitamos de atentar aos cuidados centrados na mulher, uma vez que é a sua voz que nos descreve sentimentos e emoções capazes de nos fazerem concluir sobre a positividade da experiência de parto vivida e alertarem-nos também para a sua saúde e bem-estar físico e emocional.

Este caso clínico revelou-se muito satisfatório, uma vez que a parturiente conseguiu levar avante o seu plano de parto, tendo sido um parto eutócico sem a utilização de medidas farmacológicas para alívio da dor. Tal comprovou o quão é essencial que os profissionais de saúde adotem abordagens centradas na mulher e incentivem o seu empoderamento durante a assistência ao trabalho de parto.

Tal não apenas promove melhores resultados maternos e neonatais, mas também contribui para uma experiência de parto mais positiva e satisfatória para as mulheres, devendo ser sempre esse, a par da segurança, o foco do trabalho do EEESMO.

5. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DO CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO

O estágio de natureza profissional inserido no MESMO engloba o módulo “Autocuidado no Pós-Parto e Parentalidade”. Foi realizado na Unidade de internamento de obstetrícia/puerpério sob a orientação de duas EEESMO entre os meses de fevereiro e março de 2024, num total de 102 horas de contacto direto. Teve como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências técnico-científicas, pessoais e éticas para cuidar a puérpera, o recém-nascido e a família, de acordo com o Regulamento de competências específicas do EEESMO n.º 391/2019 e de acordo com a OE (2019).

O desenvolvimento de conhecimentos e competências no contexto desta prática clínica passou por vigiar e avaliar a puérpera, elaborar um plano de cuidados individualizado, implementar cuidados gerais e específicos de acordo com as necessidades evidenciadas, facilitando a transição e a adaptação a, pelo menos, 100 puérperas e aos respetivos recém-nascidos, como preconizam a Diretiva e a OE, para a atribuição do título de EEESMO. Assim, ao longo do estágio, de acordo com o plano de trabalho atribuído à EEESMO tutora foram prestados cuidados, nos turnos da manhã, a puérperas, no número máximo de seis, e aos recém-nascidos, enquanto nos turnos da tarde e noite esse número podia alcançar até doze.

Também ao longo deste estágio, foi proposta a escolha de um caso clínico onde foi elaborado um plano de cuidados, onde consta o critério de escolha do caso, a estratégia de recolha de dados, as atividades realizadas e as intervenções associadas, juntamente com uma análise crítica das competências do EEESMO desenvolvidas.

As puérperas são acolhidas e acomodadas na Unidade de Obstetrícia I, juntamente com o seu bebé, excluindo as situações de internamento do recém-nascido na unidade de neonatologia. A Unidade de Obstetrícia, estruturalmente, possui todas as condições necessárias, o horário das visitas é

alargado (das 11 horas às 20 horas) e o intervalo entre as 11 e as 14 horas é exclusivo para um acompanhante que, habitualmente, pelo que pude observar, era o pai do recém-nascido. A unidade dispõe de vinte e seis camas, distribuídas por seis enfermarias de quatro camas cada uma e dois quartos de uma só cama.

Sempre que possível, em casos de pós-abortamento ou do recém-nascido internado na neonatologia, as puérperas foram internadas nos quartos com somente uma cama, para as preservar de maior sofrimento, como por exemplo, ouvir o choro dos bebés, ver puérperas a amamentar e ver todos os outros procedimentos inerentes à puérpera e ao recém-nascido.

O período pós-parto, denominado por puerpério, representa uma fase caracterizada por diversas transformações (Brandão et al., 2020). Este período começa assim que a placenta é expulsa e prolonga-se, aproximadamente, por seis semanas, período em que o útero recupera o tamanho e a forma pré-gravídicas e o organismo da mulher se restabelece e recupera-se de todas as alterações inerentes à gravidez (Batista & Luisi, 2023).

O período de recuperação pode ser dividido em três fases: o puerpério imediato (primeiras 24 horas), o puerpério precoce (primeira semana) e o período de puerpério tardio (até ao final da sexta semana após o parto) (Oliveira et al., 2022). Na prática deste estágio, foram prestados cuidados a puérperas no período de pós-parto imediato e puerpério precoce, de acordo com Oliveira et al. (2022).

As puérperas de parto vaginal, ficavam internadas por 48 horas e as puérperas, de parto distócico, por cesariana ficavam 72 horas, tendo proposta de alta no segundo dia pós-parto, se este ocorreu antes das 15 horas, ou no terceiro dia pós-parto se este ocorreu após as 15 horas. Neste curto período de tempo, estávamos atentas a possíveis complicações maternas ou do recém-nascido e à adaptação da mulher e da família aos seus novos papéis.

O período pós-parto é considerado de risco, relativamente a alterações fisiológicas e psíquicas. Nesta fase a puérpera encontra-se fragilizada, numa

situação de transição pela adaptação a um novo papel (Barcelos et al., 2022). O EEESMO é o profissional mais habilitado para promover a saúde da mesma atendendo às mudanças físicas, emocionais e psicológicas que acontecem no puerpério e para facilitar o desenvolvimento das competências necessárias para o cuidado ao recém-nascido (OE, 2019).

No contexto social, a mulher passa por interações que levam à formação de múltiplas identidades, também o casal e família, após o nascimento do recém-nascido, passam por uma mudança de papéis e reorganização familiar e social. O EEESMO reconhece que esta fase pode ser de difícil transição e reconhece a necessidade de ajuste social sendo um período de vulnerabilidade que requer a sua intervenção, como oferecer espaços de escuta e apoio à puérpera e à família de forma a responder às necessidades singulares de cada uma (Tralhão et al., 2020; Lima, 2024).

Para viver uma parentalidade equilibrada e saudável deve haver um trabalho de equipa entre os profissionais de saúde, puérpera, pai e familiares mais próximos, de forma a que este período de imensas transformações possa ser vivido de forma saudável e satisfatória (Silva et al., 2021).

As puérperas chegavam à unidade, por norma, duas horas após o parto, vindas de dois serviços: do Bloco de Partos ou do Bloco Operatório, dependendo do tipo de parto. Quando a puérpera chegava ao Serviço de Obstetrícia, verificávamos a sua identificação e a do recém-nascido, se ambos possuíam a pulseira de identificação, sendo colocada no recém-nascido uma pulseira eletrónica rastreada via sistema informático, que constituía-se numa medida adicional de segurança.

A puérpera/casal eram informados sobre o número da cama e o piso do internamento. Realizava-se uma simples e rápida apresentação do espaço físico, explicava-se a organização do serviço e as normas de funcionamento (rotinas, horários das refeições e visitas), promovendo-se a integração do casal no serviço.

Seguidamente realizava-se a avaliação inicial da puérpera e do recém-nascido. O processo clínico era previamente consultado verificando: a

anamnese e o exame físico da mãe e do recém-nascido (antecedentes pessoais: história obstétrica, história da gravidez atual, tipo de parto, ferida cirúrgica abdominal/perineal, tipo de anestesia/analgesia, grupo de sangue, estado físico após o parto, contração do útero e eliminação vesical; condição do recém-nascido: hora de nascimento, sexo, peso, índice de Apgar, adaptação à mama e a hora da última mamada). Este conhecimento permitia a adequação e a planificação de cuidados, de acordo com as necessidades da puérpera e do recém-nascido.

A seguir será realizada a descrição do caso clínico escolhido durante o decorrer do estágio com o devido enquadramento do tema, os respetivos diagnósticos de enfermagem identificados, as atividades realizadas, as intervenções de enfermagem implementadas, bem como uma análise reflexiva relacionada às competências desenvolvidas específicas do EEESMO.

5.1. Promover a amamentação através da relactação após internamento na UCI

De destacar a interação particularmente gratificante com uma puérpera: *Neuza (nome fictício), IG, 26 anos, sem antecedentes pessoais/obstétricos de relevo. Histórico familiar de diabetes e hipertensão arterial do avô paterno. Nega consumos de álcool/tabaco, com grupo sanguíneo AB positivo e possui plano nacional de vacinação atualizado.*

História da puérpera e contexto individual e familiar

Relativamente à gravidez, foi uma gravidez desejada e planeada em conjunto com o companheiro Norberto (nome fictício), de 32 anos. Por ter sido avaliada como uma gravidez de baixo risco, teve o acompanhamento pré-natal realizado pelo médico de família e pela enfermeira do Centro de Saúde da sua área de residência, sem intercorrências.

Neste contexto, uma gravidez de baixo risco pode ser entendida quando não há a necessidade de aplicar intervenções de maior complexidade, e quando a

morbidade e mortalidade materna e perinatal são menores do que as da população em geral. Entretanto, o processo dinâmico e a complexidade de cada gravidez exigem avaliações continuadas e específicas em cada período (Ferreira et al., 2021).

Relativamente à constituição familiar, Neuza é filha única, com os pais vivos e que residem próximo a si. Já seu esposo é o mais novo de três irmãos, entretanto com os pais falecidos. Ambos sentem que podem contar com uma rede de apoio proveniente dos avós maternos e amigos próximos, sentindo-se seguros relativamente a este aspeto.

Descrição das atividades realizadas

Neuza foi admitida no internamento de puerpério, proveniente da Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) sete dias após um parto distócico por ventosa, após apresentar um quadro de Hemorragia Pós-Parto (HPP). Segundo informações levantadas em processo clínico, foi um parto instrumentado por “ausência de progressão fetal”, com realização de dequitação natural e episiotomia com laceração perineal de segundo grau.

O recém-nascido do sexo feminino, com índice de Apgar ao nascimento de 07/08/09 respetivamente no primeiro, terceiro e quinto minuto de vida. Foi encaminhado à unidade de neonatologia devido ao quadro materno de HPP, onde permaneceu até a estabilização e retorno da mãe à unidade de internamento de puerpério, recebendo visitas diárias do pai.

As principais causas de HPP são: atonia uterina, retenção de produtos da concepção e coágulos, lesões no trato genital e coagulopatia. A atonia uterina determina 80% de todos os casos. A HPP imediata é a causa mais frequente de morte nos países em desenvolvimento sendo por isso muito importante que o profissional de saúde, nomeadamente o EEESMO seja capaz de prevenir e tratar esta situação quando ela ocorre (Pinto et al., 2022; Betti et al., 2023). A HPP imediata é a presença de perda sanguínea de um volume de sangue igual ou superior a 500ml, nas primeiras 24 horas após a dequitação, com

sinais ou sintomas de choque hipovolêmico como a sensação de lipotimia, palidez, hipotensão sustentada e/ou taquicardia (Alves et al., 2020).

Em alguns casos, a perda sanguínea pode ser inicialmente discreta, podendo resultar, posteriormente, em choque. A hemorragia pode ocorrer a um ritmo lento durante várias horas e a condição pode não ser reconhecida até a mulher repentinamente entrar em choque. A hemorragia pós-parto é tardia quando ocorre após as 24 horas. Se a parturiente estiver com anemia uma perda sanguínea inferior a 500ml pode deteriorar a condição da doente. A avaliação do risco no período pré-natal não prevê efetivamente as mulheres que terão HPP (OMS, 2018; Betti et al., 2023).

Devido ao seu contexto clínico, Neuza foi admitida em um quarto individual no internamento de puerpério, juntamente com o neonato que foi admitido a seguir. Durante o período em que esteve internada na UCI, Neuza somente teve condições de conseguir ir visitar a bebé na neonatologia por duas vezes uma vez que seu estado geral não permitiu maiores deslocamentos. Devido ao internamento na UCI, ao quadro clínico materno e ao pouco contacto inicial entre mãe e recém-nascido, não foi possível o estabelecimento/estímulo do aleitamento materno precoce. Tal facto foi referenciado pela puérpera logo ao início do contacto com mesma após a sua admissão no serviço de Obstetrícia, o que revelava a sua preocupação e receio em amamentar o recém-nascido, o que foi acolhido e trabalhado como será discutido de maneira mais aprofundada na continuidade da descrição deste caso.

Após realizados os procedimentos de rotina relativos à admissão na unidade, foi procedida a avaliação do puerpério precoce que encontrava-se com evolução normal. A puérpera permaneceu internada no serviço por mais três dias, sendo reavaliada diariamente pela equipa médica e de enfermagem e foi atribuída alta médica ao fim deste período.

No capítulo seguinte será realizado o enquadramento do tema central deste caso relativamente à amamentação e à relactação. A seguir, serão descritos os diagnósticos de enfermagem identificados para este caso, através da

estratégia de recolha de dados realizada, bem como das intervenções implementadas.

A amamentação e as suas vantagens

O aleitamento materno exclusivo é recomendado nos primeiros seis meses de vida e a sua continuação como alimentação complementar até aos dois anos de idade (Giraldo et al., 2020). Em Portugal, segundo a DGS (2023), não há total conhecimento sobre a prevalência e duração do aleitamento materno e a informação disponível estimou em 21,8 % o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses. É objetivo da OMS aumentar a amamentação exclusiva em 50% até 2025.

O leite materno apresenta propriedades nutritivas e anti-inflamatórias, assim como imunoglobulinas e imuno estimulantes, conduzindo à inúmeras vantagens para o recém-nascido. Assume uma especial relevância no crescimento e desenvolvimento cognitivo e emocional de uma criança, estando comprovada a diminuição da incidência de várias doenças, incluindo infeções respiratórias, gastrointestinais, otite média e diminuição do risco de meningite bacteriana e sépsis. No fundo, o leite materno, ostenta tudo que o recém-nascido precisa, sendo facilmente digerido pela presença da lipase, permitindo também a imunização passiva (Prata et al., 2020; Jorge, 2023).

Segundo Ferreira et al. (2022), o aleitamento materno inclui também outros benefícios para a criança como: a diminuição da incidência de obesidade; alergias; dermatite atópica infantil; doença celíaca e doença inflamatória intestinal; diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2; leucemia infantil e síndrome da morte súbita infantil.

Entretanto, a amamentação não apresenta apenas vantagens para a criança, apresenta também inúmeras vantagens para a mãe: promove uma recuperação pós-parto mais rápida e fisiológica, através da estimulação da ocitocina (involução uterina mais rápida, redução de infeções no pós-parto e prevenção de hemorragias); diminui o risco de depressão pós-parto; suspende

a ovulação; diminui o risco de doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, osteoporose, cancro da mama na pré-menopausa e cancro do ovário; sendo que a perda de peso pós-parto é gradual e natural devido ao aumento do gasto calórico necessário para a produção de leite (Spears & Schiebel, 2020).

Constitui-se no método mais económico e está sempre disponível à temperatura ideal, esterilizado e não necessitando de preparação prévia como o leite artificial. Mas acima de tudo, a amamentação promove os laços afetivos e de confiança entre o bebé e a mãe, contribuindo para uma ligação mãe-filho e uma vinculação mais efetiva (Prata et al., 2020).

Causas de interrupção da amamentação

No decorrer deste estágio, tive a oportunidade de lidar com o caso de uma puérpera que após o parto foi internada na UCI por um quadro de HPP, durante 7 dias. Após o internamento na UCI foi transferida para o internamento de obstetria com a sua filha. Esta mãe descreveu o seu sofrimento de ser separada da sua bebé e de não a estar a amamentar, questionando se isso ainda seria possível. Este caso demonstrou-me que havia casos que a amamentação é interrompida, sendo que pode ser novamente estabelecida, através da relactação.

No caso acima descrito, a interrupção da amamentação foi devido ao afastamento temporário da mãe por questões patológicas, mas infelizmente existem outras causas como: patologias do recém-nascido, patologias da mama ou rejeição da mama pelo bebé (Prata et al., 2020).

No entanto, também existe compromisso na amamentação devido à falta de apoio ou de informação, que pode ser devido à pouca ou mal dirigida assistência pelos profissionais de saúde (Pinto et al., 2020). “Uma mulher que se depare com dificuldades, como a dor mamilar, os problemas da mama e a baixa autoeficácia para amamentar, se não tiver apoio, acaba por interromper a amamentação precocemente introduzindo leite adaptado, o que leva à

supressão da lactação” (citado por Prata et al., 2020, p. 243). Também a crença de que o leite materno é insuficiente para as necessidades do bebé e consequentemente a introdução de leite adaptado, é a causa mais comum para o abandono da amamentação (Medeiros et al., 2022).

Apesar das vantagens descritas da amamentação e de ser recomendada por entidades de saúde, esta pode ser então interrompida ou dificultada por questões fisiológicas, socioeconômicas, culturais ou emocionais, sendo a relactação uma solução possível para retomar a amamentação (Moraes et al., 2024).

Relactação

O processo da relactação, possibilita que as mulheres que interromperam a amamentação recentemente ou mesmo no passado, possam voltar a produzir leite suficiente para amamentar os seus filhos (Prata et al., 2020).

Segundo Medeiros et al. (2022), a relactação é praticada há muito tempo, no ano de 1956, na tradição Zulu há relatos de avós que amamentaram seus netos, assim como este método fazia parte da cultura de uma tribo africana, em 1909 (Phillips, 1983).

Um estudo realizado por Araújo et al. (2023), incluiu dez investigações na sua amostra de forma a quantificar o sucesso da relactação. Num universo de 1.295 mulheres que se submeteram ao processo da relactação, 1.135 conseguiram voltar a produzir leite, representando 87,6% do total, admitindo-se assim que as hipóteses de sucesso são elevadas, justificando-se os esforços despendidos pela mãe, pela criança e pela família.

O sucesso da amamentação depende de vários fatores, mas a produção e ejeção eficaz de leite é essencial. Após controlar a causa da interrupção da amamentação, se a mulher tiver o desejo de amamentar é possível incrementar a produção e a ejeção de leite pelo processo de relactação (Prata et al., 2020).

O estudo de Moraes et al. (2024), comparou os níveis de prolactina de mães em relactação e em aleitamento materno exclusivo e concluiu que as mães que deixaram de amamentar, uma vez iniciada a relactação, apresentaram níveis de prolactina semelhantes aos níveis de mães que amamentavam exclusivamente.

O fator primordial para o processo da relactação é a estimulação da mama e do mamilo pela sucção do bebê. Segundo Jorge (2023), a idade do bebê e a vontade de mamar influênciam a habilidade de sucção do bebê - quanto menos idade e mais vontade de mamar tiver, maior será o estímulo do mamilo pela sucção do bebê. Segundo Pinto et al. (2020), quanto mais nova for a criança maior a probabilidade de se estimular o reflexo da sucção com sucesso particularmente, se for mais nova do que os três meses. Já de acordo com Jung et al., (2020), a relactação é mais fácil quando o bebê tem menos de dois meses e não está habituado a bicos artificiais.

Importa também para o sucesso deste processo o intervalo de tempo que decorreu desde que foi interrompida a lactação, por ausência ou diminuição da produção de leite materno - quanto menor for o intervalo entre o abandono da lactação e o seu reinício maior é a probabilidade de sucesso (Moraes et al., 2024). Segundo Prata et al. (2020), a relactação deve ser iniciada o mais precocemente possível, de acordo com o bem-estar e o desejo materno. Na revisão realizada por Medeiros et al. (2022), o intervalo de tempo sem amamentar tem mais influência que a idade do bebê no sucesso da amamentação.

A relactação está indicada para o recém-nascido quando (Pinto et al., 2020; Giraldo et al., 2020):

- a amamentação é interrompida precocemente ou nem é iniciada e é iniciado suplemento com leite artificial por biberão;
- o reflexo de sucção é pouco eficaz, o que conseqüentemente leva a uma diminuição da produção de leite;
- apresenta baixo ganho de peso;

- rejeita uma ou as duas mamas;
- é prematuro e não possui uma sucção eficaz nas primeiras semanas de vida;
- apresenta alguma doença ou condição que o impede de fazer muito esforço (determinadas doenças neurológicas ou cardíacas) ou que acarreta hipotonia muscular.

As mães de bebê impossibilitados de fazer uma sucção eficaz devem iniciar a estimulação mamária manual, para que tenham leite suficiente para alimentar o filho logo que seja possível a alimentação oral. Se a mãe iniciar a expressão no primeiro dia e continuar a fazê-lo frequentemente, pelo menos oito vezes em 24 horas, será mais fácil iniciar a lactação (Brasileiro et al., 2024).

Para as mães, essa indicação ocorre nas seguintes situações (Medeiros et al., 2022; Silva & Janzen, 2023): ter efetuado inibição láctea e pretende retomar a amamentação; apresenta hipogalactia; ser mãe adotiva e desejar amamentar.

É da competência do EEESMO, fornecer apoio e informação para a construção de estratégias, não de forma a persuadir, mas para ajudar as mães a manter as suas decisões e a reestabelecerem a produção de leite materno em favor da mãe e do seu filho.

Este caso levou-me a aprofundar o meu conhecimento no tema relactação, de forma a poder apoiar esta mãe, mas também outras que por algum motivo interromperam ou não iniciaram a amamentação precocemente.

Para Moraes et al. (2024), o restabelecimento do aleitamento materno é baseado em três pilares, descrito como tripé da relactação, composto por: um bebê faminto, uma mulher motivada e suporte emocional.

Segundo Prata et al. (2020), se a mulher possuir o desejo de amamentar é possível incrementar a produção de leite pelo processo de relactação. Mas a motivação da mãe não é o único fator necessário, a estimulação frequente da

mama, a sucção do bebé e o apoio da família e dos enfermeiros são essenciais para o sucesso desta prática.

A confiança é um fator crucial para o sucesso da relactação, se a mãe acreditar que conseguirá amamentar o seu filho, ela não desiste e consegue gerir o stress e a ansiedade naturais nesse processo, mas que podem inibir o reflexo de ocitocina e comprometer a produção de leite (Prata et al., 2020). O apoio familiar e do EEESMO é fundamental para o sucesso da relactação, pois o apoio aumenta a confiança materna.

Apesar destes autores descreverem os fatores importantes para ter sucesso no processo de relactação, importa saber que a relactação é um processo individual, que depende da mãe, do bebé, da história de amamentação, do fator que levou ao desmame precoce, do apoio, entre outras. Cabe-nos a nós, EEESMO, saber identificar as necessidades de cada caso, de forma a implementar as intervenções necessárias.

Neste contexto, pude proceder à recolha de dados que dirigiram na identificação das necessidades da puérpera, tais como: *“Gostava muito de poder amamentar”*; *“Ainda é possível amamentar o meu filho?”*; *“Eu sinto-me capaz de amamentar, como o posso fazer?”*; *“Tenho o apoio do meu marido, assim como da minha família...”*.

Estes e outros dados recolhidos no contacto com a puérpera, demonstra que esta não tinha conhecimento sobre a relactação nem sabia quais estratégias utilizar, mas demonstrou interesse, motivação e disponibilidade em voltar a amamentar. Sendo também importante referir que a mãe estava bem física e psicologicamente, assim como o bebé não tinha nenhuma condição que o impossibilitasse de iniciar um processo de relactação.

Com os dados recolhidos, foi elaborado inicialmente o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre a relactação e implementadas as seguintes intervenções:**

1. Ensinar sobre a relactação

Uma vez identificado a necessidade da Neuza em saber mais informações sobre amamentação e o interesse demonstrado em aprender mais sobre o procedimento da relactação, a importância que tinha para ela poder amamentar seu bebé e a sua receptividade em fazer a relactação, foi explicado como funcionava este processo e como poderia ser realizado.

Justificação: A relactação é uma técnica que permite o restabelecimento da produção de leite materno, em mulheres que tenham interrompido por vários motivos a amamentação, tanto recentemente, como no passado ou tenham uma diminuição acentuada de leite materno. Destina-se assim, a repor ou a restaurar a produção de leite materno, através da qual, a lactação é reiniciada num momento que não tem relação com o pós-parto imediato (Giraldo et al., 2020; Prata et al. 2020).

A relactação permite assim restabelecer o processo fisiológico da amamentação e com isso proporcionar uma produção adequada de leite pelas glândulas mamárias de modo a produzir leite materno adequado às necessidades do bebé. Está dependente da estimulação do reflexo neuro-endócrino que se inicia no mamilo/aréola, através da sucção na mama, e que é fundamental para a produção do leite materno através da libertação de prolactina (hormona secretada pela adenoipófise, tendo como principal função estimular a produção de leite nos alvéolos). Este processo é semelhante à lactogénese, que em situações normais é iniciado ainda durante a gravidez (lactogénese I), sendo que o início de secreção de leite em grandes quantidades ocorre entre 30 a 72 horas após a dequitação (lactogénese II), e posteriormente a manutenção da lactação previamente estabelecida (lactogénese III) (Brasileiro et al., 2024).

A ejeção de leite é provocada pela ocitocina (hormona produzida pelo hipotálamo), sendo libertada pela estimulação direta dos neurónios sensitivos na aréola e pelo estímulo exteroceptivo (olhar, ouvir, pensar e cheirar o bebé), em resposta à sucção da criança, o que resulta na contração das células que envolvem os alvéolos, expulsando o leite neles contido. Stress, dor ou insegurança podem dificultar este reflexo de ejeção de leite, sendo

importante o apoio e o conforto de forma a que a mulher tenha bons pensamentos (Silva & Janzen, 2023).

Sendo a estimulação hormonal adequada, observa-se o crescimento da rede alveolar secretora, estando desta forma preparada para a secreção de leite e para o seu esvaziamento da mama de forma eficaz, quer pela sucção do bebé ou por extração mamária manual ou mecânica (Pinto et al., 2020).

Entretanto, quando a amamentação é interrompida, o recém-nascido pode já não saber relacionar-se ou ter interesse. Por esse motivo, uma das técnicas de relactação consiste em conectar uma extremidade de uma sonda a um reservatório de leite e a outra extremidade à boca da criança junto ao mamilo, a fim de proporcionar um fluxo contínuo de leite, cativando-o para a amamentação, estimulando assim a mama/mamilo/aréola (Giraldo et al., 2020). Segundo Silva & Janzen (2023), o bebé aprende ou reaprende a forma correta de mamar e esse será o estímulo principal para começar a produção de prolactina e ocitocina. “Quanto mais frequente e demorada for a estimulação da mama mais leite é produzido” (como citado em Jorge, 2023, p.51).

A relactação significa muito mais que produzir leite materno ou mais leite materno, é um processo que exige tempo e disponibilidade para que a mãe e filho se redescubram. É um processo demorado que necessita de algum esforço, dedicação e persistência (Jorge, 2023).

Apesar dos estudos demonstrarem bons resultados da relactação, a realidade é que não é garantido o seu sucesso e muito menos é possível quantificar a duração desse processo, no entanto, a OMS estima que, no período de uma a seis semanas, a maioria das mulheres passa a produzir leite suficiente para alimentar o bebé sem a necessidade de suplemento até aos seis meses (Brasileiro et al., 2024).

Outro diagnóstico identificado neste caso foi, **Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias facilitadoras de relactação**, dado a

motivação e interesse demonstrado pela Neuza em obter todas as informações que potencialmente poderiam contribuir para o sucesso desta técnica.

Justificação: Nenhum caso é igual e todos têm a suas particularidades, por isso deve-se adequar diferentes estratégias de forma a ter intervenções personalizadas e adaptadas a cada mãe/filho. Posto isto, torna-se necessário ter conhecimento de todas as técnicas e recursos, de forma a encontrar o melhor plano para conseguir ter sucesso na relactação e assim a mãe tomar decisões informadas assumindo um papel ativo ao longo de todo o processo.

Segundo Pinto et al. (2020), a relactação é um processo que inclui três fases: estimulação da mama e do mamilo; uso de suplementos e redução dos suplementos até à sua eliminação; vigiar a evolução da criança.

De acordo com o diagnóstico elaborado, foi definida a Intervenção: Ensinar sobre estratégias facilitadoras de relactação, que visa transmitir informação sobre estratégias facilitadoras de relactação e as suas atividades associadas.

1. Ensinar sobre estratégias facilitadoras de relactação

Estimulação do mamilo e da mama (Pinto et al., 2020):

o Estimulação pelo bebé:

Se o bebé aceitar a mama ou se ainda mama, mas está a fazer leite adaptado no final, existem dois métodos que visam iniciar e aumentar a produção de leite pela sucção ativa do bebé:

- Relactador (mecanismo de alimentação por tubo): consiste num tubo (especialmente desenvolvido para este fim ou um tubo fino e flexível, sendo por vezes usado uma sonda nasogástrica), em que uma extremidade é colada perto do mamilo em direção à boca do bebé, a outra extremidade é colocada num copo, recipiente de relactador, biberão ou seringa, para que o bebé receba um fluxo constante de leite

(com leite materno ou leite artificial) enquanto mantém uma boa pega e desta forma estimular a mama e o mamilo (Prata et al., 2020);

- “Drop and Drip”: é uma técnica que foi descrita por Kayhan-Tetik et al. (2013), que consiste em pingar o leite de um conta-gotas diretamente na mama, enquanto o bebé mantém a sucção.

A estimulação idealmente deveria ocorrer, oito a dez vezes ao dia, em intervalos de duas horas (Prata et al., 2020). As mamadas noturnas são fundamentais, porque a secreção de prolactina está aumentada durante a noite e o contacto entre mãe e filho pode aumentar a disposição da mãe para amamentar (Pinto et al., 2020).

A amamentação com relactador deve durar entre vinte a quarenta minutos alternando cada mama de modo que ambas sejam estimuladas (Medeiros et al., 2022). A mãe deve assegurar-se de que há uma boa pega enquanto o filho está a mamar, para prevenir fissuras nos mamilos e assegurar que a sucção seja eficaz (Prata et al., 2020). O uso de chupetas, biberões, tetinas e outros objetos semelhantes devem ser evitados, porque requerem menos esforço para o lactente mamar, e dificultam a adaptação deste à mama, uma vez que a técnica de sucção é diferente na mama ou em bicos artificiais (Jorge, 2023).

Segundo Ferreira et al. (2022) e Moraes et al., (2024), se o bebé deixar de mamar e adormecer, uma estratégia possível é fazer compressões mamárias permitindo que haja um melhor fluxo de leite e funcionando como reforço positivo para o manter interessado por mais algum tempo.

- o Contacto pele com pele:

O contacto pele com pele deve ser efetuado entre as mamas da mãe, dentro da roupa dela, para que o corpo do recém-nascido esteja em contacto direto com o corpo da mãe. O recém-nascido apenas deve estar de fralda, com uma manta por cima (Jung et al., 2020).

No contacto pele com pele, o bebé está perto da mama e assim aprende a responder e a desenvolver as suas habilidades na amamentação, tendo mais

oportunidades de mamar com frequência. Sendo que ajuda também a mãe estimular a secreção de prolactina e a fortalecer a ligação mãe-filho, estimulando a secreção de ocitocina, hormonas estas essenciais para a relactação (Pinto et al., 2020).

Existem ainda outras vantagens do contacto pele com pele como: manter o bebé aquecido pelo calor do corpo da mãe, não tendo de despender da sua energia para se manter quente; aumentar favoravelmente de peso; chorar menos e dormir melhor. Não estando estas vantagens diretamente relacionadas com a amamentação estão indiretamente pois, o bebé estando bem e confortável, o processo de relactação desenvolve-se com mais facilidade (Medeiros et al., 2022).

O contacto pele com pele deve ser implementado sempre que possível, sendo necessário haver disponibilidade da parte da mãe para usar a estratégia que se demonstre eficaz para o bem-estar do recém-nascido e consequentemente uma melhor experiência na relactação (Pinto et al., 2020; Medeiros et al., 2022).

- o Estimulação manual ou mecânica:

A forma mais eficaz de estimular e/ou aumentar a produção de leite é o estímulo sobre a mama e mamilo, a estimulação do bebé e o contacto pele com pele, são ótimas estratégias, mas por vezes não são possíveis, ou porque o recém-nascido não quer estimular a mama, ou porque a estimulação que está a fazer não é suficiente para que ocorra um aumento ao nível das suas necessidades atuais (Jorge, 2023).

Por isso, as estratégias atrás descritas podem ser combinadas com a estimulação mamária manual ou mecânica. A estimulação manual ou mecânica pode ser efetuada várias vezes ao dia, principalmente quando o bebé não está a mamar (Pinto et al., 2020).

Segundo Medeiros et al. (2022), a mama deve ser estimulada a cada duas horas durante do dia, se o bebé não tiver interesse na mama fazer essa

estimulação manual ou mecânica, por períodos de vinte minutos, podendo inicialmente, durante cinco minutos em cada mama e depois repetir por mais cinco minutos. Durante a noite a estimulação deve ser feita a cada três horas. É importante explicar à mãe que nas primeiras vezes é expectável não conseguir extrair nada ou apenas umas gotas, sendo considerado o mais importante a estimulação (Ferreira et al., 2022).

- Informar sobre a estimulação mamária manual (Medeiros et al., 2022):

- 1) Lavar as mãos antes;
- 2) Adotar uma posição confortável;
- 3) Massajar a mama apoiando com uma mão e com a outra realizando movimentos circulares em toda a sua extensão;
- 4) Segurar o recipiente sob o seu mamilo e aréola, com a outra mão;
- 5) Colocar o polegar na mama acima do mamilo e aréola e o seu dedo indicador sobre a mama abaixo do mamilo e aréola, oposto ao polegar. Ela pode apoiar a mama com os outros dedos. Pressione em direção ao tórax e liberte o tecido mamário entre o dedo indicador e o polegar. Repita algumas vezes. Deve-se evitar espremer o mamilo, pois pode bloquear o fluxo de leite. E evitar deslizar os dedos na mama, uma vez que a fricção pode provocar dor mamária.

- Informar sobre a estimulação mamária mecânica (Medeiros et al., 2022):

A estimulação mamária pode também ser efetuada através de bombas de leite. Existem no mercado vários tipos, mas os dois tipos principais são: as bombas manuais e as bombas mecânicas.

As bombas manuais de borracha são fáceis de usar quando a mama está cheia, não sendo tão fácil a sua utilização na estimulação da mama quando esta está flácida. Jorge (2023), também refere que a higienização e esterilização destas

bombas é difícil, sendo que não deverão ser usadas para extração de leite com a finalidade de alimentar uma criança.

As bombas elétricas têm evoluído nos últimos tempos e tentam imitar ao máximo a sucção do bebê, tendo mesmo um modo de estimulação, podendo aumentar ou diminuir a sua intensidade, tendo também o modo de extração de leite, podendo também ser regulada a sua intensidade conforme a tolerância da mulher. No entanto, a melhor e mais eficaz estimulação continua a ser a do bebê, sendo que quando isso não é possível, utilizar a estimulação mecânica pode ser uma solução.

- Usar suplemento de leite artificial temporariamente de forma a assegurar a alimentação do bebê e encorajar a sucção na mama

Segundo Jorge (2023), a utilização de leite adaptado, se for necessário, deve ser administrado por copo, seringa ou colher no caso de ser dado isoladamente. No entanto, também pode ser administrado pelo relactador.

O suplemento de leite artificial ajudará particularmente se a mãe inicialmente tiver pouco leite ou pode utilizá-los apenas quando sente que o bebê está frustrado ou impaciente por causa do fluxo de leite (Pinto et al., 2020).

- Lactogogos se indicados

Os lactagogos ou galactogogos são antagonistas dopaminérgicos que levam ao aumento da prolactina, aumentando a secreção de leite. Os lactagogos não são prescritos isoladamente e só deve ser considerada a sua utilização se todos os meios fisiológicos foram tentados. Só podem ser usados se a relactação não puder ser alcançada dentro de duas semanas, apesar do aconselhamento eficaz e métodos suplementares (Prata et al., 2020).

Neste caso também foi identificado o diagnóstico **Potencial para melhorar a capacidade em relactar** com o objetivo de garantir a orientação de como realizar a técnica e que esta fosse executada de maneira correta e segura, sendo implementadas as seguintes intervenções:

1. Instruir e treinar sobre a relactação: técnica do relactador

Justificação: A puérpera demonstrou interesse e disponibilidade em aprender e executar a técnica da relactação, pelo que foi explicado cada passo deste procedimento.

- 1) Lavar as mãos antes;
- 2) Adotar uma posição confortável;
- 3) Escolher o mecanismo do relactador: recipiente e tubo próprio para o efeito (sistema de nutrição suplementar); copo, seringa ou biberão com um tubo de calibre pequeno e flexível (por exemplo, a sonda nasogástrica);
- 4) Colocar leite materno ou suplemento de leite artificial no recipiente escolhido;
- 5) Colocar o bebé à mama, e verificar os sinais de boa pega;
- 6) Colocar uma das extremidades do fio no recipiente com leite e a outra extremidade no mamilo (por cima ou na lateral), introduzir de 2 a 3 cm a ponta do tubo lentamente entre o lábio superior e aréola, em cada sucção, aproveitando o relaxamento do lábio (a ponta do tubo não deve ultrapassar a ponta do mamilo, nem ficar localizada antes do mamilo);
- 7) Imobilizar o tubo com uma fita adesiva hipoalérgica;
- 8) Independentemente do relactador escolhido, aumentar ou diminuir a altura do recipiente vai acelerar ou abrandar o fluxo do leite respetivamente. O recipiente com leite deve ficar abaixo do nível da boca do bebé, para que o leite suba com a sucção. Se o recipiente ficar acima o leite desce pela gravidade, não sendo por isso necessário a

sucção do bebé. Deve-se prestar atenção à reação do bebé de modo a ajustar a altura do relactador sempre que necessário (Medeiros et al., 2022; Moraes et al., 2024).

O que aprendi com o caso da Neuza: reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências

A amamentação é fundamental para a saúde e o bem-estar da mãe e do seu filho, tendo diversas vantagens para estes, podendo mesmo salvar vidas. Neste contexto, o EEESMO tem o dever de proteger, promover e apoiar a amamentação.

No entanto, a amamentação pode ser interrompida por situações de doença da mãe e/ou bebé, problemas mamários, crenças de produção de leite insuficiente, entre outras. E a relactação pode ser um caminho possível para estabelecer novamente a amamentação. É necessário que a população e primordialmente, os profissionais de saúde, estejam informados sobre a existência desta técnica, com a finalidade de obterem as vantagens da amamentação, sendo que a relactação pode ser uma opção de escolha para prevenir ou reverter o desmame indesejado.

Cabe ao EEESMO, identificar possíveis candidatas a relactar e utilizar as informações científicas atualizadas de forma a construir um plano individual, de forma a ajudar as mães a deterem escolhas de forma ativa e reestabelecerem a produção de leite materno em favor de si e do seu filho.

O processo de relactação não é isento de dificuldades, sendo que a necessidade de estimulação frequente da mama nas vinte e quatro horas é descrita pelas mulheres como a maior dificuldade (Moraes et al., 2024). Mas a relactação pode ser alcançável se a mãe estiver motivada e apresentar disponibilidade, se o bebé aceitar a mama novamente e se houver o apoio da família. Sendo que o apoio do EEESMO é também crucial, de forma a fornecer acompanhamento adequado, segundo uma prática baseada na evidência

científica, garantindo uma assistência individualizada e fornecendo um reforço positivo no sentido de desenvolver a confiança materna.

A adaptação para a parentalidade representa um período de adaptação familiar, com implicações para a mãe/pai/família e para o desenvolvimento do recém-nascido. Assim se demonstra a importância da qualidade do acompanhamento prestado pelo EEESMO no período pós-natal, dando ferramentas para que esta transição seja vivida de forma mais saudável e gratificante. Deste modo, tenho estes valores como base na minha prática clínica enquanto EEESMO.

6. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO ÂMBITO DE CUIDAR A MULHER COM GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

O estágio na Unidade de Obstetrícia, um dos módulos do estágio de natureza profissional, inserido no MESMO, teve como objetivo a aquisição e o desenvolvimento de competências de diagnóstico e intervenções de enfermagem que mobilizassem saberes, com base em evidência científica, pensamento crítico e análise reflexiva na tomada de decisão, permitindo a assistência especializada à mulher/casal/família em situação de gravidez com patologia associada ou concomitante à gravidez.

De acordo com a OE (2019), é da competência do EEESMO vigiar a gravidez e o bem-estar materno e fetal através da análise da história clínica e exames complementares de diagnóstico; detetar precocemente situações anormais da gravidez que possam afetar a sua evolução e o bem-estar materno e fetal, estabelecendo a sua orientação; identificar fatores de risco que possam interferir no curso normal da gravidez, na saúde da mulher e/ou do feto; promover a educação para a saúde ao longo da gravidez; preparar o casal para o parto e parentalidade e informar sobre os deveres e direitos parentais.

A gravidez é um processo fisiológico e natural do sistema reprodutor que resulta no desenvolvimento de um feto no corpo, durante aproximadamente 40 semanas ou 266 dias, correspondendo ao período entre a fecundação e o nascimento (Gallbach, 2024). Este processo deve ser encarado pela grávida e visto pelos profissionais de saúde como parte integrante de uma experiência de vida que acarreta mudanças rápidas e inevitáveis do ponto de vista físico, social e emocional (Reis, 2020).

Assim sendo, a gravidez é vivenciada como um período bastante significativo na vida da mulher, casal e família, marcado por diversas repercussões físicas e emocionais, rápidas e intensas, que afetam a fisiologia e a rotina da grávida, exigindo a sua adaptação. Face a estas alterações, é natural que durante todo o processo da gravidez possam surgir sentimentos de

preocupação, insegurança e ansiedade, que poderão ser agravados e intensificados quando associados a doenças (Pedraza & Lins, 2021) ou a gravidez de risco, em que a mulher enfrenta, de uma forma inesperada, uma outra transição, situacional, que poderá dificultar a adaptação à gravidez e, conseqüentemente, a adaptação à parentalidade (Vieira, 2020).

Durante o processo de gravidez podem ocorrer possíveis complicações ou podemos estar perante uma situação patológica que impeça o processo de aceitação e de adaptação natural à condição uma vez que as fantasias criadas pela grávida e pelas pessoas ao seu redor ficam comprometidas (Pedraza & Lins, 2021).

A gravidez com complicações é definida como a gravidez que coloca a mãe ou o feto em risco de morbidade ou mortalidade. É considerada de risco quando a probabilidade de se verificar um desfecho adverso para a grávida e/ou para o feto é superior à incidência dessa complicação na população em geral (Paiva et al., 2023).

Face ao referido, um dos desafios do EEESMO centra-se no casal e em detetar eventuais fatores de risco ou desvios à normalidade do processo gravídico, bem como informar sobre sinais e sintomas que possam indicar uma complicação. Neste sentido, os cuidados desenvolvidos aos “casais grávidos” centram-se, sobretudo, na promoção da saúde, vigilância e monitorização da saúde materna e fetal, no contexto de gravidez de risco - monitorização dos sinais vitais, vigilância de sintomas específicos da patologia e avaliação das respostas da grávida e família às exigências impostas pelas complicações associadas à sua gravidez.

O estágio decorreu no serviço de Obstetrícia, que contempla três enfermarias compostas por seis camas, contemplando um total de 18 leitos. Ao contrário das restantes unidades, não é permitida a presença de acompanhante uma vez que as enfermarias são partilhadas, estando autorizada a sua presença num período diurno entre as 11h e as 21h. Além disso, são permitidas visitas em dois horários no período da tarde.

As grávidas dão entrada, em sua maioria, através do Serviço de Urgência, sendo os principais motivos de internamento: Pré-Eclâmpsia, Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT), colestase gravídica e restrição de crescimento intrauterino (RCIU). Ao serviço do internamento de grávidas está atribuída a EEESMO que tem ao cuidado o máximo de cinco mulheres.

A seguir será descrito o caso escolhido no âmbito deste estágio, bem como as atividades realizadas, os diagnósticos de enfermagem e as intervenções implementadas relacionadas com as competências específicas do EEESMO de acordo com a Ordem dos Enfermeiros.

6.1. A relevância do conhecimento e do plano de parto na gestão das expectativas

Destaco aqui uma experiência relevante para o meu desenvolvimento profissional com uma grávida: *Tatiana (nome fictício), 30 anos, IIIIGOP2A, IG: 27 semanas e 2 dias. Antecedente obstétrico de dois abortos, sendo na primeira gravidez no primeiro trimestre e na segunda gravidez no segundo trimestre. Sem antecedentes patológicos e/ou familiares de relevo. Nega uso de álcool/tabaco, com grupo sanguíneo: A positivo.*

Submetida a ciclorrafia às 15 semanas devido ao antecedente de abortamento no segundo trimestre. Diagnóstico de internamento: Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT).

História da gravidez e contexto individual e familiar da grávida

Tatiana, quando descobriu a gravidez espontânea, juntamente com o seu marido sentiram-se receosos devido ao historial obstétrico de dois abortos anteriores, pelo que optaram por esperar completar as 12 semanas para comunicar a notícia aos familiares e amigos próximos. Em termos de apoio familiar, tanto Tatiana, como seu marido Salvador (nome fictício), possuem os

pais e irmãos a viver próximos uns dos outros e terem uma boa relação, pelo que sentem que podem contar com esta rede de apoio.

Descrição das atividades realizadas

A grávida em questão, encontrava-se no 26º dia de internamento por APPT. A interação com a mesma deu-se durante quatro turnos, sendo três no período diurno (das 08h às 20h) e um no período noturno (das 20h às 08h).

Nos cuidados prestados diariamente, sempre esteve presente o objetivo de lhe proporcionar informação, conforto, apoio, disponibilidade, empatia, interação, e promover a confiança, envolvendo os conviventes significativos, para que se sentissem à vontade para questionarem e/ou exporem as suas preocupações e dúvidas.

Este acolhimento implica atitudes facilitadoras para a adaptação da mulher a uma realidade inesperada, como: a apresentação do profissional, tratar a grávida, o bebé e o acompanhante pelo nome, informar sobre as normas do serviço, sobre os procedimentos a serem realizados, escutar e valorizar o que é dito pelos clientes, garantindo a sua privacidade e a sua confidencialidade (Vieira, 2020).

Procede-se, igualmente, à recolha de dados do processo clínico e do Boletim de Saúde da Grávida, a sua situação ocupacional/laboral e do companheiro, hábitos tabágicos, alcoólicos ou de outras substâncias aditivas, alimentação; situação clínica (medicação em uso, alergias, grupo sanguíneo, peso anterior à gravidez), antecedentes pessoais (doenças, cirurgias) e familiares, a história obstétrica e ginecológica (número de gestações, intercorrências como abortamento, hemorragias e complicações maternas/fetais associadas, realização de preparação para o parto) (Monteiro, 2023).

Estes dados permitem avaliar o conhecimento que o casal possui, quais os seus recursos e que estratégias mobilizam para lidarem com a sua situação e planear os cuidados ao longo de toda a gravidez (Vieira, 2020).

Efetua-se o exame físico da grávida que compreende o exame geral e a avaliação dos sinais vitais. Este procedimento faz parte das rotinas do EEESMO. A finalidade da monitorização dos sinais vitais prende-se com o reconhecimento e avaliação das possíveis complicações da condição hemodinâmica da gestante e, intervir em tempo útil, com intervenções adequadas, permitindo prevenir maiores complicações e promover o retorno à condição basal da cliente (Bordalo, 2022).

Neste sentido, em todos os turnos, para avaliar o bem-estar materno e fetal, tínhamos como atividades de vigilância: vigiar os sinais vitais (temperatura, respiração, dor, frequência cardíaca e tensão arterial); e vigiar a presença ou ausência de sinais de risco de acordo com cada patologia.

Dependendo da idade gestacional (IG) da grávida, procedia-se à realização da cardiocotografia (CTG) ou da auscultação dos batimentos cardíacos fetais para a avaliação do bem-estar fetal. Recorriamos ao doppler quando a IG era superior a 11 semanas, quando superior a 30 semanas recorriamos ao CTG, embora Pereira (2022) e Pacheco (2024) recomendem esta intervenção somente após as 37 semanas.

De acordo com o descrito anteriormente relativo às principais causas de internamento no serviço de Obstetrícia, importa explorar a que levou ao internamento referido.

O diagnóstico de APPT é caracterizado pelo aparecimento de contrações uterinas regulares que causam alterações no colo do útero antes das 37 semanas de gravidez. O parto prematuro (PPT) ocorre entre a 22.^a e a 36.^a semana e seis dias de gestação e afeta aproximadamente 10% das gravidezes, sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade neonatal. Embora a etiologia do PPT não seja completamente compreendida, fatores de risco como idade avançada, intervalos curtos entre as gestações, colo do útero curto e estilo de vida podem estar associados a essa condição (Peixoto, 2022).

Assim sendo, uma das intervenções comuns resultantes de prescrição na prática clínica é a administração de corticoides para a maturação pulmonar.

Na instituição hospitalar onde ocorreu o estágio, a dexametasona era a droga de eleição administrada em quatro doses de 6mg por via intramuscular, com um intervalo de 12 horas.

Perante este diagnóstico clínico, também era comum a prescrição de repouso no leito, seja relativo ou absoluto. No entanto, a evidência científica mais atual indica que não existem benefícios significativos em restringir atividades prolongadas, podendo esta prática acarretar efeitos adversos como aumento do risco de trombose venosa, atrofia muscular e redução da densidade óssea (Figueiredo et al., 2021).

Além das implicações fisiológicas descritas, o repouso no leito também tem relevante impacto psicológico. Vários estudos indicam que as mulheres submetidas a esta restrição tendem a experienciar perda de autonomia e isolamento social, o que pode levar ao desenvolvimento de sentimentos negativos. Isso, somado à vulnerabilidade emocional decorrente do internamento, pode afetar negativamente a adaptação ao papel parental (Rocha, 2021; Mendes et al., 2023).

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

Como referido na descrição deste caso clínico, a grávida foi submetida a uma ciclorrafia às 15 semanas de gestação. Sabe-se que esta deve ser retirada previamente ao início do trabalho de parto, geralmente entre as 36 e as 37 semanas de gestação, a menos que o parto seja por cesariana, caso em que a remoção da sutura pode ser adiada até esse momento. Em mulheres que apresentem trabalho de parto pré-termo iminente, a ciclorrafia deve ser removida para minimizar o potencial trauma do colo uterino (Shennan & Story, 2022).

Embora o foco da atuação do EEESMO durante o internamento de Obstetrícia muitas vezes seja voltado para o bem-estar da mulher e do feto em casos

patológicos, é essencial considerar a perspectiva da mulher/grávida como futura mãe e promover a sua transição para a parentalidade.

Quando o casal estava presente, avaliava-se a disponibilidade e recetividade de ambos para as intervenções de preparação para o parto. De acordo com Cavalcanti et al. (2024), as intervenções que visam informar, ajudam a capacitar a grávida/casal, facilitando a adaptação a uma gravidez com complicações e à parentalidade. Cuidar de grávidas com complicações exige uma avaliação multidisciplinar, e o EEESMO, com seu conhecimento técnico-científico, reconhece não apenas as mudanças físicas da gravidez, mas também as dimensões emocionais e afetivas, proporcionando cuidados individualizados que consideram a esfera familiar e social de cada mulher.

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

No decorrer deste estágio, detive a oportunidade de contactar por mais de uma vez com esta grávida. Após o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança pude identificar as necessidades mais presentes neste caso. Assim sendo, pude proceder à recolha de dados que dirigiram na identificação de lacunas, tais como: *“Não sei bem ao certo quando será necessário remover a sutura do colo...”*; *“Acredito que devo saber que estou em trabalho de parto se as contrações começarem a ficar regulares...”*; *“Sei que há muito o que pensar e que se calhar ainda falta um bocado, mas já começo a idealizar como será o meu trabalho de parto... meu marido também já disse qualquer coisa sobre isso.”*; *“Sabe enfermeira, eu não queria que o*

meu bebé ficasse internado na neonatologia, mas é o que for melhor para ele não é? Eu li sobre aquele contacto pele com pele e achei importante, mas se ele nascer antes do tempo, acho que não vou conseguir fazê-lo...”.

Estes dados recolhidos durante o contacto com a grávida/casal, demonstrou uma falta de conhecimento sobre a autovigilância de complicações durante a gravidez e também a falta de conhecimento sobre o plano de parto. É importante referir que a grávida/casal demonstravam interesse, motivação e disponibilidade em aprender mais sobre o trabalho de parto e as atividades de autovigilância, bem como sobre em que consistia o plano de parto.

Com os dados recolhidos, foi elaborado o seguinte diagnóstico de enfermagem: **Potencial para melhorar o conhecimento sobre autovigilância de complicações durante a gravidez** e, foram implementadas as intervenções de enfermagem que seguem:

1. Ensinar sobre trabalho de parto

De acordo com o verbalizado por Tatiana e identificado a necessidade de maior conhecimento sobre o trabalho de parto, fez-se necessário explicar a fisiologia deste processo, bem como direcionar para os aspetos específicos deste caso, uma vez que a grávida havia sido submetida à ciclorrafia.

Justificação: Explicar como identificar que o trabalho de parto está a iniciar, uma vez que foi submetida à ciclorrafia:

- diferenciar as contrações de Braxton-Hicks de um padrão de contratilidade que indicia o trabalho de parto - a dor pode assemelhar-se a uma cólica menstrual intensa, irradiando das costas para a frente do abdómen, tornando-se mais regulares e prolongadas, normalmente durando entre 30 e 90 segundos, com o intervalo entre elas diminuindo progressivamente;
- mesmo se a grávida mudar de atividade ou posição, as contrações não cessam ou diminuem em intensidade, duração ou intervalo.

O conhecimento sobre o trabalho de parto e as suas características é considerado como um fator crucial para aumentar a percepção de controlo das parturientes/casais contribuindo para uma experiência de parto positiva. É igualmente mencionado o conhecimento como ferramenta importante no desenvolvimento do autoconhecimento da mulher para lidar com o trabalho de parto (Prata et al., 2018; Batista, 2022).

Também foi identificado o diagnóstico de enfermagem **Potencial para melhorar o conhecimento sobre plano de parto**, uma vez que Tatiana referia ter aspetos que considerava importantes de estarem presentes durante o seu trabalho de parto e parto, porém demonstrava não ter grande conhecimento sobre o que consistia esse instrumento.

1. Explicar em que consiste o plano de parto e os seus benefícios

Foi explicado à Tatiana que o plano de parto envolvia a idealização, escrita ou não, das suas preferências em relação ao trabalho de parto. Foi também oferecida ajuda na tomada de decisões fundamentadas e promovida a compreensão do que pode ser controlável e do que não. De igual forma foi explicado à grávida que elaborar o plano de parto permitia um melhor preparo para o parto, refletir sobre as suas necessidades e desejos, e promover uma sensação de poder na tomada de decisões. Ainda foi orientado que o plano de parto permitia a expressão das suas preferências em relação ao trabalho de parto e parto, sendo que a possibilidade de todas as suas idealizações serem cumpridas iria depender do bem-estar do recém-nascido ao nascimento, nomeadamente no que ao contacto pele com pele diz respeito.

Justificação: Entre as vantagens de se construir um plano de parto, estão: a transferência de segurança às gestantes, participação ativa, apoio emocional que diminuem a tensão do trabalho de parto, dando segurança também aos profissionais por mostrar os detalhes e escolhas das mulheres gerando maior atenção e vínculo entre a grávida e os profissionais e atendimento mais personalizado (Wiggers et al., 2021). Complementando isso, Nascimento et al.

(2023), apontam que o plano de parto auxilia na autonomia, segurança, eficiência e satisfação das parturientes no momento do parto.

Providenciar visita ao internamento de obstetrícia, sala de partos e neonatologia. França et al. (2023), referem que para promover a humanização nos ambientes hospitalares, os mesmos devem estar preparados, não somente no quesito técnico, mas também na abordagem e acolhimento dos familiares, oferecendo conforto, esperança e tranquilidade. Os cuidados, a atenção e o carinho são relevantes, pois o foco está em promover a integração de diálogo e mostrar respeito e solidariedade, mesmo num momento vulnerável (Albaracin et al., 2022).

Em suma, os hospitais, principalmente em áreas críticas, são ambientes tensos que necessitam ser recetivos e demonstrar amparo às famílias para que estas possam lidar com os desafios advindos de um internamento, para que se obtenha melhores resultados para os pais e familiares (Menezes, 2023).

O que aprendi com casos como o da Tatiana: reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências

O presente caso foi elegido devido à oportunidade de contacto mais prolongado com a grávida/casal e pela demonstração de recetividade e interesse relativamente a aspetos importantes que envolviam um quadro de gravidez com complicações onde se fazia necessária a realização de ensinamentos e a adequação de expectativas.

O processo de transição para a parentalidade de um casal com um filho potencialmente prematuro exige um cuidar específico e personalizado pois com a possibilidade do nascimento antecipado, ocorre uma interrupção brusca do sonho da mulher/casal.

Atento à individualidade de cada família, o EEESMO deverá responder de forma eficiente às suas necessidades, sendo a transmissão de informação e conhecimentos, fundamentais para a capacitação das famílias em processo de

transição para a parentalidade, reconhecendo a gravidez como um período oportuno para o início desse treino.

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

7. REFLEXÃO CRÍTICA GLOBAL DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Uma das áreas de intervenção do EEESMO passa por cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal o que foi colocado em prática nos estágios de Internamento de Grávidas. De facto, estes módulos de estágio permitiram entre outros, “avaliar o bem-estar materno-fetal pelos meios clínicos e técnicos apropriados” uma vez que na sua maioria, as grávidas internadas tinham prescrita a monitorização cardiotocográfica em periodicidade adequada à idade gestacional e ao motivo de internamento.

Um desafio enfrentado foi a complexidade e variabilidade na análise dos traçados cardiotocográficos, exigindo treino e formação contínua para alcançar competência na leitura e interpretação dos mesmos, uma vez que, muitas vezes, é através do CTG que são detetadas precocemente alterações no bem-estar materno-fetal.

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

O internamento de grávidas permitiu assim mobilizar conhecimentos, aprimorar capacidades de comunicação e de gestão de expectativas dos casais, enriquecido com o caso descrito onde foi conduzida uma gestão de expectativas relativas ao quadro clínico da grávida, ao que era significativo para si no trabalho de parto, parto e no pós-parto.

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

Uma episiotomia envolve uma incisão no períneo com o objetivo de aumentar a área de saída do feto, sendo indicada quando se reúnem condições como partos distócicos, fetos macrossómicos, histórico de cicatrizes prévias na área genital que possam antever a possibilidade de causar lacerações graves durante o parto e em situações de sofrimento fetal agudo (Santos et al., 2021).

No entanto, não há evidências que comprovem que a realização da episiotomia reduza a ocorrência de lesões perineais, incontinência urinária ou prolapso vaginal no futuro, portanto, a sua realização rotineira não é recomendada. Deve-se realizar uma avaliação cuidadosa das características perineais (com atenção à palidez do períneo, tecidos tensos ao toque e diminuição da elasticidade do períneo) e do bem-estar fetal antes de decidir pela realização da episiotomia (OMS, 2018).

Em todos os partos que acompanhei, verificou-se uma atuação intervencionista ou não de acordo com o EEESMO tutor que me acompanhava e supervisionava o parto, contabilizando vinte episiotomias realizadas em quarenta e dois partos assistidos. Acredito que tenham existido algumas condutas que poderiam ter contribuído para que este número fosse reduzido, nomeadamente, de permitir que todas as parturientes fossem motivadas e apoiadas para que seguissem o seu próprio ritmo e instinto, ouvindo o seu próprio corpo, no que toca à realização dos esforços expulsivos.

Tal conduta vai ao encontro do que nos diz a OMS (2018), cujas diretrizes recomendam que, em mulheres que tenham recebido analgesia epidural, os esforços sejam adiados por uma a duas horas, desde que o bem-estar materno fetal esteja assegurado. Entretanto, por mais que em certas ocasiões eu como aluna e futura EEESMO tentasse colocar minha posição e ponto de vista, encontrava-me numa situação em que devia atuar de forma congruente com o que era indicado pela EEESMO tutora e responsável pelas condutas na assistência aos partos.

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

O plano de parto é utilizado como uma estratégia de planeamento do parto, delineando as preferências, valores, crenças e desejos individuais da mulher e da pessoa significativa em relação ao parto (PMCEESMO, 2021).

De acordo com a OMS (2018), o principal objetivo para todas as mulheres grávidas é ter uma experiência de parto positiva. Isso inclui um trabalho de

parto num ambiente seguro, com cuidados contínuos fornecidos por profissionais eficientes, do qual resulta o nascimento de um bebé saudável. A experiência do parto é de extrema importância para as mulheres, uma vez que as memórias desse momento permanecem ao longo do tempo e moldam sua autoimagem como mulher, mãe e companheira.

Sempre busquei, em todas as minhas experiências na sala de parto ir ao encontro daquilo que eram as expectativas e desejos de cada parturiente. Neste cenário, foi gratificante poder contactar com uma parturiente que traçou um plano de parto objetivando o uso de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e poder assistir e auxiliá-la a atingir esse objetivo.

No entanto, nem sempre era perceptível, aquando da minha chegada já com o trabalho de parto em curso de algumas mulheres, de quais eram de facto as suas preferências. Acredito que seja pertinente a sugestão de, que na impossibilidade de ser o mesmo EEESMO a acompanhar todo o processo de trabalho de parto de cada mulher que dá entrada na unidade hospitalar, urge a necessidade de se uniformizar a rotina de leitura de cada plano de parto (quando existem em formato físico ou digitalizado) das parturientes ao nosso cuidado no início de cada turno para que informações valiosas como essas não se percam.

Quanto ao puerpério, o regulamento incorpora nas competências dos EEESMO “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal”. Uma das reflexões importantes diz respeito a “identificar e monitorizar o estado de saúde da puérpera e do recém-nascido, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação”. Durante o estágio, verificou-se que era hábito no respetivo serviço de internamento de Obstetrícia, pesar diariamente todos os recém-nascidos.

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

Desde 2017 é referido pela NICE que se deve monitorizar o peso do recém-nascido se houver preocupações como crescimento insuficiente, mas estarmos cientes de que pesar as crianças com mais frequência do que o necessário pode aumentar a ansiedade das mães e dos pais (por exemplo, pequenas alterações a curto prazo podem causar preocupação desnecessária).

No local de estágio, essa preocupação era notória, na medida em que o peso do recém-nascido era considerado pelos casais como um indicador de saúde, mas, mais do que isso, um número que identifica e prevê o bem-estar do bebé, pelo que, quando a balança identificava a perda de peso, este era um fator de stress nomeadamente em relação às suas competências e capacidades para alimentar o seu filho.

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

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

Até porque, o que se sucede no internamento de puerpério para controlo do peso do recém-nascido, é a suplementação com leite adaptado. Neste caso, se a suplementação com uma fórmula infantil for dada a um recém-nascido amamentado devido a preocupações com o crescimento insuficiente após os primeiros dias de vida, é de extrema importância apoiar a mãe para que esta continue a amamentar e eventualmente aconselhar a extração de leite

materno para promover a produção de leite e a alimentação do recém-nascido com leite materno disponível antes da oferta de qualquer fórmula (NICE, 2017). Aliás, é importante que os profissionais de saúde estejam cientes de que embora a alimentação suplementar com fórmula infantil possa aumentar o ganho de peso num recém-nascido amamentado, se houver preocupações com o crescimento insuficiente, muitas vezes pode resultar na interrupção da amamentação.

Com base no exposto acima, torna-se, dispensável pesar o recém-nascido diariamente na maternidade, a não ser que exista uma indicação específica, no caso de recém-nascidos prematuros ou com dificuldades em serem amamentados. Estes últimos exigindo sim uma monitorização mais rigorosa da sua evolução ponderal, mas, o mais importante, da identificação das dificuldades possivelmente enfrentadas na amamentação e as intervenções implementadas para a sua resolução.

Neste contexto, foi importante refletir sobre a oportunidade do caso clínico no âmbito do puerpério onde pude auxiliar uma mãe e seu bebé no processo da relactação, que demanda disponibilidade, paciência e persistência para o estabelecimento da amamentação. Este tipo de prática com vistas à resultados satisfatórios para a mãe e não com foco em um aspeto que possa originar stress, acredito que este sim, devam ser o foco do EEESMO no seu exercício profissional.

CONCLUSÃO

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

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

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

Durante o estágio, foi possível cumprir os requisitos preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (2019) para a atribuição do título de EEESMO. Isso incluiu a realização de 109 exames pré-natais e cuidados a mulheres com patologias ginecológicas e obstétricas, a assistência à 51 parturientes e a realização de 42 partos eutócicos, participação em simulação em pelo menos um parto de apresentação pélvica, prática de episiotomia e episiorrafia, e cuidados a 117 puérperas e recém-nascidos.

Os estágios proporcionaram uma compreensão de que, mais do que simplesmente seguir uma sistematização dos cuidados de enfermagem, é essencial manter a flexibilidade no planeamento e execução desses cuidados. Isso envolve adaptá-los de acordo com as experiências, expectativas e

necessidades individuais de cada mulher/casal e, posteriormente, da tríade mãe, recém-nascido e pessoa significativa. Foi crucial conhecer cada mulher de forma atenta e individualizada, a fim de satisfazer as suas necessidades específicas de uma forma competente, em vez de se oferecer apenas cuidados padronizados.

Indo mais além, a elaboração de uma revisão da literatura, com pesquisa em diversos motores de busca e agregadores de conteúdo, representou uma etapa importante de aprendizagem. Esse processo permitiu uma consciencialização sobre a necessidade de produzir conhecimento com aplicabilidade na prática clínica diária.

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] (2019). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists Practice Bulletin Induction of Labor 2009 reaffirmed 2019. *Obstetrics & Gynecology*, 107, 386- 397.
- Albaracin, G. C., dos Santos, L. P., Teixeira, A. L., Rubio, A. V., Gonçalves, M. G. (2022). Protocolo de atendimento psicológico na neonatologia. Sínteses: *Revista Eletrônica do SimTec*, (8. Eixo 3), e0220029-e0220029.
- Alencar, R. L., Neto, E. S. (2023). Indução do trabalho de parto. *Protocolos Assistenciais da Maternidade Sant'Ana*, 31.
- Almeida, B. D. S., de Assunção Negrão, R., Favoreti, D. S., Vieira, R. B., de Lucena, K. D. T., da Silva, L. G. (2024). Participação paterna no ciclo gravídico e no momento do parto: percepção da puérpera. *Clinics Biopsychosocial*, 2(1), 18-29.
- Alves, Á. L. L., Francisco, A. A., Osanan, G. C., Vieira, L. B. (2020). Hemorragia pós-parto: prevenção, diagnóstico e manejo não cirúrgico. *Femina*, 671-679.
- Alves, C. F. A. D. S. (2021). Benefícios da posição verticalizada da mulher durante o segundo estadio de trabalho de parto (*Doctoral dissertation*).
- Alves, T. O., Nunes, R. L. N., de Sena, L. H. A., Alves, F. G., de Souza, A. G. S., Salviano, A. M., Dias, J. L. C. (2021). Gestação de alto risco: epidemiologia e cuidados, uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(4), 14860-14872.
- Amaro, C. I. T., Dias, H., Santos, M. J. D. O., Nelas, P. A., Coutinho, E. (2021). Benefícios da verticalização do parto.
- Araújo, M. L., da Costa Andrade, S. S., de Queiroz, V. C., da Silva Buck, E. C., César, E. S. R., dos Santos Oliveira, S. H. (2023). Estratégias para aumento da produção do leite materno entre lactantes. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 23(9), e13823-e13823.
- Assis, N. M., Silva, J. (2022). Assistência de enfermagem à gestante vítima de eclâmpsia. *Recima - Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218*, 3(8), e381767-e381767.
- Balaskas, J., Sarzana, S. (2021). *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. Editora Ground.
- Barcelos, M. R., Dantas, C. R., Féres-Carneiro, T. (2022). Fim da conjugalidade na transição para a parentalidade: adaptação feminina ao novo arranjo familiar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e233736.

- Batista, I. M. (2022). O conhecimento como “superpoder” que a mulher leva para o seu trabalho de parto. (*Master’s Thesis*).
- Batista, I. O., Luisi, D. R. B. (2023). Puerpério imediato e/ou mediato no diagnóstico de enfermagem com assistência qualificada: revisão bibliográfica. *Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 106-106.
- Brasileiro, F. M. C., Barauna, D. D. A. R., Villagómez, M. O. V. O. (2024, August). O que pode prejudicar o processo de lactogênese: uma revisão integrativa. In *XXII Congreso Latinoamericano de Odontopediatria* (Vol. 14, No. Suplemento).
- Brichi, N. M., Sanches, J. M. T., Gabriel, S. A. (2023). Impactos da analgesia no trabalho de parto-uma revisão bibliográfica. *Revista Corpus Hippocraticum*, 1(1).
- Betti, T., Gouveia, H. G., Gasparin, V. A., Vieira, L. B., Strada, J. K. R., Fagherazzi, J. (2023). Prevalência dos fatores de risco para hemorragia pós-parto primária em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76, e20220134.
- Bonapace J, Gagné GP, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S (2018). No. 355-Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018 Feb;40(2):227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003. PMID: 29447711.
- Bordalo, P. N. B. (2022). Do acolhimento e integração à vinculação do enfermeiro na Maternidade Dr. Alfredo da Costa-CHULC, EPE (*Master’s thesis*).
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(3), CD012449.
- Bowens, N., Pereira, A. M., Lopes, R. G. C. (2022). Eficácia dos métodos farmacológicos na indução do trabalho de parto: Efficacy of pharmacological methods in inducing labor. *Revista Científica do Iamspe*, 11(2).
- Bueno-Lopez, V., Fuentelsaz-Gallego, C., Casellas-Caro, M., Falgueras-Serrano, A., Crespo-Berros, S., Silvano-Cocinero, A., Terré-Rull, C. (2019) Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: A randomized clinical trial. *Birth*. 45(4), 1-8.
- Brandão, A. B., de Oliveira, D. P. R., da Silva, S. C. S., de Figueiredo Júnior, A. M., da Cunha, F. F., Spindola, P. R. N., de Castro, S. R. (2020).

Atuação do enfermeiro no puerpério imediato em um hospital maternidade no Pará. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(3), e2508-e2508.

- Borrelli, S., Evans, K., Pallotti, P., Evans, C., Eldridge, J., Spiby, H. (2020). Mixed-methods systematic review: Childbearing women's views, experiences, and decision-making related to epidural analgesia in labour. *Journal of Advanced Nursing*, 76 (12), 3273-3292.
- Brum, M., de Lima, M. M., Velho, M. B. (2023). Associação no uso da ocitocina no trabalho de parto com os desfechos maternos e neonatais na região sul do Brasil, *Revista Gaúcha de Saúde Obstétrica*, 67.
- Canuto, L. T., & de Oliveira, A. A. S. (2020). Métodos de revisão bibliográfica nos estudos científicos. *Psicologia em Revista*, 26(1), 83-102.
- Cardoso, J. O., Santos, G. S., Romualdo, J. A., Ferreira, M. A. A., de Paula, M. B., Moreira, E. S. M. (2020). O nível de conhecimento de mulheres grávidas sobre a fisioterapia durante a gravidez e no trabalho de parto. *Anais da Mostra Acadêmica do Curso de Fisioterapia* 8 (2), 34-43.
- Cardoso, R. H. S., Vieira, S. M., Beirith, V. W., Eulálio, J. P. L., Cunha, L. A. F., Camilo, D. G., Fernandes, B. S. C., Martins, M. V., Carvalho, C. C., Vieira, I. P. M., Buarque, M. D. S., Farias, T. W. F., Castro, P. V. A. (2024). Comparação da eficácia da analgesia epidural e raquidiana em parturientes primíparas. *Brazilian Journal Of Implantology and Health Sciences*, 6 (2), 830-847.
- Castellanos-Villegas, A. E., Hernández-García, J. D., Vázquez-Martínez, E. R. (2023). Papel de las hormonas progesterona, estradiol y oxitocina en la función del miometrio durante el embarazo y el trabajo de parto. *Perinatología y reproducción humana*, 37(1), 31-38.
- Cavalcanti, J. M. D. O., Alvarenga, P., Anjos Filho, N. C. D. (2024). Efeitos de um Programa de Intervenção na Transição para a Parentalidade. *Psico-USF*, 29, e265482.
- Cordeiro, M. S. P. F. (2023). Alteração dos movimentos fetais e CTG sem critérios de reatividade após ciclo de resgate de indução maturativa fetal: caso clínico (*Doctoral dissertation*).
- Costa, A. (2023). Intervenções do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica na Prevenção do Trauma Perineal no 2º Estadio do Trabalho de Parto (*Doctoral dissertation*).
- Costa, D. F., Rodrigues, P. P., Cruz, P. A. (2020). Assistência de Enfermagem na redução de estressores durante o trabalho de parto: uma revisão integrativa. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*, 18(2), 107-117.

- Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., Pierre, F. (2019). Is there an impact of feet position on squatting birth position? An innovative biomechanical pilot study. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 1-7.
- Dias, A. M. M. (2022). Liberdade de movimento no primeiro estadio do trabalho de parto (*Master's thesis*) Universidade de Évora.
- Direção-Geral de Saúde. (2023). Cuidados de saúde durante o trabalho de parto. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.
- Ferreira, K. D. S., Santos, L. J. D. P. D., Souza, M. A. D. (2022). Aleitamento materno: Fatores sociais, culturais e a importância na assistência de enfermagem.
- Ferreira, I., Reynolds, A. (2021). O Papel da Ocitocina na Profilaxia da Hemorragia Pós-Parto em Locais com Recursos Limitados. *Acta Médica Portuguesa*, 34(12), 857-863.
- Ferreira, L. S., Souza, I. P., Gonçalves, G. S., Passalacqua, I. M., Ferrandez, I. A., Ferreira, F. C. S., Pereira, M. M. (2021). Efeitos da musicoterapia no trabalho de parto. *Blucher Medical Proceedings*, 7(3), 71-99.
- Ferreira, G. E., Fernandes, I. T. G. P., Flores, P. C. B., da Conceição, K. M., Caetano, S. A., de Souza, L. N., Silva, N. B. (2021). A atenção do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 2114-2127.
- Figueiredo, A., Fonseca, S., Cardoso, A. (2021). Necessidades de aprendizagem das mães e dos pais durante a gravidez. *Revista de Enfermagem Referência*, (8).
- Figueiredo, A. M. D. (2023). Fatores associados à experiência e dor durante o trabalho de parto e parto vaginal de mulheres brasileiras: estudo transversal. *Revista Brasileira de Obstetrícia e Ginecologia*, 8(5), 45-58.
- França, E. O. R., Oliveira, J. M., Machado, K. D. L. L., Flor, A. B. D. A. V., Ferreira, R. K. R. (2023). Acolhimento humanizado do enfermeiro no serviço de neonatologia. *Epitaya E-books*, 1(45), 47-68.
- Freixo, M. L. (2022). Implicações da utilização da analgesia epidural na evolução do trabalho de parto (*Master's thesis*).
- Fujita, Â. T. L., Rodrigues-Junior, A. L., Gomes, N. C., Martinis, B. S. D., & Baddini-Martinez, Gadelha, I. P., Aquino, P. D. S., Balsells, M. M. D., Diniz, F. F., Pinheiro, A. K. B., Ribeiro, S. G., Castro, R. C. M. B. (2023). Qualidade de vida de mulheres com gravidez de alto risco durante o cuidado pré-natal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73, e20190595.

- Fujita, F. F., Rezende, T. F., da Costa Moreira, S. F. (2023). Atuação da ocitocina na depressão pós-parto. *Anais da Semana Universitária e Encontro de Iniciação Científica* (ISSN: 2316-8226), 1(1).
- Gallbach, M. R. (2024). *Sonhos e gravidez*. Paulus Editora.
- Gams, B., Neerland, C., Kennedy, S. (2019). Reducing primary cesareans: An innovative multipronged approach to supporting physiologic labor and vaginal birth. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(1), 52-60.
- Gaspar, S. (2023). *Mindfulness no trabalho de parto (Doctoral dissertation)*.
- Giraldo, D. I., López, F. E., Quirós, A. M., Gómez, A. A., Sierra, S. M., Agudelo, D. (2020). Breastfeeding abandonment causes and success factors in relactation. *Aquichan*. 20(3), 2036.
- Grenvik, J. M., Coleman, L. A., Berghella, V. (2023). Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: what is the evidence?. *American journal of obstetrics and gynecology*.
- Hassunuma, R. M., dos Santos Cantão, A. L., da Silva, F. A., da Silva Lourenção, M., Garcia, P. C., Messias, S. H. N. (2024). Utilização do butilbrometo de hioscina durante o primeiro estágio do trabalho de parto: uma breve revisão integrativa. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 5(2), 1-11.
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L. H., Li, F. J., Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International journal of nursing sciences*, 6(4), 460-467.
- Lin, L. I. N., Meei-Ling, G. A. U., Ghi-Hwei, K. A. O., Hung-Chang, L. E. E. (2019). Efficacy of an ergonomic ankle support aid for squatting position in improving pushing skills and birth outcomes during the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Journal of nursing research*, 26(6), 376-384.
- International Council of Nurses (ICN). *ICNP Browser* (2012).
- Jacob, T. D. N. O., Rodrigues, D. P., Alves, V. H., Ferreira, E. D. S., Carneiro, M. S., Penna, L. H. G., Bonazzi, V. C. A. M. (2021). A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. *Escola Anna Nery*, 26, e20210105.
- Jorge, L. D. S. S. (2023). *Aleitamento materno*. Editora Senac São Paulo.
- Jung, S. M., Rodrigues, F. A., Herber, S. (2020). Contato pele a pele e aleitamento materno: experiências de puérperas. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 10.

- Kamath, P., Pai, M., Shenoy, R., Karkada, S., de Souza, S., Noronha, J. (2022). Effectiveness of a peanut ball device during labour on maternal and neonatal outcomes: protocol for a randomised controlled trial. *Journal of obstetrics and gynaecology*.
- Karasek, G., Laia da Mata, J. A., Vaccari, A. (2022). O uso de óleos essenciais e aromaterapia no trabalho de parto. *Revista Cuidarte*, 13(2).
- Kayhan-Tetik, B., Baydar-Artantas, A., Bozcuk-Güzeldemirci, G., Üstü, Y., Yilmaz, G. (2013). A case report of successful relactation. *The Turkish Journal of PediatricS*, 55 (6), 641-644.
- Lavender, T., Cuthbert, A., Smyth, R. M. (2019). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database Syst Rev*; 8(8):CD005461.
- Leite, N. L. S., Moura, J. F. A. L., Oliveira, A. C. M., Santana, P. C. (2019). A importância da inserção do fisioterapeuta no centro de parto normal. 42f, Curso de Fisioterapia, *Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, Ariquemes.
- Lima, K. F. D. (2024). Intervenções promotoras da transição para a parentalidade no masculino: revisão scoping.
- Lima, K. S. V., Carvalho, M. M. B., Lima, T. M. C., Alencar, D. C., Sousa, A. R., Pereira, A. (2021). Father's participation in prenatal and childbirth: contributions of nurses' interventions. *Invest. Educ. Enferm.* 2021; 39(2).
- Lima, E. G., Pisco, D. D., De Oliveira, C., Batista, P. A., Francisco, R. P. V., Tanaka, C. (2021). Intervenções fisioterapêuticas para os músculos do assoalho pélvico no preparo para o parto: revisão da literatura e proposta de manual de orientação. *Fisioterapia Brasil*, 22(2), 216-232.
- Logtenberg, S.; Mol, B. W.; Verhoeven, C. Painreliefduringlabour. *TheLancet*, v. 394, n. 10198, p. e13, 2019.
- Lopes, S. B. S. M. (2019). Benefícios do uso de tecnologias não farmacológicas para o alívio da dor no trabalho de parto. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*, 24, e16673.
- Lorencetto, S. B., Lemes, S. C., Bertella, C. B., Tuci, B. M., Maia, J. S. (2021) Música e parto: uma terapia para o alívio da dor. São Paulo: *Rev Recien* [Internet]. 2021 abr [citado 2021 ago 17]; 11(34):277-286.
- Machado, G. E., Davoli, L. B. B., Valério, P. M. (2022). Posicionamentos para cada fase do parto, o papel do fisioterapeuta mediante ao trabalho de parto. *RECIMA21-Revista Científica Multidisciplinar-ISSN 2675-6218*, 3(2), e321130-e321130.

- McCaffrey, C., McCabe C., Feeney, A., Basa, M., Eustace-Cook, J., McCann, M. (2020). Nurses knowledge, attitudes and education needs towards acute pain management in hospital settings: a meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 32 (15-16), 4325-4336.
- Marcel, C., Strayer, D., Pravikoff, D. (2019) Oral intake during labor. *Cinahl Information Systems*. California.
- Martins, C. S. (2022). Auditoria às práticas transfusionais na UCIN-HSM (*Doctoral dissertation*).
- Medeiros, G. A., de Andrade, I., Constâncio, N. D. S. A., Maia, J. S. (2022). Os benefícios da lactação induzida. *Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 72-72.
- Mendes, M., Henriques, C., Ramalho, S. (2023). Gravidez de alto risco: Percepção das gestantes sobre as necessidades de saúde e práticas de cuidados da equipa de enfermagem. *New Trends in Qualitative Research*, 17, e854-e854.
- Menezes, F. K. D. (2023). Facilitando a vinculação de gestantes aos serviços de atenção materno-infantil em um hospital universitário: produção de vídeo de visita guiada.
- Moberg, K., Handlin, L., Kendall-Tackett, K., Petersson, M. (2019). Oxytocin is a principal hormone that exerts part of its effects by active fragments. *Medical Hypotheses*, 133.
- Môcho, A. T. B. S. (2022). Evolução do trabalho de parto: duração e relação com variáveis obstétricas e neonatais. (*Master's Thesis*).
- Monteiro, S. C. V. (2023). O enfermeiro obstetra na aquisição de competências parentais da grávida adolescente (*Doctoral dissertation*).
- Montenegro, C. A. B., Rezende, J. (2023) *Obstetrícia Fundamental.14.ed.*, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.467-497. E-book. ISBN 9788527732802.
- Moraes, A. J. N., Cavalcanti, E. P. L., da Silva, W. C., Martins, D. M., de Azevedo, G. R., Lange, T. A. F., Cordeiro, L. P. (2024). Translactação/relactação como método de transição alimentar em recém-nascidos em um alojamento conjunto: relato de experiência. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, 17(8), e9622-e9622.
- Moshi, F. V., Kibusi, S. M. Fabian, F. (2019). The Effectiveness of Community-Based Continuous Training on Promoting Positive Behaviors towards Birth Preparedness, Male Involvement, and Maternal Services Utilization among Expecting Couples in Rukwa, Tanzania: A Theory of Planned

Behavior Quasi-Experimental Study. *Journal of Environmental and Public Health*. Article ID 1293760.

- Muñoz-Serrano, M., Uribe-Torres, Hoga, L. C. (2018). Padre preparado y comprometido en su rol de acompañante durante el proceso de parto. *Aquichan*. 18(4), 415-425.
- Musie, M. R., Peu, M. D., Bhana-Pema, V. (2019). Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 11(1), 1-8.
- Nascimento, F. S., Rodrigues, D. P., Alves, V. H., da Silva Ferreira, E., da Silva, S. É. D., Vieira, B. D. G., de Sousa, A. Z. S. F. (2023). Plano de parto como estratégia para os direitos e protagonismo das mulheres: uma revisão integrativa de literatura. *Contribuciones a las ciencias sociales*, 16(11), 28212-28233.
- Néné, M., Marques, R., Batista, M. (2018). *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. LIDEL.
- NICE (2017). Recommendations | Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children | Guidance | NICE.
- Nogueira, A. G., Araújo, C. L. F., da Silva, L. D. O. G. (2020). A percepção das mulheres sobre a participação do acompanhante no trabalho de parto. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(4), 11316-11327.
- Oliveira, Z. D. N. O., de Nazare Oliveira, Z., Barbosa, J. S., da Silva Figueira, S. A. (2022). Métodos não farmacológicos no trabalho de parto: percepção de enfermeiros. *Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde*, 114-114.
- Oliveira, P. C., Ferreira, M. D. C. V., Barbosa, D. F. R., de Oliveira Cerqueira, J. C., Verçosa, R. C. M., de Santana, K. G. S., da Silva, A. F. (2021). Os benefícios da presença do pai no trabalho de parto e parto. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 18142-18159.
- Oliveira, H. D., Sosa, J. L., Mendes, R. S. S., Rezende, C. B. (2020). Corpo, emoção e subjetividade em relatos de parto na internet. *Corpos, imaginários e afetos nas narrativas do eu*.
- Oliveira, S. R. G. D. (2023). Cuidados de enfermagem à parturiente no centro obstétrico: protocolo assistencial para o trabalho de parto humanizado (*Master's thesis*, Universidade Federal do Rio Grande do Norte).
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarme, S., Hadjigeorgiou, E., Kazmierczak, M., Spyridou, A., Buckley, S. (2020). Birth as a neuro-

psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. *PloS One*, 15(7), e0230992.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República 85/2019, série II de 2019-05-03, 13560-13565.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2023). *Padrões dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial da Saúde. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Outland L, Alvarado Y. Preventing cesareans with peanut ball use. (2019). *J. Nurs. Educ. Pract.*; 10(1): 107-112.

Pacheco, R. S. G. (2024). Expetativas de parto no 3º trimestre de gravidez (*Master's thesis, Universidade de Évora*).

Paiva, A. E. S., Carvalho, B. A., Moreira, J. O., Moreira, J. O., Lima, G. B. (2023). Análise dos fatores de riscos associados a complicações no pré-natal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 525-533.

Pedraza, D. F., Lins, A. C. D. L. (2021). Complicações clínicas na gravidez: uma revisão sistemática de estudos com gestantes brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(supl 3), 5329-5350.

Pedrosa, J. F. (2020). Medidas não farmacológicas utilizadas no alívio da dor da mulher em trabalho de parto: a intervenção do EEESMO (*Master's thesis, Instituto Politécnico de Santarém (Portugal)*).

Peixoto, M. S. M. (2022). Vivência de ameaça de parto pré-termo e ligação materno fetal.

- Pereira, S. F. N. (2022). Parentalidade e Transexualidade: Cuidar do Homem Transgénero Durante a Conceção, Gravidez, Parto e Puerpério (*Master's thesis*, Instituto Politécnico de Santarém (Portugal)).
- Pereira, R. A., Freitas, J. C., Silva, C. C., Rodrigues, M. D. (2018). Eficácia dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto natural: uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem* 12, e7650-e7650.
- Pereira, D. B., do Nascimento Carvalho, I. L., da Penha, J. C., Miranda, A. M. L., Jorge, H. M. F., de Abreu, I. M., Sarmiento, A. V. (2022). Participação paterna no trabalho de parto e parto. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36.
- Pereira, A. C. C., Costa, A. L. M. L., Costa, A. B., Geber, B., Alkmin, B. F., Camarano, G. C. V., da Glória, R. R., Nogueira, T. M., Ripari, V. A., Lopes, A. G. (2020). Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 12 (10), e4448-e4449.
- Pereira, A. C. T. P. T., da Silva, M. G., Missio, L. (2022). Conhecimento das gestantes atendidas em um hospital de ensino sobre trabalho de parto e parto. *Perspectivas Experimentais e Clínicas, Inovações Biomédicas e Educação em Saúde (PECIBES)*, 8(1), 2-9.
- Pietroski, S. (2022). *A química do parto humano: uma abordagem temática para o ensino de química*.
- Pinto, K. C. D. L. R., da Silva, L. F. C., Ribeiro, P. S., Dias, E. R. D. S., da Silva, B. V. (2020). Prevalência do desmame precoce e suas principais causas. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(1), 717-728.
- Pinto, D. C., Coelho, I. S. F., Lima, C. S., Galvão, C. B., Carvalho, M. S., da Cunha Lima, A. V., dos Santos Rosa, J. G. (2022). Cuidados de enfermagem na hemorragia pós-parto Nursing care in postpartum hemorrhage. *Brazilian Journal of Development*, 8(5), 40919-40934.
- Prata, C. O. P., Pontes, C. B., Araújo, G. S., Lima, G. P. (2018). Validação de uma cartilha educacional para coparticipação dos pais na promoção do aleitamento materno. *RECIMA-21 Revista Científica Multidisciplinar - ISSN 2675-6218* 3 (11), e3112277.
- Prata, A. P., Resende, I. G., Sousa J. A. C., Cardoso, J. F. F., Camelo, M. C. S. P., Santos, M. R. (2020). Relactação: promover a amamentação em mães separadas dos filhos devido ao covid-19. *Enferm. Foco* 2020, 11(2), 240-245.
- Reis, G. F. (2020). Alterações fisiológicas maternas da gravidez. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 43(1), 3-9.

- Ramos, R., Alexandre, T., Cruz, O., Torcato, L., Carteiro, D., Dias, H. (2020). Estratégias terapêuticas não convencionais durante o trabalho de parto: Uma scoping review. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), Art.
- Ramos, A. C. R., Silva, C. E. R., Lima, V. F., Martins, R. D. G. C. F., Crespo, B. B. (2024). O papel da ocitocina na humanização do parto: impactos fisiológicos e emocionais. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(4), e71628-e71628.
- Rodrigues, A. R., Silveira, M. A., Dantas, S. L., Guerreiro-Barbosa, E. R. Y., Dos Anjos, B. S., De Jesus, S. A. I. W. O., Paivda, D. A. F. N. E. (2024). Necesidades humanas básicas en gestantes con alto riesgo obstétrico analizado bajo la Teoría de Wanda Horta. *Cultura de los Cuidados*, 28(68).
- Ribeiro, O. C. (2022). Inserção do enfermeiro obstetra no contexto do parto e nascimento. *Recien: Revista Científica de Enfermagem*, 12(37).
- Ritter, S. K., Gonçalves, A. D. C., & Gouveia, H. G. (2019). Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20180284.
- Rocha, F. B. D. (2022). A atuação do enfermeiro obstetra na redução de intervenções dispensáveis no trabalho de parto e parto.
- Rocha, M. J. F. G. (2021). Prevenção do insucesso da Fertilização In Vitro: relevância do repouso pós-FIV (*Doctoral dissertation*).
- Rufino, A. I. T. N. L., Ferreira, E. D. P. P., Tábuas, M. V. (2024). Realidade virtual: lidar com a dor no trabalho de parto. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 14(42), 292-303.
- Russo, J. A., Nucci, M. F. (2020). Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e180390.
- Santos, C. B., Marçal, R. G., Voltarelli, A., de Moraes Silva, R. P., Sakman, R. (2020). Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. *Global Academic Nursing Journal*, 1(1), e2-e2.
- Santos, K. F. L., de Andrade, R. L. B., Silva, G. P. O., Resende, W. M. G., Ferreira, A. S., de Jesus, C. V. F., Lima, S. O. (2021). Indicações, técnicas cirúrgicas e complicações associadas à episiotomia: síntese de evidências artigo de revisão. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 23426-23439.
- Santos, C., Silva, J. M., Faria, J., Santos, J., Da Silva Teixeira, M. G., Batista, N. (2022). Reflexões sobre envolvimento paterno na educação infantil

brasileira: Revisão narrativa de literatura. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 26(1), 80-93.

- Sakman, R., Santos, C. B.m, Marçal, R. G., Voltarelli, A., Silva, R. P. M. (2020). Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. *Global Academic Nursing Journal* 1 (1), e2-e2.
- Shennan, A. H., Story, L. (2022). Cervical cerclage: green-top guideline n. 75. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 129 (7), 1178-1210.
- Silva, B. C., Janzen, D. C. (2023). Fatores de risco associados ao atraso da lactogênese II: revisão da literatura. *Enfermagem Brasil*, 22(5), 707-720.
- Silva, L. L. S. B., Jordão, R. R. R., Mendes, R. C. M. G., de Holanda, V. R., Perrelli, J. G. A., de Oliveira Mangueira, S. (2019). Diagnósticos de enfermagem da Cipe® identificados em puérperas na Atenção Primária à Saúde. *Enfermagem em Foco*, 12(3).
- Silva, N. N. B. P., Silva, V. L. (2019). As posições de parto e a sua influência no alívio da dor: uma revisão integrativa. *Revista de Ciências da Saúde*, 36-40.
- Silva, D. K. C., de Moura, L. O., Lopes, L. A., da Costa, R. S. L. (2021). Tabagismo e gravidez: uma revisão integrativa da literatura. *DêCiência em Foco*, 5(2), 161-170.
- Silva, W. S., Leidens, G. M., Moura, G., Monteiro, E. (2021). A importância da fisioterapia para a redução da dor durante o trabalho de parto. *Revista Liberum accessum*, 11(1), 7-12.
- Silva, N. A., Avelino, M. B. M., de Almeida, M. V., Mota, P. M. A., de Sousa Sena, C., de Moraes, Â. C., de Oliveira, J. C. (2022). Os benefícios do alojamento conjunto na ótica do enfermeiro: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 15982-15991.
- Silva, C. D. F. B., Sanches, J. L. T., Inácio, L. R., Silva, A. C., de Almeida, M. L. C., Monteiro, S. R. S., Mota, M. F. S. (2023). Tecnologia e inovação na obstetrícia: avanços que estão transformando a assistência ao parto. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(8), 634-644.
- Silva, M. C. J., Cabral, M. E. S., Melo, I. B. D., Ramos, K. D. S., Vieira, J. K. D. S. (2024). Percepção das gestantes do pré natal de risco habitual sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e parto.

- Silva, J. A., da Rosa, V. H. J., Nunes, M., Dantas, J. C. M., de Sousa Leal, B. A., Nascimento, T. R., Nunes, M. F. (2024). Principais complicações à obesidade na gestação e seus fatores de impactos: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(1), 2133-2144.
- Silveira, B. L., Silva, J. C. D., Brandi, A. L. F. D. S. D. S., Rosa, C. D. A. D., Argenti, G. A. N., Rosso, L. M., Lubianca, J. N. (2023). Avaliação do manejo não farmacológico da dor durante o trabalho de parto com calor, massagem, hidroterapia e bola de pilates no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS). *Promoção e proteção da saúde da mulher, ATM 2025/2*. Porto Alegre: UFRGS, 2023. p. 117-129.
- Silveira, S. K., Trapani, A. J. (2020). Métodos de avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Femina* (1), 59-64.
- Soares, A. C. V., Caldas, P. R. M., do Nascimento, M. C., do Nascimento Lima, N. L., Pereira, P. M., de Lucena, G. P. (2020). Cuidados De Enfermagem Prestados Para Amenizar A Dor Do Trabalho De Parto: Métodos Não Farmacológicos. *Epitaya E-books*, 1(11), 60-72.
- Sousa, A. P. P. A., de Brito Santos, C. S. V., Ferreira, M. M. R. S. (2019). Construir a confiança para o parto: avaliação de um programa de intervenção em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 27-36.
- Sousa, J. L. D., Silva, I. P. D., Gonçalves, L. R. R., Nery, I. S., Gomes, I. S., Sousa, L. F. C. (2019). Percepção de puérperas sobre a posição vertical no parto. *Rev. baiana enferm*, e27499-e27499.
- Souza, M. R. T. D., Carneiro, J. L., Farias, L. M. V. C., Costa, C. C. D., Vasconcelos, C. M., Lima, M. O. P., Damasceno, A. K. D. C. (2024). Analgesia neuroaxial no trabalho de parto: efeitos sobre desfechos maternos e neonatais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 37, eAPE02103.
- Souza, E.L.R, Santos, R.S., Carvalho, B.F., Dias, R.S., Pereira, P.M., Lucena, G.P. (2020). Recursos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição. *São Paulo: Revista Recien*. 10 (30), 235-244.
- Spears, T. L., Schiebel, D. A. (2020). Breastfeeding: Effect on the Mother. *Cinahl Information Systems*.
- Spinning Babies®, (2022a). *What is Spinning Babies®?*. Consultado em <https://www.spinningbabies.com/about/what-is-spinning-babies/>
- Spinning Babies®, (2022b). *What is the Abdominal Lift and Tuck?* Consultado em <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/abdominal-lifttuck>

- Spinning Babies®, (2022c). *Walcher's: Open the Brim*. Consultado em <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/othertechniques/walchers-open-the-brim/>
- Spinning Babies®, (2022d). *Right Occiput Posterior*. Consultado em <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/baby-position/other-fetalpositions/right-occiput-posterior/>
- Spinning Babies®, (2022e). *Posterior*. Consultado em <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/baby-position/posterior/>
- Spinning Babies®, (2022f). *Lunge*. Consultado em <https://www.spinningbabies.com/pregnancybirth/techniques/othertec hniques/lunge/>
- Spinning Babies®, (2022g). *What is dip the hip?* Consultado em <https://www.spinningbabies.com/pregnancybirth/techniques/othertec hniques/do-the-hip/>
- Tralhão, F., Rosado, A. F., Gil, E., Amendoeira, J. A., Ferreira, R., Silva, M. (2020). A família como promotora da transição para a parentalidade. *Revista da UI_IPSantarém*, 8(1), 17-30.
- UNICEF. (2019). *A iniciativa amiga dos bebés*.
- Veloso, A. L. G., de Lima, J. G., Nascimento, N. D. S. N., Alves, É. D. (2023). A atuação da fisioterapia no pré parto em gestantes. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 9(10), 3269-3283.
- Velozo, P. C. G. M. (2023). Deambulação na evolução do estadio do trabalho de parto: intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica. *Hospital do Espírito Santo de Évora*.
- Velozo, M. E., da Silva, S. S., Lima, L. M., Suzano, I. S. M., Ferreira, M. V. M., Silva, A. E. C., de Lucena Torres, A. (2023). Benefícios do uso da aromaterapia no trabalho de parto: revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 97(2), e023105-e023105.
- Vieira, F. D. S. (2020). Stresse decorrente de um internamento por complicações da gravidez (*Doctoral dissertation*).
- Walter, M. H., Abele, H., Plappert, C. F. (2021). The Role of Oxytocin and the Effect of Stress During Childbirth: Neurobiological Basics and Implications for Mother and Child. *Frontiers in endocrinology*, 12, 742236.

- Wiggers, C., de Araujo, M., Martins, W., Strada, C. D. F. O. (2021). Conhecimento das puérperas sobre o plano de parto em um município do oeste do Paraná. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 38, e9253-e9253.
- Zang, Y., Lu, H., Zhang, H., Huang, J., Ren, L., Li, C. (2020). Effects of upright positions during the second stage of labour for women without epidural analgesia: A meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3293-3306.
- Zileni, B. D., Glover, P., Jones, M., Teoh, K. K., Zileni, C. W., Muller, A. (2019). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: a cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth*, 30(1), e1-e8.