



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**Contributos da Teoria Polivagal na relação
terapêutica entre o Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a
Parturiente**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

**Desenvolvimento de competências especializadas na
área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Sara Ribeiro da Silva Loureiro

Porto, 2025

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

**CONTRIBUTOS DA TEORIA POLIVAGAL NA
RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE O ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTÉTRICA E A PARTURIENTE**

Relatório de estágio de natureza profissional
orientado pela Professora Maria Arminda
Nunes e coorientado pela Professora Doutora
Alexandrina Cardoso

Porto, 2025

“O sistema nervoso procura, antes de tudo, segurança... sem segurança não há
conexão.”

Stephen Porges (2023)

DEDICATÓRIA

A força, a coragem e a autenticidade de todas as mulheres que cruzaram o meu caminho ao longo deste percurso, inspiraram-me diariamente a exercer cuidados respeitosos, empáticos e individualizados procurando proporcionar experiências positivas em cada contacto.

A confiança e a entrega que todas as mulheres depositaram em mim durante esta jornada académica, permitiram-me aprender, crescer e compreender a verdadeira essência do CUIDAR no contexto da enfermagem de saúde materna e obstétrica.

Assim, dedico este relatório de estágio a todas as mulheres que confiam aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica um dos momentos mais marcantes das suas vidas – o nascimento dos seus filhos.

AGRADECIMENTO

Este percurso é fruto, não apenas de um esforço individual, mas de um caminho trilhado com muitas mãos, vozes e corações. Cada página aqui escrita e cada memória retida carrega um pouco de todo o apoio, da fé e do amor que recebi em cada dia e, por isso, este longo percurso nunca será apenas meu. Assim, não poderia deixar de agradecer a quem caminhou sempre ao meu lado, a quem me deu a mão, a quem me incentivou e nunca me deixou desistir.

À minha família, em especial ao meu marido e à minha filha, a minha razão de viver, agradeço por terem sido sempre casa e abrigo, por terem sustentado os meus passos mesmo quando os meus próprios pés tremiam, por me terem feito sentir sempre presente mesmo quando a ausência era uma constante.

A todos os docentes que contribuíram para a minha aprendizagem, em especial à Professora Alexandrina, pelos ensinamentos, aprendizagens e total disponibilidade ao longo deste percurso e à Professora Arminda pela orientação e disponibilidade ao longo deste último ano.

A todos os EE-ESMO que estiveram comigo ao longo deste percurso, pelas aprendizagens e pelo carinho que me transmitiram, destacando a EE-ESMO Susana Freitas, por ser o exemplo que quero seguir e a quem devo o grande incentivo para a realização deste sonho e a EE-ESMO Clara Aires, pelo apoio, pelos ensinamentos e pela amizade que conseguimos construir.

A todas as companheiras deste mestrado, pelo sentimento de família, pelo companheirismo e pela amizade que, tenho a certeza, ficará para a vida.

Aos meus companheiros de serviço, principalmente à melhor (E)quipa por todo o apoio, pelas trocas de turnos, pelas palavras de incentivo e por nunca me deixarem desistir.

A vocês aí no céu, por guiarem sempre o meu caminho e por me darem forças sempre que elas teimam em falhar. Um obrigada nunca será suficiente!

RESUMO

O presente relatório descreve e analisa criticamente o meu percurso realizado durante o estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, desenvolvido em diferentes contextos clínicos de cuidados à mulher, recém-nascido e família. O estágio teve como objetivos a consolidação de competências técnicas, científicas e relacionais, integrando o conhecimento teórico com a prática clínica, sempre sustentada pela evidência científica e pelos princípios éticos da profissão.

Através da observação, participação ativa e análise reflexiva dos diferentes contextos clínicos, é apresentada a conceção de cuidados referente a quatro casos clínicos, através dos quais foram desenvolvidas competências técnicas e relacionais que permitiram aliar intervenções baseadas na evidência científica e estratégias de regulação emocional e promoção do bem-estar materno e fetal. Assim, a pesquisa sobre a aplicação dos pressupostos da Teoria Polivagal revelou-se relevante para perceber, como a compreensão das respostas autonómicas da parturiente, pode potenciar a construção de um ambiente seguro, de confiança e de vínculo terapêutico com vista a proporcionar uma experiência positiva da gravidez, parto e pós-parto.

A realização deste estágio profissional constituiu uma etapa fundamental para a consolidação da identidade como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, desenvolvendo competências específicas que permitirão a prestação de cuidados seguros, individualizados e centrados nas necessidades da mulher e da família.

Palavras-chave: Relação Terapêutica, Teoria Polivagal, Trabalho de Parto, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

This report describes and critically analyses my experience during the internship for the Master's Degree in Maternal and Obstetric Health Nursing, carried out in different clinical contexts of care for women, newborns and families. The internship aimed to consolidate technical, scientific and relational skills, integrating theoretical knowledge with clinical practice, always supported by scientific evidence and the ethical principles of the profession.

Through observation, active participation and reflective analysis of different clinical contexts, the concept of care is presented in relation to 4 clinical cases, through which technical and relational skills were developed that allowed for the combination of interventions based on scientific evidence and strategies for emotional regulation and the promotion of maternal and fetal well-being. Thus, the research on the application of the assumptions of Polyvagal Theory proved to be relevant in understanding how understanding the autonomic responses of the parturient can enhance the construction of a safe, trusting and therapeutic bond with a view to providing a positive experience of pregnancy, childbirth and postpartum.

Carrying out this professional internship was a fundamental step towards consolidating my identity as a future Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, developing specific skills that will enable me to provide safe, individualised care focused on the needs of women and their families.

Keywords: Therapeutic Relationship, Polyvagal Theory, Labour, Maternal and Obstetric Health Nursing

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

BP - Bloco de Partos

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE-ESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

HPP - Hemorragia Pós-Parto

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OA - Occipto-Anterior

OE - Ordem dos Enfermeiros

OEA - Occipto Esquerda Anterior

OEP - Occipto Esquerda Posterior

OET - Occipto Esquerda Transversa

OP - Occipto-Posterior

SNA - Sistema Nervoso Autónomo

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

TP - Trabalho de Parto

WHO - *World Health Organization*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	16
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	20
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA	23
2.1. Cuidar a mulher com gravidez com complicações	23
2.1.1. Conceção de cuidados especializados: Maria e Carminho	25
2.1.1.1. Análise reflexiva e crítica das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidas	35
2.2. Cuidar a mulher em trabalho de parto	36
2.2.1. Conceção de cuidados especializados: Carolina, Pedro e Miguel	38
2.2.1.1. Análise reflexiva e crítica das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidas	63
2.2.2. Conceção de cuidados especializados: Inês, João e Francisco	63
2.2.2.1. Análise reflexiva e crítica das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidas	89
2.3. Cuidar a mulher no período pós-parto	91
2.3.1. Conceção de cuidados especializados: Ana, Hugo e Benedita	94
2.3.1.1. Análise reflexiva e crítica das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidas	109
3. CONTRIBUTOS DA TEORIA POLIVAGAL NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E A PARTURIENTE	111
3.1. Criação de um ambiente de segurança emocional	116
3.2. Comunicação terapêutica: voz, olhar e presença	118
3.3. Empatia e co-regulação no apoio ao parto	120
3.4. Relação de confiança como facilitadora da fisiologia do parto	122

4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	125
CONCLUSÃO	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular do estágio de natureza profissional com relatório final, do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi elaborado o presente relatório final de estágio. Este documento visa demonstrar, de forma crítico-reflexiva, a aplicação dos diversos padrões de conhecimentos e das competências adquiridas ao longo do estágio. Desta forma, é evidenciado não só o domínio dos conteúdos teóricos baseados na evidência científica mais atual, mas também a capacidade de os integrar de forma crítica e inovadora na prática clínica especializada.

Com a realização do estágio de natureza profissional, é esperado o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO), conforme definido nos Regulamentos nº 140/2019 e nº 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), respetivamente. Segundo a OE (2019b), o EE-ESMO apresenta intervenções autónomas e interdependentes de acordo com o processo a que a mulher é sujeita ao longo do seu ciclo reprodutivo.

Neste enquadramento, a OE (2019b) definiu como competências específicas do EE-ESMO cuidar da mulher inserida na família e na comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional, pré-natal, pós-natal e durante o trabalho de parto (TP) e parto, assegurando os cuidados ao recém-nascido com objetivo de potenciar a sua saúde e crescimento. São também competências do EE-ESMO cuidar da mulher inserida na família e na comunidade durante o período do climatério, na vivência de processos de saúde/doença ginecológica, bem como cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade.

Segundo Meleis (2010), ao longo do ciclo vital a pessoa experiênciase fases de mudança caracterizadas por alterações profundas na sua vida implicando o ajuste à nova realidade. Estas fases de mudança são definidas como transições, as quais não são eventos isolados, mas sim processos complexos e multidimensionais onde o enfermeiro implementa terapêuticas de enfermagem com o objetivo de capacitar e facilitar a adaptação da pessoa à nova condição de vida. A gravidez e consequente transição para a parentalidade é conhecida como uma das transições desenvolvimentais mais importantes no ciclo vital (Pedrosa, 2020). Esta transição acarreta mudanças significativas na vida das pessoas com integração de novos papéis e necessidade de ajustamento de outros já existentes. Assim, destaca-se a importância do papel do EE-ESMO para facilitar a transição dos indivíduos para o papel parental, capacitando-os no desenvolvimento das suas competências parentais (Cardoso et al., 2015).

O estágio de natureza profissional foi realizado numa Unidade Local de Saúde do Norte do país entre setembro de 2024 e maio de 2025 com um total de 800h de carga horária distribuídas em três módulos: internamento de grávidas/medicina materno fetal e consulta (200 horas); puerpério (100 horas) e bloco de partos (BP) (500 horas).

No decorrer deste estágio, onde estive sempre acompanhada por tutores(as) EE-ESMO e utilizei todos os recursos materiais e equipamentos presentes nos diferentes locais, foi possível o desenvolvimento das minhas competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do EE-ESMO. Isto foi conseguido devido à diversidade de serviços onde estagiei, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem de forma a desenvolver competências relacionadas com as necessidades da mulher ao longo do seu ciclo vital, das pessoas significativas e do recém-nascido. O desenvolvimento das competências foi assente na prática baseada em evidência, percebendo a importância da fundamentação da prestação dos cuidados de enfermagem baseados na evidência científica mais recente permitindo, desta forma, a melhoria contínua dos cuidados prestados (OE, 2021).

Ao longo deste relatório são apresentadas algumas experiências vividas nos diferentes contextos deste estágio, bem como a respetiva análise crítico-reflexiva decorrente da sua prática. Estas experiências são acompanhadas da conceção de cuidados específica onde, a implementação de determinadas intervenções baseadas na melhor evidência científica disponível tendo em conta os dados recolhidos e os diagnósticos identificados, fizeram a diferença na prestação de cuidados e no desenvolvimento das minhas competências especializadas enquanto EE-ESMO.

Durante o estágio na área do BP, a perceção do impacto da relação terapêutica estabelecida entre o EE-ESMO e a parturiente e o progresso do TP foi algo muito relevante para mim e que despertou o interesse em aprofundar este tema, conduzindo a uma revisão narrativa sobre esta temática. Percebi que, a forma como esta relação é estabelecida, serve de fio condutor para o desenvolvimento do TP sendo de extrema importância para a promoção de uma experiência de parto positiva.

Neste contexto, a Teoria Polivagal, tendo em conta os seus princípios, ajuda a criar práticas e ambientes que promovem a segurança e o bem-estar emocional do indivíduo, regulando o sistema nervoso e facilitando a sua saúde mental e física (Porges, 2022; Porges, 2023). Desta forma, considerei relevante perceber quais os possíveis efeitos da aplicabilidade desta teoria na relação entre a parturiente e o EE-ESMO levando à promoção de uma experiência de parto mais positiva que vá de encontro às necessidades e desejos individuais de cada mulher.

O presente relatório está organizado em quatro capítulos. No capítulo um, intitulado enquadramento conceptual, foi aprofundada a temática dos conceitos centrais e dos padrões de cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO). Em seguida, surge o capítulo dois onde apresento o meu desenvolvimento de competências específicas em ESMO. Este capítulo está estruturado em três subcapítulos onde descrevo quatro casos clínicos: um caso clínico vivenciado na prestação de cuidados à mulher com gravidez com complicações; dois casos clínicos vivenciados na prestação de

cuidados à mulher em TP e um caso clínico vivenciado na prestação de cuidados à mulher no período pós-parto. De salientar que todos os nomes utilizados nestes casos clínicos são fictícios. No capítulo três, é apresentada a revisão narrativa da literatura sobre a temática deste relatório. Por fim é apresentada a minha reflexão crítica sobre todo o processo de desenvolvimento de competências enquanto EE-ESMO e a síntese final sobre a unidade curricular do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Considerando a vida como um bem precioso orientado por princípios éticos, o cuidar revela-se como um ato intencional que visa a promoção, preservação ou restauração da saúde das pessoas, atendendo à sua individualidade. Assim, o cuidado surge como um conceito amplo e essencial na enfermagem (Potter & Perry, 2020; Souza et al., 2005). No contexto da ESMO, este cuidado assume particular relevância ao acompanhar processos de vida únicos como a gravidez, o parto e a parentalidade.

A Enfermagem assume-se como uma disciplina suportada pelo conhecimento, que por sua vez suporta a sua prática (Cardoso, 2022). É uma profissão baseada na ciência e fundamentada em teorias que organizam o conceito de cuidado, alicerçado na evidência científica disponível (Galhanas & Frias, 2023). Segundo Silvestre (2012), a qualidade dos cuidados de enfermagem depende do conhecimento profundo sobre a disciplina, conferindo ao enfermeiro a capacidade de reconhecer, agir e intervir em função das necessidades individuais de cada pessoa.

Desta forma, o cuidado em enfermagem traduz-se em intervenções direcionadas à promoção do bem-estar físico, psíquico, social e espiritual, com o objetivo de capacitar a pessoa, promovendo a sua autonomia e autoeficácia para lidar com os processos de saúde/doença e de vida (Cardoso et al., 2023; Souza et al., 2005). Na prática da ESMO, a padronização da linguagem e a documentação rigorosa dos cuidados são determinantes para avaliar os resultados maternos e neonatais, garantindo a continuidade e qualidade assistencial.

A documentação dos cuidados é essencial para a avaliação da sua qualidade. Neste âmbito, surge a Ontologia em Enfermagem, assumida como um modelo clínico de dados, que ao utilizar uma linguagem profissional padronizada, representa o conhecimento e o reconhecimento das relações entre os

conceitos próprios da disciplina. Baseada na recolha de dados, identificação de diagnósticos e implementação de intervenções, esta ferramenta permite a comparação de cuidados documentados de forma homogênea, traduzindo indicadores fidedignos de qualidade (Carvalho et al., 2013; Ramos & Cardoso, 2022). O conhecimento em enfermagem é dinâmico, pelo que a Ontologia está em permanente atualização, acompanhando a evolução dos conceitos da profissão.

A essência do exercício profissional em enfermagem assenta na relação interpessoal entre o profissional de enfermagem e o cliente dos cuidados, considerando a individualidade de cada um relativamente aos seus valores, crenças e desejos, o que torna cada interação única (OE, 2021). Ao proporcionar cuidados de excelência, o enfermeiro deve investir no desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo das suas competências e conhecimentos, garantindo a prestação de cuidados especializados de acordo com a sua área de especialidade. Esta prática implica compreender e respeitar a diversidade cultural do cliente, sem qualquer julgamento, promovendo assim cuidados respeitosos e centrados na pessoa.

Esta relação interpessoal é aprofundada no exercício do enfermeiro especialista, que mobiliza competências técnicas, científicas e relacionais de forma integrada. Neste sentido, o enfermeiro especialista é um profissional provido de competência científica, técnica e humana, capaz de assegurar a prestação de cuidados de enfermagem especializados em conformidade com as áreas de especialidade reconhecidas (OE, 2019a).

Em enfermagem, a pessoa cliente dos cuidados é considerada na sua individualidade, valores, crenças e escolhas, atendendo às suas necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais no contexto da sua saúde. No âmbito da ESMO, o cliente principal dos cuidados é a mulher, compreendida no seu todo, bem como na interação que estabelece com as pessoas significativas e com o ambiente envolvente (OE, 2021).

Os cuidados especializados em ESMO visam promover a saúde e facilitar transições saudáveis no âmbito ginecológico, sexual e reprodutivo da mulher, garantindo respostas ajustadas às necessidades da mulher e pessoas significativas para si. A excelência na prestação destes cuidados assenta em três pilares fundamentais: competência profissional, prática baseada na evidência e respeito pelos processos corporais, psicológicos e projetos de saúde do cliente (OE, 2021). Para compreender e apoiar as mudanças vividas pela mulher e família durante estes processos, a prática especializada encontra suporte em referenciais teóricos, entre os quais se destaca a Teoria das Transições de Meleis.

Meleis (2010) descreve a transição como o um período de instabilidade que surge entre dois momentos de estabilidade, como acontece durante a gravidez. Entre as propriedades da transição destacam-se a consciencialização, entendida como o reconhecimento e perceção do que muda e se torna diferente, e o envolvimento, que corresponde à capacidade de procurar ativamente informação com a finalidade de se adaptar ao novo papel.

A aplicabilidade desta teoria confere ao EE-ESMO áreas de atuação autónomas, sustentadas na implementação de terapêuticas de enfermagem que acompanham todo o processo da transição para a parentalidade, com o objetivo de capacitar e facilitar a adaptação ao novo papel de mãe. A monitorização da aceitação e adaptação à nova condição é realizada através de indicadores de processo, que permitem ao enfermeiro acompanhar a evolução da transição, culminando em indicadores de resultado, que se tornam visíveis quando a mulher atinge a mestria e demonstra competências no desempenho do seu novo papel parental (Meleis, 2010).

Assim, os cuidados especializados em ESMO asseguram não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e social da mulher, bem como o da família e das pessoas significativas.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

As competências específicas do EE-ESMO estão diretamente relacionadas com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESMO, sendo fundamentais para garantir uma assistência segura e promover a saúde da mulher, do recém-nascido e da família ao longo do ciclo gravídico-puerperal.

Tais padrões, estabelecidos pelo Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em 2021, contemplam diversos domínios essenciais do cuidado, como a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o desenvolvimento do autocuidado e do autocontrolo, o processo de adaptação às novas condições de saúde e, ainda, a organização dos cuidados especializados em ESMO.

Ao longo deste capítulo são apresentadas as conceções de cuidados relativas a quatro casos clínicos, vivenciados no decorrer do estágio nos serviços da Unidade de Medicina Materno-Fetal, BP e Puerpério, os quais considereei mais relevantes para o desenvolvimento das minhas competências específicas em ESMO.

2.1. Cuidar da mulher com gravidez com complicações

O estágio no contexto da Unidade de Medicina Materno-Fetal decorreu num serviço com capacidade total para seis camas, distribuídas por um quarto duplo, um quarto triplo e um quarto individual, todos eles com monitor cardiotocográfico. O serviço dispõe de uma copa para as grávidas internadas,

um aprovisionamento de material consumível e uma sala destinada à passagem de turno e preparação de medicação.

A unidade é contígua ao BP, pelo que, as induções de TP são habitualmente iniciadas neste serviço. Sempre que a grávida solicita analgesia epidural ou ocorre alguma intercorrência durante a indução, é transferida de imediato para a sala de partos, onde se garante a monitorização contínua do bem-estar materno e fetal.

Neste serviço é permitido o acompanhamento da grávida, seja por internamento ou por indução do TP, apenas durante o período diurno entre as 11h e as 19h30. No entanto, assim que a grávida seja transferida para a sala de partos, independentemente do horário a que aconteça, o acompanhante é autorizado a permanecer ao seu lado 24 horas por dia, traduzindo-se numa mais valia para a mulher na obtenção de uma experiência de parto mais positiva. Considero relevante realçar o facto de ser incentivado a todas as grávidas que apresentem condições clínicas que o permitam, realizar as refeições em conjunto na copa do serviço. Desta forma é promovida a sua interação e partilha de experiências.

De acordo com a OE (2019c), o rácio recomendado é de um EE-ESMO para cada três grávidas de alto risco e um EE-ESMO para cada seis grávidas de médio risco. No entanto, observei que na prática apenas um EE-ESMO assegurava o cuidado a todas as seis grávidas por turno, independentemente da sua condição clínica, o que pode comprometer a qualidade e a segurança da assistência. Este desfasamento entre norma e a prática constitui um desafio organizacional importante, com implicações na prestação de cuidados especializados e na capacidade de resposta às necessidades diferenciadas das mulheres.

O caso clínico apresentado revelou-se muito importante para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EE-ESMO, pois considero que a pré-eclâmpsia é um dos principais motivos de internamento da mulher durante a gravidez, como pude constatar durante o estágio que

realizei na Unidade de Medicina Materno-Fetal. No decorrer deste estágio tive contacto com alguns casos de grávidas internadas por ameaça de parto pré-termo e colestase gravídica, mas os internamentos por pré-eclâmpsias, com ou sem critérios de gravidade, foram os mais comuns.

2.1.1. Conceção de cuidados especializados: Maria e Carminho

Maria, 32 anos, primigesta com 32 semanas de gestação, apresentava diabetes gestacional controlada com dieta. Durante a consulta de obstetrícia foi detetada pela primeira vez hipertensão. Face a este achado, foi encaminhada para a urgência onde realizou estudo analítico.

Dada a persistência da hipertensão e a presença de alterações dos valores analíticos, foi internada no turno anterior com o diagnóstico de Pré-eclâmpsia com critérios de gravidade.

No decorrer da gravidez ocorrem diversas alterações fisiológicas que preparam o organismo materno para o desenvolvimento fetal e para o parto. No sistema cardiovascular destacam-se o aumento do débito e da frequência cardíaca, assim como do volume plasmático, devido à retenção de sódio e água pelos rins provocada pelos níveis elevados de estrogénio circulante. O óxido nítrico e a relaxina promovem vasodilatação e remodelação vascular, favorecendo a circulação uteroplacentária. Além disso, a relaxina contribui para o relaxamento pélvico e preparação do colo do útero. Estas alterações reduzem a resistência vascular sistémica, originando a diminuição da pressão arterial no início da gestação e ligeiro aumento no terceiro trimestre (Ryan et al., 2025).

A pré-eclâmpsia é uma complicação da gravidez caracterizada por hipertensão arterial após as 20 semanas de gestação associada a proteinúria sendo, neste caso, considerada sem critérios de gravidade. Quando, além da hipertensão arterial e da proteinúria, surgem outras alterações como elevação das enzimas hepáticas, trombocitopenia e aumento da creatinina, a pré-eclâmpsia passa a ser considerada com critérios de gravidade (Ryan et al., 2025). No caso clínico descrito, a Maria apresentava hipertensão arterial com proteinúria e alteração das enzimas hepáticas e por isso foi diagnosticada com critérios de gravidade que conduziram ao seu internamento.

A patogénese da pré-eclâmpsia, embora ainda não esteja completamente compreendida, acredita-se que envolve uma formação anómala da placenta no início da gravidez provocando hipóxia placentária e libertação de mediadores inflamatórios e antiangiogénicos na circulação materna. Desta forma, ocorre disfunção endotelial, vasoconstrição e maior permeabilidade vascular, originando hipertensão, proteinúria, edema e outras complicações multissistémicas o que compromete a saúde materna e fetal (Nguyen et al., 2024; Ryan et al., 2025).

A pré-eclâmpsia pode provocar graves complicações maternas agudas, como convulsões, acidente vascular cerebral, insuficiência renal aguda e alterações na coagulação. A longo prazo, mulheres diagnosticadas com pré-eclâmpsia apresentam maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes. Para o recém-nascido, esta patologia também implica riscos, como baixo peso à nascença, parto prematuro, problemas respiratórios e maior probabilidade de paralisia cerebral (Nguyen et al., 2024).

No caso clínico descrito, como a Maria apresentava critérios de gravidade no diagnóstico da pré-eclâmpsia existia um risco acrescido de parto prematuro. A prematuridade implica a produção insuficiente de surfactante pulmonar, não garantindo a total maturação pulmonar do feto o que leva a um potencial surgimento de problemas respiratórios à nascença. Desta forma, é necessária a administração de corticoides à grávida com vista a promover a aceleração da maturidade pulmonar do feto (Van Der Heijden et al., 2025). Para esse

efeito, e segundo protocolo da instituição hospitalar onde decorreu este estágio, foi administrada dexametasona em quatro doses de 6mg por via intramuscular, com um intervalo de 12 horas entre cada administração.

A diabetes gestacional é uma alteração metabólica caracterizada pela intolerância à glicose, diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez. Surge devido às mudanças hormonais próprias da gravidez, que aumentam a resistência à insulina, dificultando o controlo dos níveis de glicemia (Mittal et al., 2025). Embora muitas vezes seja assintomática, pode trazer riscos importantes tanto para a mãe como para o feto. Para a grávida, está associada a maior probabilidade de desenvolver hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e risco aumentado de evolução para diabetes tipo 2 no futuro. Para o feto, pode resultar em macrossomia, hipoglicemia neonatal, maior necessidade de cuidados neonatais e, em alguns casos, complicações respiratórias. O diagnóstico precoce, a monitorização rigorosa e a adoção de medidas terapêuticas, como dieta equilibrada, exercício físico adequado e, quando necessário, tratamento farmacológico, são fundamentais para garantir a segurança materna e fetal e reduzir complicações a curto e longo prazo (Mittal et al., 2025).

A ansiedade materna associada ao diagnóstico de complicações durante a gravidez pode comprometer o bem-estar emocional da grávida e agravar os resultados clínicos, uma vez que interfere na regulação da pressão arterial e do metabolismo da glicose (Mittal et al., 2025). Além disso, níveis elevados de ansiedade dificultam a adesão terapêutica e a autogestão da doença, aumentando os riscos maternos e neonatais (Mittal et al., 2025). Assim, e tendo por base os princípios da Teoria Polivagal, é fundamental proporcionar à grávida um ambiente seguro e de confiança, de forma a ativar o ramo ventral do nervo vago responsável pela interação social e regulação emocional (Porges, 2023). Desta forma, o EE-ESMO, ao estabelecer uma relação terapêutica baseada na segurança e empatia, potencia sentimentos de confiança e co-regulação emocional o que contribui para reduzir o impacto da

ansiedade e favorecer a adesão terapêutica e a autogestão das complicações na gravidez (Mittal et al., 2025; Porges, 2023).

Conceção de cuidados

Horas: 09h00 **Foco de atenção:** Adaptação à gravidez com complicações

Dados: A Maria referiu que não tinha nenhuma sintomatologia e que não entendeu bem o que era a pré-eclâmpsia, mas percebeu que, como apresentava elevação da tensão arterial, ficar internada foi o melhor para garantir o seu bem-estar e o do seu bebé. Mencionou que estar grávida sempre foi um grande sonho e por isso estava disposta a fazer o que fosse necessário para proteger o seu bebé e a sua saúde.

Diagnóstico: Significado atribuído à gravidez com complicações facilitador

A gravidez é uma etapa marcante na vida da mulher, caracterizada por intensas mudanças físicas, hormonais, psicológicas e sociais que, por si só, podem gerar *stress* e ansiedade (Nguyen et al., 2024; Ryan et al., 2025). Embora a gravidez seja um processo fisiológico e previsível no ciclo vital, configurando-se como uma transição do tipo desenvolvimental, este período implica transformações também no âmbito familiar, social e cultural (Meleis, 2010). Quando associada a um evento crítico, como o diagnóstico de uma gravidez de risco ou um internamento devido a complicações, essas emoções tendem a intensificar-se. Assim, perante uma gravidez com complicações, a mulher passa a vivenciar uma transição múltipla, acumulando a transição desenvolvimental com a de saúde/doença, o que pode dificultar a sua adaptação. Nessas circunstâncias, a intervenção do EE-ESMO é determinante pois visa capacitar a mulher a perceber o que muda e fica diferente, encontrando estratégias que lhe permitam lidar com as complicações da gravidez tornando a adaptação mais facilitada.

Foco de atenção: Ligação mãe-filho

Dados: A Maria verbalizou estar muito feliz com a sua gravidez. Enquanto acariciava a barriga, revelou que a Carminho era uma bebé muito desejada e que estava desejosa de a ter nos braços.

Diagnóstico: Ligação mãe-filho facilitadora

Horas: 09h30

Foco de atenção: Adaptação à gravidez com complicações

Dados: A Maria referiu que não tinha nenhuma sintomatologia e que não entendeu bem o que era a pré-eclâmpsia, sabia apenas que seria algo grave pois implicava internamento e vigilância. Solicitou ajuda para compreender melhor em que consistia esta patologia e quais os sinais e sintomas a que teria que estar atenta.

Objetivo: Promover ajustamento à gravidez com complicações

Crítérios de resultado: Que a Maria perceba o que é a pré-eclâmpsia e reconheça quais os sinais e sintomas a que deve estar atenta

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre gravidez com complicações: pré-eclâmpsia

Intervenções:

- 1 - Ensinar sobre gravidez com complicações
- 2 - Ensinar sobre autovigilância de complicações durante a gravidez

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Explicar o que é a pré-eclâmpsia e qual o seu impacto na gravidez e no desenvolvimento fetal.
- 2 - Explicar quais os sinais e sintomas a que deve estar atenta: cefaleias, epigastralgias, edemas e alterações visuais.

A pré-eclâmpsia é uma patologia que compromete a função vascular e endotelial, afetando órgãos-alvo como rins, fígado, cérebro e placenta. Por isso, é fundamental dotar a grávida de conhecimento sobre a sintomatologia que pode apresentar de forma a prevenir complicações graves e garantir a segurança materna e fetal. É importante que a grávida comunique de

imediatos à equipa de saúde sintomas como: edema súbito e generalizado, causado pela extravasamento de líquidos para o espaço intersticial devido à permeabilidade vascular aumentada; cefaleias intensas e persistentes podendo ser acompanhadas de alterações visuais, decorrentes do efeito da hipertensão e da vasoconstrição cerebral, podendo indicar risco de complicações neurológicas; dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, resultante do aumento das enzimas hepáticas; náuseas e vômitos persistentes, consequentes às alterações gastrointestinais devido à sobrecarga vascular e hepática; alteração do estado de consciência, confusão mental e convulsões, decorrentes da hipertensão grave e isquemia cerebral (Nguyen et al., 2024; Ryan et al., 2025).

Horas: 10h30 **Foco de atenção:** Gravidez

Dados: A Maria, primigesta com 32 semanas de gestação, estava internada com o diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. Tinha indicação médica para realização de monitorização materna e fetal uma vez por turno. Referiu não ter dor nem sintomatologia associada a cefaleias, alterações visuais ou epigastralgias. Apresenta ligeiro edema dos membros inferiores.

- . Movimento fetal: padrão normal de movimentos fetais
- . Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações)
- . Perda de líquido amniótico: sem perda de líquido amniótico
- . Perda sanguínea vaginal: sem perda

Objetivo: Determinar sinais de complicação da gravidez e/ou desenvolvimento fetal

Critérios de resultado: Que a gravidez evolua sem complicações, garantindo o bem-estar materno e fetal

Diagnóstico: Gravidez

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução da gravidez

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar monitorização cardiotocográfica

Foco de atenção: Hipertensão

Dados: A Maria, primigesta com 32 semanas de gestação, estava internada com o diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade.

. Tensão arterial: 162/101 mmHg (primeira avaliação); 161/99 mmHg (segunda avaliação); 157/97 mmHg (terceira avaliação)

Objetivo: Determinar evolução da pressão sanguínea

Critérios de resultado: Que a gravidez evolua sem complicações, garantindo o controlo da pressão sanguínea

Diagnóstico: Hipertensão

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Avaliar pressão sanguínea no membro superior direito, devidamente apoiado, realizando três avaliações, sendo este o protocolo do serviço em situações de pré-eclâmpsia.

Nas grávidas internadas por pré-eclâmpsia, a medição da pressão sanguínea deve ser realizada a cada 15 a 30 minutos até atingir valores abaixo de 160/110mmHg. Após atingir estes valores a pressão sanguínea da grávida deve ser avaliada pelo menos quatro vezes por dia (NICE, 2023a).

Horas: 11h40 **Foco de atenção:** Glicemia

Dados: A Maria apresentava diabetes gestacional, que controlava com dieta. No internamento e, segundo protocolo do serviço, realizava pesquisa de glicemia capilar antes e duas horas após as principais refeições.

. Pesquisa de glicemia capilar antes do almoço: 123 mg/dl

Objetivo: Determinar evolução da glicemia

Critérios de resultado: Que a gravidez evolua garantindo o controlo da glicemia

Diagnóstico: Glicemia

Intervenções:

1 - Avaliar evolução da glicemia

A diabetes gestacional é um importante fator de risco para o surgimento de diabetes tipo 2 no futuro. Por isso, torna-se essencial uma vigilância rigorosa na identificação e no controlo da hiperglicemia durante a gravidez, já que esta fase pode ser uma oportunidade decisiva para intervir precocemente e reduzir o risco de complicações metabólicas a longo prazo (Mittal et al., 2025). São considerados valores normais de glicemia, antes das refeições inferiores a 95 mg/dl e duas horas após as refeições inferiores a 120 mg/dl. (Almeida et al., 2017).

Foco de atenção: Ansiedade

Dados: A Maria referiu ansiedade com a situação que estava a viver. Mencionou que, para tentar lidar este estado emocional, ingeriu uvas e um chocolate. Referiu que sabia que não deveria ingerir esses alimentos para não alterar os valores da glicemia, mas tinha a perceção que ingerir doces ajudavam-na a controlar a ansiedade. Conversei com a Maria no sentido de tentarmos encontrar outras estratégias que a ajudassem a controlar este estado emocional. Ela mostrou-se disponível e referiu que não sabia que outras soluções poderiam ajudar nesta situação.

Objetivo: Promover autocontrolo: ansiedade

Critérios de resultado: Que a Maria adquira conhecimento sobre o que é a ansiedade e quais as estratégias que pode utilizar para a controlar

Diagnóstico: Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções:

1 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Explicar o que é a ansiedade, definindo-a como um sentimento de nervosismo ou preocupação, comum durante a gravidez.
- 2 - Explicar à Maria a importância de compreender a ligação entre pensamentos, emoções e comportamentos. Dessa forma, conseguirá identificar pensamentos negativos e promotores da ansiedade e intervir através de técnicas como a respiração diafragmática e o relaxamento promovendo a sua autoconfiança e sensação de controlo do estado emocional.

A ansiedade é um fenómeno psicobiológico complexo que provoca alterações cognitivas, emocionais, fisiológicas e comportamentais, sendo percebida como um sinal de alerta perante uma possível ameaça ou perigo. Quando surge durante a gravidez, parto ou pós-parto, está associada a um aumento do risco de complicações perinatais tanto para a mãe como para o bebé. Além disso, a sua presença nestes períodos é considerada um fator preditivo importante para o desenvolvimento de depressão em muitas mulheres (Domínguez-Solís et al., 2021).

Foco de atenção: Ansiedade

Dados: A Maria referiu que comer doces era a única estratégia que reconhecia em si para controlar a sua ansiedade naquele momento. Referiu que passear em ambientes calmos e rodeados de natureza como um parque ou na praia era algo que a relaxava, mas que não poderia realizar naquele momento por estar internada. Questionei-a se estaria disposta a experienciar outras estratégias, nomeadamente, a realidade virtual. A Maria aceitou e mostrou-se recetiva.

Objetivo: Promover autocontrolo: ansiedade

Critérios de resultado: Que a Maria seja capaz de reconhecer e utilizar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções:**1 - Instruir e treinar estratégias de relaxamento****Atividades que concretizam as intervenções:**

1 - Identificar estratégias que a relaxam habitualmente, sendo que a Maria referiu que ouvir música com os sons da natureza poderia ajudar naquele momento.

2- Instruir sobre realidade virtual, utilizando um cenário da natureza com sons característicos. A Maria ficou deitada na sua cama, com o equipamento de realidade virtual colocado e com a porta do quarto fechada para que ficasse apenas concentrada no momento.

A identificação dos elementos que são relaxantes para a grávida numa fase inicial da preparação é um ponto chave para o processo de relaxamento, já que podem ser introduzidos como âncoras na imaginação guiada ou, neste caso, na realidade virtual e reproduzir a emoção positiva e tranquilizadora identificada pela grávida (Cardoso et al., 2023).

A realidade virtual assenta numa estratégia inovadora para auxiliar a mulher a controlar estados de ansiedade utilizando tecnologia, ficção, realidade e imaginação. Através desta estratégia a mulher visualiza, recorrendo a óculos de realidade virtual, imagens ou vídeos diversos onde podem ser incluídos elementos da natureza, imagens de recém-nascido ou até mesmo imagens do seu próprio feto conseguidas no decorrer da gravidez. A visualização destas imagens ou vídeos em realidade tridimensional permite o relaxamento da mulher auxiliando no controlo do seu estado emocional (Freire et al., 2022).

2.1.1.1. Análise reflexiva e crítica das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidas

No caso específico da Maria, foi muito importante para mim conseguir promover a melhoria do seu conhecimento e capacidade para gerir a gravidez com complicações. A Maria percebeu que ficar internada foi o melhor para garantir o seu bem-estar e o do seu bebé, mas desconhecia como se caracterizava a pré-eclâmpsia, a sua sintomatologia e as consequências para o bem-estar materno e fetal caso não fosse controlada. Assim, foi importante ensinar sobre os sintomas de complicações associados a esta patologia para que fosse capaz de os reconhecer caso acontecessem. No decorrer da gravidez a Maria tinha sido diagnosticada com diabetes gestacional, que conseguia controlar com dieta. No entanto, referiu que neste dia tinha ingerido alimentos ricos em açúcares pois, dessa forma, tinha a perceção que conseguia controlar a sua ansiedade.

Sendo a ansiedade um fator potenciador da hipertensão arterial e da hiperglicemia considerei importante encontrar estratégias que diminuíssem o nível de ansiedade na Maria sem recorrer à ingestão de açúcares. As estratégias encontradas tiveram resultados muito positivos, que ela própria reconheceu e agradeceu.

Segundo a Teoria Polivagal, a criação de um ambiente seguro e de confiança ativa o circuito vagal ventral, permitindo a interação social e reduzindo a ansiedade e o *stress* (Porges, 2023). Neste caso clínico foi fundamental criar um ambiente de confiança com a Maria de forma que ela percebesse a importância da vigilância do seu estado de saúde e do seu bebé naquele momento. A criação de um ambiente seguro e de confiança favorece a tomada de decisões mais conscientes e a adesão ao regime terapêutico revelando-se, por isso, de extrema importância neste caso clínico.

Enquanto futura EE-ESMO, considero que a transmissão de conhecimento à grávida sobre os sinais de complicações na gravidez é uma responsabilidade central e um contributo essencial para a segurança materna e fetal. De igual forma, capacitar a mulher grávida no reconhecimento de sinais de alarme, neste caso específico relativamente à pré-eclâmpsia, bem como na importância da autogestão das complicações da gravidez e a sua influência nos resultados perinatais permite o incentivo à adesão ao regime terapêutico e uma resposta mais rápida e adequada perante situações potencialmente graves, contribuindo para melhores resultados maternos e neonatais.

2.2. Cuidar a mulher em trabalho de parto

O estágio no contexto do BP decorreu num serviço que foi recentemente remodelado e ampliado. Possui uma receção e uma sala de espera adjacente. Atualmente este serviço encontra-se sub-dividido em área da urgência e área das salas de parto. Na área das salas de parto constam: seis quartos individuais, sendo que cada um deles tem uma casa de banho privativa com duche e um reanimador neonatal; uma sala de bloco operatório e uma sala de reanimação neonatal com dois reanimadores operacionais; uma sala de recobro; uma copa para refeições destinada aos profissionais; uma sala de enfermagem para passagem de turno; uma casa de banho para profissionais; uma sala de estar para os médicos, duas casas de banho com duche para os acompanhantes e três salas destinadas a armazém de consumíveis, medicação e roupa. Na área da urgência constam: um gabinete de enfermagem e triagem; dois gabinetes médicos; uma casa de banho com duche para as utentes; uma sala de observações com duas camas e uma sala de monitorização cardiotocográfica com capacidade para duas grávidas em simultâneo.

Considero importante destacar que todas as salas de parto permitem regulação da luz ambiente, a qual pode ser importante durante o decorrer do TP para induzir o relaxamento. Realço também como uma característica relevante o facto de as salas de parto serem amplas o que permite a liberdade de movimentos das grávidas. Outro aspeto que considero muito positivo no serviço é o facto de existirem duas salas de parto com equipamentos de monitorização cardiotocográfica sem fios, o que permite à mulher total liberdade para deambular no corredor contíguo às salas de parto mantendo a monitorização. No entanto, considero que este equipamento deveria existir em todas as salas de parto do serviço para que todas as mulheres pudessem usufruir dele.

As grávidas podem ser admitidas no serviço através da urgência, da consulta externa, por internamento programado como no caso das induções de parto, ou por transferência de outro hospital e podem ter acompanhamento permanente da sua pessoa significativa. A este serviço, podem recorrer grávidas que desejem ter o seu parto nesta instituição, independentemente da sua área de residência ou do local de vigilância da gravidez. Considero este aspeto de elevada relevância, uma vez que permite que a mulher tenha total liberdade de escolha sobre o local onde pretende que aconteça o seu parto.

Em cada turno estão destacados quatro EE-ESMO para este serviço, ficando um alocado à área da urgência e os restantes três alocados à área das salas de parto e recobro, sendo que cada EE-ESMO fica responsável por duas salas de parto.

O caso clínico descrito foi, para mim, muito significativo para o desenvolvimento de competências enquanto futura EE-ESMO no cuidado à mulher inserida na família e na comunidade durante o TP, na medida em que me permitiu compreender e acompanhar todo o processo do TP, identificando situações que necessitaram da minha intervenção no sentido de proporcionar uma experiência de parto que fosse de encontro às expectativas da parturiente.

2.2.1. Conceção de cuidados especializados: Carolina, Pedro e Miguel

A Carolina, grávida com idade gestacional de 39 semanas, primigesta, do grupo sanguíneo A Rh positivo e *Streptococcus* grupo B negativo, recorreu à urgência pelas 9h referindo contratilidade uterina dolorosa e regular. Estava acompanhada pela pessoa significativa, o seu companheiro Pedro. Após avaliação médica ficou internada por início de TP. Apesar de não trazer um plano de parto escrito, a Carolina manifestou vontade em ter um parto vaginal o mais fisiológico possível e lidar com a dor ao seu jeito. Referiu ainda que pretendia a presença do seu companheiro durante todo o período do TP e que tinham planeado, em conjunto, que seria o Pedro a cortar o cordão umbilical do Miguel com este em contacto pele com pele com a Carolina. Na fase final do TP a Carolina começou a manifestar cansaço e incerteza em relação à eficácia dos seus esforços expulsivos pelo que decidi incentivá-la e empoderá-la através da utilização de um espelho ao ver e tocar na cabeça do seu filho após a coroação. O Miguel nasceu através de um parto eutócico e o Pedro cortou o cordão umbilical tal como tinham planeado.

O TP é definido como um processo, induzido ou espontâneo, onde um conjunto de processos corporais fisiológicos conduzem a contrações uterinas regulares e dolorosas, favorecendo a dilatação e extinção do colo uterino, a consequente progressão e expulsão do feto pelo canal de parto culminando na expulsão da placenta (Lowdermilk & Perry, 2009; WHO, 2018).

No caso clínico apresentado, foi essencial para mim perceber de forma detalhada os fatores que influenciam a progressão do TP para conseguir sugerir e implementar estratégias que promovessem a sua progressão e, assim, conseguir corresponder às expectativas da Carolina proporcionando um TP o mais fisiológico possível.

A progressão e evolução do TP é influenciada por cinco fatores essenciais: o feto, o canal de parto, a força das contrações uterinas, a posição da parturiente e a força e confiança maternas. Durante o processo de TP da Carolina, essencialmente no decorrer do primeiro estadio, as minhas intervenções incidiram maioritariamente sobre as posições que poderia adotar, salientando a importância da mobilidade e verticalidade que desempenham um papel crucial durante o TP permitindo a realização de assimetrias da pelve com liberdade de movimentos e libertação da zona do sacro. Desta forma, é conseguida uma melhor adaptação fetal à bacia materna, enquanto a força da gravidade potencia o aumento da pressão da cabeça fetal no colo uterino o que ativa o reflexo de Ferguson, levando a mulher a ter necessidade de fazer força proporcionando esforços expulsivos mais eficazes (Costa et al., 2023).

A variedade fetal mais favorável para a progressão do TP é a occipto-anterior (OA) pois, a pressão que o feto exerce com a sua frente no cóccix, permite a retropulsão desta estrutura, aumentando o diâmetro pélvico e alinhando melhor a cabeça fetal para a saída. Quando o feto adota uma variedade occipto-posterior (OP), a evolução do TP pode ficar mais comprometida, pois a falta de retropulsão do cóccix exige uma maior extensão cefálica para a passagem (Cardoso et al., 2023). No caso clínico apresentado, ao longo do primeiro estadio do TP, foi detetado que o feto se apresentava numa variedade posterior e, por isso, as minhas intervenções centraram-se no favorecimento da progressão do TP implementando estratégias facilitadoras e a utilização de dispositivos facilitadores que aliassem a verticalidade e mobilidade de forma a potenciarem a rotação interna do feto para uma posição anterior.

A autoeficácia da mulher durante o TP traduz-se num processo dinâmico de desenvolvimento da própria confiança e da própria capacidade de lidar com o seu parto. Parturientes que acreditam em si mesmas e na sua capacidade para fazer nascer o seu filho, apresentam níveis elevados de autoeficácia conseguindo gerir melhor o *stress* e lidar com a dor (Bostan & Kabukcuoğlu,

2022). Ao gerir melhor os níveis de *stress* e aumentando a sua autoconfiança e autoeficácia, a parturiente consegue sentir-se mais relaxada e tranquila potenciando a libertação endógena de ocitocina o que permite a favorável evolução fisiológica do TP. Assim, no caso clínico apresentado e no decorrer do segundo estadio do TP, as minhas intervenções incidiram maioritariamente no empoderamento e aumento da confiança da Carolina em si própria e nas suas capacidades de forma que acreditasse em si e nos seus super-poderes capazes de fazer nascer o seu filho.

A Carolina expressou vontade em lidar com a dor ao seu jeito até sentir necessidade em solicitar analgesia epidural, o que aconteceu após ocorrer a rutura espontânea das membranas. A analgesia epidural é um dos métodos farmacológicos mais utilizados para alívio da dor durante o TP e deve ser oferecido à parturiente saudável, sempre que ela o solicite (WHO, 2018).

Conceção de cuidados

Horas: 9h20 **Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Carolina é admitida na sala de partos por queixas de contratilidade uterina dolorosa e regular.

- . Posição do colo do útero: intermédio
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 50%
- . Dilatação do colo do útero: 3 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Descida do feto: acima do 1º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 2 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 20 segundos

- . Intensidade da contração uterina: leve [25-30 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período de dilatação cervical

Objetivo: Determinar evolução do TP e do bem-estar fetal

Crítérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do Pedro na sala de partos.

Em parturientes de baixo risco e, de forma a avaliar a evolução do TP, o exame vaginal pode ser realizado em intervalos de quatro horas salvaguardando que, de forma a prevenir possíveis infeções, este exame não deve ser realizado por diferentes profissionais em curto espaço de tempo (WHO, 2018). No entanto, caso a situação clínica materna ou fetal o justifique, este exame pode ser realizado com mais frequência.

Horas: 10h **Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Carolina referiu ter conhecimento que deambular e manter-se ativa favorecia a progressão do TP e demonstrou disponibilidade para utilizar todas as estratégias que fossem propostas de forma a conseguir um parto vaginal com o mínimo de intervenção possível.

Diagnóstico: Conhecimento sobre TP facilitador

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Carolina referiu que a dor faz parte do processo do TP e manifestou vontade de lidar com a dor ao seu jeito, deixando em aberto a opção de utilização de analgesia epidural quando considerasse necessário. Recebeu massagens realizadas pelo seu companheiro Pedro na região dorsal e plantar dos pés, realizou duche de água morna e ouviu algumas das suas músicas preferidas enquanto deambulava pelo serviço.

Diagnóstico: Capacidade para lidar com a dor de TP facilitadora

Horas: 11h45

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Carolina manifestou perceção de contrações uterinas um pouco mais intensas e queixas de dor mais centradas na região lombar e sacrococcígea. Questionou se era possível alimentar-se.

- . Posição do colo do útero: intermédio
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 90%
- . Dilatação do colo do útero: 6 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: occipto esquerda posterior (OEP)
- . Descida do feto: acima do 1º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 3 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 70 segundos
- . Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período de dilatação cervical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

CrITÉrios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP
- 4 - Gerir ingestão de líquidos

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do Pedro na sala de partos.
- 4 - Informar a Carolina sobre a alimentação e hidratação no decorrer do TP.

A restrição alimentar durante o TP de baixo risco pode influenciar negativamente a sua progressão traduzindo-se, assim, numa experiência de parto menos positiva. Durante o TP a mulher dispende energia equivalente à realização de exercício físico moderado (Wei et al., 2011). Desta forma, é recomendada a ingestão de líquidos e alimentos leves (como água, chá, sumos sem polpa, gelatina, bebidas energéticas e barras de chocolate simples) durante o TP, de forma a repor os níveis de energia, manter a hidratação e garantir o bem-estar da parturiente (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2023; WHO, 2018).

Horas: 12h50

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Carolina referiu perda de líquido transparente e contínuo pela vagina que não parecia urina. Foi confirmada a rotura espontânea das membranas amnióticas.

. Posição do colo do útero: intermédio

- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 90%
- . Dilatação do colo do útero: 6 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: OEP
- . Descida do feto: acima do 1º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea
- . Hora da rotura das membranas: 12h45
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 3 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 70 segundos
- . Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período de dilatação cervical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

Crítérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do Pedro na sala de partos.

Horas: 13h20

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: Após rotura espontânea das membranas amnióticas, a Carolina referiu contrações uterinas mais intensas e maior dificuldade em lidar com a dor do TP solicitando analgesia epidural.

objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP

Crítérios de resultado: Que a Carolina seja capaz de lidar com a dor de TP recorrendo a estratégias farmacológicas

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de TP

Intervenções:

- 1 - Assistir a Carolina a posicionar-se para a colocação do cateter epidural
- 2 - Gerir analgesia
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Auxiliar a Carolina a manter-se numa posição sentada na cama, de costas voltadas para o médico anestesista, com as pernas afastadas, abraçando a almofada de forma a levar o queixo até ao peito e manter-se imóvel durante o procedimento.
- 2 - Administrar analgesia por via epidural, conforme prescrição médica.
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do Pedro na sala de partos.

A analgesia epidural é amplamente utilizada, atualmente, no decorrer do TP. A principal vantagem da analgesia epidural, na atualidade, é o facto de poder ser administrada em bólus intermitentes que, quando comparados com perfusões contínuas, causam uma distribuição mais ampla da medicação no espaço epidural por serem administrados com uma pressão mais elevada. Estes bólus são administrados com soluções anestésicas locais de baixa concentração, a ropivacaína, que além de aliviarem a dor, possibilitam preservar a função motora da parturiente, uma vez que produzem um

bloqueio motor pouco significativo mantendo a possibilidade de deambulação (Hussain et al., 2020).

A Ropivacaína é um anestésico local do tipo amida que exerce efeitos anestésicos e analgésicos (Infarmed, 2018). Este fármaco é amplamente utilizado no decorrer do TP sendo administrado por via epidural o que proporciona alívio da dor através de um bloqueio sensorial efetivo. É, habitualmente, administrado em bólus e apresenta como vantagens o facto de produzir um bloqueio motor ligeiro, permitindo que a parturiente mantenha a mobilidade durante o TP, ao mesmo tempo que apresenta menor risco de toxicidade cardíaca e neurológica em comparação com outros anestésicos locais (Wen et al., 2021).

O médico anestesista é o responsável pela colocação e prescrição de medicação a administrar por esta via. Esta técnica deve ser realizada com a parturiente sentada levando o queixo ao peito de forma a realizar uma curvatura dorsal que facilite o acesso ao espaço epidural e minimize a compressão da veia cava inferior. A parturiente deve manter-se imóvel durante o procedimento para evitar lesões locais. O cateter epidural é colocado na linha média da região lombar, no espaço intervertebral entre L2 e L5, dado que neste local existe menor risco de lesão medular (Martins et al., 2002).

No que diz respeito aos cuidados de enfermagem com o cateter epidural é essencial manter vigilância do local de inserção do cateter para detetar precocemente sinais de infeção ou exteriorização do mesmo. Sempre que é administrado bólus de analgesia é importante monitorizar a tensão arterial da parturiente devido ao risco acrescido de hipotensão, podendo ser necessária a administração de fluidos endovenosos. Deve ser monitorizada a eliminação urinária pelo risco elevado de retenção e a parturiente deve ser alertada para a diminuição da sensibilidade nos membros inferiores devendo, por isso, permanecer no leito durante, pelo menos, 30 minutos após a administração da analgesia sendo posteriormente assistida no levante (DGS, 2024; WHO, 2018).

Horas: 14h15**Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Carolina referiu querer levantar-se para continuar a utilizar estratégias facilitadoras do TP e aliviar a sintomatologia de queixas ao nível da região lombar. Na última avaliação tocológica foi percebido que o feto se encontrava numa variedade OEP, pelo que foram sugeridas estratégias específicas facilitadoras do TP que a Carolina aceitou e mostrou disponibilidade para realizar.

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com o TP

Crítérios de resultado: Que a Carolina seja capaz de utilizar estratégias facilitadoras do TP

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP

Intervenções:

- 1 - Instruir e treinar posição corporal facilitadora do TP
- 2 - Instruir e treinar exercícios da mobilidade da pelve
- 3 - Instruir e treinar uso de dispositivos facilitadores do TP
- 4 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Demonstrar à Carolina a adoção da posição de quatro apoios, na cama, elevando a cabeceira para que se possa apoiar sobre ela.
- 2 - Demonstrar à Carolina a realização de exercícios de mobilidade da pelve adotando a posição de quatro apoios e assisti-la na sua realização. Instruir a Carolina a relaxar o tronco sobre a cabeceira da cama e movimentar a pelve para a frente e para trás, para um lado e para o outro.
- 3 - Demonstrar à Carolina a utilização de dispositivos facilitadores do TP, a bola de parto e assisti-la na sua realização. Instruir a Carolina a realizar balanços para a frente e para trás e em círculos.
- 4 - Demonstrar ao Pedro como pode auxiliar a Carolina na utilização da bola de partos e na realização de exercícios de mobilidade da pelve, bem como na realização de massagens enquanto a Carolina se balança na bola de partos.

Instruir o Pedro a permanecer sentado atrás da Carolina e fazer uma massagem nos ombros ou aplicar pressão na região lombar e do sacro.

A adoção de posturas corporais verticalizadas aliadas à manutenção da mobilidade durante o TP são estratégias que possibilitam o aumento dos diversos diâmetros do canal de parto, o que permite o melhor alinhamento fetal, facilitando a rotação interna do feto à medida que desce e sai pelo canal vaginal (Stansfield et al., 2021). As posturas verticais e a deambulação favorecem, igualmente, a irrigação uterina o que potencia a eficiência dos músculos pélvicos, provocando contrações uterinas mais intensas e ritmadas o que faz com que a dilatação e extinção do colo uterino seja mais eficaz levando a uma menor duração do TP (Zangão & Lobão, 2022).

A movimentação da pelve é de extrema importância pois favorece o encravamento, descida e rotação fetal ao longo do canal de parto. A liberdade de movimentos da bacia confere a alteração dos diâmetros pélvicos favorecendo a adaptação do feto ao canal de parto (Costa et al., 2023). Podem ser realizados movimentos de anteversão e retroversão da bacia, movimentando a pelve para trás e para a frente, e movimentos de contranutação e nutação do sacro através da rotação externa e interna das pernas. Estes movimentos permitem a alteração dos diâmetros da pelve de entrada e de saída (Costa et al., 2023).

Os dispositivos facilitadores do TP auxiliam a parturiente a adotar posições e movimentos que promovem a movimentação da pelve facilitando a descida e rotação da apresentação fetal ao mesmo tempo que tendem a proporcionar maior conforto e relaxamento para a mulher (Cardoso et al., 2023). Ao proporcionarem maior conforto e relaxamento, diminuem o *stress* e potenciam a libertação de ocitocina endógena na parturiente que atua como analgésico natural e potencia a progressão fisiológica do TP (Olza et al., 2020).

A posição de quatro apoios pode ser realizada na cama, com ou sem auxílio da elevação da cabeceira, ou no chão podendo recorrer ao auxílio da bola de parto (Torres et al., 2018). Esta posição contribui para o alívio do desconforto lombar frequentemente associado a variedades posteriores, podendo ser útil no auxílio da rotação fetal para uma posição anterior. Quando realizada com a cabeceira da cama elevada, a ação da gravidade potencia ainda mais o seu efeito, auxiliando a descida fetal (Lowdermilk & Perry, 2009).

Para a correta utilização da bola de parto a parturiente deve manter o equilíbrio mantendo os ângulos ancas Joelhos e Joelhos-Tornozelos a 90°. Ao balançar-se na bola, a parturiente pode experienciar momentos calmantes ao mesmo tempo que alonga os músculos e ligamentos do pavimento pélvico. A utilização da bola durante o TP, permite aumentar a mobilidade pélvica e facilitar a descida fetal, aliando a verticalidade, o que reduz o tempo do TP e promove o alívio da dor (Gau et al., 2011).

A presença de um acompanhante durante o TP e parto é uma das recomendações da WHO (2018) para uma experiência de parto mais positiva. Este acompanhante pode ser o companheiro, um amigo/a ou um familiar escolhido pela mulher. Uma vez que a pessoa escolhida conhece bem a parturiente, facilmente será capaz de providenciar as medidas de conforto e de toque que esta necessita, interpretando as suas necessidades e desejos e transmitindo-os à equipa de saúde (Lowdermilk & Perry, 2009). O acompanhante pode prestar apoio informativo, retendo informação dos profissionais de saúde e transmitindo-o à parturiente sempre que ela solicite. Pode prestar apoio prático, auxiliando a parturiente na adoção de posições e movimentos facilitadores do TP ao mesmo tempo que pode ser incluído na aplicação de medidas não farmacológicas ajudando a mulher a lidar com a sua dor. De igual modo, o acompanhante pode proporcionar apoio emocional, elogiando a parturiente e mantendo a presença física contínua (Bohren et al., 2019).

Horas: 15:30 **Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Carolina manifestou vontade em querer deitar-se e descansar. Questionou se existiria alguma posição mais favorável para a efetiva progressão do TP enquanto descansava.

Objetivo: Facilitar o TP/nascimento

Critérios de resultado: Promover a favorável evolução do TP

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Assistir no uso de estratégia facilitadora do TP
- 2 - Assistir no posicionar

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Sugerir à Carolina a adoção da posição de SIMS modificada, deitando-se em decúbito lateral esquerdo, com a perna esquerda estendida sobre a cama e a perna direita apoiada na perneira com o joelho fletido, utilizando uma almofada entre as pernas para proporcionar apoio e conforto.
- 2 - Auxiliar a Carolina a adotar a posição de SIMS modificada.

A posição de SIMS modificada é realizada posicionando a parturiente em decúbito lateral do mesmo lado da coluna fetal. A perna inferior fica estendida na cama e a perna superior fica apoiada sobre a perneira da cama, sobre uma bola de amendoim ou sobre uma almofada, deixando o joelho hiperflexionado a 90°, realizando uma ligeira rotação interna. Desta forma, é conseguida uma assimetria da pelve que potencia o aumento do diâmetro da pelve de saída, enquanto mantém a zona do sacro livre, facilitando a rotação fetal para uma posição anterior (Bueno-Lopez et al., 2018). A posição lateral esquerda é aconselhada a todas as mulheres em TP pois promove o alívio da compressão da veia cava inferior causada pela contração uterina, proporcionando maior conforto materno e fetal (Rahman et al., 2024).

Horas: 16h15 **Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Carolina referiu aumento da intensidade da dor da contração, distribuída entre a zona lombar e a zona abdominal/pélvica. Solicitou analgesia e referiu que não estava a conseguir relaxar.

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP

CrITÉRIOS de resultado: Que a Carolina seja capaz de lidar com a dor de TP recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de TP

Intervenções:

- 1 - Gerir analgesia
- 2 - Gerir ambiente físico para promover o relaxamento
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Administrar analgesia pelo cateter epidural, segundo prescrição médica.
- 2 - Diminuir a intensidade da luz no quarto e proporcionar privacidade ao casal.
- 3 - Propor ao Pedro colocar novamente as músicas preferidas da Carolina, com o seu consentimento e de acordo com a sua vontade, para potenciar o relaxamento.

O ambiente envolvente é bastante importante para a efetiva progressão do TP. Dado que o TP é considerado um processo instintivo, é essencial que no seu decorrer a mulher consiga manter a zona cerebral primitiva, responsável pelas reações instintivas e fisiológicas, mais ativa. Fatores como a falta de privacidade, excesso de luminosidade e de intervenções médicas proporcionam a ativação do neocórtex cerebral, a parte do cérebro responsável pelo raciocínio, o que tende a aumentar os níveis de alerta e *stress* dificultando, assim, a progressão fisiológica do TP (Rodrigues & Shimo, 2019).

A diminuição da luminosidade é uma estratégia não farmacológica que tende a induzir o relaxamento e a diminuir o *stress*, o que contribui para a libertação endógena de ocitocina e melatonina, hormonas que desempenham um papel central na progressão fisiológica do parto. Elevados níveis de ocitocina endógena proporcionam analgesia natural devido à ativação de recetores opióides presentes no cérebro (Olza et al., 2020). Um ambiente de TP com iluminação reduzida proporciona maior privacidade, conforto emocional e sensação de proteção, elementos fundamentais para o parto humanizado (Rodrigues & Shimo, 2019).

O apoio contínuo do acompanhante desempenha um papel crucial na progressão fisiológica do TP uma vez que, segundo Olza et al. (2020), o toque, o apoio físico e emocional e a segurança emocional transmitida pelo acompanhante auxiliam a mulher a permanecer calma e relaxada, diminuindo os níveis de medo e *stress* favorecendo, assim, a libertação de ocitocina endógena.

Horas: 16:45

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Carolina expressou uma pressão constante na região pélvica com contrações mais dolorosas pelo que foi realizada nova avaliação tocológica.

- . Posição do colo do útero: anterior
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 100%
- . Dilatação do colo do útero: 10 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: occipto esquerda transversa (OET)
- . Descida do feto: 2º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais

- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 4 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 90 segundos
- . Intensidade da contração uterina: intensa [50-100 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período expulsivo
- . Sem globo vesical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

Critérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do Pedro na sala de partos.

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: Após avaliação tocológica foi percebido que a Carolina apresentava já o colo uterino totalmente extinto e a dilatação uterina completa. Porém, não manifestava ainda vontade em iniciar esforços expulsivos espontâneos encontrando-se, por isso, na fase latente do segundo estadio do TP. O feto encontrava-se na posição OET por isso era necessário favorecer ainda a sua rotação para OEA. A Carolina referiu não querer levantar-se, mas mostrou-se disponível em continuar a adotar posições facilitadoras da progressão do TP.

Objetivo: Facilitar o TP/nascimento

Critérios de resultado: Promover a favorável evolução do TP

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

1 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do TP

2 - Assistir no posicionar

Atividades que concretizam as intervenções:

1 - Sugerir à Carolina a adoção da posição de SIMS modificada, deitando-se em decúbito lateral esquerdo, com a perna esquerda estendida sobre a cama e a perna direita apoiada na perneira com o joelho fletido, utilizando uma almofada entre as pernas para proporcionar apoio e conforto.

2 - Auxiliar a Carolina a adotar a posição de SIMS modificada.

A fase latente do segundo estadio do TP corresponde ao intervalo entre a dilatação completa do colo uterino e o início do reflexo espontâneo de empurrar pela parturiente (Lowdermilk & Perry, 2009). Durante este período, embora o colo uterino esteja totalmente extinto e dilatado, a mulher ainda não manifesta desejo ativo em iniciar esforços expulsivos, ou seja, ausência do reflexo de Ferguson, sendo observada uma descida passiva da apresentação fetal impulsionada pelas contrações uterinas. Respeitar esta fase favorece a autorregulação do corpo da mulher, reduz a fadiga materna e contribui para um parto mais fisiológico e seguro. Assim que a mulher manifesta vontade em iniciar esforços expulsivos, o reflexo de Ferguson fica ativado devido à elevada pressão que a cabeça fetal exerce sobre o colo uterino (Lowdermilk & Perry, 2009).

Horas: 17:20

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Carolina mantém uma pressão constante na região pélvica com contrações mais dolorosas e menos espaçadas. Foi realizada nova avaliação tocológica para perceber a posição fetal.

- . Posição do colo do útero: anterior
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 100%
- . Dilatação do colo do útero: 10 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: OEA
- . Descida do feto: 3º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 5 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 60 segundos
- . Intensidade da contração uterina: intensa [50-100 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período expulsivo
- . Sem globo vesical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

Crítérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.

2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.

3 - Garantir o acompanhamento permanente do Pedro na sala de partos.

Horas: 17:40

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Carolina referiu vontade em iniciar esforços expulsivos espontâneos. A apresentação fetal iniciou a sua coroação e o Pedro conseguiu ver pela primeira vez a cabeça do feto.

- . Posição do colo do útero: anterior
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 100%
- . Dilatação do colo do útero: 10 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: OEA
- . Descida do feto: 3º - 4º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 5 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 60 segundos
- . Intensidade da contração uterina: intensa [50-100 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período expulsivo
- . Sem globo vesical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

Crítérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do Pedro na sala de partos.

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: Apesar do Pedro conseguir visualizar a cabeça fetal e perceber a boa evolução do TP, a Carolina começou a manifestar cansaço e dúvida em relação à eficácia dos seus esforços expulsivos referindo que não tinha perceção da evolução e não se sentia capaz de prosseguir.

Objetivo: Facilitar o TP/nascimento

Critérios de resultado: Promover a favorável evolução do TP

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Assistir no posicionar
- 2 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do TP
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam a intervenção:

- 1 - Auxiliar a Carolina a adotar a posição mais confortável para si - escolhida a posição de semi-sentada na cama.
- 2 - Sugerir à Carolina o uso do espelho para a empoderar e poder visualizar a evolução do TP e perceber que estava a fazer tudo bem e que o nascimento do Miguel estaria muito próximo, elogiando-a acerca dos seus esforços e sugerindo que, além de visualizar tocasse também na cabeça do Miguel para sentir a proximidade do seu nascimento. A Carolina aceitou a intervenção.

3 - Incentivar o Pedro a tocar e sentir também o nascimento do Miguel, com consentimento da Carolina.

O uso do espelho durante o segundo estadio do TP é uma técnica prática e não invasiva que fornece à parturiente uma visualização imediata do processo do parto. Esta técnica envolve ativamente a parturiente no TP fornecendo informações visuais que a desafiam e motivam (Palompon et al., 2011). Segundo o estudo desenvolvido por Doyle et al. (2016), as mulheres que utilizaram a técnica do espelho no segundo estadio do TP relataram a realização de esforços expulsivos mais vigorosos sendo, por isso, uma técnica eficaz de empoderamento materno no momento da expulsão fetal.

Horas: 17:45

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Carolina refere ainda mais vontade em realizar esforços expulsivos ao ver e sentir o Miguel a nascer. Apresentava pouca elasticidade dos tecidos da região perineal. Foi validado com a Carolina se permitia a utilização de medidas de proteção perineal, que permitiu.

- . Posição do colo do útero: anterior
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 100%
- . Dilatação do colo do útero: 10 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: OEA
- . Descida do feto: 4º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações

- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 5 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 60 segundos
- . Intensidade da contração uterina: intensa [50-100 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período expulsivo
- . Sem globo vesical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

Critérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar o bem-estar fetal: normal
- 3 - Assistir no parto
- 4 - Executar medidas de proteção do períneo
- 5 - Executar técnica de parto
- 6 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Elogiar a Carolina e o seu desempenho, mostrando-lhe através do espelho que o nascimento do seu filho está muito próximo.
- 4 - Implementar medidas de proteção do períneo aplicando compressas de água morna, sem friccionar a região perineal.
- 5 - Executar técnica de parto controlando a saída da apresentação fetal. Verificar se há presença de circular do cordão umbilical e mobilizar o Miguel para o peito da Carolina, iniciando assim o contacto pele com pele.

6 - Garantir o acompanhamento permanente do Pedro na sala de partos e elogiar o seu envolvimento.

A proteção perineal é uma estratégia clínica centrada na prevenção de lesões perineais durante o segundo estadio do TP, especialmente na fase do coroamento. Baseia-se em abordagens manuais e comportamentais que visam controlar a velocidade da saída da cabeça fetal, favorecer a elasticidade tecidual e respeitar a fisiologia do parto (Okeahialam et al., 2024). O calor e a humidade resultantes da aplicação de compressas embebidas em água morna favorecem a flexibilidade dos tecidos e o relaxamento muscular, prevenindo o trauma perineal (Okeahialam et al., 2024).

Horas: 18:02 **Foco de atenção: Parto**

Dados: A Carolina e o Pedro referiram, à chegada ao serviço, o desejo de ser o Pedro a cortar o cordão umbilical após o 1º minuto de vida do Miguel com este em contacto pele com pele com a Carolina. Quando questionado novamente no momento e com o Miguel em contacto pele com pele com a mãe, o Pedro manteve o desejo em cortar o cordão umbilical e a Carolina apoiou.

- . Hora do nascimento: 17h52
- . Tipo de parto: eutócico
- . Índice de Apgar - score ao 1º minuto: 9
- . Índice de Apgar - score ao 5º minuto: 10
- . Índice de Apgar - score ao 10º minuto: 10

Objetivo: Promover adaptação do Miguel à vida extra-uterina

Crítérios de resultado: Que o Miguel se adapte à vida extra-uterina sem complicações

Diagnóstico: Nascimento

Intervenções:

- 1 - Executar clampeamento do cordão umbilical

2 - Executar técnica de contacto pele com pele**Atividades que concretizam as intervenções:**

1 - Clampar o cordão umbilical após o 1º minuto de vida do Miguel e permitir ao Pedro cortá-lo, tal como sua vontade e vontade expressa pela Carolina também.

2 - Manter o Miguel em contacto pele com pele com a Carolina, tal como tinha solicitado ser da sua vontade.

Sendo o nascimento considerado um evento crucial na transição da gravidez para a parentalidade, o EE-ESMO desempenha um papel fundamental para que esta transição ocorra de forma saudável. Sempre que possível, a implementação de intervenções como o clampeamento tardio do cordão umbilical e a promoção do contacto pele com pele e da amamentação na primeira hora de vida, garantem o total contacto entre a mãe e o recém-nascido. Desta forma, estas intervenções produzem efeitos positivos tanto na mãe como no recém-nascido, traduzindo-se numa melhor autoeficácia no desempenho do papel parental levando a um crescimento e desenvolvimento positivo do bebé (Combellick et al., 2023).

Proporcionar o envolvimento do pai durante todo o processo do TP e no momento do corte do cordão umbilical, sendo esse o seu desejo, são intervenções eficazes para iniciar o vínculo entre o pai e o seu filho (Poeiras et al., 2021).

Horas: 18h10 Foco de atenção: Puerpério

Dados: Hora da dequitação: 18h10

- . Tipo de dequitação: espontânea - mecanismo de Duncan
- . Características da placenta: sem alterações observáveis
- . Estado do períneo: laceração mediana vaginal de 1º grau
- . Perda sanguínea vaginal: conforme a esperada

. Contração do útero pós-parto: útero contraído

Objetivo: Determinar a evolução do pós-parto

Critérios de resultado: Promover a recuperação pós-parto

Diagnóstico: Puerpério

Intervenções:

1 - Avaliar a evolução da recuperação pós-parto

O terceiro estadio do TP refere-se ao período entre o nascimento do feto e a expulsão da placenta e membranas fetais, denominada dequitação, e ocorre entre cinco a 30 minutos após o nascimento. Em termos fisiológicos, a dequitação pode ocorrer através do mecanismo de Duncan ou através do mecanismo de Shultze. Quando a placenta fica retida na cavidade uterina por mais do que 30 minutos pode ser necessário proceder à sua remoção manual havendo maior probabilidade de hemorragia pós-parto (HPP) (Lowdermilk & Perry, 2009; WHO, 2018).

A dequitação pelo mecanismo de Schultze caracteriza-se pela separação central da placenta, levando à acumulação de sangue na zona o que forma um hematoma retroplacentário. À medida que esse hematoma se expande, vai favorecendo o descolamento progressivo da placenta, que é então expulsa saindo pelo canal vaginal com a face fetal voltada para fora, seguida pelas membranas. Como o sangue permanece retido atrás da placenta até à sua expulsão este tipo de dequitação, normalmente, apresenta menor sangramento visível, na fase inicial. A dequitação pelo mecanismo de Duncan, caracteriza-se pela separação da placenta pela borda lateral. Dessa forma, o sangue proveniente do descolamento placentário escapa imediatamente pelo canal de parto, tornando o sangramento visível desde o início da dequitação. A placenta é expulsa com a face materna voltada para fora, seguida pelas membranas, que podem sair de forma irregular (Lowdermilk & Perry, 2009; WHO, 2018).

2.2.1.1. Análise reflexiva e crítica das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidas

No caso clínico apresentado, como me foi possível acompanhar todo o processo do TP e parto, consegui perceber o efeito positivo das minhas intervenções quer na progressão e evolução do TP, quer na relação terapêutica estabelecida com a parturiente, a qual considero de extrema importância para a obtenção de uma experiência de parto positiva. Criar empatia, manter uma comunicação simples com escuta ativa sempre presente e elogiar o seu desempenho num ambiente que lhe transmitia segurança e tranquilidade, foi extremamente relevante para desenvolver a autoconfiança e autoeficácia da Carolina e fez com que as minhas intervenções influenciassem positivamente todo o processo garantindo a maior satisfação, expressa por parte da parturiente.

Ao proporcionar um ambiente relacional seguro, sustentado por comunicação empática, escuta ativa e reforço positivo, foi possível ativar o sistema vagal ventral da Carolina, conforme proposto pela Teoria Polivagal, promovendo estados de confiança, vínculo e regulação emocional que favoreceram a sua autoconfiança, autoeficácia e a progressão fisiológica do TP.

2.2.2. Conceção de cuidados especializados: Inês, João e Francisco

A Inês, grávida com idade gestacional de 39 semanas e três dias, primigesta, do grupo sanguíneo B Rh positivo e *Streptococcus* grupo B negativo, foi admitida no BP pelas 8h40 para indução programada do TP. Estava acompanhada pela pessoa significativa, o seu companheiro João. O TP prosseguiu e a Inês foi auxiliada a lidar com a sua dor através da

implementação de estratégias não farmacológicas e com recurso ao Protóxido de Azoto. O Francisco nasceu através de um parto eutócico, o João cortou o cordão umbilical e foi realizado contacto pele a pele com a mãe logo após o nascimento incentivando a amamentação precoce indo, assim, de encontro às expectativas do casal.

O TP é um processo, natural ou induzido, em que as contrações uterinas regulares promovem a dilatação do colo do útero, permitindo a progressão e expulsão do feto e da placenta (Lowdermilk & Perry, 2009; WHO, 2018).

A indução do TP traduz-se na estimulação artificial do amadurecimento cervical do colo do útero e das contrações uterinas o que potencia e acelera o parto (Carlson et al., 2021). Segundo o estudo realizado por Grobman et al. (2018), a indução do TP em grávidas de baixo risco com 39 semanas de gestação em comparação com uma atitude expectante no desenvolvimento do TP espontâneo revelou uma diminuição nas taxas de cesariana bem como no desenvolvimento de doenças hipertensivas da gravidez. Neste caso clínico, a indução do TP foi proposta por ser uma prática comum do serviço em todas as gravidezes a partir das 39 semanas de gestação.

Sempre que é equacionada a indução do TP com consentimento da parturiente, antes de ser iniciada, a mulher deve ser submetida a uma avaliação tocológica de forma a perceber a prontidão uterina para iniciar este processo. Esta avaliação é refletida através da pontuação do Índice de *Bishop* onde são avaliados os parâmetros relativos à extinção, dilatação, consistência e posição do colo uterino e o plano em que se encontra o feto. Se com esta avaliação for obtida uma pontuação inferior a seis pontos, isso traduz a necessidade de realização de maturação cervical, antes do início da indução, de forma a preparar o colo uterino para a indução, tornando-o progressivamente amolecido, extinto e dilatado (SPOMMF, 2022a).

A maturação cervical pode ser realizada através de métodos mecânicos ou farmacológicos. No caso clínico apresentado, aquando da admissão na sala de

partos a Inês apresentava um Índice de *Bishop* de quatro pontos iniciando maturação cervical através do método farmacológico da administração de misoprostol via vaginal. O misoprostol é uma prostaglandina que promove a dilatação e contratilidade uterina e pode ser administrado via oral ou vaginal nas situações de maturação cervical. Independentemente da via de administração a sua utilização pressupõem a existência de um traçado cardiotocográfico prévio com critérios de normalidade e monitorização cardiotocográfica durante, pelo menos, uma hora após a sua administração e sempre que existir contractilidade uterina dolorosa regular por risco de potenciar hipertonia uterina ou taquissístolia. A sua utilização está contraindicada em situações de cesariana segmentar transversal ou cirurgia uterina prévia por risco aumentado de rotura uterina (SPOMMF, 2022a).

No caso clínico apresentado não houve qualquer intercorrência após a administração do misoprostol, tendo sido realizada cardiotocografia continua durante uma hora após a sua administração demonstrando o bem-estar fetal. Após este período foi realizada cardiotocografia de forma intermitente conforme preconizado pela DGS (2024), garantindo total liberdade de movimentos à Inês permitindo a evolução favorável do TP.

Quando, após a avaliação tocológica, a parturiente apresenta uma pontuação no Índice de *Bishop* superior a seis pontos, a maturação cervical é interrompida sendo iniciada a indução do TP. Esta indução pode ser iniciada com a administração de ocitocina endovenosa e/ou com a realização de amniotomia. A amniotomia é caracterizada como a rotura intencional de membranas, efetuada pelo EE-ESMO ou pelo obstetra, durante a fase ativa do primeiro estadio do TP. Este procedimento tem como objetivo potenciar a dilatação progressiva do colo uterino através do aumento da contratilidade uterina causada, nomeadamente, pela diminuição de líquido amniótico e pelo aumento de libertação de ocitocina endógena para a corrente sanguínea o que promove a ativação do reflexo de Ferguson através da elevada pressão do pólo cefálico fetal sobre o colo uterino (Carlson et al., 2021; SPOMMF, 2022a).

No caso clínico apresentado, a Inês foi submetida a amniotomia, realizada pela obstetra, quando apresentava uma pontuação no Índice de *Bishop* de nove pontos, durante a fase ativa do primeiro estadio do TP. Uma vez que este procedimento tem como objetivo aumentar a contratilidade uterina, é expectável que a mulher fique com dor mais intensa após a realização do mesmo, tal como aconteceu com a Inês. Assim, considero de extrema importância perceber atempadamente quais as preferências e expectativas da parturiente relativamente às estratégias que pretende utilizar para lidar com a dor do seu TP para que, desta forma, todas as intervenções sejam realizadas salvaguardando que será possível atender às expectativas da mulher.

Neste caso clínico, a obstetra procedeu à realização da amniotomia sabendo que a parturiente pretendia usufruir de analgesia epidural, mas não foi tido em atenção o facto da Inês estar hipocoagulada em dose terapêutica o que implicava uma janela horária de intervalo de 24 horas entre a administração de enoxaparina e a colocação do cateter epidural. A amniotomia foi realizada cerca de 17 horas após a última administração de enoxaparina, com consentimento da Inês, mas sem que fosse informada da janela horária obrigatória impossibilitando, assim, a colocação de cateter epidural quando o solicitou.

A partir deste momento foi apresentada à Inês, pela equipa de anestesiologia, a possibilidade de utilização do Protóxido de Azoto como estratégia farmacológica para alívio da dor. O Protóxido de Azoto é um sedativo/analgésico, utilizado sob a forma de gás medicinal podendo ser combinado com oxigénio, que permite induzir o relaxamento e diminuir a percepção da dor. Com a sua utilização durante o TP espera-se que a mulher fique mais relaxada, mas que permaneça consciente e ativa durante todo o processo (Smith et al., 2021). A administração deste fármaco é regulada pela respiração da mulher através de uma máscara facial e, de forma a maximizar a sua concentração, a sua inalação deve ser iniciada no início de cada contração pois o seu efeito analgésico é atingido ao fim de quatro a cinco inalações. Assim que ocorre a interrupção da inalação, o efeito analgésico

dissipa-se rapidamente. Como efeitos colaterais mais frequentes, este fármaco pode provocar tonturas, sonolência, euforia e vômitos. A sua utilização não deve exceder seis horas consecutivas pois pode interferir com o metabolismo da vitamina B12 e ácido fólico potenciando o aparecimento de anemia (Infarmed, 2020).

No entanto, apesar dos ensinamentos realizados sobre a utilização correta do Protóxido de Azoto de forma a conseguir usufruir ao máximo desta estratégia farmacológica, a Inês verbalizou que não estava a ser totalmente eficaz para conseguir lidar com a dor das contrações e, por isso, considerei muito relevante intervir no sentido de a auxiliar a encontrar outras estratégias não farmacológicas que a ajudassem a lidar com a sua dor, tentando proporcionar um ambiente seguro, calmo e relaxado, onde fluísse uma comunicação tranquila e eficaz, procurando sempre envolver o João, pois era esse o desejo do casal. Desta forma, seria possível potenciar a libertação de ocitocina endógena na Inês, a qual é necessária para promover o desenvolvimento natural do TP. O relaxamento induzido pela utilização de algumas estratégias não farmacológicas, como o uso de hidroterapia, bola de parto, deambulação, massagem, técnicas de respiração, entre outras, diminui a libertação das hormonas de *stress* e, consequentemente, aumenta a libertação de ocitocina na corrente sanguínea materna, que ao chegar ao cérebro, contribui para a diminuição da perceção de dor. A elevação dos níveis de ocitocina na corrente sanguínea promove o aumento da intensidade das contrações uterinas e, consequentemente, o aumento de pressão no colo uterino provocado pela cabeça fetal auxiliando a progressão do TP (Olza et al., 2020).

O envolvimento do companheiro durante todo o processo do TP e, sendo esse um desejo da parturiente, é também essencial pois o apoio psicológico e o contacto físico potenciam a libertação de ocitocina endógena através da ativação dos nervos sensoriais da pele o que permite diminuir os níveis de *stress* e, consequentemente, reduzir a perceção da dor (Olza et al., 2020). Sendo uma vontade expressa do casal, este contacto foi garantido durante todo o processo do TP, tendo o João colaborado na implementação de

algumas estratégias não farmacológicas, entre elas a massagem e as técnicas de respiração, as quais potenciaram o empoderamento da Inês e, conseqüentemente, o desenvolvimento fisiológico do TP culminando no nascimento do Francisco.

Após o nascimento do Francisco, foi proporcionado de imediato o contacto pele com pele entre o recém-nascido e a mãe promovendo, assim, a amamentação precoce, de acordo com a vontade expressa pela Inês no seu plano de parto. Desta forma, foi percecionado por mim enquanto futura EE-ESMO, a disponibilidade da Inês relativamente às condições essenciais para o estabelecimento de uma amamentação eficaz. A Inês demonstrou desde logo total disponibilidade em amamentar o seu filho, sendo necessária a minha intervenção no sentido de promover a sua capacidade instruindo e treinando a melhor posição para garantir uma pega eficaz e empoderar a Inês no seu novo papel de mãe.

Conceção de cuidados

Horas: 9h00 **Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Inês, grávida de 39 semanas e três dias, foi admitida no BP para indução programada do TP. Trazia consigo o seu plano de parto.

- . Posição do colo do útero: posterior
- . Consistência do colo do útero: intermédia
- . Extinção do colo do útero: 30%
- . Dilatação do colo do útero: 2 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Descida do feto: acima do 1º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: membranas íntegras
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal

- . Frequência da contração uterina: 1 Contração/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 20 segundos
- . Intensidade da contração uterina: leve [25-30 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período de dilatação cervical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

Critérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do João na sala de partos.

O plano de parto é um guião do parto, escrito ou não, realizado ao longo da gravidez, pela mulher refletindo os seus conhecimentos, crenças, desejos e vontades individuais tendo, igualmente, em consideração experiências prévias. Pelo facto de ser uma ferramenta que a mulher vai construindo ao longo da gravidez é essencial que, quando realizado sob forma escrita, seja feito a lápis para que possa ser alterado a qualquer momento conforme vontade da mulher. No plano de parto são abordadas temáticas como o TP e suas diferentes fases, estratégias para lidar com a dor, estratégias facilitadoras para a sua progressão, posição durante o parto, intervenção do acompanhante, gestão do ambiente físico, intervenções excecionais e primeiros cuidados ao recém-nascido, pretendendo ser uma ferramenta de apoio na tomada de decisão informada da mulher baseada na melhor evidência científica (Cardoso et al., 2023; OE, 2019b).

Para o EE-ESMO, o plano de parto é uma ferramenta importante pois, através deste documento, o profissional pode intervir indo de encontro às expectativas da grávida, sempre que tal seja possível do ponto de vista do bem-estar da mulher e do feto, transformando todo o processo do TP e parto numa experiência positiva (Cardoso et al., 2023; OE, 2019b).

Horas: 10h00

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Inês referiu no seu plano de parto a expectativa de ter um parto eutócico. Referiu saber que a deambulação ajuda na progressão do TP, algo que aprendeu nas sessões de preparação para o parto. No entanto, solicitou ajuda para relembrar outras estratégias promotoras da progressão do TP, que não implicassem a deambulação no corredor e as quais pudesse realizar no conforto do seu quarto, com o auxílio do seu companheiro, João.

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com o TP melhorando a capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP

Crítérios de resultado: Que a Inês se sinta capaz de realizar exercícios e utilizar dispositivos facilitadores do TP

Diagnóstico: Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do TP

Intervenções:

- 1 - Instruir e treinar uso de dispositivos facilitadores do TP
- 2 - Instruir e treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Demonstrar o uso da bola de parto e permitir que a Inês experiencie ao mesmo tempo: sentada na bola e com os pés no chão deve manter o equilíbrio formando um ângulo anca Joelho e Joelho-tornozelo de 90 graus. Depois de bem equilibrada iniciar o balanço dos quadris através de movimentos para a frente e para trás, no sentido dos ponteiros do relógio e no sentido oposto e tentando simular o infinito ou o número oito, permitindo a modificação dos diferentes ângulos da pelve.

- Demonstrar o uso do disco insuflável e permitir que a Inês experiencie ao mesmo tempo: deitada em decúbito dorsal, colocar o disco insuflável na região do sacro e alternar o peso do corpo entre os ísquios direito e esquerdo de forma a promover a realização de assimetrias mantendo o sacro livre de pressão.

2 - Demonstrar a realização de exercícios promotores da mobilidade da bacia em diferentes posições e permitir que a Inês experiencie ao mesmo tempo: na posição sentada numa cadeira, com as pernas ligeiramente afastadas promovendo a rotação externa, inclinar ligeiramente o corpo para a esquerda e para a direita permitindo a realização de assimetrias da pelve; na posição em pé realizar agachamentos e balançar a pelve com movimentos circulares, para a frente e para trás, para a direita e esquerda simulando “escrever” o nome do seu filho Francisco; na posição deitada, posicionar-se em decúbito lateral e levar o joelho da perna superior ao peito, podendo apoiar essa perna numa almofada para maior conforto.

A verticalidade em conjunto com a manutenção da mobilidade da bacia são estratégias que possibilitam o aumento dos diversos diâmetros do canal de parto, permitindo uma melhor adaptação do feto ao canal vaginal favorecendo, assim, a progressão do TP (Stansfield et al., 2021). Manter a liberdade de movimentos da bacia aliando a realização de assimetrias favorece o encravamento, descida e rotação do feto ao longo do canal de parto (Costa et al., 2023). A utilização de dispositivos facilitadores do TP possibilita a adoção de movimentos e posições que promovem a movimentação da bacia ao mesmo tempo que mantém a região sacrococcígea livre de pressão permitindo o aumento dos diâmetros pélvicos e a consequente evolução favorável do TP (Cardoso et al., 2023).

Horas: 12h15**Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Inês referiu no seu plano de parto a expectativa em ter um parto eutócico e concorda com a realização de intervenções favoráveis para a otimização da evolução do TP como a amniotomia e a administração de ocitocina. Foi avaliada pela equipa médica que realizou a amniotomia.

- . Posição do colo do útero: intermédio
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 80%
- . Dilatação do colo do útero: 6 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Descida do feto: acima do 1º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura artificial
- . Hora da rotura das membranas: 12h15
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 3 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 70 segundos
- . Intensidade da contração uterina: moderada [30-50 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período de dilatação cervical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

CrITÉRIOS de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do João na sala de partos.

A amniotomia é definida como a rutura artificial das membranas amnióticas. Esta intervenção poderá ser realizada com vista a duas razões principais que são, a colocação de dispositivos internos, denominados elétrodos, para monitorização fetal ou, a razão mais comum, para otimizar a evolução do TP (Mahdy et al., 2023).

Zeidi et al. (2024) concluíram no seu estudo que a amniotomia realizada para otimização do TP após o amadurecimento do colo uterino permite um TP mais curto estando, por isso, associado a maiores benefícios perinatais, maior satisfação materna e custos hospitalares mais reduzidos.

A amniotomia induz um aumento da pressão da cabeça fetal no colo uterino, dando origem a contrações mais intensas e regulares auxiliando, assim, na dilatação do colo do útero permitindo a evolução favorável do TP. A principal complicação desta intervenção é o prolapso do cordão umbilical o qual acontece quando a rutura é efetuada, mas a cabeça fetal não está bem apoiada na pelve materna. Quando esta complicação acontece, o cordão umbilical precede a cabeça fetal e fica comprimido por esta a cada contração provocando bradicardia fetal sendo, por isso, considerado uma emergência obstétrica que necessita de uma cesariana emergente (Mahdy et al., 2023). De forma a prevenir esta complicação, o profissional de saúde que realiza a amniotomia só deve retirar a mão da vagina após certificar-se de que a cabeça fetal fica bem apoiada na pelve materna e que não existem vestígios de qualquer porção do cordão umbilical.

Horas: 12h50**Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Inês referiu no seu plano de parto a expectativa em ter um parto eutócico e recorrer a estratégias farmacológicas como a analgesia epidural, apenas quando o solicitar. Referiu perceção de contrações uterinas mais regulares e com ligeiro aumento da intensidade da dor mas não pretendia, no momento, recorrer a estratégias farmacológicas. Solicitou ajuda para identificar estratégias não farmacológicas que promovessem a sua capacidade para lidar com a dor de TP.

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP

Critérios de resultado: Que a Inês seja capaz de lidar com a dor de TP ao seu jeito recorrendo a estratégias não farmacológicas

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de TP

Intervenções:

- 1 - Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de TP
- 2 - Assistir no uso de hidroterapia
- 3 - Gerir ambiente físico para promover o relaxamento
- 4 - Envolver a pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Assistir a Inês na identificação de estratégias que lhe permitissem relaxar salientando a importância do relaxamento na libertação de endorfinas e ocitocina endógena, que promovem o alívio da dor. A Inês referiu no seu plano de parto que a música e os duches de água quente promoviam o seu relaxamento.
- 2 - Orientar a Inês no uso do chuveiro com jatos de água quente, incidindo mais nas regiões onde sentisse maior intensidade de dor e/ou onde lhe proporcionasse maior relaxamento.
- 3 - Assistir a Inês na adoção de determinadas estratégias relacionadas com o ambiente físico da sala de partos capazes de lhe proporcionar relaxamento como a diminuição da intensidade da luz e ouvir música clássica.

4 - Envolver o João na identificação e implementação das estratégias não farmacológicas descritas, salientando a importância do seu acompanhamento durante todo o processo.

A WHO destaca como uma das intervenções prioritárias do EE-ESMO auxiliar as parturientes a lidar com a dor de TP envolvendo-as, juntamente com a pessoa significativa, em todo o processo de forma a perceberem que esta dor é um efeito inerente a um processo normal e necessário para o nascimento do bebé, empoderando-as e desenvolvendo a sua auto-confiança. Tudo isto é conseguido através da utilização de estratégias não farmacológicas, ou seja, métodos não invasivos que permitem a expressão individual de cada casal e o seu direito de escolha e decisão (WHO, 2018; Simkin & Bolding, 2004).

As estratégias não farmacológicas utilizadas para gestão da dor durante o TP podem ser utilizadas de forma isolada ou em simultâneo e combinadas entre si de forma a potenciar ainda mais o seu efeito (Souza et al., 2020). A hidroterapia é, geralmente, uma estratégia não farmacológica para lidar com a dor do TP bem aceite pelas parturientes. Quando associada ao uso de água quente, a rondar uma temperatura de 37°C, esta estratégia facilita a circulação sanguínea levando à inibição dos fatores causadores de *stress*, promovendo o relaxamento e bem-estar e levando a uma diminuição da perceção da dor (Oliveira et al., 2020; Souza et al., 2020).

A musicoterapia é um método amplamente valorizado pelas mulheres durante o TP pois atua como um relaxante natural que permite o alívio da dor através da redução do *stress* e, conseqüentemente, o aumento da sensação de bem-estar. O uso desta estratégia permite à mulher desviar a atenção da dor contribuindo para um ambiente mais calmo e controlado sendo, por isso, um estímulo positivo durante o TP (Oliveira et al., 2020).

A utilização de métodos não farmacológicos para controlar a dor durante o TP e o envolvimento do acompanhante em todo o processo são estratégias que promovem o relaxamento da parturiente ao mesmo tempo que lhe transmitem

segurança e proteção. Estas estratégias contribuem para a libertação de endorfinas e ocitocina endógena diminuindo os níveis de *stress*, medo e dor e levando a parturiente a assumir o controlo do seu TP em conjunto com a pessoa significativa (Olza et al., 2020).

Horas: 14h00

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Inês tocou à campainha e referiu perceção de contrações uterinas mais intensas e regulares.

- . Posição do colo do útero: intermédio
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 80%
- . Dilatação do colo do útero: 7 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: OET
- . Descida do feto: 1º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura artificial
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 3 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 90 segundos
- . Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período de dilatação cervical

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

CrITÉRIOS de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do João na sala de partos.

Horas: 14h30**Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: Por perceção de contrações uterinas mais intensas, a Inês solicitou analgesia epidural. A equipa de anestesia foi contactada e na avaliação foi percebido que, devido a uma patologia da Inês, Síndrome Antifosfolipídico, esta estava sob dose terapêutica de enoxaparina e que teria administrado a última toma pelas 19h do dia anterior. Nesta altura a Inês tinha apenas 17 horas de intervalo pelo que não poderia ser submetida a este tipo de analgesia tendo-lhe sido oferecida analgesia através da inalação de Protóxido de Azoto, mas a Inês referiu que não estava a ser suficientemente eficaz. Foi proposta a implementação de outras estratégias não farmacológicas que a ajudassem a lidar com a dor, mas a Inês refere que não sabe como as estratégias não farmacológicas a poderão auxiliar nesta fase em que a dor é mais intensa.

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP melhorando o conhecimento sobre a utilização de estratégias não farmacológicas e o efeito esperado

Crítérios de resultado: Que a Inês seja capaz de utilizar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de TP percebendo o seu efeito

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre lidar com a dor de TP usando estratégias não farmacológicas

Intervenções:

- 1 - Ensinar sobre a dor de TP
- 2 - Ensinar sobre relação entre as estratégias não farmacológicas e o efeito esperado na dor de TP

Atividades que concretizam as intervenções:

1 - Referir que a dor é inerente a um processo normal e necessário para o nascimento do bebé e que a sua presença é entendida como favorável dando a perceção de uma boa evolução do TP. Salientar que a localização e intensidade da dor pode ir variando ao longo do TP consoante a progressão do mesmo e a adaptação do feto ao canal de parto.

2 - Referir que a utilização de estratégias não farmacológicas permite ampliar os recursos para lidar com a dor de TP e que a combinação de várias estratégias aumenta a sua eficácia, pois permitem ativar os diferentes mecanismos moduladores das várias componentes da dor. Referir que, ao contrário de algumas opções farmacológicas, as estratégias não farmacológicas não são invasivas nem apresentam efeito colaterais.

A síndrome antifosfolipídica é uma doença autoimune caracterizada pela ocorrência de eventos trombóticos arteriais ou venosos e/ou por complicações que ocorrem durante a gravidez. Mulheres com este síndrome apresentam risco aumentado de resultados adversos na gravidez, tais como, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave, perda gestacional por abortamentos espontâneos, tromboembolismo e parto prematuro. Sem qualquer tratamento, apenas cerca de 25% das gravidezes terminam com o nascimento de recém-nascido saudáveis. Estes números aumentam para cerca de 70% quando, durante toda a gravidez, as mulheres são submetidas a tratamento com aspirina em baixa dosagem e heparina de baixo peso molecular (Walter et al., 2021). No entanto, é importante ter em conta que a heparina de baixo peso molecular deve ser suspensa 24 horas antes de procedimentos invasivos e da indução do TP, bem como se deve adiar a colocação do cateter epidural também em 24 horas após a última administração deste fármaco, sempre que ela esteja a ser utilizada em doses terapêuticas, ou seja, doses mais elevadas como aconteceu neste caso clínico (SPOMMF, 2022b).

Horas: 15h00**Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Inês estava na fase ativa do primeiro estadio do TP. Demonstrou perceber a utilidade em aplicar diferentes estratégias não farmacológicas para lidar com a sua dor, mas solicitou ajuda para as realizar da melhor forma.

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP

Critérios de resultado: Que a Inês seja capaz de lidar com a dor de TP ao seu jeito recorrendo a estratégias não farmacológicas

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de TP

Intervenções:

- 1 - Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de TP
- 2 - Massajar a região lombo-sagrada
- 3 - Realizar acupressão na região lombo-sagrada
- 4 - Aplicar compressas frias na cervical e face
- 5 - Gerir ambiente físico para promover o relaxamento
- 6 - Envolver a pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Assistir a Inês na identificação de estratégias que lhe permitissem relaxar salientando a importância do relaxamento na libertação de endorfinas e ocitocina endógena, que promovem o alívio da dor. No intervalo das contrações a Inês referiu que gosta muito de massagem e por norma consegue relaxar quando as recebe.
- 2 - Questionar a Inês sobre o local onde gostaria de receber massagem naquele momento, a qual respondeu que a região lombo-sagrada era o local onde sentia mais desconforto e por isso o local onde pretendia ser massajada no intervalo das contrações.
- 3 - Aplicar acupressão na região lombo-sagrada durante as contrações uterinas.

4 - A Inês referia muito calor e a aplicação de compressas frias na face e pescoço ajudaram a permitir maior conforto e, consecutivamente, maior relaxamento.

5 - Manter o ambiente com a intensidade de luz diminuída. A Inês solicitou apenas a minha presença e do João no quarto nesta fase, o que foi respeitado.

6 - Ensinar o João a realizar massagem e acupressão, salientando a importância do seu acompanhamento durante todo o processo e indo de encontro ao desejo expresso da Inês no plano de parto. O João demonstrou sempre total disponibilidade e desejo em ajudar a Inês em todo o processo.

A acupressão pode ser utilizada como um método eficaz de redução da dor durante o primeiro estadio do TP. A aplicação de uma pressão sustentada exercida durante cada contração em locais anatómicos específicos, como na região lombo-sagrada, permite o bloqueio da dor através da pressão exercida sobre o canal medular. Com isto, é conseguida a redução dos níveis de *stress*, o que leva a uma maior libertação de endorfinas e ocitocina na corrente sanguínea permitindo, assim, a indução do relaxamento (Nori et al., 2023).

O toque e a manipulação dos tecidos moles conseguido através da massagem favorece o aumento do fluxo sanguíneo e reduz o *stress*, induzindo o relaxamento e a consequente redução da dor. A massagem pode ser aplicada utilizando diferentes técnicas e em qualquer região corporal sendo que o acompanhante pode ter um papel ativo na implementação desta estratégia, sendo instruído pelo EE-ESMO, transferindo uma sensação de bem-estar e proximidade para com a mulher (Souza et al., 2020).

Horas: 15h50

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Inês referiu perceção de contrações uterinas mais intensas e regulares com aumento da pressão na região supra-púbica.

- . Posição do colo do útero: anterior
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 100%
- . Dilatação do colo do útero: 10 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: OEA
- . Descida do feto: 2º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura artificial
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 4 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 80 segundos
- . Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período expulsivo

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

Crítérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Garantir o acompanhamento permanente do João na sala de partos.

Horas: 16h00**Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Inês encontrava-se no segundo estadio do TP. Referiu saber que a dor é necessária para o processo do TP, mas solicitou ajuda pois referiu que não estava a conseguir lidar com a sua dor nesta fase. Recusou a utilização do Protóxido de Azoto e apresentava períodos de hiperventilação com agitação e inquietação.

Objetivo: Promover autocontrolo: lidar com a dor de TP

Crítérios de resultado: Que a Inês seja capaz de lidar com a dor de TP ao seu jeito recorrendo a estratégias não farmacológicas

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para lidar com a dor de TP

Intervenções:

- 1 - Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de TP
- 2 - Instruir e treinar estratégias para lidar com a dor de TP
- 3 - Gerir ambiente físico para promover o relaxamento
- 4 - Envolver a pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Analisar com a Inês quais as estratégias que melhor poderão funcionar nesta fase do TP, de forma que consiga manter o controlo do seu próprio processo do parto propondo a adoção da técnica de respiração, algo que a Inês está disposta a experimentar e acredita ser benéfico para se concentrar no controlo do seu parto.
- 2 - Instruir a técnica de respiração/concentração levando a Inês a centrar a sua atenção apenas na respiração, inspirando pelo nariz e expirando pela boca. Durante as contrações as respirações devem ser curtas seguidas de, pelo menos, duas respirações longas e relaxantes no final de cada contração. A Inês foi incentivada a encontrar o seu ritmo de relaxamento. Incentivar também as alternâncias de posição de forma que a Inês “escute” o seu corpo e se posicione da forma que para si for a mais confortável.
- 3 - Manter a intensidade da luz diminuída no quarto e apenas a minha presença e a do João no quarto, tal como solicitado pela Inês.

4 - Incentivar o João na realização das respirações com a Inês de forma que, juntos, encontrem um ritmo relaxante capaz de desviar a atenção da Inês da sua dor.

A hiperventilação materna promove a alcalose respiratória, o aumento do débito cardíaco e da pressão arterial da mãe o que leva à consequente diminuição da perfusão placentária e descoordenação da atividade uterina (Nori et al., 2023).

Durante o segundo estadio do TP, as mulheres tendem a refugiar-se mais em si mesmas e a procurar apoio físico e emocional na sua pessoa significativa a qual deverá ser instruída a reforçar a confiança da mulher em si própria e na sua capacidade para lidar com o TP. De igual forma, a mulher tende a procurar apoio junto do EE-ESMO que a acompanha sendo importante que este profissional de saúde lhe transmita segurança e apoio nas suas decisões de forma a potenciar, assim, a libertação de ocitocina endógena na mulher reduzindo os níveis de *stress*, medo e dor. Assim, o apoio individualizado do EE-ESMO de acordo com as necessidades de cada mulher é essencial, pois potencia o seu empoderamento levando a uma experiência de parto mais positiva (Olza et al., 2020).

Horas: 16h40

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Inês encontrava-se no segundo estadio do TP. Referiu que com as estratégias implementadas estava a conseguir lidar melhor com a sua dor. Apresentava respirações rítmicas, conseguindo falar e rir entre as contrações. Referiu que estava a ser capaz de controlar o seu corpo e solicitou a minha permanência e a do João junto dela.

Diagnóstico: Capacidade para lidar com a dor de TP facilitadora

Horas: 17h15 **Foco de atenção:** Trabalho de parto

Dados: A Inês referiu maior pressão na região perineal.

- . Posição do colo do útero: anterior
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 100%
- . Dilatação do colo do útero: 10 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: OEA
- . Descida do feto: 3º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura artificial
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 5 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 90 segundos
- . Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período expulsivo

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal

Crítérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Assistir no posicionar
- 4 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Auxiliar a Inês a adotar a posição mais confortável para si a qual alternou entre decúbito lateral e semi-sentada.
- 4 - Garantir o acompanhamento permanente do João na sala de partos.

Horas: 17h40

Foco de atenção: Trabalho de parto

Dados: A Inês referiu pressão constante na região pélvica e vontade em iniciar esforços expulsivos. Referiu cansaço e exaustão. Apresentava coloração pouco rosada e pouca elasticidade dos tecidos da região perineal. No seu plano de parto a Inês permitia a utilização de medidas de proteção perineal, algo que foi validado também no momento.

- . Posição do colo do útero: anterior
- . Consistência do colo do útero: amolecido
- . Extinção do colo do útero: 100%
- . Dilatação do colo do útero: 10 cm
- . Posição fetal: esquerda
- . Apresentação fetal: cefálica
- . Variedade fetal: OEA
- . Descida do feto: 4º plano de Hodge
- . Integridade das membranas amnióticas: rotura artificial
- . Características do líquido amniótico: líquido amniótico de características normais
- . Linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações
- . Padrão de contratilidade uterina: normal
- . Frequência da contração uterina: 5 Contrações/10 minutos
- . Duração da contração uterina: 60 segundos
- . Intensidade da contração uterina: severa [50-100 mmHg]
- . Dor de TP: dor do período expulsivo

Objetivo: Determinar evolução do TP e bem-estar fetal e promover o parto eutócico sem complicações

Crítérios de resultado: Que o TP evolua sem intercorrências, garantindo o bem-estar fetal

Diagnóstico: Trabalho de parto

Intervenções:

- 1 - Avaliar evolução do TP
- 2 - Avaliar bem-estar fetal: normal
- 3 - Assistir no parto
- 4 - Executar medidas de proteção do períneo
- 5 - Executar técnica de parto
- 6 - Envolver pessoa significativa no TP

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Realizar exame vaginal.
- 2 - Realizar monitorização cardiotocográfica.
- 3 - Explicar à Inês que a pressão constante que sente é a cabeça do Francisco a sair na vagina, elogiando o seu desempenho e fazendo-a perceber que está muito perto de conhecer o seu filho.
- 4 - Implementar medidas de proteção do períneo aplicando compressas de água morna e óleo de amêndoas doces, sem friccionar a região perineal.
- 5 - Executar técnica de parto controlando a saída da apresentação fetal. Verificar se há presença de circular do cordão umbilical e mobilizar o Francisco para o peito da Inês.
- 6 - Garantir o acompanhamento permanente do João na sala de partos e elogiar o seu envolvimento.

No segundo estadio do TP a intensidade da dor aumenta bastante levando a mulher a experienciar níveis máximos de medo e dor o que pode originar

sentimentos de exaustão e vontade em desistir. Estes sentimentos podem levar à anulação do efeito relaxante e analgésico conseguido pela segurança transmitida pela presença e pelo apoio da pessoa significativa para a mulher até ao momento. No entanto, a vontade de realizar esforços expulsivos leva a mulher a ficar, novamente, num estado mais ativo e de alerta devido ao pico de catecolaminas desencadeado pelos nervos sensoriais uterinos e a consequente libertação de altos níveis de adrenalina e noradrenalina (Olza et al., 2020).

Horas: 18h13 **Foco de atenção:** Parto

Dados: A Inês referiu no seu plano de parto o desejo em ser o João a cortar o cordão umbilical após o 1º minuto de vida do Francisco e querer realizar contacto pele com pele com o seu filho logo após o nascimento. O João verbalizou vontade em cortar o cordão umbilical do Francisco.

- . Hora do nascimento: 18h03
- . Tipo de parto: eutócico
- . Índice de Apgar - score ao 1º minuto: 9
- . Índice de Apgar - score ao 5º minuto: 10
- . Índice de Apgar - score ao 10º minuto: 10

Objetivo: Promover adaptação do Francisco à vida extra-uterina

Critérios de resultado: Que o Francisco se adapte à vida extra-uterina sem complicações

Diagnóstico: Nascimento

Intervenções:

- 1 - Executar clampeamento do cordão umbilical
- 2 - Executar técnica de contacto pele com pele

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Clampar o cordão umbilical após o 1º minuto de vida do Francisco e permitir ao João cortá-lo, tal como era sua vontade e vontade expressa da Inês no seu plano de parto.

2 - Colocar o Francisco em contacto pele com pele com a Inês, tal como era a sua vontade expressa no plano de parto.

De acordo com a WHO (2018), todos os recém-nascidos saudáveis devem ser colocados em contato pele com pele com a mãe logo após o parto e durante, pelo menos, uma hora. Esta intervenção permite o fortalecimento da ligação mãe-filho e o início precoce da amamentação com a maior probabilidade de sucesso. Ao mesmo tempo, o contato pele com pele permite manter a estabilidade fisiológica do recém-nascido conseguida através de um melhor controlo da temperatura corporal e da glicemia capilar, reduzindo os seus níveis de *stress* e choro e potenciando a estabilidade cardiorrespiratória e a consequente adaptação à vida extrauterina (Kuamoto et al., 2021).

A amamentação estabelecida durante a primeira hora de vida promove diversos benefícios para a saúde materna e neonatal. A amamentação precoce pode ter influência na promoção do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, mas não se limita apenas a promover a nutrição do recém-nascido, sendo também importante para a sua imunização, nomeadamente, favorecendo a resistência a infeções, principalmente, do trato gastrointestinal e respiratório (Silva et al., 2022). Ao nível materno, a amamentação precoce estimula a libertação de ocitocina endógena, o que reduz a produção de hormonas de *stress*, estimulando a contratilidade uterina essencial para a prevenção de HPP (Almutairi, 2021).

Horas: 18h35 **Foco de atenção:** Puerpério

Dados: Hora da dequitação: 18h35

- . Tipo de dequitação: espontânea - mecanismo de Schultze
- . Características da placenta: sem alterações observáveis
- . Estado do períneo: laceração mediana vaginal de 1º grau
- . Perda sanguínea vaginal: conforme a esperada

. Contração do útero pós-parto: útero contraído

Objetivo: Determinar a evolução do pós-parto

Critérios de resultado: Promover a recuperação pós-parto

Diagnóstico: Puerpério

Intervenções:

1 - Avaliar a evolução da recuperação pós-parto

Nesta altura foi notória a satisfação do casal com a experiência de parto que tiveram. A Inês mostrou-se muito satisfeita e feliz por ter conseguido experienciar o parto fisiológico praticamente sem recorrer a estratégias farmacológicas, algo que seria impensável para si antes do parto e que, por isso, se sentia mesmo transformada e capaz de qualquer coisa. Segundo Olza et al. (2020), após o parto a mulher experiencia uma sensação de alívio e alegria por conhecer o seu filho, mas ao mesmo tempo, uma sensação também de transformação e empoderamento sentindo o parto como a sua maior conquista. Estas sensações sentidas pela mulher estão relacionadas com a elevação dos níveis de catecolaminas, ocitocina e dopamina no cérebro logo após o nascimento, níveis esses que podem não ser alcançados em nenhuma outra circunstância da vida, fazendo do momento do parto um momento único na vida da mulher.

2.2.2.1. Análise reflexiva e crítica das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidas

O desenvolvimento das minhas competências enquanto EE-ESMO no cuidado à mulher inserida na família e na comunidade foi bastante influenciado pela experiência vivida neste caso clínico. A Inês tinha manifestado vontade em

recorrer à analgesia epidural assim que considerasse necessário, mas tal não foi possível, tendo sido fundamental a minha intervenção no sentido de auxiliar a Inês a lidar com a sua dor recorrendo a estratégias não farmacológicas, as quais a parturiente não tinha ideia que poderiam funcionar naquele momento. Durante todo o processo do TP procurei envolver o João, tal era o seu desejo e da Inês, propondo a implementação de algumas estratégias não farmacológicas nas quais ele teve um papel ativo.

A Inês referiu que foi difícil num primeiro momento aceitar que não seria possível a utilização da analgesia epidural, mas que a minha pronta intervenção junto dela, o facto de me ter mantido sempre ali ao seu lado sugerindo estratégias que a ajudaram a lidar com a dor e elogiando sempre o seu desempenho, foi muito importante para si. Este acompanhamento da minha parte transmitiu-lhe segurança e um apoio contínuo, empoderou-a a ganhar força e coragem para mobilizar os seus próprios recursos, o que permitiu ir de encontro à grande expectativa que tinha de um parto eutócico.

É para mim importante salientar que, neste caso específico, considero que a equipa médica deveria ter reconsiderado a realização da amniotomia deixando o TP evoluir de forma fisiológica como estava a acontecer até então. A Inês estava a ser capaz de lidar bem com as suas contrações, o TP estava a evoluir favoravelmente e o feto apresentava uma avaliação cardiotocográfica sem alterações pelo que, na minha opinião, não seria necessária a realização desta intervenção neste momento. Sem a minha intervenção enquanto EE-ESMO no sentido de procurar proporcionar o maior suporte e conforto à Inês, a amniotomia poderia dar origem a uma experiência de parto menos positiva colocando em risco todo o processo e expectativas do casal.

Assim, com este caso clínico, consegui perceber ainda melhor a importância do EE-ESMO no acompanhamento da mulher em TP salientando que, além de ter conhecimento científico para disponibilizar outros recursos para auxiliar a mulher a lidar com a sua dor perante este tipo de situações, é de extrema importância criar empatia com a parturiente, transmitindo-lhe confiança num

ambiente tranquilo e seguro, empoderando-a e fazendo-a acreditar nos seus superpoderes e na forma positiva como podem influenciar todo o processo.

Através da criação de um ambiente de segurança emocional e relacional, fundamentado numa relação terapêutica baseada na empatia e confiança, o EE-ESMO ativa o sistema vagal ventral da parturiente que, segundo a Teoria Polivagal, promove a autorregulação, o empoderamento e a perceção positiva do processo de parto, levando a uma experiência mais positiva e indo de encontro às expectativas da parturiente.

2.3. Cuidar a mulher no período pós-parto

O estágio no contexto do puerpério decorreu num serviço com capacidade total de 21 camas, distribuídas por seis quartos duplos, duas enfermarias com capacidade para quatro puérperas em simultâneo e um quarto privado. Todas as camas têm ao seu lado uma mesa de cabeceira e um cadeirão reclinável onde pernoita o acompanhante da puérpera. Por cada dois quartos duplos existe uma casa de banho partilhada para as puérperas e a meio do serviço existe outra para uso exclusivo dos acompanhantes. Deste serviço faz parte também um berçário, composto por duas bancadas com banheiras e fonte de calor, sendo este o local onde são realizados ensinamentos aos pais sobre a prestação dos cuidados de higiene aos recém-nascidos. Ainda neste local, existe também uma balança com pediómetro e uma incubadora para receção dos recém-nascidos após as cesarianas eletivas realizadas no bloco central do hospital. O serviço possui uma sala de tratamentos onde, diariamente, é realizada a visita médica às puérperas com alta, uma sala de preparação de medicação, uma sala de passagem de turno e um aprovisionamento de material consumível. Considero que este serviço está bem equipado e

organizado para garantir a melhor prestação de cuidados à puérpera, recém-nascido e família.

A presença do pai/pessoa significativa no serviço de puerpério e o seu envolvimento nos cuidados ao recém-nascido pode influenciar a saúde materna e infantil, facilitando a prestação de cuidados, incentivando a amamentação, fornecendo apoio emocional e promovendo o estabelecimento do vínculo materno (Li et al., 2025). Destaco o facto de o serviço permitir que a puérpera esteja acompanhada pela sua pessoa significativa durante 24 horas por dia, o que confere maior segurança e apoio no desempenho do papel parental.

No caso das cesarianas eletivas, sendo estas realizadas no bloco central e até que a puérpera regresse ao serviço, é permitido o contacto pele com pele com a pessoa significativa escolhida pela puérpera, sendo esse o seu desejo. O contacto pele com pele com a mãe, após o nascimento, deve ser promovido logo que possível pois, além de facilitar a termorregulação e contribuir para valores glicémicos normais no recém-nascido, estimula a lactação e potencia o estabelecimento da amamentação (Martinez-Hortelano et al., 2025). Nos casos de cesarianas eletivas a maioria das instituições não permite o estabelecimento imediato do contacto pele com pele entre a mãe e o recém-nascido principalmente pelo risco de hipotermia, dado o ambiente mais frio em contexto de bloco operatório (Ayala et al., 2021; Martinez-Hortelano et al. 2025). No entanto, na impossibilidade de efetuar contacto pele com pele com a mãe após o nascimento, o recém-nascido pode realizá-lo com o pai/pessoa significativa até ser possível o contacto com a mãe. Segundo o estudo realizado por Ayala et al. (2021), os recém-nascidos que realizam contacto pele com pele com o pai/pessoa significativa logo após o nascimento apresentam, igualmente, regulação da temperatura corporal e dos valores glicémicos e diminuição dos níveis de stress promovendo a adaptação ao meio extrauterino. Na minha perspetiva, permitir o contacto pele com pele do recém-nascido com o pai/pessoa significativa é uma mais valia realçando que,

logo que possível, este contacto deve ser realizado com a mãe com vista a promover a amamentação, tal como era realizado no serviço.

O facto do serviço apresentar quartos partilhados e de os considerar um pouco pequenos é algo que considero que deveria ser revisto. Em muitas situações percebi que com duas camas, dois cadeirões, duas mesas de cabeceira, dois berços e ainda a mesa de apoio para refeições, o espaço livre no quarto é muito reduzido.

A OE (2019c) preconiza que o rácio neste serviço deve ser de um EE-ESMO para cada três puérperas com patologia e um EE-ESMO para cada seis puérperas sem patologia, algo que era tido em conta neste serviço principalmente nos turnos da manhã onde estavam destacados sempre cinco EE-ESMO. Nos turnos da tarde e da noite estavam destacados três EE-ESMO, o que nem sempre garantia o cumprimento dos rácios preconizados pela OE (2019c).

O caso clínico descrito revelou-se muito importante para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EE-ESMO, nomeadamente, na promoção das competências parentais, neste caso, muito centradas na amamentação. Ao longo do estágio no serviço de puerpério, consegui perceber que a amamentação é uma das competências parentais mais desafiantes para as puérperas. Adaptar o recém-nascido numa posição adequada, que permita uma pega correta e eficaz e lidar com o cansaço físico e emocional característico do período pós-parto é um desafio constante para as puérperas que, se não forem apoiadas e empoderadas, podem apresentar comprometimento da sua confiança e capacidade no desenvolvimento desta competência parental.

2.3.1. Conceção de cuidados especializados: Ana, Hugo e Benedita

A Ana, primigesta, encontrava-se no primeiro dia após um parto eutócico e apresentava períneo íntegro. Encontrava-se acompanhada pelo seu marido, o Hugo. A filha, Benedita, nasceu com 2970 gramas, 48 centímetros de comprimento e 32 centímetros de perímetro cefálico, apresentando um Índice de Apgar de 9/10/10. A Ana encontrava-se a amamentar a Benedita, sendo essa a sua escolha para alimentar a sua filha. No entanto referiu dificuldade em adaptar a recém-nascida à mama e mantê-la desperta durante a mamada, levando-a a duvidar da sua capacidade em manter a amamentação exclusiva.

O puerpério é definido como o período que se inicia imediatamente após o parto e se estende até que o organismo da mulher retorne às condições pré-gravídicas, o que ocorre cerca de 6 semanas após (Graça, 2018; Lowdermilk & Perry, 2009). O puerpério é dividido em três fases: puerpério imediato, que diz respeito às duas horas imediatamente após o parto; puerpério precoce, que decorre até ao final da primeira semana após o parto; e puerpério tardio, o qual termina no final da sexta semana após o parto (Graça, 2018; Lowdermilk & Perry, 2009). O puerpério é designado, por vezes, como o quarto trimestre dando assim continuidade aos três trimestres de gravidez e pressupondo um cuidado contínuo da saúde materna e neonatal (Barradas et al., 2015).

No caso clínico apresentado, a Ana encontrava-se no período do puerpério precoce. Para além das alterações físicas, o puerpério precoce envolve dimensões emocionais e psicológicas significativas. A mulher encontra-se particularmente sensível, vivendo sentimentos de alegria, cansaço, ansiedade e insegurança perante as novas responsabilidades parentais.

De forma a facilitar a adaptação da puérpera a este período, o EE-ESMO deve informar sobre o processo da recuperação pós-parto, a manutenção do auto-

cuidado e avisar sobre sinais de alerta tendo em conta as preocupações individuais de cada mulher (WHO, 2022). É, igualmente, essencial auxiliar a mulher no exercício do seu novo papel parental informando, também, sobre sinais de alerta no recém-nascido. A família deve ser incluída nestes cuidados, assim seja o seu desejo e intenção da puérpera (WHO, 2022). Desta forma, é importante o EE-ESMO garantir a avaliação contínua da mulher e do recém-nascido no sentido de prevenir complicações e fortalecer a confiança e autonomia da mulher no início da sua experiência parental.

A relação terapêutica estabelece-se como um recurso fundamental para promover a segurança, a confiança e o bem-estar da puérpera. Através da escuta ativa, da comunicação empática e da presença disponível, o EE-ESMO confere um ambiente seguro e de confiança contribuindo para reduzir a ansiedade, fortalecer a autoeficácia e favorecer a adaptação ao novo papel parental. O reconhecimento das necessidades individuais, bem como o respeito pelas escolhas da mulher, reforçam o sentimento de autonomia e de controlo num momento frequentemente marcado por vulnerabilidade e cansaço (Galhanas & Frias, 2024).

No caso clínico apresentado foi visível a importância da relação terapêutica estabelecida entre mim e a Ana. Através de uma escuta ativa, da disponibilidade para esclarecer as suas dúvidas e da demonstração de empatia perante os seus receios, foi possível criar um ambiente de proximidade e tranquilidade. A valorização das escolhas da Ana, a explicação clara de cada intervenção e o reforço positivo das suas capacidades no seu novo papel parental contribuíram para aumentar a sua confiança e reduzir a ansiedade inerente a esta fase de adaptação. Esta relação de confiança mútua não só favoreceu a amamentação da Benedita, como também promoveu o fortalecimento da sua autonomia e a vivência de um puerpério mais sereno e positivo.

A amamentação é amplamente reconhecida como a forma ideal para alimentar o recém-nascido, sendo recomendado pela WHO (2022), como prática exclusiva até aos seis meses de vida. Esta prática apresenta um

impacto significativo na promoção do desenvolvimento do bebé e na prevenção de doenças maternas e infantis (Dehghani et al., 2023). A amamentação desempenha, igualmente, um papel fundamental no fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho. O contacto pele com pele, o olhar mútuo e a proximidade física favorecem a libertação de oxitocina, promovendo sentimentos de segurança e bem-estar ao mesmo tempo que potencia o reflexo de ejeção de leite materno através da contração das células mioepiteliais da glândula mamária (Uvnäs-Moberg, 2024).

Apesar de ser um processo fisiológico e natural, a amamentação pode apresentar-se como uma experiência exigente para a puérpera marcada por momentos de ansiedade, desafios e inseguranças. Melo et al. (2021), demonstraram através do seu estudo, que a redução da ansiedade materna está associada a maior autoeficácia e à manutenção mais prolongada da amamentação. Assim, é crucial que o EE-ESMO apresente intervenções específicas de acordo com as necessidades individuais de cada puérpera, promovendo o seu empoderamento na prática desta competência parental, reduzindo a ansiedade, desenvolvendo a sua auto-confiança e, consequentemente, a sua autoeficácia na capacidade de amamentar o seu filho (Dehghani et al., 2023; Melo et al., 2021).

No caso clínico apresentado, incluir o Hugo neste processo foi muito importante para o casal pois, enquanto a Ana se concentrava em manter o posicionamento e a pega correta da Benedita na mama, o Hugo mantinha a recém-nascida desperta estimulando-a no seu reflexo de sucção. A conjugação das intervenções do casal foram cruciais para o estabelecimento de mamadas mais eficazes, conseguindo perceber os sinais de saciedade da filha transformando, assim, a amamentação numa experiência mais positiva. Em suma, considero que as intervenções que implementei contribuíram para aumentar a autoeficácia da Ana, reduzindo a ansiedade e, consequentemente, aumentando a libertação de ocitocina endógena o que potenciou o estabelecimento e manutenção da amamentação.

Conceção de cuidados

Horas: 09h00 **Foco de atenção:** Puerpério

Dados: A Ana encontrava-se no primeiro dia após um parto eutócico e apresentava períneo íntegro. Referiu estar sem dor e já tinha urinado espontaneamente após o parto.

- . Contração do útero pós-parto: contraído
- . Involução uterina: nível infra-umbilical
- . Quantidade de lóquios: conforme a esperada
- . Coloração dos lóquios: hemáticos
- . Cheiro dos lóquios: *sui generis*
- . Tensão arterial: 114 / 72 mmHg
- . Frequência cardíaca: 73 p/min
- . Temperatura corporal: 36,4°C

Objetivo: Determinar evolução da recuperação pós-parto

Crítérios de resultado: Que a recuperação pós-parto decorra sem intercorrências

Diagnóstico: Puerpério

Intervenções:

1 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

Atividades que concretizam as intervenções:

1 - Realizar palpação uterina e visualizar quantidade e características dos lóquios.

Nas primeiras 24 horas após o parto, recomenda-se a monitorização rigorosa dos lóquios tendo em conta as suas características e quantidade, bem como contratilidade uterina, sinais vitais e diurese, com o objetivo de identificar precocemente situações de risco, como hemorragia pós-parto, infeções ou retenção urinária. Após este período, a vigilância deve ser mantida, com foco

no bem-estar geral da puérpera e na avaliação de aspetos como a cicatrização de feridas, caso existam, dor, função intestinal e urinária, integridade mamária, sensibilidade uterina e características dos lóquios. Igualmente importante é a observação de sinais de fadiga, cefaleias, alterações de humor e possíveis indicadores de depressão pós-parto (WHO, 2022).

Foco de atenção: Ligação mãe/pai-filho

Dados: A Ana acariciava a Benedita e referiu que ser mãe foi algo com que sempre sonhou e que se sentia muito feliz pois a Benedita era a bebé com que sempre sonhou. O Hugo, que estava com a Benedita ao colo, referiu que se sentia muito feliz por ser pai de uma menina.

Diagnóstico: Ligação mãe/pai-filho facilitadora

Horas: 09h20

Foco de atenção: Lactação

Dados: A Ana estava a preparar-se para amamentar a Benedita. Referiu intenção de alimentar a sua filha apenas com leite materno, amamentando-a. Mencionou que o leite materno é o melhor alimento que pode oferecer à sua filha pois tem todos os nutrientes que ela necessita, além de estar sempre pronto sem necessidade de preparações prévias. A Ana tentou realizar extração manual de algumas gotas de colostro e não conseguiu, por isso duvidou se realmente teria colostro para alimentar a sua filha. Verifiquei que a Ana não estava a realizar a extração manual da forma correta e questionei se poderíamos treinar a técnica ao qual a Ana se mostrou disponível.

- . Características da mama após o parto - mama mole
- . Existência de colostro na mama - mama com colostro

Objetivo: Promover auto-gestão da lactação

Critérios de resultado: Que a Ana seja capaz de extrair manualmente leite materno

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para extrair manualmente leite materno

Intervenções:

1 - Instruir e treinar a extrair leite materno

Atividades que concretizam as intervenções:

1 - Demonstrar à Ana a localização exata das glândulas mamárias, pouco acima da aréola, e exemplificar a técnica utilizada para realizar extração manual de leite materno. Colocar a mão na mama em forma de “C” com o dedo polegar e o indicador situados frente a frente, sem tocar no mamilo ou aréola. Com os dedos fixos, empurrar para trás, na direção do tórax, e depois para a frente, num movimento rítmico, salvaguardando que não deve beliscar ou apertar a zona do mamilo. Permitir que a Ana realize e treine a técnica de extração manual de leite materno, na minha presença.

A extração de leite materno pode assumir um papel fundamental no apoio à amamentação, garantindo a continuidade do aleitamento materno exclusivo. A sua realização pode ser vantajosa em algumas situações, nomeadamente, quando existem dificuldades na pega e na sucção por parte do recém-nascido havendo a necessidade de estimular e aumentar a produção de leite, para prevenir ou aliviar o ingurgitamento mamário e para extração de leite materno para oferecer ao recém-nascido caso a puérpera esteja impedida de o amamentar temporariamente (Cardoso et al., 2024).

O ambiente físico e emocional em torno do processo de extração manual do leite materno deve ter em conta alguns aspetos, os quais potenciam o sucesso da extração. Assim, é importante inibir as hormonas de *stress* e aumentar a circulação endógena de prolactina e ocitocina, responsáveis pela produção e ejeção de leite na mama, respetivamente. Para isso, é importante que a puérpera esteja num ambiente tranquilo e com privacidade, adotando uma posição confortável e relaxada. Massagens suaves na mama, olhar e/ou tocar o recém-nascido e realizar contacto pele com pele, são fatores que promovem a libertação de ocitocina e, consequentemente, favorecem a produção e extração do leite materno (Bartick et al., 2021).

Foco de atenção: Amamentação

Dados: A Ana reconheceu na Benedita sinais de fome pois referiu que a bebé levava as mãos à boca e tentava executar movimentos de sucção nas próprias mãos. Adaptou a Benedita à mama na posição de embalar, mas referiu dificuldade em manter a posição adequada e garantir que a Benedita ficasse com o nariz livre para respirar sem dificuldade uma vez que apresentava a mama volumosa. Com este receio, colocava os seus dedos perto da aréola para afastar a mama do nariz da Benedita, acabando por afastar o mamilo da sua boca, o que deixava a Benedita inquieta. Sugeri experimentarmos a posição de bola de *râguebi* que a Ana aceitou e mostrou disponibilidade para aprender.

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

Critérios de resultado: Que a Ana adquira conhecimento sobre posições do recém-nascido durante o mamar

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentação

Intervenções:

1 - Ensinar sobre posições do recém-nascido durante o mamar

Atividades que concretizam as intervenções:

1 - Explicar à Ana a importância da adoção da posição correta durante a amamentação e como a posição bola de *râguebi* pode ser facilitadora no seu caso.

A posição correta durante a amamentação constitui um dos fatores determinantes para o seu sucesso influenciando, não apenas a eficácia da sucção, mas também a experiência de conforto e bem-estar da mãe e do recém-nascido. Uma postura adequada facilita a pega correta, assegura o esvaziamento eficaz da mama e previne complicações frequentes, como fissuras mamilares, ingurgitamento, mastite e dor durante a mamada (Cardoso et al., 2024).

Para o recém-nascido, o posicionamento adequado garante a coordenação entre sucção, deglutição e respiração, favorecendo a transferência eficaz de leite e reduzindo o risco de engasgamento ou regurgitação. Por sua vez, para

a mãe, o alinhamento corporal ergonómico previne tensões musculares, promove relaxamento e estimula a libertação de ocitocina, essencial para o reflexo de ejeção do leite (Uvnäs-Moberg, 2024).

A posição de bola de *râguebi* permite à puérpera a visualização mais facilitada da boca e nariz do recém-nascido, enquanto possibilita um bom suporte do seu corpo sendo, por isso, indicada para puérperas que apresentam mamas volumosas (Cardoso et al., 2024).

Foco de atenção: Amamentação

Dados: A Ana referiu não se sentir capaz de adaptar a Benedita à mama noutra posição que não fosse a posição de embalar pois nunca tinha experimentado e tinha receio que a Benedita não ficasse devidamente apoiada e pudesse cair. Sugeri experimentarmos a posição de bola de *râguebi* utilizando a almofada de amamentação e a Ana aceitou e mostrou disponibilidade para realizar.

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

Critérios de resultado: Que a Ana fosse capaz de amamentar colocando a Benedita na posição de bola de *râguebi*

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para amamentar

Intervenções:

- 1 - Instruir e treinar a amamentar na posição de bola de *râguebi*
- 2 - Instruir e treinar a amamentar usando dispositivo - almofada de amamentação

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Demonstrar à Ana que, adotando a posição de bola de *râguebi*, deve posicionar a Benedita apoiada ao longo do seu antebraço, do lado em que irá mamar, com a cabeça junto à mama e as pernas voltadas para as costas maternas.
- 2 - Demonstrar à Ana como o uso da almofada de amamentação pode ser facilitador para manter a correta posição da Benedita na mama e garantir total conforto para ambas.

A utilização da almofada de amamentação na posição de bola de *râguebi* constitui um recurso facilitador, tanto para a mãe como para o recém-nascido. Ao proporcionar suporte adicional ao braço materno e ao corpo do bebé, a almofada contribui para a redução da tensão muscular materna, prevenindo desconforto ao nível dos ombros, braços e coluna dorso-lombar, levando ao aumento do conforto materno durante as mamadas. A utilização da almofada de amamentação garante maior estabilidade ao recém-nascido, possibilitando manter a sua cabeça alinhada com a mama e facilitando uma pega eficaz (Widiastuti et al., 2020).

Foco de atenção: Amamentação

Dados: Com a minha ajuda, a Ana adaptou a Benedita à mama na posição de bola de *râguebi*, no entanto referiu desconforto no mamilo. No decorrer da mamada percebi que a Benedita não realizava uma pega eficaz pois mantinha o lábio inferior virado para dentro e a boca pouco aberta levando-a a perder o vácuo com muita facilidade o que a deixava irritada, enquanto causava desconforto à Ana. O Hugo, companheiro da Ana, questionou de que forma poderia ajudá-la no processo de amamentação da Benedita.

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

CrITÉRIOS de resultado: Que a Ana e o Hugo adquiram conhecimento sobre realização de pega adequada

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentação

Intervenções:

1 - Ensinar sobre pega adequada

Atividades que concretizam as intervenções:

1 - Explicar a relação da pega adequada com o sucesso da amamentação, lactação e ingestão nutricional, ou seja, expliquei que a pega eficaz e adequada garante o desenvolvimento saudável da Benedita na medida em que facilita a sua adaptação à mama com o objetivo de estimular a produção de leite materno e assegurar uma boa transferência do mesmo capaz de suprir as

suas necessidades nutricionais, ao mesmo tempo que proporciona sensação de conforto, calma e tranquilidade tanto para a mãe como para a bebé.

2 - Explicar sinais indicadores de boa pega, ou seja, boca bem aberta com o lábio inferior virado contra a mama e o lábio superior virado ou neutro, nariz desobstruído, mas perto da mama, o queixo toca na parte inferior da mama e as bochechas ficam arredondadas.

3 - Explicar sinais indiretos de boa pega, isto é, amamentar sem dor e a Benedita saciada e tranquila após a mamada.

4 - Ensinar estratégias facilitadoras de boa pega, entre as quais, manter o alinhamento corporal da Benedita deixando o pescoço em ligeira hiperextensão, garantir que o queixo da Benedita toca na mama e apontar o seu nariz ao mamilo no processo de aproximação à mama, aguardar que ela abra bem a boca e assim que a sua língua estiver sobre o lábio inferior apontar o mamilo para o palato garantindo que a maior parte da aréola inferior fica dentro da boca da Benedita. Durante este processo é importante manter as narinas afastadas da mama para garantir a coordenação dos reflexos da recém-nascida. No caso específico da Benedita e de forma a garantir a abertura da boca, envolvi o Hugo neste processo, tal era o seu desejo e da Ana. Assim, expliquei ao Hugo que, quando a Ana iniciasse a aproximação da Benedita à mama moldando-a em forma de C, o Hugo puxava o queixo da bebé suavemente para baixo e o lábio inferior para fora.

A realização de uma pega adequada é essencial para a prevenção de complicações na amamentação pois promove uma transferência de leite eficaz para o recém-nascido garantindo o esvaziamento da mama após cada mamada, enquanto previne fissuras e macerações mamilares. A ligeira hiperextensão do pescoço do bebé durante a mamada garante vias aéreas livres, facilitando a coordenação entre sucção, deglutição e respiração. Apontar o mamilo ao palato superior facilita uma sucção profunda e eficaz, estimulando o reflexo de sucção (Cardoso et al., 2024).

Foco de atenção: Amamentação

Dados: A Ana referiu que, com as dificuldades que apresentava relativamente à amamentação, tinha receio de não ser capaz de amamentar a sua filha de forma autónoma. O Hugo referiu intenção de ajudar a Ana durante este processo e elogiou a sua determinação reforçando a ideia de que iria ser capaz.

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

CrITÉRIOS de resultado: Que a Ana acreditasse e fosse capaz de amamentar a Benedita

Diagnóstico: Potencial para melhorar a auto-eficácia para amamentar

Intervenções:

- 1 - Treinar amamentar
- 2 - Assistir na amamentação
- 3 - Elogiar o desempenho da Ana

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Permitir que a Ana experiencie diferentes aspetos da amamentação na minha presença para que consiga ganhar confiança nas suas capacidades em amamentar a Benedita.
- 2 - Demonstrar apoio total à Ana no desempenho do seu papel parental relativamente à amamentação.
- 3 - Reforçar o desempenho da Ana na amamentação da Benedita com frases motivacionais e envolver o Hugo neste processo, sendo esse o desejo do casal.

O sucesso da amamentação resulta de uma interação entre mãe e bebé, onde ambos respondem às necessidades um do outro. Para além da condição física, é fundamental que a puérpera se sinta preparada emocionalmente para vivenciar este processo. A autoeficácia na amamentação reflete a confiança da puérpera na sua capacidade de amamentar e a forma como percebe a sua própria competência. As dúvidas sobre a sua eficácia, a quantidade de leite e

os sentimentos associados a este processo podem influenciar negativamente a confiança da puérpera e levar ao comprometimento da amamentação (Aktürk & Kolcu, 2023).

Horas: 10h30

Foco de atenção: Adaptação à Parentalidade

Dados: O Hugo estava a mudar a fralda à Benedita, sem dificuldade, e solicitou a minha intervenção apenas para observar e validar como realizava a limpeza do coto umbilical. Limpou e secou o coto umbilical seguindo o método *Dry Care* utilizando compressas molhadas em água. Iniciou a limpeza na base do coto, em seguida da base até ao clampe e por fim na zona do clampe, trocando sempre de compressa. Repetiu o processo com compressas secas. No final teve o cuidado de deixar o coto umbilical por fora da fralda. A Ana observou e referiu que da próxima vez faria ela. O casal optou por dar banho à Benedita apenas no dia da alta.

Diagnóstico: Capacidade para cuidar da higiene do recém-nascido: limpeza do coto umbilical facilitadora

O método *dry care* baseia-se em manter o coto umbilical limpo e seco, utilizando apenas compressas molhadas em água morna e compressas secas. O uso de álcool no coto umbilical de forma rotineira não é recomendado atualmente, pois pode retardar a cicatrização e causar irritação, não oferecendo benefício adicional na prevenção de infeções (Palazzi & Brandt, 2023; WHO, 2022). A fralda deve ser colocada abaixo do coto umbilical, sendo necessário dobrá-la, evitando o contacto deste com a urina e fezes do recém-nascido, promovendo o seu processo de mumificação (Palazzi & Brandt, 2023).

Horas: 11h10

Foco de atenção: Amamentação

Dados: A Ana conseguiu adaptar a Benedita à mama na posição de bola de *râguebi*. Tinha a sua mão em C na mama e fazia ligeiras compressões ao mesmo tempo que o Hugo ajudava a manter a pega correta da Benedita. A Ana referiu que a adaptação à mama tinha sido mais fácil desta vez, mas que

a Benedita tinha adormecido passados poucos minutos de estar na mama e não estavam a conseguir mantê-la desperta.

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

Crítérios de resultado: Que a Ana e o Hugo adquiram conhecimento sobre estratégias para manter a Benedita acordada durante a mamada

Diagnóstico: Potencial para melhorar o conhecimento sobre amamentar

Intervenções:

1 - Ensinar sobre padrão de sucção

Atividades que concretizam as intervenções:

1 - Explicar padrão de sucção nutritiva e não nutritiva.

2 - Explicar estratégias para manter a Benedita acordada durante a mamada, estimulando a sucção nutritiva: a Benedita deve estar com uma roupa leve e sem mantas, podendo até realizar contacto pele com pele antes da mamada para estimular os reflexos de procura, no início da mamada a Ana pode realizar a extração manual de algumas gotas de colostro para ajudar a despertar o interesse da recém-nascida na aproximação à mama, durante a mamada a Ana pode ir massajando suavemente o maxilar inferior da Benedita para estimular o reflexo de sucção enquanto o Hugo pode massajar suavemente os pés, mãos e costas da Benedita.

Existem dois tipos de sucção que o bebé apresenta desde a nascença: a nutritiva e a não nutritiva. A primeira é caracterizada por uma sucção vigorosa, com movimentos curtos e profundos, em que o bebé promove a ejeção de leite, realizando pausas para deglutir e retomando novamente a sucção. Já a segunda, não nutritiva, é caracterizada por uma sucção mais lenta e fraca que ocorre no início da mamada para estimular o reflexo de ejeção do leite. Este tipo de sucção ocorre, igualmente, quando o bebé começa a adormecer, aconchegando-se neste reflexo (Cardoso et al., 2024).

Manter o recém-nascido desperto durante a mamada é essencial para uma sucção eficaz e adequada transferência de leite. Estratégias simples, como

contato pele com pele, estímulos suaves, troca de mama e compressão mamária, ajudam a manter o interesse do bebé na mama. Estas medidas favorecem mamadas mais completas e estimulam a produção de leite materno.

Foco de atenção: Amamentação

Dados: Nesta mamada a Ana referiu que a adaptação à mama tinha sido mais fácil, mas que a Benedita tinha adormecido passados poucos minutos de estar na mama e não estavam a conseguir mantê-la desperta.

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

Critérios de resultado: Que a Ana fosse capaz de manter a Benedita desperta durante a mamada

Diagnóstico: Potencial para melhorar a capacidade para amamentar

Intervenções:

- 1 - Assistir na amamentação
- 2 - Instruir e treinar a amamentar

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Assistir a mamada e intervir no sentido de melhorar a confiança da Ana neste processo.
- 2 - Demonstrar à Ana algumas intervenções que podem ajudar a manter a Benedita acordada durante a mamada, tais como retirar algumas peças de roupa vestida na Benedita e realizar compressões mamárias de forma a estimular a libertação do colostro mantendo a recém-nascida mais desperta na mama. Envolver o Hugo no processo, demonstrando que pode manter a Benedita acordada durante a mamada mexendo nas suas mãos e pés e falando com ela. Permitir que ambos experienciem essas intervenções.

Foco de atenção: Amamentação

Dados: A Ana referiu que, utilizando a posição bola de *râguebi*, se sentia mais segura na amamentação da Benedita pois tinha conseguido posicionar a bebé corretamente e sem receios. No entanto referiu que ainda sentia dificuldades em manter a pega e despertar a bebé durante a mamada e por isso ainda não se sentia autónoma.

Objetivo: Promover autogestão: amamentação

Crítérios de resultado: Que a Ana acreditasse e fosse capaz de amamentar a Benedita

Diagnóstico: Potencial para melhorar a auto-eficácia para amamentar

Intervenções:

- 1 - Treinar amamentar
- 2 - Assistir na amamentação
- 3 - Elogiar o desempenho da Ana

Atividades que concretizam as intervenções:

- 1 - Permitir que a Ana experiencie diferentes aspetos da amamentação na minha presença, para que consiga ganhar confiança nas suas capacidades em amamentar a Benedita.
- 2 - Demonstrar apoio total à Ana no desempenho do seu papel parental relativamente à amamentação.
- 3 - Reforçar o desempenho da Ana na amamentação da Benedita com frases motivacionais e envolver o Hugo neste processo, sendo esse o desejo do casal.

2.3.1.1. Análise reflexiva e crítica das competências comuns e especializadas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica desenvolvidas

A Ana encontrava-se a amamentar a Benedita, mas apresentava dificuldades na sua adaptação à mama. A Benedita adormecia pouco depois de iniciar a mamada e a Ana e o Hugo não conseguiam despertá-la, o que originava mamadas muito curtas levando a Benedita a solicitar novamente passado pouco tempo. Este processo estava a deixar a Ana exausta e preocupada com a dúvida se estaria a produzir a quantidade suficiente de colostro, uma vez que a Benedita solicitava a mama com intervalos de tempo muito curtos. Neste sentido, as minhas intervenções incidiram no apoio e empoderamento da Ana, auxiliando-a em todos os momentos de amamentação através da adaptação das posições da Benedita para efetuar uma pega eficaz. Desta forma, a Benedita começou a realizar mamadas mais longas e a demonstrar sinais de saciedade no final de cada mamada espaçando o intervalo entre elas, o que se revelou muito importante para a Ana, pois foi percebendo que realmente a sua produção de colostro estava a ser suficiente para alimentar a sua filha.

O Hugo, companheiro da Ana, foi envolvido em todo este processo, tal era o seu desejo e o da Ana. Treinei com ele estratégias para auxiliar a manter a pega eficaz e despertar a Benedita antes e durante a mamada. No dia seguinte, a Ana teve alta e veio ter comigo à sala de trabalho antes de sair do serviço, agradecendo todo o meu empenho e dedicação através das intervenções que implementei. Referiu que a amamentação estava bem estabelecida, com a Benedita a realizar mamadas eficazes e que se sentia confiante na amamentação da sua filha, indo de encontro às suas expectativas.

A escolha deste caso clínico foi centrada na importância que considero que eu, enquanto futura EE-ESMO apresentei, sobretudo, na promoção da capacidade e autoeficácia, bem como na valorização das escolhas parentais

para alimentar a Benedita. Assim, considero que a abordagem centrada na mulher e na família, aliada ao suporte contínuo, favorece a superação de barreiras, reforça as competências parentais e promove o estabelecimento de um vínculo saudável entre mãe, pai e recém-nascido.

Neste contexto, a Teoria Polivagal oferece um contributo relevante ao evidenciar a importância da co-regulação emocional e do ambiente de segurança relacional (Porges, 2023). Ao garantir um espaço acolhedor e humanizado, o EE-ESMO facilita, não apenas a recuperação física, mas também o estabelecimento da ligação entre a mãe/pai e o recém-nascido, potenciando uma experiência de puerpério mais positiva e saudável.

3. CONTRIBUTOS DA TEORIA POLIVAGAL NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA ENTRE O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E A PARTURIENTE

O conceito de relação terapêutica em enfermagem foi particularmente desenvolvido por Hildegard Peplau, considerada pioneira ao formular a *Teoria das Relações Interpessoais na Enfermagem*, que destacou a importância da interação enfermeiro-cliente como instrumento terapêutico. Esta teoria fundamenta-se na premissa de que a interação entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos seus cuidados é essencial para promover o seu crescimento pessoal, a adaptação e bem-estar. Peplau (1997), destaca a comunicação terapêutica como elemento central no processo do cuidado, valorizando a empatia, a confiança mútua e o papel ativo do enfermeiro enquanto facilitador do processo de mudança e recuperação.

A Teoria das Relações Interpessoais na Enfermagem identifica quatro fases do processo interpessoal que orientam a relação terapêutica enfermeiro-pessoa. A primeira fase denominada de orientação, traduz o momento inicial em que a pessoa reconhece a necessidade de ajuda e o enfermeiro estabelece o contato, procurando criar um ambiente de confiança e segurança. Segue-se a fase de identificação, na qual o indivíduo começa a sentir-se confortável e confiante, identificando os seus problemas e clarificando as expectativas em relação aos cuidados necessários. A terceira fase denominada de exploração, é aquela em que a pessoa e o enfermeiro colaboram na procura de soluções e lidam com os desafios identificados. Por fim, a fase de resolução corresponde ao momento em que a pessoa adquire maior autonomia, supera os problemas iniciais e a relação terapêutica é gradualmente concluída (Lima et al., 2023; Peplau, 1997).

A relação terapêutica promove, assim, o cuidado humanizado e individual, de acordo com as necessidades próprias de cada pessoa, envolvendo empatia,

escuta ativa, respeito e confiança mútua entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos seus cuidados. Desta forma, no contexto da ESMO, a relação terapêutica entre o EE-ESMO e a parturiente constitui um eixo central dos cuidados prestados durante o TP.

Esta relação profissional é desenvolvida e fortalecida ao longo de todo o processo de transição para a parentalidade, com o objetivo de promover na mulher a sua autonomia, participação ativa e adaptação favorável à nova realidade de vida (OE, 2021). A relação terapêutica caracteriza-se pelo vínculo estabelecido entre o EE-ESMO e a parturiente, alicerçada no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel no processo do parto, promovendo um ambiente de confiança, respeito e empatia.

Neste sentido, Galhanas e Frias (2024) sublinham que o estabelecimento desta relação é determinante para reforçar a perceção de segurança da mulher e a sua satisfação com a experiência de parto, corroborando a relevância desta competência no exercício do EE-ESMO. Assim, trata-se de uma competência do EE-ESMO prevista no nº 1 do Artigo 4º do Regulamento das Competências Específicas nº 391/2019, da OE, que na alínea c) que refere: “*Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto*”. Nesta perspetiva, o EE-ESMO atua num ambiente seguro, cuidando da mulher como a pessoa no seu todo, mas sempre numa perspetiva individual e de promoção da sua saúde.

Para aprofundar a compreensão desta relação terapêutica e do ambiente de segurança que lhe está subjacente, é pertinente considerar a Teoria Polivagal, desenvolvida por Stephen Porges (1995). Esta teoria apresenta uma abordagem inovadora sobre o funcionamento do sistema nervoso autónomo (SNA), especialmente no contexto das respostas ao *stress*, à segurança e às interações sociais, sendo relevante analisar a sua aplicabilidade no contexto do TP e na relação estabelecida entre o EE-ESMO e a parturiente. Além disso, oferece uma perspetiva neurofisiológica para compreender as respostas emocionais e comportamentais dos indivíduos em situações de ameaça ou

segurança, destacando três componentes fundamentais: a hierarquia do SNA, a neurocepção e a co-regulação (Porges, 2022; Porges, 2023).

A hierarquia do SNA é composta por três sistemas: o *vagal ventral*, filogeneticamente mais recente, relacionado à percepção de segurança, ao vínculo social e à regulação emocional; o *simpático*, ativado em situações de perigo e responsável pela resposta de luta ou fuga; e o *vagal dorsal*, mais primitivo, relacionado com estados de imobilidade e colapso perante ameaças extremas. Esta hierarquia traduz as respostas involuntárias do organismo, que se ativam em função da percepção de segurança ou ameaça.

Estas respostas são moduladas por um mecanismo inconsciente designado neurocepção, que corresponde à capacidade do sistema nervoso em avaliar o ambiente e distinguir entre situações seguras, perigosas ou ameaçadoras. Por sua vez, a co-regulação diz respeito ao processo de regulação das emoções pessoais através da interação social, permitindo reduzir a percepção de ameaça e restabelecer o equilíbrio emocional (Porges, 2022; Porges, 2023).

Embora a aplicação direta desta teoria ao contexto do parto ainda seja incipiente, os seus pressupostos teóricos oferecem um enquadramento relevante para analisar os processos de vinculação, empatia, relação terapêutica e co-regulação emocional, frequentemente descritos na relação entre profissionais de saúde e mulheres em TP. A Teoria Polivagal sugere que interações sociais seguras, como as estabelecidas na relação terapêutica, têm o potencial de modular o estado neurofisiológico da mulher, favorecendo comportamentos de vinculação, regulação emocional e bem-estar (Porges, 2023). Assim, pode constituir um contributo relevante para compreender as respostas neurofisiológicas da parturiente perante estímulos percebidos como ameaçadores ou seguros.

A constante atualização do conhecimento e o desenvolvimento de competências críticas e reflexivas são requisitos fundamentais para a prática profissional dos enfermeiros, conforme estipulado pela OE (2015). A prática baseada na evidência consiste num processo sistemático que integra a melhor

evidência científica disponível, de modo a orientar decisões informadas e seguras.

Neste contexto, a presente pesquisa tem como objetivo identificar e analisar os contributos da Teoria Polivagal para a relação terapêutica entre o EE-ESMO e a parturiente, com base na evidência científica disponível. Para tal, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, considerada uma abordagem metodológica adequada à síntese crítica e interpretativa de estudos com diferentes desenhos metodológicos (Rother, 2007). Este tipo de revisão permite explorar de modo amplo e contextualizado o conhecimento disponível sobre temáticas complexas e interdisciplinares, como é o caso da aplicação da Teoria Polivagal ao campo da relação terapêutica no contexto dos cuidados de ESMO. A questão de investigação que orientou a presente revisão foi a seguinte: *Quais os contributos da Teoria Polivagal para a relação terapêutica entre o EE-ESMO e a parturiente?*

Procuraram-se, assim, estudos que, mesmo sem mencionar diretamente a teoria, abordassem fenómenos compatíveis com os seus componentes centrais, como a empatia, a regulação emocional, a perceção de segurança e a co-regulação na relação terapêutica entre o EE-ESMO e a parturiente.

A pesquisa bibliográfica foi realizada entre julho e agosto de 2025, nas bases de dados *MEDLINE (PubMed)*, *CINAHL Complete*, *Scopus* e *Cochrane Library*. A pesquisa recorreu à combinação de termos livres e descritores controlados, ajustados a cada plataforma, utilizando operadores booleanos. Foram utilizadas expressões como: *“therapeutic relationship” AND “midwife” AND “labour”*; *“empathy” AND “birth” AND “nursing”*; ou *“emotional regulation” AND “childbirth”*.

Os critérios de inclusão foram definidos com base na estrutura PCC (População, Conceito, Contexto). Assim, no que respeita à população (P), foram considerados elegíveis os estudos que envolvessem mulheres em TP (parturientes) e EE-ESMO, bem como profissionais equivalentes identificados na literatura internacional, como *midwives*, *obstetric nurses* ou *nurse-*

midwives. Relativamente ao conceito (C), incluíram-se estudos que abordassem fenómenos relacionados com a relação terapêutica no parto, nomeadamente a empatia, o vínculo profissional, a perceção de segurança, a co-regulação emocional e a presença terapêutica. Quanto ao contexto (C), foram considerados os estudos desenvolvidos durante o TP, em ambiente hospitalar ou em centros de saúde com prestação de cuidados obstétricos.

Foram incluídos estudos primários com metodologias quantitativas, qualitativas ou de métodos mistos, assim como revisões da literatura. Excluíram-se artigos de opinião, relatos de experiência pessoal e estudos realizados fora do contexto clínico definido. Foram ainda aplicados filtros por idioma (português, inglês e espanhol) e por data de publicação, considerando-se apenas artigos publicados a partir de 1995, ano em que a Teoria Polivagal foi pela primeira vez formulada por Porges.

O processo de seleção dos estudos decorreu em três fases sequenciais: numa primeira etapa procedeu-se à leitura dos títulos dos artigos identificados; numa segunda, analisaram-se os resumos dos estudos potencialmente elegíveis; por fim, os textos completos dos artigos selecionados foram lidos integralmente, a fim de confirmar a sua pertinência face aos critérios definidos. A gestão bibliográfica e a organização das referências foram asseguradas através do software *Mendeley*[®].

A análise dos dados seguiu uma abordagem temática e interpretativa. Os estudos selecionados foram lidos de forma sistemática e os dados extraídos foram organizados de acordo com as principais componentes da Teoria Polivagal, permitindo a construção de categorias analíticas que orientaram a apresentação e discussão dos resultados. Assim, foi percebido de que forma o ambiente físico, emocional e relacional, assim como a linguagem verbal e não verbal contribuem para a perceção de segurança da parturiente e consequente criação de vínculo com o EE-ESMO. São apresentados, igualmente, os resultados que permitem analisar a forma como a empatia, confiança e presença contínua do EE-ESMO contribuem para a co-regulação emocional da parturiente e consequente progressão fisiológica do TP.

3.1. Criação de um ambiente de segurança emocional

O parto constitui um dos momentos mais desafiadoras na vida da mulher. Este processo implica adaptações fisiológicas e psicológicas que visam otimizar e facilitar o parto promovendo uma experiência positiva (Olza et al., 2020). O ambiente em que ocorre o TP exerce uma influência profunda na parturiente, nomeadamente no que concerne à perceção de segurança emocional, a qual é essencial para a progressão fisiológica do parto. Esta segurança não depende apenas de fatores clínicos, mas também de elementos do ambiente físico, emocional e relacional (O'Reilly et al., 2025).

A perceção de segurança emocional, componente da neurocepção da Teoria Polivagal, assenta na capacidade inata e inconsciente do sistema nervoso para detetar sinais de segurança ou de ameaça no ambiente, influenciando diretamente o comportamento, o estado emocional e as respostas fisiológicas da mulher. No contexto da neurocepção, o cérebro interpreta estímulos do ambiente, tais como, postura corporal, proximidade física, temperatura, sons e iluminação. Estes sinais desencadeiam respostas fisiológicas que preparam o corpo para a interação social, quando há segurança, ou, em contrapartida, para reações de defesa (como luta, fuga ou imobilidade), quando o ambiente é percecionado como perigoso, mesmo na ausência de uma ameaça real (Porges, 2003).

Durante o TP e no que respeita ao ambiente físico, aspetos como iluminação suave, sons e aromas agradáveis, adaptados à preferência individual de cada mulher, temperatura confortável e privacidade são fundamentais para que a parturiente se sinta acolhida e protegida (Kazemi et al., 2023). Migliorini et al. (2023) demonstraram no seu estudo que espaços amplos, que permitam a liberdade de movimento e alternância de posições, são igualmente essenciais para promover uma experiência de parto positiva. Estes autores evidenciaram ainda que as parturientes têm preferência por espaços mais humanizados, caracterizados por *designs* familiares e menos hospitalares.

De acordo com a evidência científica disponível, foi possível perceber que a maioria das parturientes prefere ambientes acolhedores, semelhantes ao domicílio, em detrimento dos ambientes hospitalares. Assim, considero ser de extrema importância que os serviços de saúde disponham de salas de parto organizadas de forma a reproduzir ambientes familiares, com espaços amplos que permitam a livre circulação, luzes com regulação de intensidade, climatização da temperatura ambiente, diminuição do ruído e acesso a dispositivos como televisão e *internet*, a serem utilizados se a parturiente assim o desejar. Desta forma, será possível proporcionar privacidade e promover maior conforto às mulheres, atuando como elementos favorecedores na progressão fisiológica do TP.

No que respeita ao ambiente emocional, a presença de profissionais empáticos e respeitosos, que validam as emoções da mulher e oferecem apoio contínuo, é decisiva para a criação de um clima de confiança e tranquilidade. A escuta ativa, o olhar acolhedor, a validação do medo e da dor e o respeito pelas decisões da parturiente reduzem a sensação de vulnerabilidade e promovem maior controlo e autonomia sobre o próprio corpo e sobre todo o TP (O'Reilly et al., 2025).

Do ponto de vista relacional, a relação estabelecida entre a parturiente e o EE-ESMO influencia diretamente a sua perceção de segurança emocional da mesma (O'Reilly et al., 2025). As relações marcadas pela confiança e sentimento de segurança transmitido pelo EE-ESMO favorecem, na parturiente, a libertação de endorfinas e ocitocina endógena, promovendo o bem-estar e o alívio natural da dor (Olza et al., 2020).

De acordo com a Teoria Polivagal, o circuito vagal ventral, considerado o mais recente em termos evolutivos, é fundamental para a regulação emocional, o vínculo social e a sensação de segurança. A ativação deste circuito em ambientes seguros e de confiança permite a interação social e inibe respostas defensivas como luta, fuga ou imobilidade (Porges, 2023). Assim, no contexto do TP, e quando a parturiente se sente segura e confortável no ambiente envolvente, a ativação do circuito vagal ventral promove a libertação de

ocitocina endógena e inibe as respostas de *stress*. Desta forma, a parturiente alcança maior controlo sobre o seu corpo, diminuindo a perceção da dor e vivencia o TP numa experiência mais positiva.

3.2. Comunicação terapêutica: voz, olhar e presença

O estabelecimento de uma comunicação terapêutica positiva entre a parturiente e o EE-ESMO é fundamental para a evolução favorável do TP (WHO, 2018). Desta comunicação fazem parte a linguagem verbal e não verbal, destacando-se as expressões faciais, o toque e o contacto visual, com vista a garantir um ambiente seguro e de apoio para a parturiente (Göransson et al., 2024).

O conceito de comunicação terapêutica foi introduzido na Teoria das Relações Interpessoais na Enfermagem, de Peplau (1997), e é descrito como um processo fundamental para a relação entre o enfermeiro e a pessoa alvo dos seus cuidados. De acordo com esta teórica, a comunicação é uma interação dinâmica e bidirecional, verbal e não verbal, utilizada pelo enfermeiro para partilhar informação, compreender as necessidades da pessoa e promover mudanças construtivas. Esta comunicação não assenta apenas numa transmissão de mensagens, mas também envolve escuta ativa, interpretação de significados, empatia e resposta terapêutica. É através dela que se constroem as fases da relação interpessoal, estabelecendo-se confiança e facilitando o crescimento pessoal e a adaptação (Peplau, 1997).

O conceito de comunicação terapêutica também assume relevância na Teoria Polivagal. De acordo com esta teoria, o circuito ventral do nervo vago é responsável pela coordenação da musculatura estriada da face, cabeça e pescoço, permitindo a comunicação verbal e não verbal essencial para a

interação social e regulação emocional (Porges, 2023). Este circuito vagal ventral encontra-se funcionalmente conectado com os nervos cranianos que controlam a expressão facial (nervo facial), a modulação da voz (nervo laríngeo superior, via nervo vago) e o movimento ocular (nervo oculomotor). Em ambientes percebidos como seguros, o circuito ventral vagal é ativado, permitindo uma comunicação verbal caracterizada por tom de voz agradável e calmo, bem como uma comunicação não verbal marcada por expressões faciais suaves associadas a emoções positivas e por contacto visual estável, facilitando a interpretação emocional (Porges, 2023). Estes sinais são de extrema importância para a neurocepção de segurança, pois permitem o reconhecimento inconsciente de que o ambiente e as pessoas envolventes são seguros e de confiança.

A comunicação positiva, seja verbal ou não verbal, entre o EE-ESMO e a parturiente facilita a confiança, o respeito e o apoio promovendo o seu empoderamento e a consequente tomada de decisões de acordo com as suas escolhas (Almorbaty et al., 2023). A comunicação verbal estabelecida pelo EE-ESMO, através de uma tonalidade calma e acolhedora transmite empatia, tranquilidade e confiança à parturiente, contribuindo para a libertação de ocitocina endógena e, consequentemente, para a progressão fisiológica do TP (Olza et al., 2020; Van der Pijl et al., 2021).

O contacto físico e o apoio emocional durante o TP são frequentemente solicitados pelas parturientes de forma intuitiva, com o objetivo de manter o equilíbrio entre a libertação de ocitocina e a ativação dos sistemas de *stress*. A presença atenta e próxima do EE-ESMO favorece a libertação de ocitocina endógena, cujos efeitos anti-*stress* contribuem para reduzir a dor e inibir respostas de luta ou fuga, promovendo um ambiente mais propício ao parto fisiológico (Olza et al., 2020).

O toque e a comunicação verbal estabelecidos entre o EE-ESMO e a parturiente são essenciais durante o TP. Por um lado, o toque pode ser utilizado com o intuito de ajudar a parturiente a lidar com a dor mais intensa no decorrer deste processo; por outro, a comunicação verbal assume

importância por favorecer a participação da mulher na tomada de decisões, aumentando a sua sensação de controlo do próprio TP (Almorbaty et al., 2023; Göransson et al., 2024).

No entanto, importa ressaltar que, segundo o estudo realizado por Baranowska et al. (2021), o toque não é desejado da mesma forma em todas as fases do TP, e nem todas as mulheres o percecionam como algo confortável. Ainda de acordo com este estudo, as mulheres que pretendem um TP mais fisiológico necessitam de se afastar parcialmente dos processos cognitivos do neocórtex (o cérebro racional), ativando o sistema límbico (cérebro primitivo), o qual potencia a secreção endógena das hormonas necessárias à progressão do TP. Assim, em muitas situações, a comunicação não verbal conseguida através de expressões faciais e do contato visual, pode potenciar a progressão do TP e, consequentemente, a satisfação da parturiente.

3.3. Empatia e co-regulação no apoio ao parto

O EE-ESMO apresenta competências fundamentais no acompanhamento e prestação de cuidados físicos e psicológicos à mulher durante a gravidez, parto e pós-parto. Durante o TP, estes cuidados exigem, para além de competências técnicas específicas, o recurso a competências sociais, entre as quais se destaca a empatia, por ser altamente consistente com as ideologias do cuidado humanizado e centrado na mulher (Jin et al., 2022). A empatia, aliada à escuta ativa e à presença constante do EE-ESMO, permite que a parturiente sinta confiança para expressar os seus sentimentos e vontades, vivenciando de forma positiva o momento do seu parto (Jin et al., 2022).

Krausé et al. (2020) concluíram que o estabelecimento de uma relação significativa entre o EE-ESMO e a parturiente carece de atenção e compreensão individualizada, implicando a adoção de uma abordagem colaborativa capaz de ir ao encontro das expectativas de cada mulher.

A ocitocina endógena é uma das hormonas libertadas durante o TP, estando associada ao vínculo e ao cuidado, sendo por isso, considerada mediadora da empatia (Jin et al., 2022). Altos níveis de ocitocina endógena permitem à mulher atenuar a dor durante o TP, estimular os comportamentos sociais e diminuir os níveis de medo e *stress* (Olza et al., 2020). A libertação de ocitocina no decorrer do TP está dependente de um ambiente que transmita segurança, privacidade e apoio contínuo à parturiente. Desta forma, a mulher experimenta maior sensação de bem-estar, inibindo o sistema simpático, (responsável por comportamentos de luta ou fuga que dificultam a progressão do TP) e ativando o sistema vagal ventral, associado à interação social e à regulação de emoções positivas (Olza et al., 2020; Porges, 2023).

De acordo com a Teoria Polivagal, o conceito de co-regulação autonómica é essencial para relações interpessoais significativas, como a relação entre o EE-ESMO e a parturiente, pois promove estados mútuos de regulação fisiológica e emocional através da comunicação verbal e não verbal, sustentando um estado de equilíbrio e segurança partilhados (Porges, 2023).

A base da co-regulação é a mutualidade, descrita como a capacidade de dois sistemas nervosos se influenciarem reciprocamente e de forma benéfica (Porges, 2023). No decorrer do TP, isso ocorre através da comunicação verbal e não verbal do EE-ESMO com recurso à utilização de um tom de voz prosódico, contacto visual suave e seguro, expressões faciais de apoio e posturas corporais acolhedoras. A mutualidade é essencial para desenvolver estados de segurança partilhada permitindo que a parturiente se sinta segura e confiante na presença do EE-ESMO. Assim, é possível desativar os sistemas de luta e fuga e ativar o sistema vagal ventral, potenciando a interação entre ambos, o que favorece a libertação de ocitocina, reduz a ansiedade e o *stress* e promove a progressão fisiológica do TP (Olza et al., 2020).

3.4 Relação de confiança como facilitadora da fisiologia do parto

A relação terapêutica entre o EE-ESMO e a parturiente é a base fundamental para a prestação de cuidados de excelência durante o TP. Qualidades como a empatia, o respeito, a escuta ativa e a comunicação clara e eficaz têm um papel crucial na promoção da confiança e na consequente construção de um vínculo seguro (Lewis et al., 2017).

O parto é um fenómeno natural que, para algumas mulheres, pode ser considerado complexo, gerando ansiedade (Lewis et al., 2017). Estes sentimentos levam as parturientes a procurar apoio junto do EE-ESMO, profissional capaz de transmitir confiança, tranquilidade e conhecimentos que reforcem a sua autoconfiança para o momento do parto (Lewis et al., 2017).

Para Peplau (1997), a relação de confiança é um pilar essencial e representa um dos elementos que sustentam o desenvolvimento de uma relação terapêutica eficaz entre o enfermeiro e a pessoa cuidada.

Na perspetiva da Teoria Polivagal, a confiança surge a partir da neurocepção de segurança, um processo inconsciente pelo qual o sistema nervoso interpreta pessoas e ambientes como não ameaçadores, ativando o sistema vagal ventral. Este processo inibe respostas defensivas, como a luta, fuga ou imobilidade, reduz o *stress* e favorece o vínculo social. Assim, a interação social torna-se uma estratégia central de regulação emocional, diminuindo a ansiedade e promovendo vínculos significativos (Porges, 2022; Porges, 2023).

Combellick et al. (2023), Lewis et al. (2017) e Lunda et al. (2024) evidenciam, nos seus estudos, que a confiança é um componente essencial da relação estabelecida entre o EE-ESMO e a parturiente, constituindo a base dos cuidados humanizados e individualizados. Quando a parturiente desenvolve uma relação de confiança com o EE-ESMO, consegue reduzir os seus níveis de ansiedade e *stress* e aumentar a libertação de ocitocina endógena. Esta hormona atua como analgésico natural, atenuando a dor, e a sua libertação

crecente no organismo promove contrações uterinas mais eficazes, potenciando a progressão mais rápida do TP (Olza et al., 2020).

Na minha perspetiva, e de acordo com a evidência científica disponível, importa realçar que os cuidados humanizados durante o TP são fundamentais para promover o bem-estar físico e emocional da parturiente. A confiança que a parturiente desenvolve com o EE-ESMO que a acompanha, e o facto do EE-ESMO conseguir reconhecer as suas vontades particulares, respeitando as suas necessidades, preferências e autonomia, gera um ambiente de segurança e confiança, que favorece a libertação de ocitocina, a redução do *stress* e o consequente progresso fisiológico do TP. A continuidade de cuidados prestados pelo EE-ESMO é um elemento central para uma experiência mais positiva. Quando o acompanhamento é contínuo e personalizado, estabelece-se uma relação de confiança, empatia e segurança entre o profissional e a parturiente, fatores fundamentais para uma experiência de parto mais positiva. Assim, considero de extrema importância que as administrações hospitalares tenham em atenção o rácio entre EE-ESMO e parturientes, de forma a evitar sobrecarga de trabalho que possa comprometer a presença contínua junto de cada mulher, condição essencial para prestar cuidados de qualidade e alinhar a experiência de parto com as suas expectativas.

Considero importante ressaltar que a Teoria das Relações Interpessoais na Enfermagem de Peplau (1997) e a Teoria Polivagal de Porges (2023), convergem na valorização da segurança relacional e emocional, bem como da confiança e da comunicação no estabelecimento de uma relação terapêutica positiva. O EE-ESMO, ao utilizar estratégias de comunicação verbal e não verbal que promovem confiança e segurança, não só fortalece a relação terapêutica conforme descreve Peplau (1997), como também ativa mecanismos fisiológicos relacionados com sistema vagal ventral descritos na Teoria Polivagal de Porges (2023), potenciando uma experiência de parto fisiológica e mais positiva.

A presente pesquisa evidencia que os princípios da Teoria Polivagal oferecem um contributo significativo para a qualificação da relação terapêutica entre o EE-ESMO e a parturiente. A promoção da segurança fisiológica e emocional, mediada por uma comunicação empática, presença contínua e co-regulação afetiva, favorecem o vínculo relacional e apresentam um impacto direto na diminuição dos níveis de *stress* da mulher, transmitindo-lhe confiança e segurança, o que aumenta os níveis de ocitocina endógena potenciando a progressão fisiológica do TP. Integrar essa perspetiva neurobiológica nos cuidados de SMO contribui para práticas mais respeitosas e centradas na parturiente, com impacto positivo na sua experiência de parto.

Apesar da relevância do tema e das contribuições teóricas da Teoria Polivagal para a compreensão da relação terapêutica no contexto do parto, esta pesquisa apresenta algumas limitações. Trata-se de um campo ainda emergente na área da ESMO, o que limita a disponibilidade de estudos empíricos específicos que integrem diretamente a Teoria Polivagal com práticas específicas de cuidado nesta área de atuação.

Assim, recomenda-se que investigações futuras explorem o desenvolvimento de instrumentos específicos para avaliar a co-regulação e a segurança relacional no cuidado prestado pelo EE-ESMO à parturiente, de modo a responder às suas necessidades e expectativas, promovendo uma experiência de parto positiva.

4. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O estágio de natureza profissional do MESMO foi, para mim, uma experiência profundamente transformadora, na qual o desenvolvimento de competências decorreu de forma gradual, sustentada e, muitas vezes, desafiadora.

O estágio que decorreu no BP foi, para mim, o mais emocionante, mas também o mais desafiador. Foi emocionante, pois sempre sonhei estar presente no momento inicial do nascimento de uma nova família. São sentimentos únicos aqueles que vivemos quando, pela primeira vez, se entrega para os braços de uma mãe o seu filho. No entanto, acompanhar todo o processo do TP e o parto em si revelou-se muito desafiador, na medida em exigiu integrar os conhecimentos teóricos e adaptá-los à realidade, compreendendo os seus efeitos.

Ao longo deste estágio, assisti 40 partos eutócicos e estive presente em 15 partos distócicos por cesariana, fórceps e/ou ventosa. Adicionalmente, estive presente num parto eutócico gemelar e também num parto pélvico, experiências particularmente gratificantes pela complexidade técnica que implicaram. Nos partos eutócicos que assisti, na sua maioria, tive a oportunidade de acompanhar praticamente todo o processo do TP. Este aspeto permitiu-me estabelecer uma relação de confiança com as parturientes e desenvolver competências específicas enquanto futura EE-ESMO, adaptando as intervenções de enfermagem a cada situação clínica, tendo em conta as preferências e expectativas de cada mulher. Desta forma, consegui observar em tempo real o resultado das minhas intervenções, procurando proporcionar experiências positivas e que favorecessem a progressão fisiológica do TP.

Foi neste contexto, e por compreender a importância do relacionamento com a parturiente e o impacto que pode ter no progresso do TP, que surgiu o meu

interesse em aprofundar os conhecimentos sobre a relação terapêutica entre o EE-ESMO e a parturiente, considerando os contributos da Teoria Polivagal.

Ao longo do estágio no BP, vivi algumas situações de maior complexidade clínica, os quais exigiram uma intervenção rápida e evidenciaram a importância do pensamento crítico, tomada de decisão e da capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar, de forma coordenada e eficaz. Estes momentos potenciaram, enquanto futura EE-ESMO, a minha capacidade de gerir a ansiedade e manter a clareza de raciocínio, de forma a agir com o propósito de assegurar o bem-estar da mulher e do seu filho, sem esquecer o apoio à pessoa significativa.

A execução da episiorrafia foi outro grande desafio que encontrei neste estágio, devido à dificuldade em identificar corretamente os diferentes planos anatómicos. No entanto, aproveitei cada oportunidade de forma a desenvolver a minha competência técnica na realização deste procedimento.

No estágio que decorreu na unidade materno-fetal, percebi a importância da atuação do EE-ESMO no acompanhamento e vigilância da evolução da gravidez em mulheres com patologias e complicações associadas. No entanto, dado que em muitas situações estes internamentos são prolongados, e alguns exigem mesmo repouso absoluto no leito, considero pertinente refletir sobre o facto de poder comprometer a preparação para o parto e a adaptação à parentalidade destas mulheres. Assim, enquanto futura EE-ESMO, considero que seria relevante existir um programa de preparação para o parto e adaptação à parentalidade para as mulheres que se encontram neste serviço. Nos casos de ameaça de parto pré-termo, considero que seria muito relevante permitir que estas mulheres visitassem, de forma presencial ou virtual, as instalações do serviço de neonatologia, de modo a conhecerem as suas rotinas e reduzirem potenciais fontes de *stress* após o nascimento.

Considero que uma prática importante a ser implementada no serviço do BP e na unidade materno-fetal seria a extração manual de colostro, sempre que se preveja a necessidade de admissão do recém-nascido no serviço de

neonatologia e sempre que seja vontade da grávida e esta reúna as condições necessárias. Com base na evidência científica disponível, a oferta de colostro ao recém-nascido, desde que este tenha condições para ser alimentado, constitui a melhor forma de garantir a sua nutrição. A implementação desta intervenção do EE-ESMO permitiria assegurar a nutrição do recém-nascido, e, simultaneamente, promover o empoderamento da mulher, conferindo-lhe a capacidade de, mesmo separada do seu filho, garantir a sua alimentação.

No decorrer do estágio no serviço de puerpério, reconheci a importância das competências do EE-ESMO no apoio às mulheres no período pós-parto, dada a instabilidade emocional que frequentemente apresentam e a necessidade de um reforço positivo constante para que se sintam empoderadas e capazes de assumir com segurança o novo papel parental. A maior dificuldade que percebi na adaptação à parentalidade foi relacionada com a amamentação. Enquanto futura EE-ESMO, consegui colocar em prática os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do primeiro ano do MESMO, adequando-os a cada situação. Foi muito gratificante ter conseguido, através da implementação de algumas intervenções específicas, promover a adaptação dos recém-nascidos à mama de forma eficaz, permitindo que a mulher reconhecesse a diferença ao mesmo tempo que presenciava, ao longo de cada turno, o desenvolvimento da sua autonomia e a sua felicidade crescente por se sentir cada vez mais capaz. Enquanto futura EE-ESMO, foi igualmente importante desenvolver as minhas competências no sentido de promover a crescente autonomia na prestação de cuidados ao recém-nascido por parte das pessoas significativas, procurando sempre o máximo envolvimento no desenvolvimento das competências parentais.

Considero que este percurso formativo revelou que o desenvolvimento de competências na área da ESMO não se limita à execução de procedimentos, mas envolve a capacidade de cuidar de forma integral, segura e baseada na melhor evidência científica disponível. Trata-se de um processo contínuo, que exige atualização constante, reflexão crítica e compromisso com a qualidade dos cuidados prestados.

CONCLUSÃO

O estágio de natureza profissional do MESMO representou uma etapa determinante na consolidação das minhas competências necessárias ao exercício especializado em ESMO. O contacto direto com a mulher, com o recém-nascido e com as pessoas significativas, proporcionando a adaptação à gravidez e a preparação para o parto e para a parentalidade, permitiu-me integrar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da formação com a realidade complexa e multifacetada do contexto clínico. Assim, consegui desenvolver competências promotoras do empoderamento da mulher e, consequentemente, da sua adaptação às novas condições de vida.

Ao longo de todo o estágio, os desafios foram marcados pela necessidade de adaptar a minha atuação enquanto futura EE-ESMO aos diferentes contextos exigindo não apenas competências técnicas, mas também a capacidade de comunicação, tomada de decisão e gestão emocional. A observação e a supervisão clínica foram elementos essenciais para reconhecer pontos fortes e fragilidades, permitindo um processo contínuo de autoavaliação e aprendizagem. De igual modo, a realização da revisão narrativa da literatura constituiu um contributo relevante para o desenvolvimento de competências de investigação, permitindo articular a prática clínica com a melhor evidência científica disponível.

O desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas em ESMO foi acompanhado pela consolidação de competências relacionais, como a empatia, a escuta ativa e cuidados respeitosos. Estes aspetos mostraram-se determinantes para estabelecer uma relação terapêutica de confiança, respeitando sempre a individualidade de cada mulher e família com o intuito de transformar cada momento numa experiência positiva.

Assim, a realização deste relatório final de estágio assume-se como uma etapa essencial na formação, pois representa a oportunidade de refletir, documentar e validar o percurso realizado, reforçando a identidade profissional e a responsabilidade no exercício de uma prática de excelência. Considero que este processo contribuiu de forma decisiva para a construção da minha identidade profissional enquanto futura EE-ESMO, capacitando-me para exercer uma prática crítica, reflexiva e centrada na mulher, no recém-nascido e na família.

Os desafios e as experiências com que me deparei ao longo deste estágio foram essenciais para o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura EE-ESMO, permitindo-me atingir os objetivos propostos para esta unidade curricular. Findo este percurso, sinto-me capaz de exercer as funções de EE-ESMO e assumir o acompanhamento das mulheres, recém-nascidos e pessoas significativas durante a gravidez, parto e pós-parto, garantindo a prestação de cuidados individualizados que aliem o conhecimento científico e técnico com as competências comunicacionais capazes de transmitir segurança e confiança. No entanto, realço a importância da necessidade de uma atualização contínua dos conhecimentos e competências, de forma a garantir a prestação dos melhores cuidados baseados na melhor evidência científica disponível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aktürk, N. B. K., & Kolcu, M. (2023). The effect of postnatal breastfeeding education given to women on breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 69(8), e20230217. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20230217>
- Almeida, M. C., Dorés, J. & Ruas, L. (2017). Consenso “diabetes gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/i023590.pdf>
- Almorbaty, H., Ebert, L., Dowse, E., & Chan, S. W. C. (2023). An integrative review of supportive relationships between child-bearing women and midwives. *Nursing open*, 10(3), 1327-1339. <https://doi.org/10.1002/nop2.1447>
- Almutairi, W.M. (2021). Literature Review: Physiological Management for Preventing Postpartum Hemorrhage. *Healthcare*, 9 (6), 658. <https://doi.org/10.3390/healthcare9060658>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2). <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003074>
- Ayala, A., Christensson, K., Christensson, E., Cavada, G., Erlandsson, K., & Velandia, M. (2021). Newborn infants who received skin-to-skin contact with fathers after Caesarean sections showed stable physiological patterns. *Acta paediatrica*, 110(5), 1461-1467. <https://doi.org/10.1111/apa.15685>
- Baranowska, B., Pawlicka, P., Kiersnowska, I., Misztal, A., Kajdy, A., Sys, D., & Doroszewska, A. (2021, April). Woman’s needs and satisfaction regarding the communication with doctors and midwives during labour, delivery and early postpartum. *Healthcare* (Vol. 9, No. 4, p. 382). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare9040382>
- Barradas, A., Torgal, A.L., Gaudêncio, A.P., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., Santos, E., Salgueiro, E., Varela, J., Leite, L., Fernandes, M., Ferreira, M., Rodrigues, S., Santos, S., Rocha, V., & Varela, V. (2015). Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/LibroBolso_EESMO
- Bartick, M., Hernández-Aguilar, M. T., Wight, N., Mitchell, K. B., Simon, L., Hanley, L., ... & Academy of Breastfeeding Medicine. (2021). ABM clinical protocol# 35: supporting breastfeeding during maternal or child

- hospitalization. *Breastfeeding Medicine*, 16(9), 664-674.
<https://doi.org/10.1089/bfm.2021.29190.mba>
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H., & Tunçalp, Ö. (2019). Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012449.pub2>
- Bostan, F. S., & Kabukcuoğlu, K. (2022). Factors relating to childbirth self efficacy among pregnant women: a CHAID analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(7), 2805-2812.
<https://doi.org/10.1080/01443615.2022.2109412>
- Bueno-Lopez, V., Fuentelsaz-Gallego, C., Casellas-Caro, M., Falgueras-Serrano, A. M., Crespo-Berros, S., Silvano-Cocinero, A. M., ... & Terré-Rull, C. (2018). Efficiency of the modified Sims maternal position in the rotation of persistent occiput posterior position during labor: a randomized clinical trial. *Birth*, 45(4), 385-392. <https://doi.org/10.1111/birt.12347>
- Callahan, E. C., Lee, W., Aleshi, P., & George, R. B. (2023). Modern labor epidural analgesia: implications for labor outcomes and maternal-fetal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S1260-S1269.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.017>
- Campos, D. A., & Pinto, L. (Eds.). (2022). *Protocolos de obstetrícia e medicina materno-fetal*. Lidel-Edições Técnicas, Lda.
https://almedina.ams3.cdn.digitaloceanspaces.com/pdf_preview/9789897528019.pdf
- Cardoso, A. (Eds.). (2022). Representação do conhecimento na área da Saúde Materna e Obstetrícia: contributos da ontologia de enfermagem (comunicação). E-book I_Congresso Internacional de Saúde Materna e Obstétrica: Mudam-se os tempos, mudam-se as vontades, CHTS, Porto.
https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2024/02/2_E-book_I-Congresso-Internacional-de-SaUde-Materna-e-ObstEtrica.pdf
- Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023). Guia orientador de boas práticas: Preparação para o parto. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A., Soares, A., Sousa, B., Oliveira, M., Chaves, S., & Carvalho, J. (2024). Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros.
- Cardoso, A., Paiva e Silva, A., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 11-20. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
<https://doi.org/10.12707/RIV14012>

- Carlson, N., Ellis, J., Page, K., Dunn Amore, A., & Phillippi, J. (2021). Review of evidence-based methods for successful labor induction. *Journal of midwifery & women's health*, 66(4), 459-469. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13238>
- Carvalho, E. C. D., Cruz, D. D. A. L. M. D., & Herdman, T. H. (2013). Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 134-141. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700017>
- Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2024). The second stage of labor. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), S865-S875. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.014>
- Combellick, J. L., Telfer, M. L., Ibrahim, B. B., Novick, G., Morelli, E. M., James-Contereilli, S., & Kennedy, H. P. (2023). Midwifery care during labor and birth in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), S983-S993. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.09.044>
- Cordeiro, A. (2022). *As outras dores do parto: um outro olhar sobre experiências de sofrimento e traumatismos de parto* (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10316/100298>
- Costa, A. C., Prata, J. A., Oliveira, K. R., Silva, C. R. F. D., Progiante, J. M., Mouta, R. J. O., & Pereira, A. L. D. F. (2023). Liberdade de movimentos e posicionamentos no parto com as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 28, e84830. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.84830>
- Dehghani, M., Kazemi, A., Heidari, Z., & Mohammadi, F. (2023). The relationship between women's breastfeeding empowerment and conformity to feminine norms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 287. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05628-z>
- Direção Geral da Saúde. (2024). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. Orientação nº002/2023 de 26/03/2024. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-0022023-de-10052023-atualizada-a-26032024-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>
- Domínguez-Solís, E., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodriguez, J. S. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 102, 103126. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103126>
- Doyle, J., Lyzen, A., McCarrol, M., Frantz, K., Kenny, T., & Gruenigen, V. (2016). Maximizing maternal birth experience through the use of labor mirror. *J Preg Child Health*, 3(1), 218. <https://doi.org/10.4172/2376-127X.1000218>

- Freire, N. D. S. A., Lourenço, M. F., Alves, S. L., Caon, Y. B., & Fajardo, L. (2022). Parâmetros dos recursos não farmacológicos para manejo da dor no parto: revisão sistemática da literatura. *Open Science Research*, 4(25), 361-374. <https://doi.org/10.37885/220609204>
- Galhanas, A. I. R., & Frias, A. M. A. (2024). Qualidades pessoais na relação terapêutica no parto e pós-parto: reflexão. *Enfermagem materna e obstétrica: cuidar no parto e no pós-parto*, Vol. 1, 8-18. <https://doi.org/10.37885/231115098>
- Galhanas, A., & Frias, A. (2023). Competências do enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica na gravidez: reflexão. *Enfermagem materna e obstétrica: cuidar na gravidez* (Vol. 1, pp. 11-19). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>
- Gau, M.L., Chang, C.Y., Tian, S.H., & Lin, K.C. (2011). Effects of Birth Ball Exercise on Pain and Self-Efficacy During Childbirth: A Randomized Controlled Trial in Taiwan. *Midwifery*, 27(6), 293-300. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.02.004>
- Göransson, M., Lundberg-Rasmussen, J., Sengpiel, V., & Linden, K. (2024). “If I blink twice everything is OK”-A qualitative study of Swedish midwives’ strategies for supporting birthing women while working in full personal protective equipment. *Women and Birth*, 37(2), 436-442. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2024.01.004>
- Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita, A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E.A., El-Sayed, Y. Y., Perez-Delboy, A., Rouse, D. J., Saade, G. R., Boggess, K. A., Chauhan, S. P., Iams, J. D., Chien, E. K., Casey, B. M., Gibbs, R. S., Srinivas, S. K., Swamy, G. K., Simhan, H. N. & Macones, G. A. (2018). Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *New England Journal of Medicine*, 379(6), 513-523. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800566>
- Hosseini Tabaghdehi, M., Keramat, A., Kolahdozan, S., Shahhosseini, Z., Moosazadeh, M., & Motaghi, Z. (2020). Positive childbirth experience: A qualitative study. *Nursing Open*, 7(4), 1233-1238. <https://doi.org/10.1002/nop2.499>
- Hussain, N., Lagnese, C. M., Hayes, B., Kumar, N., Weaver, T. E., Essandoh, M. K., & Abdallah, F. W. (2020). Comparative analgesic efficacy and safety of intermittent local anaesthetic epidural bolus for labour: a systematic review and meta-analysis. *British journal of anaesthesia*, 125(4), 560-579. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.05.060>
- Infarmed. (2018). Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
- International Council of Nursing. (2019). ICNP Browser. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

- Jin, Y., Wu, Y., & Li, J. (2022). Midwife empathy and its association with the childbirth experience: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 960. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05309-3>
- Kazemi, A., Beigi, M., & Najafabadi, H. E. (2023). Environmental factors influencing women's childbirth experiences in labor-delivery-recovery-postpartum unit: a qualitative cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05488-7>
- Kearney, L., Brady, S., Marsh, N., Davies-Tuck, M., Nugent, R., & Eley, V. (2024). The effects of intravenous hydration regimens in nulliparous women undergoing induction of labor: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(7), 1254-1262. <https://doi.org/10.1111/aogs.14793>
- Krausé, S. S., Minnie, C. S., & Coetzee, S. K. (2020). The characteristics of compassionate care during childbirth according to midwives: a qualitative descriptive inquiry. *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), 304. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03001-y>
- Kuamoto, R. S., Bueno, M., & Riesco, M. L. G. (2021). Skin-to-skin contact between mothers and full-term newborns after birth: a cross-sectional study. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(4), e20200026. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0026>
- Lewis, M., Jones, A., & Hunter, B. (2017). Women's Experience of Trust Within the Midwife--Mother Relationship. *International Journal of Childbirth*, 7(1). <https://doi.org/10.1891/2156-5287.7.1.40>
- Lima, K. S. D. O., Bezerra, T. B., Pinto, A. G. A., Quirino, G. D. S., Sampaio, L. R. L., & Cruz, R. D. S. B. L. C. (2024). O papel do enfermeiro no ciclo gravídico-puerperal: percepção de puérperas à luz da teoria de Peplau. *Cogitare Enfermagem*, 29, e92803. <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.92803>
- Li, Q., Yang, S., Wang, Y., & Sansiriphun, N. (2025). Fathers' experience in supporting the mother and infant during the postpartum period: a qualitative systematic review. *Midwifery*, 104429. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104429>
- Lopes, M. I., Vieira, M., & Cardoso, A. (2024). Women's empowerment for active labor: A qualitative study with nurse-midwives in antenatal education for childbirth. *European Journal of Midwifery*, 8, 10-18332. <https://doi.org/10.18332/ejm/188117>
- Lowdermilk, D. & Perry, S. (2009). *Enfermagem na Maternidade*. Lusodidacta
- Lunda, P., Minnie, C. S., & Lubbe, W. (2024). Perspectives of midwives on respectful maternity care. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1), 721. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06894-1>

- Mahdy, H., Glowacki, C., & Eruo, F. U. (2023). Amniotomy. In *StatPearls [Internet]*. Treasure Island: StatPearls Publishing. PMID: 29261890. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29261890/>
- Martinez-Hortelano, J. A., Saz-Lara, A., Gonzalez, J. L. G., Cristobal-Aguado, S., Iglesias-Rus, L., Martinez-Vizcaino, V., & Garrido-Miguel, M. (2025). Skin-to-skin contact and breastfeeding after caesarean section: A systematic review and meta-analysis of intervention studies. *International Journal of Nursing Studies*, 166, 105038. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2025.105038>
- Martins, E., Marques, M. J., & Tomé, J. (2002). Analgesia epidural obstétrica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 18(3), 163-8. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v18i3.9878>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Melo, L. C. D. O., Bonelli, M. C. P., Lima, R. V. A., Gomes-Sponholz, F. A., & Monteiro, J. C. D. S. (2021). Anxiety and its influence on maternal breastfeeding self-efficacy. *Revista latino-americana de enfermagem*, 29, e3485. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5104.3485>
- Mendes da Graça, L. (2018). *Medicina materno-fetal*. LIDEL.
- Migliorini, L., Setola, N., Naldi, E., Rompianesi, M. C., Iannuzzi, L., & Cardinali, P. (2023). Exploring the role of birth environment on italian mothers' emotional experience during childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(15), 6529. <https://doi.org/10.3390/ijerph20156529>
- Mittal, R., Prasad, K., Lemos, J. R., Arevalo, G., & Hirani, K. (2025). Unveiling gestational diabetes: an overview of pathophysiology and management. *International Journal of Molecular Sciences*, 26(5), 2320. <https://doi.org/10.3390/ijms26052320>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Fetal monitoring in labour [NICE Guideline No. 229]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023a). Hypertension in pregnancy: diagnosis and management [NICE Guideline No. 133]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023b). Intrapartum care [NICE Guideline No. 235]. www.nice.org.uk/guidance/ng235
- Nguyen, L. M., Crants, S. A., Giordano, C. M., Zuckerwise, L. C., & Grace, M. R. (2024). Association between pregnancy-related changes in serum creatinine and preeclampsia diagnosis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(4), 1975-1980. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07685-x>
- Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C. & Serbanescu, L. (2023). Non-pharmacological pain management in labor: a systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(23), 7203. <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>

- Okeahialam, N. A., Sultan, A. H., & Thakar, R. (2024). The prevention of perineal trauma during vaginal birth. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), S991-S1004. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.021>
- Oliveira, L. S., De Oliveira, L. K. P., Rezende, N. C. C. G., Pereira, T. L., & Abed, R. A. (2020). Uso de medidas não farmacológicas para alívio da dor no trabalho de parto normal. *Brazilian journal of health review*, 3(2), 2850-2869. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-128>
- Olza, I., Uvnas-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., Villarrea, 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230992>
- Ordem dos Enfermeiros - Regulamento nº140/2019. (2019a). Diário da República n.º 26/2019, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros - Regulamento nº391/2019. (2019b). Diário da República n.º 85/2019, Série II. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>
- Ordem dos Enfermeiros - Parecer nº43/2019. (2019c). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/14996/parecer_4_2019_14052019_mceesmo_c%C3%A1lculo_dota%C3%A7%C3%B5es_seguras_cuidados_smo_revisto.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício do Profissional de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (PQCEESMO)*. Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23179/ponto-3_padr%C3%B5es-qualidade-dos-cuidados-eesmo.pdf
- O'Reilly, E., Buchanan, K., & Bayes, S. (2025). Emotional safety in maternity care: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 140, 104220. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104220>
- Palazzi, D. L., & Brandt, M. L. (2023). Care of the umbilicus and management of umbilical disorders. *Kim MS (dep. ed)*. <http://112.2.34.14:9095/contents/care-of-the-umbilicus-and-management-of-umbilical-disorders-in-children/print>
- Palompon, D., Bono, D. M., Pastrano, M., Ladonga, P. M., Ramirez, A., Laureano, H., & Navotas, S. (2011). Visual biofeedback: adjunct mirror intervention

during stage two labor among primiparous women. *Asian J Health*, 1(1), 204-16. <http://dx.doi.org/10.7828/ajoh.v1i1.164>

Parecer nº275/2010 da Ordem do Enfermeiros. (2010). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer%20275_11%2003%202010_realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20cardiotocografia_ceesmo%20docx_PARECER%20SITE_RevASLN.pdf

Pedrosa, A. (2020). A hidroterapia como método natural de alívio da dor durante o trabalho de parto (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). *Repositório Científico de Acesso Aberto*. <http://hdl.handle.net/10400.26/32892>

Peplau, H. E. (1997). Peplau's theory of interpersonal relations. *Nursing science quarterly*, 10(4), 162-167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>

Pereira, K. T. O., Wada, P., Pim, I., & Barreto, M. M. C. G. (2022). O papel do enfermeiro no empoderamento das mulheres em situação de parto. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 12(39), 161-171. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.161-171>

Pio, D. A. M., & Capel, M. C. (2015). Os significados do cuidado na gestação. *Revista psicologia e saúde*. <https://doi.org/10.20435/pssa.v7i1.406>

Poeiras, A., Dias, A., Condinho, L., Cerdeira, R., & Frias, A. (2021). O processo de vinculação do pai com o recém-nascido: uma revisão narrativa. *Repositório da Universidade de Évora*. <http://hdl.handle.net/10174/34484>

Porges, S. W. (2003). Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008(1), 31-47. <https://doi.org/10.1196/annals.1301.004>

Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, 74(2), 116-143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>

Porges, S. W. (2022). Polyvagal theory: A science of safety. *Frontiers in integrative neuroscience*, 16, 871227. <https://doi.org/10.3389/fnint.2022.871227>

Porges, S. W. (2023). The vagal paradox: A polyvagal solution. *Comprehensive psychoneuroendocrinology*, 100200. <https://doi.org/10.1016/j.cpnec.2023.100200>

Potter, P. A. & Perry, A. G. (2020). *Fundamentos de enfermagem* (9ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier

Rahman, N. A., Zon, E. M., Ismail, E. H. E., Abdullah, N. A. N., Mohammad, W. M. Z. W., Rahim, R. A., & Lah, N. A. Z. N. (2024). Impact of fetal spine alignment according to maternal lateralization during early labor on maternal comfort and birth outcomes: A prospective cohort study in Kelantan, Malaysia. *European Journal of Midwifery*, 8, 10-18332. <https://doi.org/10.18332/ejm/191737>

- Rodrigues, L. S. P., & Shimo, A. K. K. (2019). Baixa luminosidade em sala de parto: vivências de enfermeiras obstétricas. *Revista gaúcha de enfermagem*, 40, e20180464. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180464>
- Rother, E. T. (2007). Revisión sistemática X Revisión narrativa. *Acta paulista de enfermagem*, 20, v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Ryan, K., McGrath, L., & Brookfield, K. (2025). Hypertension management in pregnancy. *Annual review of medicine*, 76. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-050423-085626>
- Silva, I. K. S., Silva, J. S. C. G., Silva, L. R. S., Queiroz, L. M.S., Silva, L. A.L., Silva, M. M., Mergulhão, R.J.S., & Silva, A. T. P. (2022). Hora de ouro: a importância da promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido. *Research, Society and Development*, 11(11), e461111133794-e461111133794. <https://doi.org/10.33448/rsdv11i11.33794>
- Silvestre, M. C. C. (2012). Os registos de enfermagem: Um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1419193>
- Smkin, P., & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 489-504. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.07.007>
- Smith, A., LaFlamme, E., & Komanecky, C. (2021). Pain management in labor. *American family physician*, 103(6), 355-364. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33719377/>
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF). (2022a). Normas de orientação clínica - Maturação Cervical. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Matura%C3%A7%C3%A3o-Cervical.pdf
- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF). (2022b). Normas de orientação clínica - Prevenção do Tromboembolismo Venoso na Gravidez, Parto e Pós-Parto. http://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Preven%C3%A7%C3%A3o-do-Tromboembolismo-Venoso-na-Gravidez-Parto-e-P%C3%B3s-Parto.pdf
- Souza, E., Santos, R., Carvalho, B., Dias, R., Pereira, P., & Lucena, G. (2020). Recursos não farmacológicos de alívio da dor no processo de parturição. *Revista Científica de Enfermagem*, 10(30), 235-244. <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.30.235-244>
- Souza, M.D.L.D., Sartor, V.V.D.B., Padilha, M.I.C.D.S., & Prado, M.L.D. (2005). O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto-Enfermagem* 14(2), 266-270. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>

- Stansfield, E., Fischer, B., Grunstra, N. D., Pouca, M. V., & Mitteroecker, P. (2021). The evolution of pelvic canal shape and rotational birth in humans. *BMC biology*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12915-021-01150-w>
- Torres, M., Vinagre, C., Godinho, A. B., Casal, E., & Pereira, A. (2018). Evidência sobre a posição da grávida no segundo estágio do trabalho de parto. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 12(4), 277-283. https://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005
- 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. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874>
- Uvnäs-Moberg, K. (2024). The physiology and pharmacology of oxytocin in labor and in the peripartum period. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3), S740-S758. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.04.011>
- Van Der Heijden, J. E., Van Hove, H., Van Elst, N. M., Van Den Broek, P., Van Drongelen, J., Scheepers, H. C., Wildt, S. N. & Greupink, R. (2025). Optimization of the betamethasone and dexamethasone dosing regimen during pregnancy: a combined placenta perfusion and pregnancy physiologically based pharmacokinetic modeling approach. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 232(2), 228-e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.05.012>
- Van der Pijl, M. S., Kasperink, M., Hollander, M. H., Verhoeven, C., Kingma, E., & de Jonge, A. (2021). Client-care provider interaction during labour and birth as experienced by women: Respect, communication, confidentiality and autonomy. *PloS one*, 16(2), e0246697. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246697>
- Walter, I. J., Haneveld, M. J. K., Lely, A. T., Bloemenkamp, K. W. M., Limper, M., & Kooiman, J. (2021). Pregnancy outcome predictors in antiphospholipid syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Autoimmunity Reviews*, 20(10), 102901. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.102901>
- Wei, C. Y., Gualda, D. M. R., & Santos Junior, H. P. D. O. (2011). Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20, 717-725. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000400010>
- Widiastuti, I. A. K. S., Rustina, Y., & Efendi, D. (2020). The use of breastfeeding pillow to reduce discomfort for breastfeeding mothers. *Pediatric Reports*, 12(Suppl 1), 8702. <https://doi.org/10.4081/pr.2020.8702>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

- World Health Organization. (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Zangão, M. O., & Lobão, A. (2022). Influência da mobilidade e posturas verticais na duração do primeiro estágio do trabalho de parto: revisão integrativa. *Revista da Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras*, 22(1), 36-51. <https://doi.org/10.53795/rapeo.v22.2022.17>
- Zeidi, B. M., Zare, O., & Kiapour, A. (2024). Effect of early amniotomy on delivery outcome with/without cervical ripening: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(2), 152-158. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_283_22