



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**NECESSIDADES DAS GRÁVIDAS ADOLESCENTES
NO ÂMBITO DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL DE
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS
ESPECIALIZADAS NA ÁREA DA ENFERMAGEM DE
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA**

Bárbara Isabel Pinho Alves

Porto, 2025

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

NECESSIDADES DAS GRÁVIDAS ADOLESCENTES
NO ÂMBITO DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ -
Relatório de estágio profissional de
desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área da enfermagem de
saúde materna e obstétrica

Relatório de estágio orientado pela
Professora Doutora Alexandrina Maria Ramos
Cardoso e coorientado pela Mestre Nádia
Catarina Ferreira Gomes.

Porto, 2025

*“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de
água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.*

Madre Teresa de Calcutá

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho, Matias.

Esta conquista é tua também, porque foi no teu sorriso que encontrei a coragem. Que um dia leias estas páginas com orgulho, e que te inspirem a sonhar alto.

AGRADECIMENTO

Concluo uma etapa marcante da minha vida, tanto a nível pessoal como profissional, e é com profunda gratidão que me dirijo a todos aqueles que foram parte essencial deste percurso.

Em primeiro lugar, agradeço a todas as docentes do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pela generosa partilha de saberes e pela dedicação com que me acompanharam.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pela orientação, por acreditar em mim mesmo quando eu duvidei e por me incentivar a dar sempre o meu melhor.

Às Professoras Arminda Nunes e Nádia Gomes, pela disponibilidade, orientação e compreensão demonstradas ao longo destes anos.

Agradeço a todas as EE-ESMO que cruzaram o meu caminho durante a formação, especialmente às que me acompanharam mais de perto enquanto orientadoras — Enf.^a Cristina Quelhas, Enf.^a Débora Silva, Enf.^a Marta Mota, Enf.^a Rita Machado e Enf.^a Vera Carvalho. Obrigada por serem modelos de excelência e por contribuírem de forma tão significativa para a profissional que me estou a tornar. Levo-vos comigo para sempre.

Às colegas do curso de MESMO, por serem companheiras incansáveis nesta caminhada e por me mostrarem que, juntas, conseguimos ir mais longe.

Aos amigos que souberam trazer leveza e sorrisos em momentos mais exigentes, o meu agradecimento sentido.

À minha família, pelo apoio incondicional e pelas palavras de incentivo que me recomfortaram nos dias mais difíceis. Em especial à Nanda, que tantas vezes foi o meu braço direito — obrigada por estares sempre disponível, por cuidares e por estares ao meu lado com tanto carinho.

À minha mãe, Isabel, e à minha irmã, Matilde, que são o meu maior exemplo de força, coragem e superação. O nosso amor cúmplice é abrigo e foi nele que me inspirei em muitos momentos desta jornada.

Ao André, meu confidente e companheiro de vida, obrigada por seres o meu pilar. Pela tua paciência nas ausências, pelo teu apoio quando eu duvidava de mim e pelos teus silêncios cúmplices. Esta será sempre uma vitória nossa.

Por fim, mas com enorme carinho, o meu agradecimento a todas as mães, pais e recém-nascidos com quem tive o privilégio de aprender. Obrigada por confiarem em mim e por me permitirem crescer convosco. Levo cada um de vocês no coração.

RESUMO

O presente relatório de estágio tem como objetivo descrever de forma crítica o processo de aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em contexto de prática clínica, bem como identificar, através de uma revisão da literatura, as necessidades das grávidas adolescentes relativamente à sua adaptação à gravidez.

Ao longo do relatório, desenvolveu-se uma análise crítico-reflexiva da metodologia aplicada nos diferentes contextos e campos de estágio, nomeadamente no internamento de grávidas com complicações, no puerpério e na sala de partos, através da discussão de casos reais, tendo como referência o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

Paralelamente, foi realizada uma revisão da literatura com o intuito de contribuir para a melhoria contínua dos cuidados prestados a um grupo específico de clientes, as grávidas adolescentes. O objetivo consistiu em identificar as necessidades passíveis de intervenção por parte do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da promoção da adaptação à gravidez. As grávidas adolescentes evidenciam necessidades físicas e nutricionais, emocionais e de saúde mental, bem como de informação e preparação para a gravidez, incluindo competências parentais, trabalho de parto e desenvolvimento fetal. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica é essencial para uma adaptação saudável à gravidez, contribuindo para uma transição saudável.

Palavras-chave: Adolescência; Promoção; Necessidades; Adaptação à gravidez; Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

The present internship report aims to critically describe the process of acquiring both general and specific competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in a clinical practice context, as well as to identify, through a literature review, the needs of adolescent pregnant women regarding their adaptation to pregnancy.

Throughout the report, a critical-reflective analysis was conducted on the methodology applied in the different contexts and fields of the internship, namely the hospitalization of pregnant women with complications, the postpartum period, and the delivery room, through the discussion of real cases, taking as reference the Regulation of Specific Competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing.

In parallel, a literature review was carried out with the aim of contributing to the continuous improvement of care provided to a specific target group, adolescent pregnant women. The objective was to identify the needs that can be addressed by the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing in the promotion of adaptation to pregnancy. Adolescent pregnant women exhibit physical and nutritional, emotional, and mental health needs, as well as information and preparation needs for pregnancy, including parental competencies, labor, and fetal development. The Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing is essential for promoting a healthy adaptation to pregnancy, contributing to a positive transition.

Keywords: Adolescence; Promotion; Needs; Adaptation to pregnancy; Midwifery

CHAVE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists
AI- Auscultação Intermitente
CTG- Cardiotocografia
DGS- Direção-Geral de Saúde
ECTS -European Credit Transfer System
EE-ESMO- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
ESEP- Escola Superior de Enfermagem do Porto
FCF- Frequência Cardíaca Fetal
FIGO- Federation of Gynecology and Obstetrics
HTA- Hipertensão Arterial
IASP- International Association for the Study of Pain
ICN- International Council of Nurses
IMC- Índice de Massa Corporal
INE- Instituto Nacional de Estatística
IRSN- Inibidores da recaptação da serotonina- norepinefrina
ISRS- Inibidores seletivos da recaptação de serotonina
JBI- *Joanna Briggs Institute*
KPC- *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase
NICE- National Institute for Health and Care Excellence
NIPS- Neonatal Infant Pain Scale
NST- Non-Stress Test
OE- Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
PAD- Pressão Arterial Diastólica
PAS- Pressão Arterial Sistólica
PCEA- Patient Controlled Epidural Analgesia
PIPP- Premature Infant Pain Profile
PQCEESMO- Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RCF- Restrição de Crescimento Fetal

SDRN- Síndrome de Dificuldade Respiratória Neonatal

SGB- *Streptococcus beta hemolítico* do grupo B

SNC- Sistema Nervoso Central

SPN- Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF- Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

SUOG- Serviço de Urgência de Ginecologia e Obstetrícia

UCIN- Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

Índice

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	CUIDAR A MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES	16
2.1	Contextualização do estágio	16
2.1.1	A gravidez como um processo	23
2.1.2	A adaptação à parentalidade num contexto desafiante	25
2.2	Caso clínico: Quando o momento esperado se antecipa	28
3	CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO.....	44
3.1	Contextualização do estágio	44
3.1.1	O puerpério como um período de transição	46
3.1.2	A transição para a parentalidade.....	48
3.2	Caso Clínico: Cuidar a puérpera sem o filho no colo	54
4	CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO	69
4.1	Contextualização do estágio	69
4.1.1	A dor do trabalho de parto	81
4.2	Caso clínico: O “superpoder”, depois de gerar, é parir.....	86
4.3	Caso clínico: O primeiro estadio do trabalho de parto- fazer nascer a filha.....	103
5	NECESSIDADES DAS GRÁVIDAS ADOLESCENTES NO ÂMBITO DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ: UMA REVISÃO SCOPING	121
5.1	Introdução.....	121
5.2	Metodologia.....	124
5.3	Apresentação dos resultados.....	128
5.4	Discussão dos resultados.....	130
5.5	Conclusões	131

6	<i>REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA</i>	<i>135</i>
7	<i>CONCLUSÃO.....</i>	<i>143</i>
	<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>	<i>145</i>
	<i>APÊNDICES</i>	<i>167</i>
	APÊNDICE I - QUADRO DA EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS	168

ÍNDICE de QUADROS

Quadro 1 - Total de experiências na assistência intraparto	141
Quadro 2 - Quadro de extração de dados dos artigos selecionados	168

ÍNDICE de FIGURAS

Figura 1- Fluxograma PRISMA-ScR (Peters et al., 2020)	127
Figura 2 - Distribuição geográfica dos estudos	128

1 INTRODUÇÃO

No contexto da Unidade Curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), durante o ano letivo de 2023/2024, foi elaborado este trabalho com o objetivo de desenvolver competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EE-ESMO).

O Curso de Mestrado e Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica confere ao enfermeiro o grau de Mestre, reconhecendo, o seu domínio básico de fundamentos de investigação. Por sua vez, a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista pressupõe o reconhecimento das suas competências científicas, técnicas e humanas na prestação de cuidados especializados numa área específica da Enfermagem, tal como explanado no Regulamento n.º 140/2019 (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019a).

A obtenção do título de EE-ESMO requer a realização do Estágio de Natureza Profissional com Relatório, unidade curricular que corresponde a 45 ECTS (European Credit Transfer System). Esta unidade envolve uma carga horária total estimada de 1260 horas, distribuídas entre o tempo de contacto presencial em contexto de estágio, o trabalho autónomo dedicado ao estudo, à elaboração de trabalhos e à redação do presente relatório.

A minha experiência como estudante do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica decorreu numa unidade local de saúde localizada no norte do país, caracterizada pela prestação de cuidados neonatais diferenciados. O estágio teve uma duração total de 800 horas, organizadas em três módulos distintos: sala de partos (500 horas), internamento de grávidas de risco/medicina materno-fetal (200 horas) e serviço de internamento de puerpério (100 horas).

O Estágio de Natureza Profissional representou uma etapa essencial para a aquisição, o desenvolvimento e a consolidação de competências específicas na

prestação de cuidados especializados, centrados em áreas particularmente sensíveis à intervenção do EE-ESMO. Este percurso formativo possibilitou a minha atuação em distintos contextos e domínios de intervenção do EE-ESMO, incluindo a gravidez com complicações, o trabalho de parto e o puerpério, tanto fisiológico como patológico. Ao longo desta jornada, desenvolvi de forma significativa aquela que considero ser a competência basilar da prática profissional: a relação interpessoal com a mulher que recebe os meus cuidados, com a pessoa que para ela é significativa, bem como com a sua família e contexto envolvente. Esta dimensão relacional constitui, de facto, o núcleo essencial do exercício profissional em enfermagem, conforme definido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica [PQCEESMO], 2021).

O presente relatório possibilitou a sistematização de diversos casos clínicos que integraram a minha formação profissional, permitindo uma reflexão crítica e a explicitação do processo de enfermagem desenvolvido. A ontologia da enfermagem assenta na recolha sistemática de dados, formulação de diagnósticos, definição de objetivos e implementação de intervenções fundamentadas na evidência científica mais atual, seguida da respetiva avaliação dos resultados obtidos (Ramos & Cardoso, 2022). Foi com base neste modelo que conduzi o acompanhamento de cada cliente alvo dos meus cuidados, e é essa prática que pretendo descrever de forma clara, objetiva e estruturada, utilizando a linguagem própria da profissão. Importa ainda referir que, de acordo com o artigo nº 85, alínea a) do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro tem o dever de “considerar confidencial toda a informação acerca dos destinatários dos cuidados e da família, qualquer que seja a sua fonte”, sendo também seu dever, de acordo com a alínea d) do referido artigo, “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2015, p.200). Assim, garantirei sempre o anonimato dos clientes a quem presto cuidados, recorrendo à utilização de nomes fictícios.

Este relatório encontra-se estruturado em cinco capítulos. A sua organização teve em conta a ordem cronológica pela qual desenvolvi os estágios. O primeiro capítulo incide sobre o cuidado da mulher grávida com complicações, recorrendo à análise de um caso clínico representativo deste contexto. O segundo capítulo dedica-se à análise de um caso clínico centrado na prestação de cuidados à mulher no período pós-natal. O terceiro capítulo aborda dois casos clínicos distintos, com diferentes focos do EE-ESMO no âmbito do trabalho de parto. Por sua vez, o quarto capítulo integra uma revisão de literatura, conduzida segundo os princípios metodológicos da revisão *scoping*, com foco na promoção da adaptação à gravidez em adolescentes. As revisões *scoping* constituem uma metodologia de síntese de evidência que, através de procedimentos sistemáticos, permitem mapear o conhecimento disponível sobre um determinado tema, clarificar conceitos e identificar lacunas que possam orientar futuras investigações (Munn et al., 2022). Por último, e de forma complementar, o relatório inclui uma reflexão crítica final sobre o percurso formativo desenvolvido, evidenciando o processo de aprendizagem e os principais desafios enfrentados ao longo do desenvolvimento de competências enquanto futura EE-ESMO.

2 CUIDAR A MULHER NA GRAVIDEZ COM COMPLICAÇÕES

No que concerne às competências específicas do EE-ESMO descritas no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019b), este cuida a mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal, deteta e colabora no tratamento precoce de complicações, de forma a promover o bem-estar materno-fetal. Este módulo de estágio foi dedicado a desenvolver a capacidade para cuidar a mulher que experiencia um internamento decorrente de uma complicação na gravidez, favorecendo o ajuste a esta nova realidade e integrá-la na transição desenvolvimental.

2.1 Contextualização do estágio

O estágio de internamento de grávidas com patologia associada, teve uma carga horária de contacto presencial obrigatória de 200 horas e foi realizado num hospital de referência da região Norte.

A nível físico e estrutural, o Serviço de Internamento de Grávidas encontra-se integrado no Serviço de Ginecologia/Cirurgia. A área destinada ao internamento de grávidas, é composta por três quartos, cada um com duas camas, podendo ser ativadas em situações de maior afluência, mais quatro camas adicionais, com consequente acréscimo de um EE-SMO. Cada quarto dispõe de uma casa de banho partilhada entre as duas grávidas.

Apesar de não existirem quartos individuais, considero que a privacidade das clientes foi sempre assegurada através da organização dos cuidados prestados. Em situações específicas, como no caso de uma mulher grávida em isolamento de contacto por *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC), foi possível manter o quarto ocupado por apenas uma cliente, garantindo a segurança necessária. A gestão dos quartos era também feita com base na condição clínica de cada mulher grávida, sendo que, sempre que viável, procurava-se agrupar no mesmo quarto as grávidas internadas para indução do trabalho de

parto, reservando outros quartos para aquelas com patologias ou complicações associadas, como ameaça de parto pré-termo.

Apesar de, idealmente, se considerar que cada mulher grávida deveria ter o seu próprio quarto individual, durante o estágio e através do diálogo com as clientes, especialmente com as que permaneciam internadas por períodos mais prolongados, percebi que muitas valorizavam a partilha do quarto com outra grávida a passar por um processo semelhante. Esta convivência possibilitava a troca de experiências e o apoio mútuo.

Sempre que possível, este aspeto era abordado com as grávidas, de forma a adequar a gestão do espaço às suas expectativas e necessidades individuais. Apesar das limitações existentes, considero que, em várias situações, foi possível contribuir de forma significativa para o bem-estar da mulher grávida.

As condições físicas do serviço evidenciam uma renovação recente, contribuindo para o conforto de grávidas, acompanhantes e profissionais. A existência de ar condicionado em cada quarto, luz regulável e cadeirões confortáveis favorece um ambiente acolhedor e propício ao bem-estar e relaxamento.

No que concerne aos recursos humanos, este serviço é assegurado apenas por um EE-ESMO em cada turno. De acordo com o Parecer n.º 43/2019 (MCEESMO, 2019), a dotação segura de EE-ESMO no internamento de medicina-fetal é de 1:3 em grávidas de alto risco e 1:6 em grávidas de médio risco. Está ainda descrito, que em casos de indução de trabalho de parto, é considerado seguro o rácio de 1:3.

A classificação do risco gestacional é recomendada desde a primeira consulta, de forma a que haja uma melhor organização dos cuidados de saúde, com vista a responder às necessidades específicas de cada grávida. Esta avaliação deve ter em conta fatores culturais, demográficos e socioeconómicos, bem como a história da gravidez atual, exames laboratoriais e de imagiologia (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2023b).

Do ponto de vista crítico, considero que a gestão dos cuidados se torna particularmente desafiante em turnos nos quais o EE-ESMO é responsável, em simultâneo, por grávidas em indução de trabalho de parto e por grávidas de alto risco. Nestes contextos, seria vantajosa a presença de um segundo EE-ESMO, de forma a assegurar a continuidade da excelência e segurança dos cuidados prestados.

A articulação e comunicação constante com a restante equipa de EE-ESMO, distribuída entre a sala de partos, o serviço de puerpério e o Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG), têm sido fundamentais para colmatar estas limitações. Contudo, destaco situações específicas em que o EE-ESMO afeto ao serviço de internamento de grávidas necessita de se ausentar, por exemplo, para acompanhar uma grávida ao bloco operatório. Nesses casos, a vigilância contínua de outras grávidas internadas é garantida, sempre que necessário, com o apoio da equipa de EE-ESMO dos restantes serviços. No entanto, quando as clientes internadas se encontram clinicamente estáveis, é comum permanecerem apenas sob supervisão dos enfermeiros alocados ao serviço de Ginecologia/Cirurgia, durante aquele curto espaço de tempo.

Ainda que estas grávidas possam, num dado momento, apresentar estabilidade clínica, reconheço que a sua condição pode alterar-se rapidamente. Nesses casos, os enfermeiros generalistas, apesar da sua competência geral, não detêm os conhecimentos específicos para detetar precocemente desvios ao padrão normal. Assim, considero que, num cenário ideal, o serviço de internamento de grávidas deveria dispor de dois EE-ESMO por turno, garantindo não só a vigilância adequada, mas também a excelência e segurança dos cuidados especializados.

Tendo em conta todos os fatores enunciados anteriormente, o método de trabalho é individual. Os planos de cuidados refletem a excelência e a personalização dos mesmos, garantindo sempre a individualidade de cada mulher grávida e assegurando a continuidade dos cuidados.

É permitida a presença de um acompanhante por grávida das 11h30 às 21h30, não podendo permanecer durante a noite no serviço. Eram exceção os casos de indução de trabalho de parto, podendo o acompanhante estar presente desde a admissão no serviço, tendo as mesmas condições proporcionadas às grávidas a induzir o trabalho de parto no Serviço de sala de partos. A decisão sobre o internamento de uma mulher grávida para indução do trabalho de parto, quer no serviço de internamento de grávidas quer na sala de partos, baseava-se essencialmente na presença ou ausência de patologia associada e/ou na paridade. Assim, as mulheres grávidas com patologia identificada e/ou múltiparas tinham prioridade para iniciar a indução na sala de partos, enquanto as restantes iniciavam o processo no internamento de grávidas. Importa, no entanto, destacar que, perante qualquer sinal de instabilidade clínica, a mulher era transferida para a sala de partos, onde se encontravam quatro EE-ESMO, assegurando a prestação de cuidados em condições de maior intensidade de acompanhamento e segurança.

A indução do trabalho de parto tem como objetivo alcançar o parto vaginal, através da maturação cervical e estimulação das contrações uterinas. No entanto, os riscos associados à indução, tanto para a mulher grávida como para o feto, devem ser ponderados tendo em conta as condições de saúde de cada mulher grávida e de cada feto (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2009).

No serviço de internamento de grávidas, eram maioritariamente admitidas induções programadas em mulheres com idade gestacional superior a 41 semanas, este sendo um dos critérios definidos para o início da indução, conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2022b). Para além destas, também eram recebidas mulheres para induções programadas em gravidez com patologia associada, nomeadamente hipertensão ou diabetes gestacional, caso a equipa médica considerasse possuírem critérios para terminar a gravidez. Embora um dos critérios para indução do trabalho de parto incluía mulheres com diabetes *mellitus* tipo 1 ou tipo 2 entre 37 semanas e 38 semanas e 6 dias (National

Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2020), durante a minha experiência clínica não tive oportunidade de ter como clientes dos meus cuidados, mulheres grávidas com esta patologia.

Os métodos de indução poderiam ser farmacológicos - como a dinoprostona, administrada através de um dispositivo vaginal de libertação gradual; o misoprostol, por via oral ou vaginal; a ocitocina, via intravenosa; e, mecânicos, como a sonda de Foley. No contexto do internamento de grávidas, o misoprostol via vaginal era o método mais utilizado, sendo administradas doses baixas do fármaco (25 µg, de 6 em 6 horas), tal como recomendado pela OMS (2022b).

O parto induzido deve ser sempre monitorizado (ACOG, 2009) tendo em conta o risco de hiperestimulação uterina e as alterações da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), nomeadamente desacelerações, decorrentes dos métodos de indução (Montenegro & Rezende Filho, 2017). Esta vigilância era realizada através da monitorização de cardiotocografia (CTG) cerca de 20 minutos antes da administração de uma nova dose de misoprostol, que se mantinha até, pelo menos, uma hora após a administração.

A nível estrutural, o serviço de internamento de grávidas encontra-se próximo do serviço de sala de partos, do SUOG e do serviço de internamento de puérperas, facilitando a comunicação entre a equipa e promovendo a interajuda e atuação em situações de urgência/emergência.

O tempo em que exerci o meu papel como futura EE-ESMO neste contexto foi crucial para desenvolver competências no âmbito dos cuidados especializados à mulher grávida com complicações. Foram-se estabelecendo relações terapêuticas, baseadas na confiança mútua entre mim, enquanto futura EE-ESMO, e as clientes. O conhecimento sobre cada patologia é crucial para a vigilância e deteção precoce de possíveis complicações, com referenciação para outros profissionais de acordo com a área de intervenção, sempre que a situação ultrapassava o âmbito da nossa intervenção. A capacidade de

atuação célere, aliada à definição clara de prioridades em cada situação, foi determinante em momentos de agravamento do estado clínico da grávida.

Não obstante a extrema importância do conhecimento da fisiopatologia de cada caso clínico, considero que os focos do EE-ESMO devem ter como base holística respostas da mulher às situações aos processos de vida e condições de saúde/doença. Durante este estágio num internamento materno-fetal, fui desenvolvendo uma reflexão sobre aquela que é uma das teorias base da prática de enfermagem: a Teoria de Enfermagem das Necessidades Básicas de Virgínia Henderson. De acordo com esta teoria, os indivíduos são seres completos com componentes biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, contemplando 14 necessidades básicas. Para que seja atingido o seu potencial máximo, todas estas necessidades devem estar satisfeitas. A teoria realça ainda, que quando alguma destas necessidades não é satisfeita de forma autónoma, deve haver intervenção, por parte dos enfermeiros, para que seja mantida a integridade e harmonia, tendo em conta os fatores individuais de cada cliente (George, 2000).

O EE-ESMO recolhe dados com o objetivo de enunciar diagnósticos e implementar intervenções centradas na promoção do conhecimento, da capacidade, da autoeficácia, da consciencialização e reformulação dos significados. Contudo, é fundamental assegurar previamente que as necessidades básicas da mulher, enquanto cliente dos nossos cuidados, estão satisfeitas, antes de intervir em focos de atenção diretamente relacionados com a adaptação à gravidez, à parentalidade ou com a preparação para o parto (Cardoso et al. 2023a; Cardoso et al. 2023b; Cardoso et al. 2024).

Ao longo do estágio, constatei que a intervenção orientada para a satisfação das necessidades básicas potenciava a disponibilidade da grávida para aprender, permitindo intervir nos focos definidos no seu plano de cuidados. Estas intervenções refletiam-se positivamente no bem-estar da mulher, promoviam a sua confiança e fortaleciam a relação terapêutica estabelecida. Não esqueçamos que temos como clientes dos nossos cuidados mulheres que, previamente, tinham uma vida completamente autónoma e que se sentem,

muitas vezes, impedidas de ser independentes naquilo que eram as suas atividades de vida diária. Realço os casos de mulheres com indicação de repouso absoluto no leito e que precisam de ser assistidas em grande parte dos autocuidados. Dedicar tempo a perceber de que forma aquela mulher costumava realizar as atividades de cuidar de si, como lavar o cabelo, e encontrar maneiras de a assistir para que consiga manter, tanto quanto possível, as suas rotinas, promoverá o seu bem-estar e, conseqüentemente, a sua disponibilidade para aprender. A satisfação do cliente, um dos enunciados descritivos dos PQCEESMO (2021), é efetivamente alcançado através do estabelecimento de uma relação terapêutica, tendo como base as competências da comunicação clínica.

De acordo com o Regulamento nº391/2019, O EE-ESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez” (cit. OE, 2019b, p.13562). Ao longo destas oito semanas, tive a oportunidade de desenvolver competências enquanto futura EE-ESMO, tendo como clientes dos meus cuidados, mulheres grávidas com pré-eclâmpsia, placenta prévia central total, vasa prévia em gravidez gemelar, rutura prematura de membranas, ameaça de parto pré-termo, insuficiência cervical com prolapso de membranas, restrição de crescimento intrauterino, pielonefrite aguda e cólica renal.

A admissão da mulher grávida neste serviço de internamento ocorria na sequência de uma avaliação no SUOG. Após observação pela equipa de EE-ESMO e pela equipa médica, caso existisse indicação para internamento, a grávida era acompanhada até ao serviço. A transmissão da informação clínica era realizada via telefone pela EE-ESMO alocada ao SUOG. No momento da admissão, considerei fundamental, enquanto futura EE-ESMO, garantir suporte emocional, contribuindo para a criação de “condições seguras e acolhedoras” (cit. PQCEESMO, 2021, p.9), contribuindo assim para a satisfação da cliente. O internamento pode representar, para muitas mulheres, uma rutura com as expectativas idealizadas para a sua gravidez. Nestes casos, estar presente, escutar ativamente e utilizar, quando apropriado, o toque terapêutico,

revelou-se uma intervenção com impacto positivo no processo de adaptação da grávida à nova realidade.

2.1.1 A gravidez como um processo

A gravidez é definida, enquanto processo corporal, como a condição de desenvolver um feto no corpo desde a fecundação até ao trabalho de parto, durante, aproximadamente, 266 dias. Este processo é saudável e expectável, implicando, no entanto, rápidas e inevitáveis alterações na função corporal (International Council of Nurses [ICN], 2019).

A OMS, em conjunto com o Fundo de População das Nações Unidas e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), publicou em 2017 um documento no qual se refere que, apesar de a gravidez ser um processo natural e fisiológico, cerca de 15% das gestações evoluem para complicações potencialmente fatais. As gravidezes de alto risco são caracterizadas pelo agravamento de sintomas de patologias pré-existentes antes da gravidez ou o aparecimento de complicações decorrentes da própria gravidez. Esta condição poderá comprometer o bem-estar fetal e materno, conduzindo a desfechos desfavoráveis (Rodrigues et al., 2020).

No caso de gravidezes de alto risco, o internamento poderá ser necessário para a monitorização e vigilância da evolução do quadro clínico materno-fetal. Este evento intensifica a experiência da mulher grávida, visto que a afasta das suas rotinas e do seu ambiente familiar, encontrando-se num local novo e numa situação que exige um período de adaptação (Rodrigues et al., 2020).

A gravidez, por si só, constitui um período de transição na vida de uma mulher. Uma transição refere-se a um período de instabilidade, precedido e seguido por períodos de estabilidade (Chick & Meleis, 1986). Existem quatro tipos de transição, sendo elas: a transição saúde/doença, a transição desenvolvimental, a transição situacional e a transição organizacional (Meleis

et al., 2000). A gravidez e o processo de se tornar mãe e de se tornar pai correspondem a transições de desenvolvimento, uma vez que ocorrem de forma expectável no ciclo de vida de uma pessoa (Meleis, 2015). Contudo, quando esta transição desenvolvimental (gravidez e ter um filho) está associada a uma complicação, estamos também perante uma transição saúde/doença, caracterizando-se assim como uma transição múltipla (Meleis, 2015), o que torna este período ainda mais desafiante. Durante esta fase da sua vida, cada indivíduo que vivencia a transição necessita de desenvolver novas habilidades e adquirir conhecimentos, de forma a construir estratégias e desenvolver recursos que lhe permitam lidar com eventos críticos, alcançar a mestria e assumir o seu novo papel de forma integrada (Meleis et al., 2000; Meleis, 2015). Neste contexto, uma mulher grávida que esteja a experienciar uma transição múltipla enfrenta, naturalmente, um desafio mais exigente quando comparado com uma mulher com uma gravidez saudável. Compete ao EE-ESMO implementar intervenções com o intuito de promover a readaptação funcional às novas condições de saúde (PQCEESMO, 2021), permitindo que a transição decorra da forma mais saudável possível.

Um dos casos clínicos que mais me impactou tratou-se de uma cliente grávida que apresentava insuficiência cervical com prolapso de membranas. O meu contacto com ela decorreu entre o período das 25 semanas de gestação até às, sensivelmente, 31 semanas, altura em que a Carlota¹ nasceu. A insuficiência cervical é definida pela ACOG (2014) como a incapacidade do colo uterino em manter a gravidez no segundo trimestre. Após ter sido submetida a uma *cerclage*, a grávida teve indicação de repouso absoluto no leito e internamento hospitalar. De facto, de acordo com Graça (2017), o repouso no leito, principalmente em decúbito lateral diminui a frequência e intensidade das contrações, aliviando também a apresentação sobre o colo do útero e melhora o fluxo uteroplacentário.

No entanto, o repouso absoluto no leito, sobretudo quando prolongado, está associado a múltiplos efeitos adversos para a mulher. Entre as alterações

¹ Nome fictício

fisiológicas destacam-se a desmineralização e descalcificação óssea, a fraqueza muscular, a diminuição do volume plasmático e do débito cardíaco, bem como o aumento do risco trombótico (Fox et al., 2009; Lowdermilk & Perry, 2008). A ACOG (2020b) reforça esta perspetiva ao referir que a restrição de atividade não deve ser prescrita de forma rotineira em situações de ameaça de parto pré-termo ou pré-eclâmpsia, dados os riscos acrescidos de descondicionamento físico, tromboembolismo venoso e efeitos psicossociais negativos para a mulher e a família. Estes últimos assumem especial relevância, uma vez que a necessidade de substituição das atividades de vida diária anteriormente desempenhadas de forma autónoma implica reajustes temporários no autoconceito e nas expectativas da grávida. Para além disso, Rodrigues et al. (2016) salientam que o repouso no leito pode provocar diminuição da atividade das ondas eletroencefalográficas, depressão dos processos corticais e alterações cognitivas, afetivas e da perceção.

Assim, quando uma mulher grávida, cliente dos nossos cuidados tem indicação de repouso absoluto no leito, é fundamental considerar todos os fatores associados a esta condição. Importa reconhecer que, durante este período, a grávida se encontra numa realidade profundamente distinta da sua rotina habitual. O facto da sua atividade física ser tão restrita, pode acentuar sentimentos de isolamento e vulnerabilidade. Esta experiência exige, por parte do EE-ESMO, uma visão que lhe permita identificar as reais necessidades daquela mulher, intervindo de forma adequada e contribuindo, assim, para que este período desafiante seja vivido da forma mais saudável possível.

2.1.2 A adaptação à parentalidade num contexto desafiante

Uma das competências específicas do EE-ESMO é conceber, planear, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável, tal como descrito no Regulamento nº391/2019 (OE, 2019b).

A assistência pré-natal do EESMO é entendida como o *continuum* de cuidados concebidos e implementados pelo EE-ESMO, centrados na promoção da adaptação à gravidez, na promoção da adaptação à parentalidade e a preparação para o parto, com o objetivo de contribuir para uma experiência positiva (PQCEESMO, 2021).

O EE-ESMO implementa programas de promoção da adaptação à parentalidade, de forma a contribuir para a saúde das mães, dos pais e dos recém-nascidos, através de processos de cuidados dinâmicos. Estes programas visam a promoção de conhecimentos, capacidades, autoeficácia, consciencialização, bem como a reformulação de significados dificultadores, de forma a que haja um ajuste adequado ao papel de mãe e pai (Cardoso et al., 2024).

Em contexto de internamento, a mulher grávida e a sua pessoa significativa, acompanhante no projeto de parentalidade, devem continuar a ter acesso a um programa de promoção da adaptação à parentalidade, desenvolvido pelo EE-ESMO e adequado às suas necessidades e à sua condição clínica. Durante o estágio neste serviço, tive oportunidade de identificar as necessidades das mulheres grávidas que estavam sob os meus cuidados e de desenvolver programas personalizados de adaptação à parentalidade, tendo sempre em consideração a condição clínica de cada uma. Face às necessidades individuais e disponibilidade para aprender, foram implementadas as intervenções adequadas, desde que o quadro clínico estivesse estabilizado, a idade gestacional fosse igual ou superior a 20 semanas (Cardoso et al., 2024).

Embora tenha realizado intervenções neste âmbito também com grávidas internadas por períodos mais curtos, considero que os resultados mais significativos foram alcançados com aquelas que acompanhei ao longo de todo o meu estágio, uma vez que verbalizaram sentir-se mais confiantes para assumir o novo papel de mãe.

Com o intuito de incluir a pessoa com quem a grávida partilha o projeto de maternidade, procurei articular a implementação das intervenções com os

momentos em que o respetivo acompanhante se encontrava presente, sendo que, em todos os casos referidos, se tratava do pai do bebé. As intervenções centraram-se no desenvolvimento de diferentes competências parentais, recorrendo, sempre que necessário, aos recursos físicos adequados, nomeadamente ao modelo de recém-nascido.

As mulheres grávidas e as suas pessoas significativas, que foram clientes dos meus cuidados, apresentaram como principais necessidades de cuidados no âmbito da adaptação à parentalidade, as competências parentais de lidar com o choro do recém-nascido e a higiene do recém-nascido. Refiro-me àquelas necessidades que identifiquei como comuns em praticamente todas as mulheres a quem prestei cuidados, embora a outras também tenha identificado necessidades afetas a diferentes competências parentais, às quais respondi prontamente.

No que diz respeito à competência parental de lidar com o choro do recém-nascido, intervi essencialmente no conhecimento sobre o choro do recém-nascido e na capacidade para lidar com o choro do recém-nascido, de acordo com a necessidade específica de cada cliente dos meus cuidados. Para tal, ensinei sobre o choro, o temperamento e as estratégias para lidar com o choro. Adicionalmente, instruí e treinei técnicas de massagem ao bebé e técnicas que promovem segurança e conforto no bebé, como a técnica dos 5 S's, popularizada por Dr. Harvey Karp no livro *"The Happiest Baby on the Block"*, em 2002.

Relativamente à higiene do recém-nascido, intervi sobretudo no conhecimento sobre higiene do recém-nascido. Em alguns casos, identifiquei também necessidades ao nível da capacidade, pelo que instruí e treinei a troca da fralda, que se destacou como uma das necessidades mais identificadas nos clientes dos meus cuidados.

A implementação destas intervenções, num contexto de internamento hospitalar, permitiu-me desenvolver a competência de identificar necessidades de cuidados no âmbito das competências parentais e adequar a

minha intervenção à promoção da adaptação à parentalidade, junto de mães e pais com bastante probabilidade de o filho vir a ser internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Nestes casos, todos os ensinamentos foram ajustados para integrar essa possibilidade, permitindo à mãe e ao pai incorporá-la gradualmente como um cenário realista.

2.2 Caso clínico: Quando o momento esperado se antecipa

Considero que todas as mulheres com as quais contactei poderiam ser casos a incluir neste relatório, visto que foram clientes dos meus cuidados enquanto futura EE-ESMO e a todas identifiquei necessidades, recolhi dados, identifiquei os diagnósticos, estabeleci objetivos, implementei intervenções e avaliei a sua efetividade. No entanto, considero que alguns casos, pela sua complexidade ou carácter desafiante, são úteis para uma reflexão mais aprofundada sobre as diversas competências que compõem esta área de especialidade. Serão esses que apresentarei em seguida.

Tive contacto com a Maria² durante o turno da manhã e da tarde, no seu terceiro dia de internamento. A Maria tem 32 anos, é primigesta, idade gestacional 33 semanas e 1 dia (calculada por idade gestacional ecográfica às 12 semanas e 1 dia), está internada por hipertensão arterial (HTA) crónica com pré-eclâmpsia sobreposta e Restrição de Crescimento Fetal (RCF) - percentil 3. O feto é do sexo masculino e chama-se Francisco³.

O percentil é um termo estatístico utilizado para medir a posição relativa de um valor dentro de um conjunto de dados ordenados. Assim, o feto situar-se no percentil 3 significa que 97% dos fetos com a mesma idade gestacional têm medidas antropométricas superiores às suas. Apesar destes serem apenas valores de referência, a Sociedade Portuguesa de Neonatologia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2018), associa os fetos com percentil 3 a

² Nome fictício

³ Nome fictício

RCF, referindo-se a todos os fetos que não atingem o potencial máximo geneticamente determinado pela sua idade gestacional.

No caso apresentado, a RCF é precoce, visto ter sido detetada antes das 32 semanas. Este subtipo de RCF está fortemente associada a doença placentária grave, nomeadamente pré-eclâmpsia. Os recém-nascidos com RCF apresentam risco aumentado de mortalidade e morbilidade, quando comparados com recém-nascidos com crescimento intrauterino adequado. Os recém-nascidos com RCF têm um risco aumentado de prematuridade, asfixia perinatal, hipotermia, hipoglicemia, policitemia e hiperviscosidade, hipocalcemia, alterações imunitárias, alterações hematológicas, síndrome de aspiração meconial, hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido, coagulação intravascular disseminada, hiperbilirrubinemia, intolerância digestiva, enterocolite necrotizante, sépsis tardia e hemorragia pulmonar (SPN, 2018).

Bromfield et al. (2023), realizaram um estudo de coorte retrospectivo, com o objetivo de avaliar a associação entre distúrbios hipertensivos e os resultados neonatais e maternos. A amostra do estudo consistiu em mães, com e sem doenças hipertensivas, cujos filhos nasceram entre 2016 e 2018. Os distúrbios hipertensivos incluíram hipertensão gestacional, hipertensão crónica, pré-eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta. Os resultados demonstraram um aumento significativo do risco de parto por cesariana (odds ratio [OR]: 1,61 e 1,99) e de parto pré-termo (OR: 2,22 e 5,37). Nos recém-nascidos, verificou-se uma maior incidência de Síndrome de Dificuldade Respiratória Neonatal (SDRN) (OR: 2,39 e 4,19), bem como de baixo peso ao nascer (OR: 3,64 e 9,61), nos filhos de mães com pré-eclâmpsia ou pré-eclâmpsia sobreposta, quando comparadas com mães sem diagnóstico de hipertensão ($p < 0,05$ para todos os desfechos). Embora os valores fossem ligeiramente superiores para mães com hipertensão crónica ou gestacional em relação às não hipertensas, a maioria dessas diferenças não atingiu significância estatística. O risco de admissão na UCIN foi também mais elevado nos casos em que estavam presentes doenças hipertensivas mais graves (OR: 2,41 para pré-eclâmpsia e OR: 4,87 para pré-eclâmpsia sobreposta).

A Maria nega alergias medicamentosas e/ou alimentares. Sem antecedentes pessoais ou cirúrgicos relevantes. O seu grupo sanguíneo é B, fator *Rhesus* positivo. Tem como medicação habitual nesta fase da gravidez: Ácido Acetilsalicílico (AAS) (100mg, 1xdia, via oral); Nifedipina (30mg, 1x dia, via oral); Metildopa (500 mg 12h/12h, via oral) e suplementação com iodo, magnésio e ferro.

A nifedipina é um fármaco pertencente ao grupo dos bloqueadores dos canais de cálcio diidropiridínicos. Na formulação de libertação prolongada, o princípio ativo é disponibilizado de forma gradual ao longo de 24 horas. A nifedipina atravessa a placenta e tem sido associada a um aumento do risco de asfixia perinatal, cesariana, parto pré-termo e RCF. Dada a limitação dos estudos disponíveis em mulheres grávidas, o seu uso deve restringir-se a situações em que é clinicamente indicado e sempre sob prescrição médica. Entre as reações adversas mais comuns encontram-se o edema periférico e as cefaleias (Centrofarma, 2016). Note-se que os efeitos secundários da nifedipina devem ser alvo de especial atenção por parte do EE-ESMO, de forma a realizar um diagnóstico diferencial entre efeito secundário associado à medicação ou sinal de agravamento do quadro de pré-eclâmpsia.

Por sua vez, a metildopa é um agente anti-hipertensor com ação central, convertendo-se em alfa-metilnoradrenalina, um metabolito que ativa recetores alfa-adrenérgicos inibitórios no sistema nervoso central. Esta ação reduz a atividade simpática vasoconstritora, levando à diminuição da pressão arterial. O início do seu efeito ocorre entre 3 e 6 horas após a administração, com uma duração de ação que pode variar entre 12 e 24 horas. É considerada uma das terapêuticas de primeira linha no controlo da hipertensão arterial durante a gravidez. As reações adversas mais comuns são cefaleias, astenia e sedação transitória, podendo também ocorrer, bradicardia, náuseas e vômitos, edema e/ou hipotensão ortostática (Garovic et al., 2022; Gupta et al., 2022).

Já o AAS, atua como inibidor da agregação plaquetária e está recomendado, numa dose entre 100 mg e 150 mg, para grávidas com risco aumentado de

pré-eclâmpsia, devendo ser iniciado preferencialmente antes das 16 semanas de gestação (Lane et al., 2016).

Tendo em conta a idade gestacional e o risco de parto pré-termo, a Maria tinha realizado o protocolo de indução da maturação pulmonar fetal nos 2 dias anteriores, que consistia na administração de dexametasona 12mg, via intramuscular, duas tomas com 24 horas de intervalo.

A dexametasona, um glucocorticoide, tem demonstrado eficácia na indução da maturação pulmonar fetal. A sua administração intrauterina atua especificamente nos alveolócitos do tipo II, favorecendo a produção de surfactante. Além disso, esta terapêutica associa-se à redução da incidência de hemorragia intraventricular, de enterocolite necrotizante e da mortalidade em recém-nascidos pré-termo (Graça, 2017). Segundo a Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF), a corticoterapia para maturação pulmonar está indicada entre as 24 semanas e as 33 semanas e 6 dias, sempre que exista risco de parto pré-termo dentro dos 7 dias seguintes (Areia et al., 2018).

A Maria recorreu ao Serviço de Urgência (SU) orientada da consulta externa por agravamento dos valores da pressão sanguínea, tendo sido internada no mesmo dia. Durante o internamento, manteve registo de valores de pressão sanguínea superior a 140/90 mmHg, nas diferentes monitorizações realizadas. Apresentava edema generalizado matutino (essencialmente nos membros inferiores, mãos e face), no entanto, negava cefaleias, epigastralgia e/ou alterações visuais.

Segundo o ACOG (2013), a hipertensão associada à gravidez classifica-se em: hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, hipertensão arterial crónica (HTA) e pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica. Os distúrbios hipertensivos da gravidez constituem uma das principais causas de morte materna e perinatal a nível mundial. Estima-se que a pré-eclâmpsia complique cerca de 2 a 8% de gravidezes a nível mundial (ACOG, 2020a). Nos casos de pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica, o risco de complicações

maternas e perinatais é superior quando comparado a grávidas com pré-eclâmpsia isolada. Este dado é relevante, tendo em conta que cerca de 20% de mulheres com HTA desenvolvem pré-eclâmpsia (Kametas et al., 2022). A pré-eclâmpsia sobreposta a HTA crónica é caracterizada por um agravamento dos valores de pressão sanguínea, com difícil controlo farmacológico, início de proteinúria ou agravamento da proteinúria já existente (Banala et al., 2020).

De acordo com a ACOG (2020a), o diagnóstico de pré-eclâmpsia baseia-se na presença de pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg, monitorizadas em duas ocasiões com um intervalo de, pelo menos, quatro horas, em grávidas com mais de 20 semanas de gestação previamente normotensas. Alternativamente, o diagnóstico pode também ser feito perante valores de PAS iguais ou superiores a 160 mmHg e PAD iguais ou superiores a 110 mmHg. Para além destes critérios, é necessária a presença de proteinúria igual ou superior a 300 mg em urina de 24 horas, ou um rácio proteína/creatinina em urina ocasional igual ou superior a 0,3, ou ainda, na ausência de métodos quantitativos, a deteção de proteínas com valor igual ou superior a 1+ em teste químico de urina com fita reagente.

A pré-eclâmpsia resulta da falha na transformação fisiológica das artérias espiraladas e/ou de lesões vasculares placentárias, que conduzem à redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário, afetando diretamente a unidade feto-placentária. Essas alterações ocorrem geralmente no primeiro ou início do segundo trimestre, comprometendo a irrigação adequada da placenta. A consequente isquemia uteroplacentária pode provocar complicações como RCF, oligoâmnios, descolamento prematuro da placenta e alterações no padrão dos movimentos fetais (ACOG, 2020a; Graça, 2017).

Tendo em conta o caso clínico apresentado, um dos domínios que identifiquei foi “Sistema cardiovascular”, tendo como atividade diagnóstica a monitorização de pressão sanguínea. Assim, pelas 8h45, monitorizei a pressão sanguínea da Maria, obtendo o valor de 170/110 mmHg (avaliada no membro superior esquerdo, com a grávida em posição *semi-fowler*). Enunciei o

diagnóstico “Hipertensão”, com o objetivo associado de determinar evolução da pressão sanguínea. Para isso, implementei as intervenções de monitorizar a pressão sanguínea e vigiar os sintomas de agravamento associados (cefaleias, epigastria e/ou dor no hipocôndrio direito, perturbações na visão, edema generalizado e oligúria ou anúria (Graça, 2017)). Quando questionada sobre a presença desses sintomas, a Maria referiu sentir epigastria. Apresentava edema nos membros inferiores, mãos e face (sinal de Godet +++). De acordo com o Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019b), o EE-ESMO deve avaliar o bem-estar materno-fetal através dos meios clínicos e técnicos apropriados. A Maria afirmou que continuava a sentir os movimentos do Francisco de acordo com o padrão habitual, permitindo-me inferir a presença de bem-estar fetal, dado que foi confirmado através da interpretação de um traçado de *non-stress test* (NST). O NST desempenha um papel crucial na avaliação do bem-estar fetal, visto que permite, avaliar a resposta da FCF em resposta aos movimentos fetais, num contexto livre de fatores indutores de stress (Winata et al., 2025).

Consideram-se critérios de pré-eclâmpsia com fatores de gravidade a PAS igual ou superior a 160 mmHg e a PAD igual ou superior a 110 mmHg, monitorizadas em duas ocasiões, com um intervalo mínimo de quatro horas. Incluem-se ainda a trombocitopenia, definida por um valor de plaquetas inferior a 100 000 plaquetas/ml, e o comprometimento da função hepática, não explicado por outros diagnósticos, manifestando-se por concentrações sanguíneas anormalmente elevadas de enzimas hepáticas, bem como pela presença de dor epigástrica que não cede à medicação. A insuficiência renal é também um critério, caracterizada por creatinina sérica superior a 1,1 mg/dl ou pela duplicação do seu valor basal, na ausência de outras patologias renais. São ainda considerados o edema pulmonar, a cefaleia de início recente que não responde à medicação e não tem outra causa aparente, assim como as perturbações visuais (ACOG, 2020a).

Os valores de pressão sanguínea aferidos tinham sido superiores a 160/110 mmHg e, embora ainda não tivesse sido realizada uma segunda avaliação com

intervalo de quatro horas, a EE-ESMO comunicou à equipa médica os sinais e sintomas apresentados pela Maria.

Por indicação médica, foi realizada colheita de sangue (hemograma com plaquetas, aspartato aminotransferase, creatinina sérica, estudo da coagulação e haptoglobina) e administrada a seguinte terapêutica medicamentosa: Pantoprazol (40mg, via intravenosa) e Nifedipina (5mg, via oral). O pantoprazol é um benzimidazol substituído que inibe a secreção de ácido clorídrico no estômago através do bloqueio específico das bombas de prótons das células parietais (Infarmed, 2022). Neste caso em específico, foi administrado com vista a ter efeito terapêutico na epigastria.

Foi iniciado o protocolo hospitalar de doença hipertensiva da gravidez com critérios de gravidade. A indicação é para contactar a equipa de anestesia e neonatologia e transferir a grávida para a sala de partos. Apesar de ser esta a indicação no protocolo, a Maria manteve-se no internamento de grávidas de risco até ao momento de ir para o bloco operatório, devido à lotação do serviço de sala de partos.

Com uma análise crítica, reconheço que esta decisão, embora sustentada pelos rácios apresentados anteriormente, acarreta riscos significativos para todos os envolvidos. Na prática, a presença de apenas um EE-ESMO no internamento de grávidas de risco torna esta opção vulnerável. Perante uma eventual emergência com outra cliente, o EE-ESMO não conseguiria garantir simultaneamente a vigilância adequada à Maria e à grávida em situação crítica. Neste contexto, a solução encontrada passou por solicitar apoio à equipa de EE-ESMO presente no SUOG, permitindo assim a segurança dos cuidados.

Segundo o Regulamento nº391/2019, o EE-ESMO “coopera com outros profissionais no tratamento da mulher com complicações da gravidez, ainda que com patologia associada e/ou concomitante” (cit. OE, 2019b, p.13562). Considero que a articulação com a equipa médica e o trabalho multidisciplinar é crucial para a garantia da prestação de cuidados de excelência, cumprindo o

objetivo maior de todas os profissionais que têm aquela mulher como cliente dos seus cuidados: a sua máxima satisfação e segurança.

A OMS (2013) recomenda também o sulfato de magnésio como anticonvulsivante de primeira linha na prevenção da convulsão em mulheres com pré-eclâmpsia grave. O sulfato de magnésio exerce um efeito curarizante ao nível da placa neuromuscular, reduzindo a quantidade de acetilcolina libertada pelos impulsos nervosos. Desta forma, diminui a excitabilidade do córtex cerebral e eleva o limiar convulsivo.

Também Poon et al. (2021), recomenda o uso de sulfato de magnésio para prevenir a eclâmpsia em mulheres com pré-eclâmpsia que apresentem pressão sanguínea $\geq 170/110$ mmHg e proteinúria $\geq 3+$, ou pressão sanguínea $\geq 150/100$ mmHg, proteinúria $\geq 2+$ e sinais ou sintomas neurológicos de eclâmpsia iminente. Assim, em situações de doença hipertensiva na gravidez com critérios de gravidade e quando se prevê parto pré-termo, recomenda-se a administração de sulfato de magnésio 4g em 100ml de soro fisiológico, via intravenosa, com ritmo de perfusão de 250 ml/h, como dose carga e, de seguida, é administrado 1 a 3 g por hora, via intravenosa, que deve ser mantido até 24 a 48 horas após o parto ou após a última convulsão. A administração da dose de manutenção só poderá ser realizada após avaliação da presença de reflexo rotuliano, frequência respiratória superior a 12 ciclos por minuto e débito urinário superior a 25 ml/h (OMS, 2013). O ACOG (2010) destaca ainda que a administração de sulfato de magnésio tem potencial para reduzir o risco de paralisia cerebral em recém-nascidos prematuros.

Tendo em conta que já tinha sido iniciado o protocolo de administração de sulfato de magnésio e a indução da maturação pulmonar já havia sido realizada nos dois dias anteriores, procedeu-se à vigilância e monitorização do estado clínico da Maria e do Francisco. Foi inserido mais um cateter venoso periférico, tendo disponíveis dois acessos funcionantes, caso necessário. Foi monitorizado o débito urinário horário da Maria, monitorizada pressão sanguínea também horária e mantida a vigilância de sinais e sintomas de pré-eclâmpsia severa. No que diz respeito à vigilância do bem-estar fetal, esta é

assegurada através da vigilância do padrão de movimentos fetais e da realização de CTG contínua.

Cuidar da mulher, que é cliente dos nossos cuidados, implica considerar o domínio da “emoção”, pois só através da sua valorização e abordagem adequada podemos assegurar o bem-estar materno, especialmente em contextos marcados por tensão e incerteza, como aquele que a Maria vivencia.

De acordo com o ICN (2019), a emoção é entendida como “sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou desagradáveis, expressos ou não expressos; podendo intensificar-se em situações de stresse ou doença.” Por sua vez, e de acordo com a mesma fonte, a ansiedade é caracterizada como uma “emoção negativa, manifestada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia.” De facto, Smorti et al. (2021) indicam que mulheres hospitalizadas por gravidez de alto risco apresentam maior propensão a desenvolver sintomas de ansiedade.

Ao longo do turno, face ao diagnóstico de ansiedade, foi essencial estabelecer uma relação terapêutica com a Maria e implementar intervenções com impacto na redução dos níveis de ansiedade. Foram implementadas as intervenções escuta ativa e presença.

A comunicação terapêutica caracteriza-se por ser intencional e consciente, tendo como finalidade estabelecer uma interação significativa com a pessoa a quem prestamos cuidados. Esta forma de comunicação, que se expressa tanto por meio verbal como não verbal, visa promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, centrando-se na individualidade de cada pessoa (Coelho & Sequeira, 2014).

Phaneuf (2005) e Bolander (1998) defendem que a relação terapêutica se constitui como uma relação de ajuda, sendo ambas indissociáveis no contexto dos cuidados de enfermagem. Nesse sentido, é através da comunicação terapêutica que se estabelece a base para a construção de uma relação

terapêutica, que assume um carácter de ajuda ao promover o bem-estar da pessoa cuidada.

Um dos princípios orientadores na conceção dos cuidados por parte do EE-ESMO é a comunicação, sendo que a comunicação clínica entre o EE-ESMO e a cliente constitui um fator crítico para o sucesso da intervenção (PQCEESMO, 2021). De facto, “a comunicação é a base da relação terapêutica” (cit. PQCEESMO, 2021, p.17). No caso em análise, considero que a relação estabelecida foi particularmente intensa, tendo em conta o estado de vulnerabilidade vivido pela Maria. A presença contínua ao longo de um dia especialmente exigente, revelou-se determinante para a sua estabilidade emocional e para a regulação das emoções negativas. Foi precisamente com base nesta relação de confiança que me foi possível recolher dados fundamentais, que sustentam os diagnósticos que apresentarei de seguida, aqueles nos quais considero ter tido uma intervenção verdadeiramente diferenciadora enquanto EE-ESMO.

Desde o momento em que foi identificado o primeiro valor de pressão sanguínea elevado, associado a epigastralgia, a Maria demonstrava sinais e sintomas de ansiedade face à iminência do parto, num contexto de parto-pré-termo e prematuridade do filho. Verbalizou: “a ansiedade tomou conta de mim. Parece que não consigo alterar a forma como me sinto”, não sendo capaz de reconhecer o impacto da manutenção de pensamentos positivos na gestão da ansiedade. Apesar de referir que sabia que o parto pré-termo era uma possibilidade, expressou que a aproximação concreta desse momento trouxe à tona a sua apreensão: “sinto-me angustiada porque não sei o que esperar. De repente é real.” A Maria partilhou ainda frases como “sinto o meu coração a bater muito rápido”, “e agora se alguma coisa não correr bem?” e “de repente, chegou o momento e sinto que não estava preparada”, revelando uma vivência emocional marcada pela ansiedade e pela dificuldade em relacionar os seus pensamentos com a intensidade dos sentimentos que experimentava.

Além disso, referia sentir-se ansiosa e inquieta, apresentando também sudorese na face palmar. Estes dados permitem identificar o diagnóstico “Ansiedade”. Com o objetivo de diminuir a ansiedade e promover o seu autocontrolo, instrui a técnica de relaxamento progressivo, visto que reduz a pressão sanguínea, a tensão muscular e os níveis de ansiedade, assim como, diminui a sensação de fadiga e promove uma sensação de bem-estar geral (Rajeswari & SanjeevaReddy,2019). Reforço que, quando foi enunciado este diagnóstico e implementadas as intervenções descritas, a Maria e o Francisco encontravam-se clinicamente estáveis.

Implementei a intervenção: Executar técnica de relaxamento. Para implementar a intervenção, assegurei um ambiente adequado, garantindo privacidade, ausência de ruídos e luminosidade regulada. Reforcei que poderia interromper o exercício a qualquer momento, caso se sentisse desconfortável. Após obter o seu consentimento, propus que inspirasse profundamente pelo nariz e expirasse lentamente pela boca, repetindo este padrão respiratório de forma contínua. Sugeri, então, que fechasse os olhos e os mantivesse assim, desde que se sentisse confortável, ao longo de todo o exercício. Iniciámos a sequência pedindo-lhe que contraísse todos os músculos da face, mantendo essa tensão durante cinco segundos, antes de os libertar. De seguida, orientei-a a elevar os ombros em direção ao pescoço, sustentando a contração pelo mesmo intervalo de tempo e, depois, aliviando. Prosseguimos com o gesto de fechar as mãos em punho e contrair os braços, apertando com intensidade, aguardando cinco segundos e relaxando em seguida. Pedi, então, que empurrasse as omoplatas uma contra a outra, mantendo a força, e depois aliviando lentamente. À medida que avançávamos, encorajei a Maria a concentrar-se nos músculos faciais, permitindo-se sentir cada um deles a tornar-se flácido. Orientei a atenção para a região maxilar, sugerindo que relaxasse os músculos da face, afastasse ligeiramente os dentes e deixasse a língua repousar livremente no interior da boca. Incentivei-a ainda a soltar o pescoço, permitindo que caísse suavemente para um lado e para o outro, promovendo a sensação de libertação. Para finalizar, pedi-lhe que tomasse

consciência da leveza na parte superior do corpo e se permitisse experienciar essa sensação de alívio. Gradualmente, convidei-a a abrir os olhos.

Associado ao diagnóstico Ansiedade e, numa perspetiva de complementaridade, enunciei o diagnóstico “Potencial para melhorar a consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade”, visto que a Maria não estava a ser capaz de relacionar os pensamentos positivos com a autogestão da ansiedade.

A consciencialização está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma transição. É o reconhecimento da instabilidade, do que está a mudar e ficará diferente, ou seja, do que está a acontecer e das suas consequências no futuro. É saber o que determinado acontecimento provoca em nós e como provoca. Esta noção de consciencialização é fundamental para a transição, visto que se um indivíduo não reconhecer que algo está a acontecer com ele, dificilmente estará envolvido no seu processo de transição. Adicionalmente, é de notar que o processo de consciencialização não é instantâneo, a pessoa vai-se “consciencializando” à medida que vai vivendo e integrando as mudanças e diferenças (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Meleis, 2018).

Neste caso específico, a consciencialização refere-se ao reconhecimento intencional da relação entre dois fatores: os pensamentos positivos e o autocontrolo da ansiedade. É através dessa perceção consciente que a Maria poderá, potencialmente, utilizar os pensamentos positivos como estratégia para gerir a sua ansiedade. Assim, com objetivo de melhorar esta consciencialização, contratualizei com a cliente uma experiência indutora da consciencialização, negociando com ela a experiência de manter pensamentos positivos durante o período de uma hora, com posterior análise da relação entre o pensamento positivo e a ansiedade.

Aaron Antonovsky, sociólogo médico americano-israelita, dedicou grande parte da sua carreira ao desenvolvimento do Modelo Salutogénico da Saúde. Segundo Antonovsky (1979), a doença e o declínio para a desordem

constituem a norma, não a exceção. A saúde, por sua vez, resulta de um conjunto de processos homeostáticos autorregulados, que tendem a manter o equilíbrio do organismo, mas que são periodicamente desafiados por perturbações patológicas. O mesmo autor defende ainda que, os fatores stressores são omnipresentes, ou seja, afetam todos os indivíduos ao longo da vida. A presença de um fator stressor desencadeia um estado de tensão no organismo, cuja gestão determinará as suas consequências: estas podem ser benéficas, neutras ou patológicas, consoante a adequação e eficácia com que a tensão é resolvida. Os stressores podem ter origem tanto em fatores internos como externos ao indivíduo. Assim, quando o estado homeostático é perturbado, impõe-se ao organismo uma exigência que, por vezes, excede a sua capacidade de resposta. É neste ponto que entra o conceito central da teoria salutogénica: o modo como cada pessoa mobiliza os seus recursos para lidar com a tensão e restaurar o equilíbrio pode influenciar significativamente o seu percurso ao longo do continuum saúde-doença.

Apesar de ter identificado uma diminuição da tensão muscular e ausência de sudorese palmar, percebi que a Maria se encontrava agitada, tendo manifestado a sua preocupação quanto ao aspeto físico de um recém-nascido com a idade gestacional do Francisco, expressando o desejo de se preparar emocionalmente para o momento do parto/nascimento e para o que iria encontrar ao ver o seu filho pela primeira vez. A Maria referiu “gostava de saber com o que posso contar, como é que vai ser o aspeto físico dele e se vai ter de ir para a neonatologia”. Assim, com o objetivo de diminuir a ansiedade da Maria, enuncio o diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre as características do recém-nascido prematuro”. Tendo em conta a idade gestacional do Francisco (33 semanas e 1 dia) e atendendo ao facto de que é um feto com RCF, face ao diagnóstico “Potencial para melhorar o conhecimento sobre aparência do recém-nascido prematuro”, implementei a intervenção “ensinar sobre características do recém-nascido prematuro”.

Comecei por explicar à Maria que, visto que o Francisco iria ter uma idade gestacional inferior a 35 semanas, teria necessidade de ficar internado no

serviço de neonatologia, devido à sua maior dificuldade em adaptar-se fora do útero (SPN, 2016), reforçando que o hospital onde se encontrava, apresentava uma UCIN de referência. Referi que, apesar de os pulmões já se encontrarem preparados para iniciar a expansão pulmonar através da produção de surfactante, por ser prematuro, poderá ter maior probabilidade de desenvolver problemas respiratórios, devido à imaturidade deste órgão (SPN, 2016). Assim, expliquei à Maria a eventual necessidade de suporte na respiração que o seu filho, Francisco, poderia vir a necessitar.

Do mesmo modo, expliquei que, com esta idade gestacional, os órgãos do feto já estão completamente formados e os ossos estão mais endurecidos. Expliquei ainda que as unhas já cresceram o suficiente para chegar às pontas dos dedos e o cabelo já tem uma cor definida (Cardoso et al., 2023b). Alertei para o facto de o Francisco ter RCF, que ocorre quando o feto não atingiu o crescimento potencial para a sua idade gestacional (SPN, 2018), e tendo em conta o seu percentil 3, o seu peso estará provavelmente entre 1000g a 1500g (Sousa-Santos, 2016).

A visualização de imagens de recém-nascidos prematuros, com idade gestacional semelhante à do Francisco, permitiu à Maria construir uma representação mais realista de um bebé prematuro, substituindo assim a imagem do “filho imaginado” pela do “filho real”, promovendo, por essa via, a gestão de expectativas. Expliquei-lhe ainda que, no que diz respeito aos reflexos, nomeadamente o de sucção, este poderia estar pouco desenvolvido ou até ausente, tal como a coordenação entre a sucção, a deglutição e a respiração, o que poderia implicar a necessidade de recorrer à alimentação por sonda (SPN, 2016).

É de notar que considero que, em especial esta intervenção, poderia ter sido mais benéfica se realizada antecipadamente e não durante uma situação de agudização do quadro clínico. No entanto, reforço que neste momento a Maria e o Francisco estavam clinicamente estáveis e foi a Maria a solicitar estas informações, de forma a diminuir a sua ansiedade e aumentar a sua

preparação e conhecimento, condição que se revela facilitadora da transição (Cardoso, 2011; Meleis et al., 2000).

Note-se que o desconhecido é definido como a ausência de informação, seja qual for o nível de consciência. Por sua vez, a incerteza face ao desconhecido é uma resposta emocional a essa ausência de informação, apresentando-se como um processo cognitivo base para o desenvolvimento e a manutenção da ansiedade (Boswell et.al.,2013; Carleton, 2016; Clark & Beck, 2010).

As intervenções anteriormente descritas revelaram-se eficazes na diminuição da ansiedade de Maria, que verbalizou sentir-se mais calma, tranquila e confiante.

Existem, de facto, condições clínicas que antecipam um desfecho de parto pré-termo. As futuras mães e pais de bebés prematuros têm uma necessidade premente de informação sobre o que esperar após o nascimento. Contudo, quando este desfecho é previsível, a disponibilização antecipada de informação pode permitir que as mães e os pais a assimilem melhor, evitando o momento de maior stresse associado a uma hospitalização iminente numa unidade de cuidados intensivos neonatais.

Segundo Pizur-Barnekow et al. (2020), as mães e os pais valorizam especialmente a autonomia na aprendizagem, a oferta de conteúdos confiáveis e personalizados, como imagens do desenvolvimento fetal e estatísticas apresentadas de forma clara. Requerem ainda informações neutras, desprovidas de juízos de valor, e dados que não pressupõem crenças ou valores. Considero que antecipar estas necessidades e ajustar o momento da sua divulgação, evitando períodos de maior ansiedade e instabilidade da situação clínica, potencia a eficácia do apoio prestado. Acrescento que a realização de uma visita ao serviço de neonatologia, para que as mães e os pais possam conhecer o espaço, os profissionais e os sons típicos do ambiente, poderá contribuir para uma maior familiarização e tranquilidade. Entrar numa UCIN pela primeira vez, pode ser um choque, não só pela circunstância de

terem um filho doente, mas também pelo ambiente desconhecido e até assustador (SPN, 2016).

Considero que é nossa responsabilidade, enquanto EE-ESMO, manter uma visão global e abrangente dos cuidados, permitindo intervenção em processos físicos, emocionais, sociais, espirituais e psicológicos que estão presentes ao longo da gravidez. Não obstante a extrema importância do nosso mandato social na vigilância e monitorização relacionada com os processos físicos associados a complicações na gravidez, é crucial analisar o impacto que essa mesma complicação tem na transição, da mulher que é cliente dos nossos cuidados.

Durante o módulo de estágio de internamento de grávidas com complicações, foram vários os casos que exigiram a mobilização de conhecimentos e atuação no âmbito da saúde mental. No entanto, considero que, ao contrário dos outros casos, a rapidez com que as complicações associadas à gravidez da Maria se desencadearam, trouxe um desafio distinto ao processo de prestação de cuidados. Enquanto era imperativo assegurar a estabilidade clínica da mãe e do feto, emergia simultaneamente a necessidade de cuidar de uma mulher emocionalmente fragilizada, perante a imprevisibilidade da situação. Este contexto exigiu de mim um equilíbrio cuidadoso entre o *timing* das intervenções dirigidas à saúde mental e aquelas orientadas para o agravamento da pré-eclâmpsia.

3 CUIDAR A MULHER NO PERÍODO PÓS-PARTO

No que concerne às competências específicas do EE-ESMO, constantes no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019b), este cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade. Segundo o mesmo regulamento, o EE-ESMO deve promover a saúde da mulher e do recém-nascido no período pós-parto, concebendo, planeando, implementando e avaliando intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, especificamente à amamentação, e à recuperação pós-parto.

3.1 Contextualização do estágio

O estágio de internamento de puérperas e recém-nascidos, integrado na unidade curricular “Estágio de natureza profissional com relatório final”, teve uma duração total de 100 horas, decorrendo do dia 17 de janeiro a 14 de fevereiro de 2025, num hospital central da zona Norte.

A nível físico e estrutural, o serviço de internamento de puérperas, encontra-se próximo das restantes valências do serviço de obstetrícia, nomeadamente a urgência, a sala de partos e o serviço de internamento de grávidas de risco, o que facilita a articulação entre toda a equipa.

É composto por vinte quartos individuais, com casa de banho privada, conferindo privacidade à família. Adicionalmente, cada quarto conta com banheira e zona muda fralda, destinado aos cuidados de higiene ao bebé, permitindo a sua prestação no próprio quarto. Cada puérpera pode ter um acompanhante presente desde o momento da admissão na urgência ou sala de partos até ao momento da alta. São ainda permitidas visitas em horário estipulado, inclusive está contemplada a visita de crianças. Considero este fator muito positivo pois permite à puérpera incluir o filho mais velho, se for

o caso, neste processo que adquire agora novos contornos para todos. As recentes instalações físicas promovem privacidade e conforto das mães e dos pais, promovendo uma maior disponibilidade emocional para se dedicarem a todas as transformações e aprendizagens inerentes a este período.

A equipa de enfermagem do serviço de puérperas é composta por EE-ESMO e enfermeiros generalistas. No serviço de internamento de puerpério, a equipa de enfermagem trabalha de acordo com o método de trabalho individual, ou seja, cada enfermeiro é responsável pelos seus clientes de cuidados, elaborando o seu plano de cuidados e cumprindo-o durante o seu turno. No turno da manhã estão presentes quatro enfermeiros, enquanto no turno da tarde e da noite estão presentes três enfermeiros.

De acordo com o Parecer n.º 43/2019 (MCEESMO, 2019), o serviço de internamento de puerpério deve cumprir o rácio de 1:3 quando puerpério patológico e 1:6 quando puerpério normal. Está ainda expresso no mesmo documento que, à semelhança do serviço de internamento materno-fetal, o serviço de internamento de puérperas deve ser assegurado exclusivamente por EE-ESMO.

Tal como enunciei anteriormente, isto não acontece no serviço no qual tive experiência. Apesar de ser assegurada a presença de, pelo menos, um EE-ESMO em cada turno, considero que os clientes dos cuidados beneficiariam da intervenção por parte do EE-ESMO, uma vez que este profissional, conforme definido no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019b), detém competências específicas e diferenciadas que visam a promoção da saúde sexual e reprodutiva, a assistência pré-natal, a assistência ao trabalho de parto e o acompanhamento no período pós-parto, tanto à puérpera como ao recém-nascido.

As intervenções implementadas são sempre centradas na pessoa que é a maior beneficiária dos cuidados do EE-ESMO, a mulher, que é um ser individual com dignidade e com vontade própria e com direito a autodeterminar-se. Estas competências traduzem-se numa intervenção mais qualificada, personalizada

e promotora da segurança e do empoderamento da mulher e da sua pessoa significativa ao longo do ciclo reprodutivo.

Quando está lotado, o serviço tem um total de vinte quartos, correspondendo a uma lotação máxima de 20 puérperas e 20 recém-nascidos. No turno da manhã, cada enfermeiro é responsável por cinco puérperas e, em média, cinco recém-nascidos. Por sua vez, no turno da tarde e da noite, cada enfermeiro tem ao seu cuidado seis puérperas e, em média, seis recém-nascidos. Com um olhar crítico, considero que em alguns turnos, com a presença de puérperas com um processo de puerpério patológico, a gestão de cuidados é desafiante. O tempo dedicado a estas puérperas é superior e pode ser um desafio garantir a excelência de cuidados a todas as outras puérperas e recém-nascidos.

Ao longo do tempo que desenvolvi as minhas competências como futura EE-ESMO no internamento de puerpério, contactei com cerca de 100 puérperas, sendo que 40 delas experienciavam um puerpério patológico. Foram clientes dos meus cuidados mulheres que não tinham os seus filhos com elas, por morte neonatal ou por complicações fetais ou neonatais, bem como mulheres cujos filhos se encontravam internados no serviço de neonatologia.

3.1.1 O puerpério como um período de transição

O termo puerpério é utilizado para designar o período no qual a mulher apresenta um conjunto de alterações físicas e psicológicas com o objetivo de retornar ao estado próximo do pré-gravídico, sendo que este período se inicia imediatamente após a dequitação e estende-se até seis a oito semanas pós-parto (OMS, 2022a).

De acordo com Graça (2017), o puerpério é subdividido em puerpério imediato, precoce e tardio. O puerpério imediato corresponde às primeiras 24 horas pós-parto; o puerpério precoce diz respeito à primeira semana pós-

parto, enquanto o puerpério tardio compreende o período entre a primeira semana e as seis semanas pós-parto.

De acordo com a OMS (2022a), considerando os valores a nível mundial, as taxas de mortalidade e morbilidade materna e neonatal mantêm-se altas. A garantia de prestação de serviços de qualidade à puérpera e ao recém-nascido durante este período, contribuem para alcançar alguns dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, nomeadamente a redução da taxa de mortalidade materna e o término de mortes evitáveis de recém-nascidos. O alcance destes objetivos reside na prestação de cuidados respeitosos e assentes na mais recente evidência científica.

No serviço de internamento de puerpério são recebidas as puérperas sensivelmente duas horas após o parto, bem como o recém-nascido, caso não necessite de internamento no serviço de neonatologia. Durante o período de internamento, o EE-ESMO organiza o seu plano de cuidados de forma a garantir uma avaliação cuidada da recuperação pós-parto da puérpera, bem como assegurar o *continuum* de cuidados no âmbito do autocuidado pós-parto e da adaptação à parentalidade.

A transição para a parentalidade, que se inicia durante a gravidez, resulta de uma interrupção do *status quo*, havendo necessidade de integrar um novo papel, associado à chegada de um bebé. Tal como abordado no capítulo anterior, este período de instabilidade poderá ser caracterizado por sentimentos como ansiedade, stresse, irritabilidade e incerteza (Chick & Meleis, 1986).

A transição para a parentalidade, entendida como uma transição desenvolvimental, é influenciada pela preparação, pelos conhecimentos e pelas competências da grávida, que podem atuar como fatores facilitadores ou inibidores desse processo (Chick & Meleis, 1986).

Assim, enquanto EE-ESMO, importa avaliar a consciencialização, o envolvimento, a capacidade do indivíduo de se sentir ligado a este processo que está a viver e, posteriormente, perceber se houve obtenção de mestria e

se este seu novo papel foi integrado de forma fluída na sua identidade. É nosso papel, avaliar, identificar os diagnósticos e definir objetivos e intervenções, de forma a promover o autocuidado pós-parto e a adaptação à parentalidade e facilitar a vivência desta transição da forma mais saudável possível.

3.1.2 A transição para a parentalidade

A parentalidade é definida como

“tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados” (ICN, 2019).

A adaptação à parentalidade corresponde a um conjunto de comportamentos que visam o ajustamento a esta nova fase que vivenciam, nomeadamente com a melhoria de conhecimento e de capacidade nas várias competências parentais. Este é um processo iniciado ainda na gravidez e que se estende até ao período pós-parto.

Apesar de todos os maiores esforços por parte do EE-ESMO para que as intervenções no âmbito da adaptação à parentalidade durante o período da gravidez sejam o mais eficazes possível, é no período pós-parto, com o seu filho nos braços, que a mãe e o pai se confrontam com o verdadeiro desafio. De facto, “depois do nascimento de um filho, a vida da mãe e do pai nunca mais será a mesma” (cit. Cardoso, 2011, p.21). Aquela mulher e aquele homem passam a assumir um novo papel na sua vida: o de mãe e de pai. Especialmente quando se trata de um primeiro filho, estas duas pessoas

assumem um papel que nunca tiveram até então, com todos os sentimentos que estão envolvidos.

Após a minha experiência no serviço de internamento de puerpério, considero que uma das competências parentais mais desafiante para a maioria das mães e dos pais é a alimentação do recém-nascido. Os enfermeiros estão, de facto, numa posição privilegiada para desenvolver competências e autoeficácia parentais (Sink, 2009).

Um estudo descritivo e longitudinal realizado por Sink (2009), teve como objetivo identificar quais os temas e fontes de informação procuradas pelas recém-mães. Este estudo contou com a participação de 89 puérperas entre as duas e três semanas após o parto e permitiu avaliar quais os temas das questões que as mulheres colocavam. Constatou-se que apesar de terem frequentado programas e consultas durante o período pré-natal, as mulheres necessitavam de procurar informação em diversas fontes de forma a responder eficazmente às necessidades do seu recém-nascido. Neste estudo, é ainda perceptível que o tema da alimentação corresponde a cerca de um terço das questões realizadas pelas mães, sendo que 50% destas questões estavam relacionadas com a amamentação.

De facto, estas conclusões vão ao encontro daquilo que percebi durante a minha experiência no serviço de internamento de puerpério. O conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido, sinais de fome e saciedade, lactação e pega adequada bem como a capacidade para amamentar eram focos da nossa atenção ao longo de todos os turnos.

Tendo em conta todas as díades com quem contactei, considero que alguns fatores influenciam o processo de lactação e mais especificamente o de amamentação. Um desses fatores é o tipo de parto. Li et al. (2021) realizaram uma revisão de literatura, com o objetivo de perceber qual a influência do parto por cesariana na amamentação. Concluíram que este é associado a mais dificuldades e barreiras na amamentação, nomeadamente o atraso do início e a diminuição da duração da amamentação. Por sua vez, Ulfa et al. (2023),

realizaram uma meta-síntese com o objetivo de perceber qual a influência da cesariana na experiência de amamentação da mulher. Para isso, analisaram estudos qualitativos publicados entre 1990 e 2022 nas diferentes bases de dados, resultando num total de 194 experiências de mulheres que foram submetidas a cesarianas. Concluíram que existem, de facto, mais barreiras à amamentação quando ocorre parto distócico por cesariana, no entanto, o conhecimento sobre o mecanismo específico de amamentação e a prestação dos melhores cuidados por parte dos profissionais de saúde, após a cesariana, nomeadamente o contacto pele com pele são fatores que diminuem as barreiras ao processo de amamentação após a cesariana.

Durante o tempo em que permaneci no serviço de puerpério, constatei precisamente o enunciado nos resultados destes estudos, isto é, as puérperas que tinham tido um parto distócico por cesariana apresentavam, no geral, mais limitações e desafios na amamentação. Esta dificuldade devia-se, não só a fatores hormonais, mas também à dificuldade na mobilização e adoção de diferentes posições para amamentar relacionada com a dor por ferida cirúrgica abdominal. No entanto, percebi que ter uma experiência anterior de amamentação e/ou apresentarem conhecimento sobre amamentação adquirido previamente durante o período pré-natal, a realização de contacto pele com pele e a amamentação na primeira hora de vida constituíam, por si só, fatores facilitadores.

Numa fase tão inicial do processo de amamentação são vários os desafios que surgem para algumas mulheres e recém-nascidos, cabendo-nos a nós enquanto EE-ESMO, capacitar aquela mulher de forma que esta consiga, posteriormente, dar respostas às necessidades do recém-nascido. Contactei com algumas situações que considerei mais desafiantes, nomeadamente recém-nascidos que apresentavam reflexo de sucção débil.

Todos os mamíferos partilham a capacidade neurocomportamental para fazer sucção, sem necessitar da assistência da progenitora, sendo que esta capacidade é muito mais eficaz se, o trabalho de parto não for medicalizado e se o recém-nascido for imediatamente colocado em contacto pele com pele

na sua mãe, sem interferências exteriores, de forma que seja capaz de continuar o processo de lactogénese que havia iniciado ainda na gravidez.

O reflexo de sucção é desenvolvido *in útero* entre as 27 e as 28 semanas de gestação e envolve quatro pares de nervos cranianos para ser conseguido. Após o nascimento, quando o mamilo da mãe toca no espaço entre o lábio superior e o nariz do bebé, este, ativa o reflexo de abrir a boca, com a língua na parte inferior da boca, e faz uma ligeira hiperextensão da cabeça. Esta resposta automática faz com que a ponta da língua vá até à mama, abocanhando a aréola e selando essa zona, iniciando assim a sucção (Genna, 2023).

Na maioria dos casos, uma ligeira melhoria da posição da díade em conjunto com informação sobre este mecanismo fisiológico, era suficiente para que a díade iniciasse uma “dança perfeita”. No entanto, existiam alguns recém-nascidos que não evidenciavam prontidão nestes reflexos. Muitos desses casos estavam associados a partos instrumentalizados e medicados, constituindo um maior desafio para os cuidados. Para além destas situações, recém-nascidos com freio curto ou com alteração anatómica a nível maxilo-mandibular, tinham também mais dificuldade em mamar, havendo, por vezes, necessidade de referir para serviço médico de forma que as limitações anatómicas fossem corrigidas, permitindo depois a nossa atuação.

A avaliação do freio lingual nos recém-nascidos é fundamental, considerando a sua possível interferência no sucesso da amamentação (Araújo et al., 2020; Cordray et al., 2024). Durante o tempo em que me encontrei no serviço de internamento de puerpério, realizei a avaliação do freio da língua com base nos parâmetros descritos na Bristol Tongue Assessment Tool (Ingram et al., 2015). Esta ferramenta analisa a aparência da ponta da língua, incluindo a presença de forma em coração, eventual fenda ou aspeto arredondado; o local de fixação do freio na gengiva inferior; a elevação da língua durante o choro e a protusão lingual.

De facto, após a avaliação e identificação de alterações na anatomia e função do freio da língua, verificaram-se situações em que a equipa de pediatria realizou a frenectomia, alcançando, na maioria dos casos, sucesso na amamentação, que até então se apresentava como um desafio.

Considero crucial o conhecimento de cada uma das áreas que constituem o puerpério, nomeadamente a recuperação pós-parto, a adaptação à parentalidade e a deteção precoce de complicações no recém-nascido e na puérpera. No entanto, considero que o foco de atenção em que fiz mais a diferença na vida das mulheres e dos homens que acompanhei foi ao nível da promoção da autoeficácia.

O período pós-parto é tão transformador e avassalador, em especial o puerpério precoce, que por vezes as recém-mães e os recém-pais precisam de validação. A escuta ativa e o toque terapêutico, quando adequado e necessário, podem ser intervenções valiosas e com grande impacto no futuro daqueles mães e pais. É esta confiança e a relação terapêutica que se estabelece que contribuem para o sucesso nas outras intervenções que implementamos.

Recordo a situação de uma mulher, que estava naquele momento na condição de mãe pela primeira vez e que pretendia muito amamentar. Ao longo do turno tive a oportunidade de avaliar que a puérpera tinha conhecimento sobre os mais diversos temas da amamentação e o recém-nascido tinha reflexos eficazes, no entanto a amamentação estava a ser desafiante para ela. Promovi a proximidade terapêutica e ouvi atentamente, percebendo que a minha intervenção seria no âmbito da autoeficácia para amamentar. O conhecimento e as capacidades estavam presentes, no entanto, aquela mulher não acreditava que iria conseguir.

Bandura (1997) define a autoeficácia como a crença que cada indivíduo tem em si próprio, relativamente à sua capacidade para executar determinadas ações que conduzirão a resultados concretos. A autoeficácia é influenciada por quatro fontes principais de informação: as experiências anteriores; a

experiência vicariante, que consiste na observação do comportamento de outras mulheres e homens, permitindo que o indivíduo reformule a sua crença ao comparar-se com os outros; a persuasão social ou verbal; e, por fim, os estados emocionais e fisiológicos, que refletem a força ou vulnerabilidade sentida em cada momento (Cardoso et al., 2024).

No caso desta puérpera, uma vez que não existia qualquer experiência anterior de amamentação, a minha intervenção centrou-se na experiência vicariante, recorrendo como exemplo ao caso da sua prima que amamentou até aos 20 meses. Além disso, utilizei a persuasão social e verbal, reforçando o seu desempenho com elogios e promovendo o reforço positivo.

Após a implementação das intervenções, percebi a mulher mais relaxada e notei alterações na mamada. É esta a diferença do trabalho de um EE-ESMO: deter um vasto conhecimento e competências para conseguir avaliar, recolher dados, elaborar um diagnóstico, estabelecer objetivos e intervir de forma a alcançar os resultados previstos. Fazer tudo isto com a sensibilidade e o cuidado que o momento do pós-parto exige, é o grande desafio e também a maior beleza do nosso trabalho.

Durante o período pós-parto, a mulher experiencia um conjunto de desafios físicos e biopsicossociais, tais como as alterações corporais, hormonais e o assumir de um novo papel: o papel de mulher-puérpera (PQCEESMO, 2021; Santos et al., 2024). Trata-se, portanto, de um período particularmente suscetível e desafiante a nível psicológico.

Nesta fase, as puérperas podem experienciar sentimentos de irritabilidade, ansiedade, insónia, alterações de humor, diminuição da concentração, crises de choro e labilidade emocional (Graça, 2017). Estes sintomas caracterizam o que habitualmente é designado por *postpartum blues* ou *baby blues*. O *baby blues* é considerado uma resposta normal no período pós-parto e caracteriza-se por esta labilidade emocional, nomeadamente pelo choro sem razão aparente. Esta condição tem o seu início habitualmente durante a primeira semana após o parto e resolve-se naturalmente até aos 10 a 12 dias após. Está

presente em cerca de 85% das puérperas e a sua persistência é considerada fator de risco para o desenvolvimento de depressão (O'Hara & Wisner, 2014).

De acordo com Das et al. (2021), a ansiedade e o stresse são fatores comuns nas mulheres em pós-parto e que são habitualmente negligenciados. De facto, na minha observação, tive oportunidade de identificar algumas situações de *baby blues*, o que após a identificação de potencial para melhorar o conhecimento sobre recuperação pós-parto: *baby blues*, a intervenção consistiu em explicar que é um processo transitório e comum a tantas outras mulheres, associando à intervenção de ensinar sobre saúde mental no pós-parto a escuta ativa e o toque terapêutico, quando adequado.

Na escolha do caso a analisar em contexto dos cuidados à mulher no pós-parto, tive em consideração a relevância da saúde mental neste período e a importância da intervenção do EE-ESMO.

3.2 Caso Clínico: Cuidar a puérpera sem o filho no colo

A Sofia⁴ tem 31 anos, foi a sua segunda gestação, mas o primeiro parto, tendo realizado uma interrupção voluntária da gravidez em 2018 (índice obstétrico: IIIGIP). Encontra-se nas primeiras 24 horas após um parto distócico por ventosa, com início induzido com prostaglandinas às 41 semanas e 1 dia. Durante o período expulsivo e o período imediatamente pós-parto ocorreram algumas complicações, nomeadamente distocia de ombros e atonia uterina. O Artur⁵ nasceu com 3420g e com índice de APGAR de 6/8/9 ao 1.º, 5.º e 10.º minuto, respetivamente. O recém-nascido mamou na primeira hora de vida. Já após se encontrarem no serviço de puerpério, durante o turno da noite, o Artur apresentou sinais de dificuldade respiratória e houve necessidade de ser internado no serviço de neonatologia.

⁴ Nome fictício

⁵ Nome fictício

O contacto com a Sofia ocorre no turno da manhã, ainda nas primeiras 24 horas após o parto e quatro horas após o Artur ter sido internado no serviço de neonatologia. A Sofia encontra-se acompanhada pelo seu marido, o Paulo⁶. É o primeiro filho de ambos.

A Sofia tem como antecedentes pessoais obesidade classe 2 e depressão, tendo como medicação habitual a venlafaxina. O seu grupo sanguíneo é A, fator Rhesus negativo e o grupo sanguíneo do Artur é A, fator Rhesus positivo. A Sofia apresenta uma ferida cirúrgica na zona perineal (por episiotomia).

De acordo com a OMS (2022a), uma das recomendações para que a experiência pós-natal seja positiva é a realização da avaliação fisiológica da puérpera. Esta avaliação deve ser iniciada logo após o parto e continuar ao longo das primeiras 24 horas. Deve incluir a observação da perda hemática por via vaginal, da contração e involução uterina, da temperatura corporal e da frequência cardíaca. No que respeita à pressão arterial, esta deve ser monitorizada imediatamente após o parto, sendo que, se a puérpera estiver normotensa, a próxima avaliação deverá ocorrer seis horas depois. Durante este período, é igualmente importante vigiar a eliminação urinária e intestinal, a ferida perineal e a dor.

Tal como enunciado no caso, o parto e o pós-parto da Sofia foi marcado por algumas complicações. Está descrito no processo clínico ter ocorrido uma distócia de ombros. A distócia de ombros é uma emergência obstétrica imprevisível que coloca a mulher grávida e o feto em risco de lesão. Ocorre quando o ombro anterior do feto fica retido atrás da sínfise púbica materna (ACOG, 2017). O prognóstico fetal e materno será dependente da gravidade das complicações que possam vir a desenvolver. Além disso, no pós-parto foi detetada uma atonia uterina, ou seja, uma incapacidade do útero em manter-se contraído, ocorrendo uma hemorragia pós-parto. De acordo com a OMS (2012), a hemorragia pós-parto é definida pela perda de 500ml ou mais de sangue nas primeiras 24 horas após o parto.

⁶ Nome fictício

A minha avaliação da recuperação pós-parto da Sofia realizou-se considerando estes fatores e, por isso, havendo um especial destaque para a avaliação da pele e mucosas, involução uterina e perda sanguínea.

Quando tive o primeiro contacto com a Sofia, observei que esta apresentava a pele e mucosas coradas e hidratadas. A avaliação da involução uterina foi realizada através da palpação da contratura uterina, bem como do seu posicionamento relativamente ao abdómen. Constatei que o útero da Sofia estava contraído e numa posição infra-umbilical. Após 12 horas do momento do parto, é esperado que o útero se encontre ao nível peri-umbilical, enquanto, passadas 24 horas, é expectável que se localize na região infra-umbilical (Sequeira et al., 2020). Desta forma, constatei que, no que diz respeito à involução uterina, a Sofia apresentava-se dentro do expectável.

Relativamente à perda sanguínea, verifiquei que esta era em quantidade moderada, hemática e sem presença de coágulos. A perda sanguínea inicia-se após a dequitação e resulta da regeneração do endométrio, denominando-se lóquios. É expectável que nesta fase inicial apresentem uma cor avermelhada (*lochia rubra*) e tenham uma quantidade moderada a abundante, sendo essencialmente constituídos por eritrócitos e fragmentos da decídua (Graça, 2017).

A avaliação da perda sanguínea foi realizada através do método visual e era esse que vigorava em todo o serviço, no entanto, faço uma reflexão sobre a subjetividade deste método em situações, tais como as da Sofia, em que existe maior risco de complicações. De acordo com a ACOG (2019), a medição através da pesagem da perda de sangue demonstra ser mais exata do que a estimativa visual na determinação da perda de sangue no pós-parto. Os estudos que compararam a estimativa visual com a medição quantitativa concluíram que a estimativa visual tem maior probabilidade de subestimar a perda de sangue real quando os volumes são elevados e de sobrestimar quando os volumes são baixos (Andrikopoulou & D'Alton, 2019; Natrella et al., 2018). Os estudos realizados com o objetivo de avaliar a eficácia dos métodos quantitativos em comparação com os métodos visuais demonstraram que os

métodos quantitativos são mais eficazes do que os métodos visuais (Al Kadri et al., 2011; Lertbunnaphong et al., 2016; Rubenstein et al., 2018). Considero, portanto, que a capacidade visual para avaliar a perda sanguínea é uma competência que requer, não só conhecimento, mas também experiência.

Ainda consequente desta hemorragia pós-parto, foi realizada, de acordo com prescrição médica, colheita de sangue para aferir os valores de hemoglobina. Durante o período pós-parto, é considerado anemia um valor de hemoglobina inferior a 10g/dL (Areia et al., 2019). Durante o turno da manhã verifiquei que a Sofia apresentava uma hemoglobina de 9,4g/dL, sendo que, por indicação médica, foi administrado Carboximaltose férrica 1000mg intravenoso.

A carboximaltose férrica, Ferrinject ®, é uma solução coloidal do complexo de ferro, que foi concebida com o objetivo de fornecer ferro utilizável para a transferrina e a ferritina. É, portanto, um fármaco prescrito em casos de anemia por deficiência de ferro em adultos. A sua administração é realizada por via intravenosa, tendo como efeitos adversos possíveis náuseas, vômitos, cefaleias e/ou hipertensão arterial (Infarmed, 2014). Nenhum destes efeitos secundários foi verificado na Sofia.

A Sofia apresentava uma ferida perineal mediolateral resultante da episiorrafia da episiotomia. Ademais, apresentava edema no períneo. A episiotomia consiste numa incisão cirúrgica no períneo realizada habitualmente aquando do coroamento da apresentação fetal, com o objetivo de alargar o orifício vaginal, de forma a evitar lacerações perineais graves e/ou facilitar a expulsão fetal, nomeadamente em casos de sofrimento fetal (Luo et al., 2024). A presença de ferida perineal constitui um foco de dor, que deve ser tido em consideração no período pós-parto. Por esse motivo, no domínio das sensações somáticas a dor foi meu foco de atenção, sendo que a Sofia apresentava dor no períneo (nível 4, de acordo com a Escala Numérica da dor). A dor deve ser diminuída através da aplicação de pensos de gelo no períneo durante períodos de 20 minutos, anestésicos tópicos, bem como analgésicos e anti-inflamatórios não-esteróides orais (Schmidt, & Fenner,

2024). Assim, foi administrado Ibuprofeno 400mg via oral (de acordo com prescrição médica) e sugerida a colocação de embalagem de gelo no períneo, que a Sofia aceitou.

Tal como enunciado no caso, a Sofia apresenta grupo sanguíneo A, fator Rhesus negativo e o grupo sanguíneo do Artur é A, fator Rhesus positivo. O fator Rhesus é uma proteína que se encontra na superfície dos glóbulos vermelhos. Quando o sangue materno é fator Rhesus negativo e o do bebé é fator Rhesus positivo, ao entrarem em contacto um com o outro, o corpo materno desenvolve anticorpos. Habitualmente, numa primeira gravidez poderá não ser um problema, no entanto se ocorrer uma segunda gravidez, poderá implicar riscos para o feto. De forma a diminuir a prevalência deste acontecimento, é administrada gamaglobulina anti-D (Graça, 2017). Às 28 semanas de gestação, já tinha sido administrada à Sofia esta imunoglobulina que tem uma vida média de 16 a 23 dias. A sua administração deverá ser repetida nas primeiras 72 horas após o parto, caso se confirme que o recém-nascido é portador de fator Rhesus (Graça, 2017). Por esse motivo, administrei 300 µg de gamaglobulina anti-D, via intramuscular.

Ainda no plano de cuidados concebido para a Sofia, considerei o conhecimento sobre os cuidados de higiene perineal como foco da minha atenção, visto que a Sofia apresentava o mesmo penso higiénico há cerca de 10 horas e quando questionada sobre quais os cuidados que deveria ter consigo própria no período pós-parto, nomeadamente a nível de higiene perineal, afirmou não saber. Assim, enunciei o diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre autocuidado pós-parto” e com o objetivo de promover autogestão da recuperação pós-parto, avaliei a evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto e ensinei sobre higiene perineal. Para isso, expliquei que deve mudar regularmente o penso absorvente e deve manter a zona perineal limpa e seca, sendo que a lavagem deve ser realizada com água corrente morna no sentido ântero-posterior (Lowdermilk et al., 2008).

No turno em que estive com a Sofia, o Artur já se encontrava internado na Neonatologia. Percebi logo no início da nossa interação que este era o maior foco da sua preocupação. Sem eu questionar, a Sofia teve necessidade de me contar o seu parto, descrevendo com palavras como “confuso” e “aflitivo”. Relatou que “tinha muitas pessoas na sala que me explicaram o que não estava bem, eu percebi tudo, mas foi aflitivo”. Afirmou ainda que percebeu imediatamente quando o Artur nasceu que “ele não estava bem, eu percebi e conseguia sentir”. Rematou com uma frase que repetiu algumas vezes durante a interação: “sinto que nada está bem, nada está a ser como seria suposto”. Quando abordei as primeiras horas do Artur e a possibilidade de terem estado os dois juntos, a Sofia referiu que “foi um momento bom, mas percebemos depois que alguma coisa não estava bem, ele não conseguia respirar bem sozinho e teve de ser internado. Ele não estava bem. Aliás, não está bem, ele está doente”.

Percebi pelo discurso da Sofia que, apesar do Artur estar internado na neonatologia por uma questão que, à partida, seria transitória, ela não o sentia da mesma forma. Durante o tempo que contactei com a Sofia constatei que para ela, o internamento do filho na neonatologia era o culminar de um processo que correu exatamente ao contrário daquilo que ela esperava e tinha imaginado e, apesar do Artur ser um bebé saudável, sem nenhuma condição que afete a sua vida futura, a Sofia sentia que o filho não era saudável. Solicitou, inclusive, que fosse retirado o nome do filho da porta do quarto e afirmou que sentia um vazio por não ter o filho nos braços, como as outras mães tinham. Percebi ainda que os sentimentos que predominavam eram de tristeza, preocupação e perda, no entanto, de acordo com a minha percepção, pareciam desajustados àquela que era a realidade. Foi por este motivo que admiti que estava perante um processo de luto do filho imaginado, porque, de facto, era assim que a mulher que eu tinha à minha frente se sentia, a lidar com uma perda.

Quando observamos uma família que experiencia uma gravidez que foi planeada e que se encontram envolvidos naquele processo, percebemos que

aquele bebé é sonhado e imaginado. Logo após o nascimento, se se deparam com uma condição de saúde do recém-nascido com o qual não contavam, têm necessidade de que ocorra uma “morte” simbólica, de forma a fazer o luto deste bebé que foi imaginado, e conseguirem conectar-se com o verdadeiro filho que nasceu (Batista & Bastião, 2022).

Os recém-nascidos são considerados um grupo de risco por poderem apresentar problemas de saúde, tais como prematuridade, baixo peso ao nascer, anomalias congénitas ou imaturidade de órgãos. Por isso, quando necessário, são internados em UCIN, para que, com todos os recursos necessários, o seu estado de saúde seja melhorado (Browne, 2004; Carter et al., 2007). Quando têm o seu bebé internado no serviço de neonatologia, a mãe e o pai experienciam sentimentos de stresse e de ansiedade, que são causados não só pela separação física do seu bebé, mas também, pelo impacto visual de ver o seu filho mais debilitado, frágil e pela imagem mental que fica gravada de o ver ligado a equipamentos e completamente vulnerável (Browne, 2004; Busse et al., 2013; Carter et al., 2007; Grosik et al., 2013).

É competência específica do EE-ESMO, de acordo com o Regulamento nº391/2019, conceber, planear, implementar e avaliar “medidas de suporte emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos” (OE, 2019b, p.13564). Assim, incluído no domínio da emoção, enuncio o diagnóstico “Luto do filho imaginado”, tendo como objetivo facilitar o processo de luto, pretendendo que a Sofia o vivencie da forma mais saudável possível. Para isso, procurei gerir o ambiente de forma a promover a proximidade ao serviço de neonatologia, garantindo a privacidade e facilitando o envolvimento e apoio emocional por parte da pessoa significativa para a Sofia.

Durante a manhã, houve necessidade de o marido da Sofia se ausentar. Verifiquei que esta situação a deixou apreensiva, tendo referido que não queria ficar sozinha e questionado se a irmã poderia vir acompanhá-la, desejo que foi prontamente autorizado. A presença de uma rede de apoio familiar é crucial num processo de perda (Koopmans et al., 2013). Além disso, o envolvimento da pessoa significativa no processo de cuidados constitui

enunciados descritivos definidos no PQCEESMO (2021), integrado na satisfação do cliente. Assim, a autorização para a troca de acompanhante, permitindo a presença da irmã durante o período da ausência do marido, revelou-se muito importante para a Sofia.

Adicionalmente, promovi a ligação mãe-filho através do incentivo às visitas ao serviço de neonatologia e da valorização de aspetos positivos do recém-nascido. Verifiquei, igualmente, que a Sofia demonstrava necessidade de conversar sobre as informações transmitidas pela equipa de neonatologia relativamente ao seu filho, de forma a clarificar aspetos que a preocupavam.

O internamento de um filho no serviço de neonatologia pode causar alterações no sono dos pais. Um estudo transversal conduzido por Lebel et al. (2022) teve como objetivo identificar os fatores associados à qualidade do sono das mães com bebés internados por duas semanas ou mais. A amostra contou com 132 mães e os resultados revelaram que as perturbações do sono estavam positivamente correlacionadas com níveis elevados de stress (coeficiente de correlação de Pearson [r] = 0,40), sintomas depressivos (r = 0,51) e comportamentos de extração de leite materno (r = 0,23). Acresce ainda que, mães que apresentavam sintomas depressivos significativos, maior frequência de presença no serviço de neonatologia e que tinham outros filhos em casa demonstraram maior probabilidade de distúrbios do sono clinicamente relevantes. Tendo em conta estes resultados, considerei fundamental incentivar e promover a recuperação física no pós-parto, assim como a gestão adequada do repouso, tendo em conta o cansaço físico e emocional decorrente das constantes deslocações ao serviço de neonatologia.

Tal como descrito no caso, a Sofia tem o diagnóstico de depressão prévio à gravidez, sendo inclusive medicada com venlafaxina. A venlafaxina é um medicamento antidepressivo, inibidor da recaptação da serotonina-norepinefrina, utilizado no tratamento de depressão *major* e perturbações de ansiedade generalizada, ansiedade social e perturbação de pânico. Tem o seu início de ação duas semanas após a primeira toma, atingindo o pico de ação entre as duas e quatro semanas. A duração do efeito da medicação é

desconhecida. Para o tratamento de depressão *major*, a dose habitual é de 75mg via oral (Vallerand & Sanoski, 2021), correspondente àquela que a Sofia tomava. Medicamentos como os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) e os inibidores da recaptação da serotonina-norepinefrina (IRSN) são considerados tratamentos farmacológicos de primeira linha para a depressão (Marks et al., 2021).

Marks et al. (2021) desenvolveram um estudo coorte retrospectivo que tem como objetivo comparar os efeitos da toma individual de antidepressivos com os resultados neonatais. Este estudo abrangeu uma população de mulheres a quem tinha sido prescrito antidepressivos desde os três meses antes da conceção até ao momento do parto. Os resultados revelaram que os recém-nascidos expostos a venlafaxina, apresentaram uma maior taxa de taquipneia transitória do recém-nascido (18,2%), comparativamente a outros fármacos antidepressivos. No entanto, a duloxetina e o escitalopram apresentam as maiores associações a síndromes de dificuldade de adaptação do recém-nascido à vida extrauterina e a internamentos na UCIN.

A depressão pós-parto define-se como uma depressão que é diagnosticada no primeiro ano após o parto, não podendo ser dissociada da tradicional depressão (Graça, 2017).

De acordo com Das et al. (2021), mulheres que têm os seus filhos recém-nascidos admitidos no serviço de neonatologia estão emocionalmente vulneráveis e têm mais probabilidade de vir a desenvolver sintomas de depressão. Num estudo realizado por estes autores, colocou-se a hipótese de que uma mulher com história prévia de depressão pudesse ter mais risco de desenvolver depressão pós-parto e outras perturbações relacionadas com o stresse. Para isso, realizaram um estudo prospetivo durante nove meses, onde analisaram um grupo de 96 mães de recém-nascidos que tivessem estado internados na neonatologia durante um mínimo de sete e um máximo de 29 dias. Concluíram que a história prévia de depressão era fator de risco para vir a desenvolver depressão pós-parto.

Levinson (2022), afirma que aproximadamente 15% das mulheres em pós-parto experienciam depressão pós-parto, no entanto este valor aumenta para 40% quando se trata de mulheres com filhos internados na neonatologia. Os mesmos autores acrescentam ainda que, ter história prévia de depressão aumenta a probabilidade de vir a desenvolver depressão pós-parto.

Durante o meu estágio tive oportunidade de ter conhecimento do “*Be a mom*”, um projeto que está a ser implementado em fase piloto no hospital onde desenvolvi o estágio. O *Be a Mom* é um programa *online* português de intervenção psicológica baseado na terapia cognitivo-comportamental, desenvolvido para apoiar a saúde mental das mulheres no período pós-parto. Estruturado em cinco módulos interativos, o programa oferece conteúdos multimédia e exercícios que ajudam a lidar com emoções, pensamentos e desafios da maternidade. Importa que todos os profissionais de saúde que contactem diretamente com puérperas estejam alerta para a fragilidade da saúde mental nesta fase da vida. Considerei um projeto pertinente, com potencial para apresentar resultados benéficos na saúde mental no pós-parto.

A Sofia afirmou que pretendia amamentar o Artur, inclusive amamentou-o na primeira hora de vida, após o recém-nascido ser estabilizado. De acordo com a OMS e a UNICEF (OMS & UNICEF, 2018), a amamentação é recomendada, em exclusivo, desde o nascimento até aos seis meses de vida do bebé.

Caso a puérpera deseje amamentar o seu filho, durante o período em que este está internado na neonatologia, e numa abordagem conjunta com a equipa de neonatologia, deverá ser incentivada a estimulação da lactação. Em alguns casos de internamentos na neonatologia, nomeadamente o caso da Sofia e do Artur, as mães não podem amamentar diretamente o recém-nascido, por situação clínica do bebé, no entanto é recomendado que realizem extração de leite materno e este será oferecido com recurso a dispositivos (Gad et al., 2021).

Nesta situação e tendo em conta a expressa vontade de aleitar o seu filho, importa perceber qual o efeito da venlafaxina no processo de lactação. O

efeito dos IRSN na lactação não tem sido tanto objeto de estudo quando comparado ao efeito dos ISRS (Reuter, 2024). No entanto, a venlafaxina apresenta um *Relative Infant Dose* de cerca de 7 a 8%, o que se encontra abaixo do limite estabelecido como aceitável, de 10%. O efeito deste medicamento em bebés com aleitamento materno tende a ser mínimo (Reuter, 2024). De acordo com o National Institute of Child Health and Human Development (2023), apesar do medicamento se encontrar no plasma da maioria desses bebés, os efeitos relatados são raros.

A Sofia amamentou o Artur na primeira hora de vida e já havia demonstrado essa vontade junto da equipa de enfermagem. Confirmei com a equipa de enfermagem de neonatologia, que o Artur poderia ser alimentado com leite materno. Durante a manhã, questionei a Sofia sobre como gostaria que o Artur continuasse a ser alimentado e a Sofia referiu que gostava que fosse com o seu leite, contudo sentia-se receosa porque como não podia amamentar, não sabia como manter a produção de leite. Acrescentou ainda que sempre pensou “que seria tudo natural e que não tinha de pensar muito sobre esta parte”.

Abordei com a Sofia os fatores que influenciam a produção de leite, de forma a avaliar o seu conhecimento sobre os mesmos, sendo que respondeu que seria importante o bebé mamar muitas vezes durante o dia, não acrescentando nenhum outro fator. Ainda no seguimento da conversa, a Sofia referiu não saber nenhuma estratégia para que ocorresse a libertação do leite materno. Importa realçar que a Sofia se encontra disponível para aprender e motivada com a possibilidade de continuar a aleitar o seu filho, afirmando que “é tudo o que posso fazer por ele neste momento”.

Assim, enunciei o diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre a lactação”. Com o objetivo de promover a autogestão da lactação, ensinei sobre o processo de lactação.

Para isso expliquei que a produção e libertação de leite resultam por ação de duas hormonas: a prolactina e a ocitocina, respetivamente. A prolactina é

produzida por resposta à estimulação, habitualmente do recém-nascido, mas neste caso por estimulação artificial como é o caso da bomba extratora de leite. Esta hormona é produzida em resposta à procura e, portanto, quanto maior for a quantidade de leite removida, maior será a sua produção (Cardoso et.al., 2024).

Expliquei ainda à Sofia que a ocitocina é a hormona responsável pela libertação de leite e que é produzida quando o mamilo é estimulado através da sucção. Quando ocorre esta estimulação, esta hormona entra na corrente sanguínea e atua desde os alvéolos até aos ductos (Cardoso et.al., 2024).

Além disso, e mantendo o objetivo de promover a autogestão da lactação, considerei essencial explicar à Sofia quais os fatores que influenciam a produção e libertação de leite materno. Comecei por a tranquilizar e elogiar dizendo que o facto de ter amamentado o Artur durante as primeiras horas de vida seria muito benéfico para o processo de amamentação. Por fim, realcei que sentimentos de tranquilidade e confiança, são benéficos para o processo de produção e libertação de leite (Cardoso et.al., 2024).

Ainda com foco na lactação, questionei a Sofia sobre a forma como iria realizar a extração do leite materno, sendo que esta afirmou que não sabe nada sobre o assunto porque pensou que não tivesse de usar bomba extratora nesta fase. Assim, e estando uma bomba extratora de leite disponível no serviço, ensinei sobre extração de leite materno. Para isso, expliquei que a produção e libertação do leite dependem das hormonas ocitocina e prolactina, e que o ambiente deveria ser o mais propício possível para a sua ação durante a extração. Sugeri o contacto pele com pele com o bebé, se possível, ou recorrer a estímulos como ver um vídeo, uma fotografia ou cheirar uma peça de roupa do bebé, para facilitar a libertação hormonal.

Reforcei a importância do relaxamento corporal antes da extração, recomendando técnicas como respiração profunda, relaxamento dos ombros e evitar focar-se na quantidade de leite extraído, sugerindo que procurasse distrações. Estimulei também pensamentos positivos, como “Eu sou capaz”,

“Eu vou conseguir” ou “Eu consigo produzir e extrair o leite que o meu bebé necessita”. Expliquei que o local da extração deveria ser calmo e privado. Indiquei ainda que a massagem mamária poderia ser benéfica antes da extração, preferencialmente com aplicação de calor, começando com movimentos circulares do exterior da mama em direção ao mamilo. Descrevi a técnica de extração manual, através da colocação do polegar e o indicador na base da aréola, pressionando até ao tórax e juntando-os, mudando a posição dos dedos em redor da aréola para facilitar a exteriorização do leite (Cardoso et al., 2024).

Visto que a Sofia iria utilizar essencialmente a bomba extratora de leite, importa explicar os princípios de utilização. Expliquei que a bomba elétrica é útil para simular os padrões de sucção nutritiva e não nutritiva do bebé. Orientei que, antes de iniciar a extração, era essencial a lavagem das mãos. Indiquei que o funil da bomba deve ser colocado de forma centrada sobre a mama e segurado com o polegar e o indicador (Cardoso et al., 2024), garantindo que a escolha do funil era adequada à anatomia da sua mama.

Recomendei que começasse com um padrão de estimulação, que deve ser usado no máximo durante dois minutos, para depois passar a um programa que permita o leite fluir, ajustando a força do vácuo a uma intensidade confortável para ela (Cardoso et al., 2024).

Com foco na recuperação pós-parto da Sofia, o luto do filho imaginado e a lactação foram as principais áreas de intervenção na manhã em que a Sofia foi cliente dos meus cuidados.

De acordo com o Regulamento nº 391/2019 (OE, 2019b), o EE-ESMO presta cuidados à mulher inserida na comunidade no período pós-natal, tendo como competências específicas a promoção da saúde da mulher e do recém-nascido, o diagnóstico precoce e a prevenção de complicações, bem como a prestação de cuidados em situações que possam afetar negativamente a puérpera e/ou o recém-nascido.

Durante este módulo de estágio, tive a oportunidade de implementar intervenções de enfermagem fundamentadas na evidência e ajustadas às necessidades individuais de cada cliente, promovendo o seu autocuidado, autocontrolo e mestria, conforme descrito no enunciado nº 4 dos PQCEESMO (2021). No contexto do puerpério, considero especialmente relevante o enunciado que aborda a readaptação funcional às novas condições de saúde, nomeadamente na preparação para o regresso a casa dos clientes internados, que irão continuar a desempenhar os seus novos papéis enquanto mãe e pai. Paralelamente, a agilização do acesso a recursos comunitários, particularmente em casos de gravidez ou pós-parto com complicações, e o compromisso com a saúde mental no período pré e pós-parto, bem como no luto perinatal, são aspetos fundamentais destacados nos PQCEESMO (2021).

Reconheço, contudo, que em alguns casos, o internamento da puérpera e do recém-nascido pode não ter duração suficiente para permitir que a intervenção do EE-ESMO seja realizada de forma gradual e respeitadora, abrangendo todos os focos de atenção definidos. Esta limitação, porém, é compensada pelo encaminhamento dos clientes para os cuidados de saúde primários, o que torna essencial a articulação e o fluxo de informação entre o EE-ESMO hospitalar e o colega que presta cuidados na comunidade, assegurando assim a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

No caso apresentado, o acompanhamento da puérpera pelo EE-ESMO de referência nos cuidados de saúde primários revela-se fundamental para garantir a continuidade da intervenção e a resposta adequada às necessidades da mãe e do recém-nascido, com foco, essencialmente, na saúde mental da puérpera.

A conceção de cuidados de enfermagem especializados no âmbito do período pós-natal exige atenção, sensibilidade, perspicácia e um conhecimento sólido. A escuta atenta das necessidades expressas por cada pessoa é um elemento crucial para o desenvolvimento de um plano de cuidados verdadeiramente significativo e personalizado. A integração da teoria e da evidência científica em contextos reais constitui um desafio constante para o EE-ESMO, mas

também representa um fator diferenciador da excelência nos cuidados prestados.

4 CUIDAR A MULHER DURANTE O TRABALHO DE PARTO

O EE-ESMO tem como competência específica, tal como descrito no Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019b), cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto. Este módulo de estágio foi dedicado a desenvolver esta competência, promovendo uma experiência tão positiva quanto possível para a mulher grávida.

4.1 Contextualização do estágio

A sala de partos do hospital onde desenvolvi o módulo de estágio centrado na assistência intraparto situa-se fisicamente junto do SUOG. A entrada da parturiente na sala de partos pode ocorrer através da admissão pelo serviço de urgência ou tendo um internamento agendado para indução de trabalho de parto.

O serviço é constituído por nove salas de parto individuais, uma área de trabalho de enfermagem e uma sala de exame do recém-nascido. Cada sala de parto conta com uma casa de banho privada e um quarto com uma cama que é completamente articulável e facilmente ajustável àquelas que são as necessidades da mulher durante o trabalho de parto. É possível regular a intensidade e a cor da iluminação do quarto, permitindo a criação de um ambiente compatível com a preferência da parturiente. Dentro de cada quarto, tem ainda um computador para a realização de registos, no entanto, é também disponibilizado para que a mulher consiga colocar música, se esse for o seu desejo. A sala de parto número nove encontra-se mais afastada das restantes e é reservada para casos de mulheres que estejam a lidar com um trabalho de parto associado a potencial processo de luto, seja ele resultante de um aborto espontâneo, interrupção médica da gravidez ou morte fetal. Este espaço permite que a mulher fique num contexto com menos ruído

sugestivo de “vida” de outros bebés, nomeadamente o som da FCF emitida pelo cardiotocógrafo ou o som de recém-nascidos a chorar.

Em cada turno, estavam presentes quatro EE-ESMO. De acordo com o Parecer n.º 43/2019 (MCEESMO, 2019) que se refere ao cálculo de dotações seguras, o rácio adequado é de um EE-ESMO para cada duas parturientes no primeiro estadio do trabalho de parto; um EE-ESMO para cada parturiente no segundo estadio e um EE-ESMO para cada três mulheres grávidas em indução de trabalho de parto. Verifiquei que era sempre assegurado o cumprimento das dotações seguras, no entanto, quando o serviço se encontrava com uma taxa de ocupação de 100%, com várias parturientes no segundo estadio de trabalho de parto, aliada à presença de outras no primeiro estadio e/ou grávidas a induzir trabalho de parto, a gestão e priorização dos cuidados era desafiante para toda a equipa. No sentido de colmatar estes desafios, as EE-ESMO que se encontravam alocadas ao SUOG vinham, quando necessário, reforçar a equipa da sala de partos de forma a manter a excelência e segurança dos cuidados.

Durante o estágio, tive oportunidade de acompanhar 65 mulheres em trabalho de parto, sendo que 50 destas parturientes tiveram parto eutócico (77%) e 15 parto distócico por ventosa (23%). Estes partos distócicos por ventosa resultaram da necessidade de aceleração do nascimento, em contexto de CTG suspeito ou patológico, ou por período expulsivo prolongado, associado a exaustão materna. Considera-se um período expulsivo prolongado quando este ultrapassa as 3 horas de esforços expulsivos em mulheres nulíparas e 2 horas em mulheres múltiparas, estando durações superiores associadas a maiores riscos de complicações maternas e neonatais (ACOG, 2024).

Considero que, nos partos distócicos por ventosa que presenciei, a decisão médica foi tomada apenas após esgotadas todas as intervenções que poderiam ser realizadas com o objetivo de facilitar o trabalho de parto, nomeadamente o período expulsivo.

Apesar da ACOG (2024) recomendar que os esforços expulsivos se iniciem assim que é atingida a dilatação completa, considero, pela observação que

realizei, que pode ser benéfico aguardar pelo tempo da mulher e daquele bebé. Importa diferenciar os casos em que a mulher, no período expulsivo, tem perceção e controlo da zona pélvica, daqueles em que existe bloqueio dos membros inferiores e ausência dessa perceção. Quando a mulher tem controlo e consegue “ouvir o seu corpo”, é importante aguardar pela manifestação do reflexo de Ferguson, que instiga naturalmente a necessidade de iniciar os esforços expulsivos (Uvnäs-Moberg, 2019). Se o incentivo para iniciar esses esforços for dado antes desse momento, a mulher pode rapidamente ficar exausta, aumentando assim o risco de parto distócico por ventosa.

A diversidade de casos com os quais contactei, enriqueceram a minha experiência e contribuíram para a minha formação como EE-ESMO. Tive a oportunidade de realizar o estágio num serviço que valoriza profundamente a autonomia da mulher em trabalho de parto, respeitando sempre os seus desejos e o plano de parto previamente definido, desde que garantido o bem-estar materno e fetal. Este contexto proporcionou-me um ambiente seguro e estimulante para colocar em prática diversas estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, bem como intervenções que promovem a progressão do trabalho de parto. A possibilidade de experimentar e adaptar estas intervenções à realidade de cada parturiente permitiu-me consolidar aprendizagens, desenvolver competências e aprofundar o meu pensamento crítico em contexto real de cuidados.

Sinto que cada mulher com quem tive contacto me despertou para aspetos diferentes do trabalho de parto, contribuindo de forma única para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura EE-ESMO. Cada mulher é um “ser único com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (cit. OE, 2019b, p.13561), com conhecimentos, habilidades, significados, crenças, níveis de autoeficácia e consciencialização próprios, o que exige do EE-ESMO uma escuta atenta e uma constante capacidade de adaptação. Saber respeitar essa diversidade e ajustar os cuidados de forma a gerir as expectativas de cada cliente pode ser desafiante, mas também profundamente enriquecedor.

De facto, “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas” (cit. OE, 2012, p.13). Os PQCEESMO (2021), assentam em três pilares fundamentais, sendo eles a competência profissional, a prática baseada na evidência e o respeito pela(o) cliente dos cuidados. Assim, para que o EE-ESMO consiga alcançar a satisfação dos clientes, é fundamental respeitar as crenças, os valores e os desejos da mulher que é cliente dos nossos cuidados e da pessoa que lhe é significativa. Adicionalmente, a autonomia, o autocontrolo e a mestria são conseguidos através da “implementação de intervenções de enfermagem baseadas na evidência e em conformidade com as características individuais de cada cliente dos cuidados” (cit. PQCEESMO, 2021, p.12). Foi precisamente o respeito por essa individualidade que me permitiu crescer como futura especialista.

Entendo o trabalho de parto como uma “dança” entre a mulher e o seu filho. São eles que definem o ritmo e os movimentos. É uma coreografia perfeita concebida e implementada pelo corpo e mente da mulher que deseja ansiosamente trazer aquela nova vida ao mundo. O EE-ESMO tem uma missão fundamental no acompanhamento de todo o trabalho de parto, implementando estratégias facilitadoras da sua evolução, assistindo no lidar com o trabalho de parto, identificando sinais de saúde e detetando precocemente qualquer desvio ao padrão normal. Não obstante a importância do nosso trabalho, o momento é daquela mulher e importa saber ouvi-la e assisti-la naquilo que são as suas reais necessidades. Considero que assistir uma mulher em trabalho de parto, que usa os seus superpoderes de forma a aproximar-se cada vez mais do momento de ter o seu filho nos seus braços, é um dos momentos mais poderosos que podemos presenciar.

A OMS (2018) define uma experiência de parto positiva como sendo aquela que respeita os objetivos sociais, culturais e pessoais da mulher, incluindo o nascimento do seu filho saudável num contexto clínico e psicológico favoráveis. Pretende-se que esse momento conte com o apoio dos profissionais de saúde clínica e humanamente competentes, bem como com a presença contínua do seu acompanhante, caso seja este o seu desejo.

O trabalho de parto é definido como o “conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à contratilidade uterina regular, à dilatação do colo do útero, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (cit. Graça, 2017, p.220). Trata-se de um processo que é um *continuum* e que tem como objetivo que a mulher faça nascer o seu filho. Para isso, ocorrem alterações e ajustes a nível das estruturas ósseas, musculares e articulares, bem como hormonais e psicológicas, permitindo que o corpo da mulher e do bebé se moldem mutuamente, desenrolando assim o trabalho de parto.

De acordo com a OMS (2020), o trabalho de parto é dividido em três estadios. O primeiro estadio está relacionado com o processo de apagamento e dilatação do colo, iniciando com a instalação das contrações uterinas regulares e terminando com a dilatação completa do colo. Este estadio está subdividido em fase latente e fase ativa. De acordo com a ACOG (2024), a fase ativa do trabalho de parto inicia-se aos 6 cm de dilatação. Até lá a denominação é de fase latente. O segundo estadio do trabalho de parto diz respeito ao período expulsivo, iniciando-se aquando da dilatação completa e terminando com a expulsão do feto. Por sua vez, o terceiro estadio de trabalho de parto corresponde à dequitação, iniciando-se com a expulsão do feto e terminando com a expulsão da placenta e das membranas (OMS, 2020).

A conduta do EE-ESMO perante uma mulher que era admitida no serviço, variava de acordo com o estadio e a fase de trabalho de parto em que se encontrava. Em primeiro lugar, era prioritário identificar quais as necessidades daquela mulher, de forma a intervir em conformidade. Considero que o conhecimento sobre o trabalho de parto e, mais precisamente, o conhecimento sobre o trabalho de parto como um processo neuropsicossocial, é fundamental para conseguir identificar na mulher comportamentos que são indicativos da evolução do trabalho de parto.

As mulheres descrevem o trabalho de parto fisiológico como uma experiência psicológica intensa e transformadora, que gera um sentimento de transformação. O trabalho de parto é um processo físico, psicológico, social e

neuroendócrino. Numa fase inicial, as mulheres apresentam um comportamento social, informam as pessoas da sua rede de apoio do início de trabalho de parto e focam-se em ultimar os detalhes relacionados com os últimos preparativos do enxoval e da casa, construindo o “ninho” (Olza et al., 2018; Olza et al., 2020; Uvna’s Moberg et al., 2019).

Numa fase mais avançada do trabalho de parto, a mulher tem necessidade de voltar a sua atenção e energia interiormente, solicitando mais apoio (Olza et al., 2018). A sensação que descrevem é a necessidade de se afastar do mundo exterior, concentrando-se na tarefa física que é parir o seu filho. O foco da atenção centra-se na dor de intensidade e de frequência crescentes, resultante das contrações uterinas e é neste momento que muitas mulheres sentem necessidade de ir para o hospital.

À medida que o trabalho de parto vai avançando, as mulheres podem experimentar um estado de alteração de consciência, com alteração da perceção do tempo e do espaço (Olza et al., 2020; Uvna’s Moberg et al., 2019). Algumas mulheres descrevem, inclusive, ter vivido experiências transcendentais, a que alguns autores têm descrito como parto orgásmico.

Por sua vez, durante o período expulsivo, a mulher pode experienciar níveis crescentes de dor, que lhe trazem um sentimento de exaustão. Com a urgência de “expulsar”, muitas mulheres tornam-se mais alertas e ativas e voltam a estar no mundo exterior (Olza et al., 2020; Uvna’s Moberg et al., 2019).

Tendo presente esta descrição do comportamento de uma mulher em trabalho de parto, houve situações em que, através da observação foi possível inferir que tivesse ocorrido evolução do trabalho de parto. Foi o caso de uma parturiente que acompanhei, que se encontrava em trabalho de parto e tinha chegado à sala de partos há cerca de uma hora. Era o seu segundo filho, sendo que o primeiro parto tinha sido eutócico, há dois anos. Foi realizado um exame vaginal, que nos tinha dado informação a nível cervical: 4 cm de dilatação, 50% de extinção, colo amolecido, posição anterior e apresentação

cefálica. A parturiente conseguia lidar com a dor de trabalho de parto com as suas próprias estratégias, pelo que não se verificou necessidade de colocação de cateter epidural.

Apresentava um comportamento correspondente à fase latente de trabalho de parto: quando sentia a contração procurava responder às necessidades do corpo de forma a lidar com a dor, no entanto, quando a contração passava, voltava a conversar de uma forma social e a interagir com o que a rodeava. Uma hora após a avaliação, reparei que o comportamento da mulher se tinha alterado. Encontrava-se mais introspetiva, com o foco no seu interior, de olhos fechados mesmo entre o intervalo de contrações e com necessidade de estar de quatro apoios num colchão, no chão. Era perceptível através do seu comportamento que os níveis de dor eram crescentes, apesar de não ter sido verbalizado por ela, visto que apenas emitia algumas palavras/sons espontaneamente. Esta necessidade de aproximar o pavimento pélvico ao solo, diminuindo assim também a carga nas suas pernas, bem como o facto de só proferir palavras em oposição ao discurso que apresentava numa fase inicial, fez-me inferir uma evolução do trabalho de parto.

Através de realização de exame vaginal, com o seu consentimento, constatei que efetivamente tinha havido alterações a nível cervical: 8cm de dilatação, colo extinto, amolecido, posição anterior, feto acima do 1.º plano de Hodge.

Na década de 50 do século passado, Emanuel Friedman dedicou-se ao estudo da evolução do trabalho de parto e desenvolveu, em conjunto com os seus colaboradores, uma curva que descrevia a evolução das diferentes fases do trabalho de parto, inclusive as fases de desaceleração (Graça, 2017). De acordo com a teoria de Friedman, a transição da fase latente para a fase ativa ocorre após os 4 cm de dilatação, sendo que após isso, na mulher primípara é expectável que tenha uma evolução de cerca 1,2 cm/hora enquanto nas múltiparas espera-se uma evolução de cerca de 1,5 cm/hora.

Mais recentemente, Zhang et al. (2010), apresentaram uma atualização do que se considera expectável na evolução do trabalho de parto. Afirmam que,

esta evolução depende da paridade da mulher, admitindo que a fase latente tem uma duração variável, enquanto que a evolução da fase ativa poderá ser mais demorada, quando comparada com o apresentado por Friedman. Defendem que, a transição para a fase ativa de trabalho de parto é realizada aos 6 cm de dilatação, sendo que dos 4 cm aos 6 cm a evolução entre primíparas e múltiparas é idêntica, revelando-se depois uma evolução mais rápida após os 6 cm no caso das múltiparas (ACOG, 2024). Apesar destas serem as linhas orientadoras, foi possível constatar durante o desenvolvimento do meu estágio que esta duração prevista de cada fase do trabalho de parto é única de cada mulher.

O exame vaginal é uma das intervenções realizadas pelo EE-ESMO, com o objetivo de avaliar a evolução do trabalho de parto. Para a sua realização é necessário garantir que a mulher está numa posição confortável, idealmente também assegurar que a mulher tem a bexiga vazia. Para a realização deste procedimento, considerei sempre fundamental respeitar o tempo e o ritmo da mulher, permitindo que fosse ela a indicar quando se sentia preparada para que eu iniciasse a intervenção. Costumava verbalizar algo idêntico a “diga-me quando se sentir preparada”. Este respeito pelo tempo da mulher era suficiente para, na maioria das vezes, esta se encontrar mais relaxada durante o procedimento, permitindo uma melhor eficácia da avaliação.

De acordo com a DGS (2023), durante a fase latente do primeiro estadio de trabalho de parto de baixo risco, os exames vaginais devem ser adaptados às “queixas” da parturiente. Já durante a fase ativa, o exame vaginal poderá ser realizado de 4/4 horas, se nada ocorrer que justifique exame vaginal imediato, tal como traçado cardiotocográfico suspeito ou patológico ou necessidade de monitorização cardiotocográfica interna. Durante o segundo estadio de trabalho de parto - período expulsivo, numa fase latente, o exame vaginal poderá ser realizado de 2/2 horas, enquanto que na fase ativa, a recomendação é que seja realizado a cada 30 minutos.

Considero que esta intervenção é desafiante quando nos encontramos numa fase de aprendizagem. É necessário desenvolver o nosso sentido do tato de

forma a conseguirmos, cada vez com mais precisão, avaliar todos os parâmetros que nos são possíveis, nomeadamente, o estado do colo do útero (posição, consistência, extinção e dilatação); o estado das membranas e a apresentação fetal.

Durante o estágio, procurei aproveitar todas as oportunidades para adquirir experiência prática, sempre com o consentimento informado da mulher e assegurando que não eram realizados mais exames do que os recomendados pelas boas práticas. De acordo com o Regulamento n.º 391/2019 (OE, 2019b), é da competência do EE-ESMO identificar e monitorizar o trabalho de parto, bem como reconhecer desvios ao padrão normal, referenciando as situações que extravasam o seu âmbito de atuação. Neste contexto, o exame vaginal é uma das intervenções utilizadas para avaliar e monitorizar esses parâmetros. Contudo, a vagina da mulher é considerada “*solo sagrado*”, um local íntimo e privado, o que exige uma abordagem ponderada, respeitosa e fundamentada sempre que seja necessária a sua manipulação. De acordo com o artigo n.º 86 do Código Deontológico de Enfermagem, o enfermeiro tem o dever de “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”, assim como de “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções (...) a privacidade e a intimidade da pessoa” (cit. OE, 2015, p. 83). Assim, cada exame vaginal que realizei teve por base estas orientações éticas e científicas, com o objetivo de garantir a máxima preservação da dignidade, intimidade e privacidade da mulher sob os meus cuidados. Numa fase inicial, de forma a obter confirmação daquilo que sentia, a EE-ESMO orientadora realizava exame vaginal e numa vez seguinte, era eu que o realizava. Ao longo do tempo, fui desenvolvendo maior competência na execução desta avaliação.

A vigilância do bem-estar fetal é um alvo de atenção do EE-ESMO. Em contexto de trabalho de parto, esta vigilância é realizada através do cardiotocógrafo. De acordo com as normas da International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), existe indicação para realização de CTG contínua caso esteja presente um risco elevado de hipoxia ou acidose fetal,

bem como condições maternas tais como perda sanguínea vaginal, febre materna ou analgesia epidural. Para além disso, existem condições fetais tais como presença de anomalias congénitas, alterações do crescimento fetal intrauterino ou presença de líquido amniótico com mecónio que implicam monitorização contínua (Ayres-de-Campos et al.,2015).

De acordo com as recomendações da OMS (2018) para os cuidados intraparto com vista a uma experiência de parto positiva, a CTG contínua não é recomendada em mulheres grávidas saudáveis em trabalho de parto espontâneo.

Uma revisão da Cochrane, desenvolvida por Alfirevic et al. (2017), teve como objetivo avaliar a eficácia e segurança da CTG contínua como método de monitorização fetal intraparto, comparando-a com auscultação intermitente (AI). Para isso, foram analisados 13 ensaios clínicos randomizados/quasi-randomizados, com mais de 37.000 mulheres, sendo os dados extraídos e avaliados por dois autores de forma independente. Os resultados indicaram que, comparada à AI, a CTG contínua não reduziu significativamente a mortalidade perinatal (Relative Risk [RR] 0.86, 95% Intervalo de Confiança [IC] 0.59 a 1.23, N = 33,513, 11 estudos, evidência baixa qualidade), mas reduziu pela metade a incidência de convulsões neonatais (RR 0.50, 95% IC 0.31 a 0.80, N = 32,386, 9 estudos, evidência moderada qualidade). Contudo, não se observaram diferenças significativas nas taxas de paralisia cerebral (RR 1.75, 95% IC 0.84 a 3.63, N = 13,252, 2 estudos, evidência baixa qualidade). A CTG contínua esteve associada a um aumento nas taxas de cesariana (RR 1.63, 95% IC 1.29 a 2.07, N = 18,861, 11 estudos, evidência de baixa qualidade) e de partos vaginais instrumentados (RR 1.15, 95% IC 1.01 a 1.33, N = 18,615, 10 estudos, evidência baixa qualidade). Embora a CTG contínua possa reduzir convulsões neonatais, não parece melhorar outros desfechos neonatais relevantes, enquanto aumenta o risco de intervenções obstétricas.

A OMS (2018) salienta ainda que a CTG contínua pode limitar a implementação de outras intervenções que facilitam o trabalho de parto, como, por exemplo, a adoção de diferentes posições. Além disso, é abordado um aspeto que

considero particularmente relevante e que me levou à reflexão: o uso da CTG contínua como substituto de uma prestação de cuidados centrados na experiência da mulher, durante o trabalho de parto. A AI exigiria a adequação dos rácios e a prestação de cuidados um-para-um (Maude et al., 2016), o que, na minha perspetiva, poderia constituir um elemento benéfico e diferenciador, contribuindo de forma significativa para uma experiência de parto mais personalizada e centrada na mulher.

No serviço onde desenvolvi o meu estágio, a monitorização do bem-estar fetal apenas era realizada de forma contínua, na presença de algum fator materno ou fetal explanado anteriormente, ou durante e após o procedimento de colocação de cateter epidural (NICE, 2023). Acresce ainda que, sempre que possível, eram utilizadas sondas *wireless*, de forma a permitir a liberdade de movimentos. Quando não era possível a captação de FCF através de monitorização externa, era utilizada a monitorização fetal interna. Este tipo de monitorização fetal é mais invasiva e implica a rotura da bolsa amniótica. Durante o estágio, tive como clientes dos meus cuidados duas mulheres em que houve necessidade de iniciar monitorização fetal interna por dificuldade na captação por monitorização externa. A colocação da sonda de monitorização foi realizada pela equipa médica, procedimento que tive oportunidade de observar.

A análise de monitorização CTG contínua foi uma das competências que mais tive oportunidade de desenvolver, tendo discutido situações excecionais com a EE-ESMO orientadora, com o objetivo de aprimorar a capacidade de interpretar corretamente os traçados e de implementar intervenções adequadas com base nos dados recolhidos.

Na monitorização fetal contínua, são avaliados parâmetros essenciais como a linha de base, variabilidade, acelerações, desacelerações e a contratilidade uterina (NICE, 2023). A linha de base refere-se à FCF média em períodos de 10 minutos, sendo considerada normal entre 110 e 160 bpm. Perante taquicardia fetal, a primeira intervenção que realizava era a monitorização da temperatura materna, uma vez que a pirexia materna, independentemente da

causa, pode provocar elevação da FCF. Contudo, em fases iniciais de hipoxemia fetal não aguda, a taquicardia pode também refletir uma resposta fisiológica à libertação de catecolaminas (Ayres-de Campos et al., 2015). Por outro lado, bradicardias entre 100 e 110 bpm podem ser observadas em fetos pós-termo ou com patologia cardíaca. A análise da linha de base e a identificação do padrão habitual de cada feto revelou-se crucial para a deteção precoce de alterações significativas (Ayres-de-Campos et al., 2015).

A variabilidade diz respeito às flutuações da linha de base, sendo considerada normal quando oscila entre 5 e 25 bpm. A variabilidade reduzida (inferior a 5 bpm durante mais de 50 minutos) pode resultar da diminuição da atividade simpática e parassimpática por hipóxia ou acidose do sistema nervoso central (SNC), mas também pode ter origem em lesão cerebral prévia, infeção, ou no uso de depressores do SNC ou bloqueadores parassimpáticos. Durante o sono profundo fetal, a variabilidade pode situar-se nos limites inferiores da normalidade, embora raramente seja inferior a 5 bpm (Ayres-de-Campos et al., 2015).

As acelerações consistem em aumentos súbitos da FCF iguais ou superiores a 15 bpm, com duração entre 5 a 15 segundos, e são geralmente indicativas de bem-estar fetal, sobretudo quando coincidem com movimentos fetais. Já as desacelerações, definidas como diminuições transitórias da FCF, requerem uma análise integrada com a contratilidade uterina para identificação do seu tipo. As desacelerações precoces ocorrem aproximadamente 30 segundos antes do início da contração, são simétricas e consideradas fisiológicas, relacionadas com a compressão do nervo vago durante a descida da apresentação fetal, sendo mais frequentes na fase final do primeiro estadio e ao longo do segundo estadio do trabalho de parto. As desacelerações variáveis, por sua vez, ocorrem de forma irregular, sem padrão fixo, estando geralmente associadas à compressão do cordão umbilical; são as mais comuns durante o trabalho de parto e raramente se associam a hipóxia ou acidose fetal. Por sua vez, as desacelerações tardias caracterizam-se por quedas lentas e uniformes da FCF, que se iniciam após o pico da contração e

regressam à linha de base após o seu fim, sendo consideradas um sinal de potencial insuficiência uteroplacentária (Ayres-de-Campos et al., 2015; Graça, 2017).

A causa mais comum para as desacelerações associadas a hipoxia/acidose fetal é a atividade uterina excessiva. Nesses casos, em primeiro lugar, era suspensa ocitocina ou removidas prostaglandinas (quanto possível), que estivessem a ser administradas à parturiente. Em seguida, se se mantivesse, era iniciado um tocolítico, nomeadamente agonista beta-adrenérgico, sendo o salbutamol o fármaco eleito. De acordo com o protocolo hospitalar, perante a ocorrência de desacelerações, era administrado salbutamol intravenoso (1 ml, correspondente a 0,5 mg), diluído em 100 ml de soro fisiológico e perfundido através de bomba perfusora a uma velocidade de 150 ml/hora, durante um período máximo de cinco minutos, o que corresponde a uma concentração de 25 microgramas por minuto. Durante a administração, procedia-se à monitorização contínua da frequência cardíaca materna, dada a possibilidade de ocorrência de taquicardia como efeito secundário. Paralelamente, era implementada uma outra intervenção, com o objetivo de aliviar a pressão sobre a artéria aorta e reduzir a atividade uterina, consistindo em sugerir à mulher que se posicionasse em decúbito lateral (Ayres-de-Campos et al., 2015).

O domínio destes conceitos revelou-se essencial para a interpretação sistemática da CTG, permitindo a identificação atempada de alterações patológicas e uma atuação clínica eficaz.

4.1.1 A dor do trabalho de parto

A dor do trabalho de parto é um dos focos de atenção do EE-ESMO, contemplando uma grande parte da nossa intervenção, em particular assistir a mulher a lidar com a sua dor. De acordo com a International Association for the Study of Pain (International Association for the Study of Pain [IASP], 2020), a dor pode ser definida como uma experiência multidimensional

desagradável, de natureza simultaneamente sensorial e afetiva, que pode estar associada a um dano tecidual efetivo ou potencial. Trata-se de um fenómeno intrinsecamente subjetivo, cuja perceção é influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

A perceção da dor é uma experiência muito pessoal, estando relacionada diretamente com as vivências de cada indivíduo. Apesar da sua função protetora em muitas situações, pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico. Assim, o relato de uma pessoa com dor deve ser sempre considerado e valorizado.

A dor do trabalho de parto está associada ao processo de contração uterina que conduz à dilatação cervical. É uma experiência complexa, subjetiva e desafiante para cada mulher (Whitburn et al., 2017). Marchand (2014), estabelece quatro dimensões para a dor: a componente nociceptiva, relacionada com o estímulo nociceptivo; a componente física, que diz respeito à intensidade da dor e ao seu limiar; a componente psicoafetiva que é influenciada pelas emoções, valores e experiência e a componente cognitivo-comportamental, relativa à forma da pessoa expressar a dor percebida. Este modelo evidencia que as dimensões podem manifestar-se de forma combinada ou isolada, o que explica a variabilidade na perceção e vivência da dor entre diferentes mulheres.

Realço o caso de uma parturiente que se encontrava na fase latente de trabalho de parto, com analgesia epidural e dose farmacológica máxima, porém com visível desconforto, choro e referia sensação de “perda de controlo”. Tratava-se de uma mulher que foi submetida a uma cesariana anterior, com uma má experiência relativamente a analgesia epidural, uma vez que não tinha surtido efeito e acabou por ser submetida a uma anestesia geral durante a cirurgia.

Sentei-me ao seu lado e verifiquei que apresentava fácies sugestivo de dor, localizando-a na parte inferior do abdómen e zona lombar. Questionei-lhe como a poderia ajudar naquele momento, sendo que me respondeu, a chorar,

“não sei, tenho dores e sinto que já não consigo controlar, estou num turbilhão, numa espiral” e “sinto que estou tão tensa que a dor que sinto é muito pior, já não aguento mais”. Sugeri a colocação de música relaxante (sons da natureza, em conformidade com a sua preferência) e aplicação de um lençol quente na zona abdominal e lombar, que consentiu. Em seguida, assisti na técnica de relaxamento muscular progressivo, que implementei na altura. Associado a estas duas intervenções, temos uma terceira: presença. Os resultados destas três intervenções começaram a ser visíveis visto que no momento da contração uterina, ela conseguia concentrar-se na respiração e apresentava uma expressão facial mais relaxada. Considerei que naquele momento o toque terapêutico seria benéfico e, por isso, com o seu consentimento, coloquei a minha mão nos seus ombros. Comecei por lhe realizar uma massagem, tendo observado uma resposta gradual de relaxamento até adormecer.

De acordo com a OMS (2020), técnicas como a de relaxamento muscular progressivo, técnica de respiração e música são recomendadas em grávidas que pretendem diminuir os níveis de dor durante o trabalho de parto.

Lowe (2002) afirmou que a experiência de dor durante o trabalho de parto resulta do processamento de diversos fatores fisiológicos e psicossociais. Cada mulher faz uma interpretação individual desses estímulos nociceptivos do parto. O suporte emocional tem um impacto relevante na forma como a mulher lida com a dor de trabalho de parto. Adicionalmente, Leap et al. (2010), verificaram que fatores como suporte contínuo e o envolvimento na tomada de decisões são percebidos como mais importantes pelas parturientes comparativamente aos níveis de dor percecionados.

Inferi através da experiência com esta parturiente que quando a mulher se encontra tensa e ansiosa, a perceção de dor é superior, tendo em conta este carácter multifatorial da dor. Neste caso em concreto, a diminuição do nível de dor percebido pela parturiente resultou do relaxamento e do suporte proporcionados. Este caso, permitiu-me refletir sobre a subjetividade da dor e

a complexidade que as experiências anteriores trazem à experiência de dor do trabalho de parto.

É correto afirmar que a dor do trabalho de parto funciona como um guia, sendo que é ela que dá indicações à parturiente da posição que deve adotar e que é mais benéfica para aquele momento específico do trabalho de parto. Olhar para a dor como aliada e protetora, ao contrário de algo ameaçador para o processo ou com o qual queremos terminar pode ser libertador durante o processo de trabalho de parto. Este pensamento deve ser transmitindo durante toda a gravidez, pelo EE-ESMO, durante a preparação para o parto. A preparação durante a gravidez permite a adoção de uma postura de aceitação e convívio com a dor, usando-a como sua aliada e mantendo o pensamento de que cada contração a aproxima do seu bebé.

Surge então uma questão semântica e conceptual que se revela crucial neste campo. O termo “aliviar a dor” (*pain relief*) deverá ser então substituído pelo termo “lidar com a dor” (*working with pain*). O termo “aliviar a dor” está relacionado com o pensamento de que o trabalho de parto não deverão comportar dor, que esta é anormal e que a experiência é tão positiva quanto o nível de dor que foi possível aliviar (Cardoso et al., 2023a).

Num estudo realizado por Waldenström e Schytt (2009), constatou-se que as mulheres vão tendo uma diminuição da memória da dor sentida durante o trabalho de parto, no entanto, as mulheres que tiveram analgesia epidural relataram pontuações mais elevadas de dor comparativamente a mulheres que não tiveram esse tipo de analgesia. Estes autores, concluíram, portanto, que as mulheres que recorreram a analgesia epidural mantiveram a memória do pico de dor. Estes resultados apontam para o facto de que o “aliviar” a dor poderá não ser a característica *major* para uma experiência de parto positiva.

No serviço onde desenvolvi este estágio, quando a mulher tomava a decisão de necessitar de uma opção medicamentosa para lidar com a dor, apesar de inicialmente ser oferecido Paracetamol 1gr intravenoso e/ou Petidine 50mg intramuscular, a maioria das parturientes com as quais contactei, optava pela

analgesia via cateter epidural. De acordo com a OMS (2020), no caso de uma grávida saudável que manifeste o desejo de recorrer a estratégias farmacológicas para o alívio da dor do trabalho de parto, recomenda-se que a analgesia epidural lhe seja disponibilizada, sempre que esta for a sua opção preferencial. No entanto, os riscos e benefícios da técnica devem ser sempre informados à parturiente (NICE, 2023).

De acordo com o Regulamento nº391/2019, é competência do EE-ESMO cooperar “...com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (cit. OE, 2019b, p.13563). Durante a minha experiência neste estágio, tive oportunidade de colaborar com a equipa de anestesiologia na colocação do cateter epidural. Para isso, assistia na preparação do material, no posicionamento da parturiente e mantinha a vigilância da monitorização CTG, de forma a avaliar o bem-estar fetal durante e após o procedimento (NICE, 2023). A colocação do cateter epidural tem como potencial complicação a punção da dura, com aparecimento de sintomatologia associada, como cefaleias e fotofobia, sendo que deve ser dado conhecimento à parturiente da existência deste risco. Durante a colocação do cateter epidural e nos primeiros 15 minutos, a pressão sanguínea deve ser monitorizada de cinco em cinco minutos. Após a primeira hora de colocação do cateter epidural, é recomendado que a pressão sanguínea seja monitorizada de hora a hora ou após a administração de medicação analgésica via cateter epidural (NICE, 2023). Esta vigilância é realizada devido ao risco de hipotensão associado à administração de analgesia por esta via (Cunningham et al., 2014).

A forma como a gestão da analgesia via cateter epidural era realizada, dependia de muitos fatores, tais como, a fase do trabalho de parto em que se encontrava a parturiente, a avaliação da dor e as preferências da parturiente. Apesar de ter tido algumas mulheres a quem era administrada analgesia via epidural por bólus manual, de acordo com a intensidade da dor, a maioria delas encontrava-se com o sistema Patient Controlled Epidural Analgesia

(PCEA), que era programado para administrar medicação horária, bem como bólus extra, se necessário.

Apesar de ter cateter epidural, a parturiente deve ser encorajada a adotar as posições nas quais se sentir mais confortável, ao longo do trabalho de parto (NICE, 2023). No entanto, importa realçar a necessidade de avaliação do bloqueio motor de forma a garantir que a mulher se encontra com condições de segurança para deambular ou para se colocar em posições que exijam verticalidade. Nos casos em que a mulher apresentava, de facto, esse bloqueio motor, sugeria a mobilidade através de outros recursos disponíveis tais como o disco insuflável para apoio flexível da pelve, comumente chamado de “bolacha” (Cardoso et al., 2023a). Ao colocar a cama de parto em posição de trono, com o arco de suporte e a “bolacha”, a mulher conseguia ter uma liberdade de movimentos, principalmente da pelve, assemelhando-se a uma bola de parto. No entanto, importa referir que durante a minha experiência no estágio, tive oportunidade de assistir a diversos partos em que no período expulsivo, apesar de ter analgesia via cateter epidural, a mulher se encontrava em posição de quatro apoios, cócoras ou até mesmo em pé.

O foco no poder intrínseco da mulher para gerar e parir o seu bebé, bem como a sua capacidade para utilizar a dor como um guia, foram critérios determinantes na escolha do caso que em seguida apresento.

4.2 Caso clínico: O “superpoder”, depois de gerar, é parir

A Kate⁷, 36 anos, primigesta, dirigiu-se ao serviço de urgência do hospital pelas 7h30 por apresentar contratilidade uterina dolorosa. À admissão, através do exame vaginal foi constatado que apresentava 1 cm de dilatação, colo inteiro. Foi internada no serviço de sala de partos com o diagnóstico de “Trabalho de parto”, às 40 semanas e 1 dia. Contactei com a Kate no turno da

⁷ Nome fictício

noite desse mesmo dia. Durante a passagem de turno tive a informação de que, pelas 19h, a Kate encontrava-se com uma dilatação de 5 cm, colo extinto, amolecido e em posição intermédia. Apresentava cateter epidural, no entanto, sem nenhuma administração de analgesia por esta via.

A Kate é cantora e tem nacionalidade inglesa. Não tem antecedentes pessoais ou cirúrgicos relevantes e desconhece alergias. O seu grupo de sangue é A, fator Rhesus positivo e o *Streptococcus beta hemolítico* do grupo B (SGB) é negativo. Foi acompanhada durante a gravidez no centro de saúde da sua área de residência e fez preparação para o parto. Consigo está o John⁸, seu marido e pai do Noah⁹. Vivem a cerca de duas horas do hospital, mas escolheram-no por apresentar uma filosofia que ia ao encontro daquela que era a sua visão do parto. Apresentava um plano de parto que nos indicava quais as suas preferências para o seu trabalho de parto.

O plano de parto surge como uma ferramenta que permite à mulher e à pessoa que lhe é significativa, refletir sobre os diferentes momentos do trabalho de parto à luz daquilo que são as suas crenças, valores e expectativas, bem como manifestar a sua vontade e preferências. Funciona como um guia orientador, podendo ser alterado tantas vezes quantas quiser, uma vez que não é imutável e definitivo. É inclusive recomendada a realização da preparação para o parto tendo como ponto de partida a primeira versão do plano para o seu parto (Cardoso et al., 2023a).

Foram várias as parturientes que apresentaram o seu plano de parto à chegada ao serviço. Nesse caso, este era colocado no processo da mulher e eram transmitidos os pontos mais relevantes durante a passagem de turno. Constatei que a leitura atenta do plano de parto, bem como a sua análise com a parturiente eram um cuidado da maioria dos EE-ESMO. Para além disso, devo realçar que mesmo não havendo a presença de plano de parto” escrito”, a equipa de EE-ESMO analisava com a parturiente os seus desejos e

⁸ Nome fictício

⁹ Nome fictício

preferências para o seu trabalho de parto e transmitia a informação na passagem de turno, de forma a evitar questões repetitivas para a mulher e assegurar a continuidade de cuidados. No entanto, considero que ainda há um longo caminho a percorrer no sentido de uma maior compreensão por parte de todos os profissionais de saúde sobre o verdadeiro objetivo do plano de parto e do seu carácter mutável.

Para além da leitura cuidadosa do plano de parto, este foi analisado com a Kate e o John, de forma a otimizar a comunicação e alinhar as expectativas para aquele que seria um dos momentos mais importantes da vida deste casal. Foi explícita a sua vontade de lidar com a dor de trabalho de parto apenas com recurso a estratégias não farmacológicas, no entanto, preferiu a colocação de cateter epidural por ter receio de não conseguir lidar com a dor quando, e se, esta comesse a ser mais intensa. Pretendia manter a ingestão de líquidos e sólidos durante todo o trabalho de parto, bem como a liberdade de movimentos. Afirmava querer adotar a posição que se sentisse mais confortável durante a fase expulsiva. Pretendia que o cordão umbilical apenas seja clampado e cortado, pelo John quando deixar de pulsar e tinha o desejo de guardar a placenta. Desejava fazer contacto pele com pele com o seu bebé e pretendia amamentar na primeira hora de vida.

A Kate e o John tinham nacionalidade inglesa, falando apenas inglês. A barreira linguística foi um dos desafios com que me deparei em contexto da sala de partos, visto que foram clientes dos meus cuidados muitas mulheres (e pessoa significativa) de outras nacionalidades e que não dominavam a língua portuguesa. Neste caso em particular, não constituiu um desafio visto que consigo manter um diálogo fluído em inglês. Contudo, noutras situações, a comunicação revelou-se particularmente complexa, pois algumas grávidas não falavam nenhum dos idiomas compreendidos por mim ou pelas EE-ESMO da equipa. Para colmatar esta limitação, recorriamos a ferramentas de tradução ou à mediação pela pessoa significativa, que, ocasionalmente, dominava inglês ou português.

Quando me dirigi, no início do turno, ao quarto onde se encontrava a Kate e o John, apercebi-me que o ambiente estava calmo, com música previamente selecionada pela Kate e luzes baixas num tom quente. O John adotava uma postura ativa, de encorajamento e apoio na satisfação de todas as necessidades da Kate. Estava entusiasmado e ansioso para conhecer o Noah. A Kate estava numa posição de quatro apoios em cima da cama, a nível verbal apenas vocalizava. Era evidente a sua necessidade de conexão consigo própria, com muito pouca interação com o meio exterior. Pelo seu comportamento era notório que os níveis de dor eram crescentes a cada contração.

Através dos dados recolhidos, constatei que naquele momento o foco “Capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto através de estratégias não farmacológicas” seria alvo da minha atenção. Através de poucas palavras e gestos, consegui perceber que a Kate sentia dor mais acentuada na região lombar, no entanto, afirmando que se o nível de dor sentido continuasse a ser aquele, seria capaz de lidar apenas com recurso a estratégias não farmacológicas.

Tendo em conta a localização da dor da Kate, considero que o posicionamento é relevante. Para além disso, e apesar de ainda não ter realizado nenhum exame vaginal à Kate, as queixas algicas na região lombar poderão ser sugestivas de uma variedade posterior do feto. Um estudo randomizado controlado conduzido por Bahmaei et al. (2023), no Irão, teve como objetivo investigar o efeito da posição materna durante o trabalho de parto na rotação fetal da posição occipito-posterior para occipito-anterior, bem como nos desfechos obstétricos, em mulheres sem analgesia epidural. A amostra foi composta por 180 primigestas com fetos em posição occipito-posterior, aleatoriamente distribuídas por três grupos: posição de SIMS (n=45), posição de quatro apoios/knee-chest (n=45) e posição supina (n=90). As participantes adotaram as respetivas posições entre 15 a 30 minutos, em intervalos regulares, até ao nascimento. Os resultados demonstraram que as posições de SIMS e de quatro apoios favoreceram a rotação espontânea do feto para

occipito-anterior, com apenas 16,3% e 14,3% dos fetos, respetivamente, a manterem-se em posição occipito-posterior após a intervenção, comparado com 33,7% no grupo em posição supina. Verificou-se ainda uma redução da dor lombar e da duração da fase ativa do trabalho de parto nos grupos de SIMS e quatro apoios. Desta forma, e visto que a Kate já se encontrava naturalmente numa posição de quatro apoios quando cheguei ao quarto, percebi que já estava a usar o posicionamento como estratégia para lidar com o trabalho de parto.

Além disso, a pedido da Kate, o John iniciou uma massagem na região lombar, o que contribuiu para o seu relaxamento. Esta estratégia revela-se eficaz, uma vez que a massagem suave estimula a libertação de hormonas com efeito analgésico e promove o bloqueio dos nociceptores, reduzindo assim a perceção da dor (Cardoso et al., 2023a).

A Kate demonstrava capacidade para lidar com a dor do trabalho de parto com recurso a estratégias não farmacológicas. Embora existissem outras opções que pudessem ser sugeridas, como a aplicação de calor, considerei que, dada a sua atitude introspetiva, típica desta fase do trabalho de parto, seria benéfico manter uma intervenção de suporte e reforço positivo, evitando estímulos que ativassem o córtex pré-frontal, visto que, poderiam interferir negativamente na construção hormonal que o seu corpo, de forma sábia, vinha a desenvolver.

Assim, perante o diagnóstico de “Trabalho de parto” e com o objetivo de facilitar a sua progressão, geri a ingestão de líquidos e elogiei as respostas ao trabalho de parto. A Kate demonstrava claramente uma boa perceção corporal, alternando posições de forma autónoma e de acordo com o que sentia ser mais adequado ao seu ritmo. Após a massagem realizada pelo John, foi a própria Kate quem solicitou a aplicação de calor, estratégia que prontamente foi satisfeita através da disponibilização de lençóis quentes, evidenciando, mais uma vez, o seu domínio das estratégias não farmacológicas para lidar com a dor. O calor local contribui para o aumento da temperatura corporal naquela zona, promovendo a circulação, diminuindo

os espasmos musculares e, por consequência, elevando o limiar da dor (Cardoso et al., 2023a). A Kate evidenciou uma diminuição dos níveis de dor através do relaxamento dos seus músculos, nomeadamente os músculos da face durante a contração uterina.

Silva e os seus colaboradores (2023), desenvolveram uma revisão sistemática que avaliou a eficácia de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor durante o trabalho de parto. Contaram com a análise de 17 ensaios clínicos randomizados, identificando como métodos a terapia térmica (20%), massagem (15%), bola de parto (15%), acupressão (15%), auriculoterapia (10%), musicoterapia (10%), aromaterapia (5%), acupuntura (5%) e dança (5%). Os resultados mostraram que essas técnicas são eficazes na redução da dor no trabalho de parto e estão associadas a uma menor necessidade de intervenções medicamentosas (Silva et al., 2023).

A massagem, liberdade de movimentos, a técnica de rebozo, musicaterapia, hidroterapia, aplicação de calor, a gestão do ambiente e presença de pessoa significativa foram estratégias que tive oportunidade de implementar e observar o efeito nas parturientes que acompanhei. Considero que dentro dos recursos humanos e materiais disponíveis, todas as estratégias eram disponibilizadas às parturientes de forma a garantir o seu máximo conforto.

A necessidade da Kate de se aproximar do chão, a passagem de palavras para vocalizações e a necessidade cada vez maior em se focar no seu interior, a presença do Rombo de Michaelis e a evolução da linha púrpura (Papoutsis, 2023; Siccardi et al., 2020), permitiu-me inferir que teria havido alterações a nível da dilatação do colo do útero e da descida fetal. Assim, pelas 20h50, com o seu consentimento, foi realizado exame vaginal que me deu informação que a dilatação se encontrava completa, apresentação cefálica no 1.º plano e variedade occipito posterior. De facto, este dado era coerente com a localização das queixas álgicas da Kate.

A Kate, adotava naturalmente a posição de quatro apoios, respondendo ao “que o seu corpo lhe pedia”. Verifiquei pelos movimentos corporais dela, que,

naquele momento do trabalho de parto, a posição de SIMS, apesar de ser potencialmente benéfica (Bahmaei et al., 2023), provavelmente não seria confortável, dada a sua necessidade de movimentação da zona pélvica.

O segundo estadio do trabalho de parto, também denominado por fase expulsiva, ocorre quando são atingidos os 10 cm de dilatação até ao nascimento (ACOG, 2024). Este estadio de trabalho de parto, e à semelhança do primeiro estadio, conta com a fase latente e a fase ativa. A Kate encontra-se na fase latente do segundo estadio de trabalho de parto, visto que a dilatação está completa, no entanto não existe o Reflexo de Ferguson. É na fase latente do período expulsivo que ocorre a descida progressiva da cabeça fetal na pelve materna, associado a rotação interna e a flexão (Cohen & Friedman, 2024). Era o que o Noah precisava - progredir do 1.º para o 4.º plano de Hodge.

De acordo com Cohen & Friedman (2024), para além da curva de tempo expectável para a duração do período expulsivo, é fundamental avaliar a progressão da descida fetal, a fim de tomar decisões otimizadas quanto à necessidade de intervenção. Esta avaliação deve ser contextualizada com outros fatores clínicos, como a moldagem do crânio fetal, e também com alterações na rotação e flexão da apresentação. Por exemplo, uma parturiente nulípara que permanece em período expulsivo há três horas, mas apresenta uma descida progressiva da apresentação fetal, encontra-se numa situação clínica distinta daquela cuja apresentação fetal permanece estacionária. Considera-se uma descida normal quando esta ocorre de forma contínua até ao contacto com o pavimento pélvico, sendo esperado que o ritmo abrande aquando da passagem pela sínfise púbica. Neste contexto, podem ser identificadas três alterações gráficas na descida fetal: a ausência de descida, quando não há qualquer progressão; a paragem da descida, quando a apresentação inicia a descida, mas estagna antes de atingir o 4.º Plano de Hodge; e a descida prolongada, em que, apesar de haver progressão, esta ocorre de forma mais lenta do que o padrão considerado normal.

Nesta fase do trabalho de parto ocorre, habitualmente, uma desaceleração do ritmo das contrações, permitindo à parturiente recuperar e preparar-se para a fase final deste processo. Foi, de facto, isso que se verificou no caso do trabalho de parto fisiológico da Kate. As contrações mantiveram-se presentes, no entanto, foi perceptível a diminuição da sua frequência, durante aproximadamente 20 minutos. Nesta fase do trabalho de parto, a Kate não referia ainda a necessidade de “empurrar”, permitindo-me deduzir que não estava ainda presente o Reflexo de Ferguson. Assim sendo, foi respeitado o seu tempo e a evolução do trabalho de parto, sendo incentivada a adotar a posição que “o seu corpo lhe pedisse”, sem necessidade de esforços expulsivos desnecessários, enquanto não sentisse essa vontade.

O foco “Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto” foi considerado, no entanto verifiquei que a Kate era capaz, propondo de forma espontânea a implementação de estratégias tais como a alternância de posicionamento e uso de dispositivos havendo só necessidade de providenciar e disponibilizar os recursos. A Kate foi alternando as suas posições (quatro apoios e decúbitos laterais), utilizando o arco como recurso facilitador, que acabou por se revelar benéfico para a Kate conseguir apoiar a sua perna quando se encontrava em decúbito lateral e assim descansar ao mesmo tempo que criava assimetria. Gostaria de refletir a capacidade do corpo da mulher em adotar as posições que sabemos serem mais adequadas em cada momento do trabalho de parto, de uma forma instintiva e espontânea.

Ao longo de toda esta fase do trabalho de parto, foram oferecidos alimentos sólidos e líquidos à Kate, sendo que ela apenas desejou beber água. A ingestão de sólidos e líquidos durante o trabalho de parto é um tema que requer uma análise crítica e cuidada. Na instituição onde realizei o meu estágio, preconizava-se que a parturiente poderia ingerir líquidos e sólidos até ao momento da colocação do cateter epidural, caso assim o desejasse. A partir desse momento, apenas eram permitidos líquidos claros (incluindo água, chá, gelatina ou gelados de gelo). Esta orientação justificava-se pelo facto de, após a colocação do cateter epidural, a parturiente apresentar um

maior risco de necessidade de cesariana emergente (Herrera-Gómez et al., 2017). Nessa eventualidade, poderia ser necessária a administração de anestesia geral, situação em que as mulheres grávidas e em trabalho de parto apresentam maior risco de aspiração pulmonar (American Society of Anesthesiologists, 2022).

De acordo com a DGS (2023a), em trabalho de parto de baixo risco deve ser oferecido às grávidas líquidos claros, gelatina e gelados de gelo, durante o primeiro estadio, caso a evolução do trabalho de parto e a monitorização cardíaca fetal forem normais. Por sua vez, durante o segundo estadio de trabalho de parto, a parturiente deve apenas ingerir água em pequenas quantidades.

A colocação de cateter epidural tem sido a maior condicionante para a manutenção da ingestão de sólidos durante o trabalho de parto. Bouvet et al. (2022), desenvolveram um estudo observacional prospetivo que pretendia determinar a dinâmica do esvaziamento gástrico depois da ingestão de uma refeição ligeira (menos de cinco colheres de iogurte) em mulheres saudáveis não grávidas, grávidas de termo e parturientes com ou sem analgesia via cateter epidural. Constataram que o esvaziamento gástrico em parturientes é significativamente atrasado quando comparado com o de mulheres saudáveis não grávidas ou grávidas de termo que não estão em trabalho de parto. O estudo avaliou a fração de esvaziamento gástrico aos 90 minutos, tendo observado os seguintes valores medianos: 52% em mulheres não grávidas, 45% em grávidas fora do trabalho de parto, 7% em parturientes sem analgesia de trabalho de parto e 31% em parturientes com analgesia epidural ($P < 0,0001$). Verificou-se que a fração de esvaziamento foi significativamente inferior no grupo de parturientes com epidural comparado com os grupos controlo (não grávidas e grávidas fora de trabalho de parto). No entanto, o esvaziamento foi significativamente mais rápido nas parturientes com analgesia epidural comparativamente com as parturientes sem analgesia. Pode inferir-se que a dor do trabalho de parto seja uma das causas para a dificuldade no esvaziamento gástrico (Palmer & Jiang, 2022). Estes resultados suportam o

questionamento sobre a prática adotada até à data, impedindo as mulheres, que optam por colocação de cateter epidural, de comer até ao momento do parto.

A nível fisiológico sabemos que a miosina e a actina deslizam uma sobre a outra na presença de trifosfato de adenosina e cálcio, resultando na contração da fibra muscular (Graça, 2017). Sendo o útero um músculo, a presença de glicose revela-se essencial para a produção de trifosfato de adenosina através do processo de glicólise, sendo esta a via metabólica que sustenta a atividade contrátil do útero. Conclui-se, portanto, que a glicose desempenha um papel fundamental na progressão do trabalho de parto, tornando indispensável o seu adequado fornecimento. Quando a ingestão oral se limita apenas a água, não se garante o aporte necessário de glicose, o que pode comprometer a eficácia da contratilidade uterina e, consequentemente, a evolução adequada do trabalho de parto.

Pelas 21h30, a Kate afirmou sentir vontade de realizar esforços expulsivos. Foi novamente incentivada a adotar as posições em que se sentisse mais confortável. O ambiente continuava com uma luz baixa, música ambiente escolhida pela Kate e no quarto apenas estavam cinco pessoas (a Kate, o John, eu e duas EE-ESMO). Por perceber a necessidade de silêncio, garantimos que havia o mínimo de ruído possível no quarto, permitindo à Kate conectar-se consigo própria. Os intervalos das contrações permitiam-lhe descansar, enquanto quando a contração uterina se aproximava era possível perceber o regresso de toda a sua força e vontade de “empurrar” o seu bebé. A Kate começou por adotar uma posição de quatro apoios em cima da cama, seguido de posições laterais, sempre de acordo com aquilo que era mais confortável para si naquele momento. Manteve a ingestão de água e solicitou ao John que, com recurso a um papel, improvisasse um leque.

A determinado momento ali estávamos nós, a contemplar a beleza do parto e do nascimento, em silêncio e a respeitar o tempo da mulher e do bebé que tão bem se comunicavam. O conhecimento do que é expectável no segundo estadió do trabalho de parto permitiu-nos esperar, seguras de que tudo estava

a desenrolar-se precisamente da forma como seria expectável. Essa segurança deu o tempo necessário àquela mulher e àquele bebé. Necessitamos, de facto, saber muito para perceber quando nada temos de fazer como diz frequentemente a professora Alexandrina Cardoso.

Com o objetivo de implementar estratégias de prevenção do trauma perineal, após atingida a dilatação completa e com o consentimento da Kate, lubrifiquei os dedos com gel ginecológico esterilizado e inseri o polegar na sua vagina, utilizando os restantes dedos para realizar uma massagem perineal suave em forma de U na região exterior, durante o tempo em que percebi ser confortável para a Kate (cerca de 10 minutos). Para além disso, no momento do coroamento da cabeça fetal, enchi uma luva com água quente (assegurando que a temperatura era adequada à sensibilidade da Kate) e apliquei-a nas zonas do clítoris, uretra, fúrcula e região perianal, promovendo a vasodilatação local, com consequente aumento da distensibilidade do períneo, favorecendo o relaxamento muscular e a diminuição da dor. Durante a saída da cabeça, posicionei a minha mão dominante sobre o períneo, com o primeiro e segundo dedos nas laterais da fúrcula, de forma a promover a sua aproximação e reduzir a tensão. Com a mão não dominante, controlei a velocidade de expulsão da cabeça, enquanto utilizava a mão dominante para auxiliar na sua extensão. De acordo com a OMS (2020), recomenda-se a aplicação de compressas quentes, a realização de massagem perineal e a utilização da técnica “hands on” como medidas para proteção do períneo. Estas intervenções estão associadas a uma menor incidência de lacerações de 3.º e 4.º grau (Aasheim et al., 2017; Dwan et al., 2024).

O bem-estar fetal foi monitorizado de forma intermitente ao longo de todo o trabalho de parto. De acordo com a FIGO (Lewis & Downe, 2015), este tipo de auscultação permite identificar atempadamente situações de hipoxia/acidose fetal e é recomendada em trabalhos de parto de baixo risco. No entanto, a partir das 21h30 — momento em que a Kate sentiu necessidade de realizar esforços expulsivos — a monitorização CTG foi mantida de forma contínua. Durante a fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto, quando a

monitorização é realizada de forma intermitente, a recomendação é que ocorra a cada 5 minutos ou após cada contração, durante pelo menos 60 segundos. Caso a FCF se encontre fora dos valores normais (110-160 bpm), a auscultação deve ser mantida durante três contrações consecutivas (Lewis & Downe, 2015).

Para que este método de avaliação do bem-estar fetal possa ser utilizado, devem estar presentes os seguintes critérios: frequência de contrações normal; trabalho de parto espontâneo e sem analgesia epidural; ausência de hemorragia vaginal; líquido amniótico sem presença de mecónio; parturiente sem febre; fase ativa do primeiro estágio do trabalho de parto com duração inferior a 12 horas; segundo estágio com duração inferior a 1 hora; e FCF audível por auscultação intermitente (Lewis & Downe, 2015).

No entanto, de forma a identificar a natureza das desacelerações, foi mantida monitorização CTG contínua, constatando-se que se tratava de desacelerações precoces e, portanto, indicadoras de compressão do polo cefálico indicando a descida da apresentação fetal. De facto, a dificuldade em identificar as desacelerações é uma das limitações descritas pelas normas FIGO relativamente à monitorização cardíaca fetal intermitente (Lewis & Downe, 2015). Durante o segundo estadio do trabalho de parto, a monitorização contínua deu-nos a informação de que a FCF do Noah apresentava uma linha de base de 130 bpm, com boa variabilidade e com presença de acelerações.

Nesta fase ativa do segundo estadio de trabalho de parto, assisti a Kate a adotar as posições que se sentia mais confortável, sendo que optou por se manter em decúbito lateral esquerdo, com uma das pernas apoiadas na barra de apoio; manteve as medidas protetoras do períneo e executei a intervenção “Assistir ao parto”. Para o efeito, preparei o material necessário para a assistência ao parto e questioneei a Kate se desejava tocar na cabeça do Noah, ao que respondeu afirmativamente, o que lhe conferiu motivação adicional para os esforços expulsivos finais. Mantive o reforço positivo e o elogio, no entanto, sempre assegurando que não interferia na necessidade de silêncio da

parturiente. Foi questionado se a Kate gostaria de visualizar a saída da cabeça do Noah através de um espelho, ao que a Kate respondeu negativamente.

Através de observação foi possível constatar que a apresentação fetal já se encontrava no 3.º para 4.º plano de Hodge. Mantive o feedback positivo e frases de encorajamento. Durante a saída da cabeça, executei a técnica “*hands on*”, através da colocação da mão dominante no períneo de forma a promover uma aproximação dos dedos, reduzindo a tensão e com a mão não dominante, controlei a velocidade da exteriorização da cabeça, impedindo uma saída abrupta. Após a exteriorização da cabeça, solicitei que suspendesse esforços expulsivos e verifiquei a presença de circular cervical do cordão, através da introdução do meu dedo médio e indicador na região cervical do feto, verificando a inexistência de circular cervical. Aguardei pela restituição e auxiliei na saída do ombro anterior (através de uma ligeira tração no sentido descendente e para fora) e, seguidamente, assisti na exteriorização do ombro posterior, com a minha mão esquerda, mantendo a mão direita a apoiar o períneo. Após a saída dos ombros, questionei a Kate se queria “vir buscar” o seu filho, ao que acedeu, transformando-se num momento de grande intensidade para aquele casal.

Tendo em conta o diagnóstico “Nascimento”, tenho como objetivo “promover adaptação à vida extrauterina”, registei mentalmente a hora do nascimento (22h58) e sequei com suavidade o Noah com um lençol aquecido. Em seguida, avalei, nos momentos próprios, o índice de APGAR ao 1.º, 5.º e 10.º minuto (9/10/10, respetivamente). Foi executado o clampeamento do cordão umbilical, pelo John, pelas 23h01, ao fim de 3 minutos de vida do Noah.

A OMS (2020), recomenda o corte tardio do cordão umbilical, nunca antes de um minuto, de forma a melhorar os resultados neonatais e maternos. De acordo com a ACOG (2020c), em recém-nascidos de termo, o clampeamento tardio do cordão umbilical aumenta os níveis de hemoglobina e assegura os níveis de ferro para os primeiros meses de vida, o que poderá ter um efeito benéfico no desenvolvimento infantil.

O Noah manteve-se em contacto pele com pele durante a primeira hora de vida, de forma a diminuir o risco de hipotermia e promover os comportamentos inatos para mamar e, com isso, a amamentação (OMS, 2020). A cabeça foi tapada com um gorro e o corpo coberto com um lençol aquecido de forma a manter a temperatura corporal. Mantive vigilância e observação dos diferentes estadios do contacto pele com pele e, de 15 em 15 minutos, observei a pele, a frequência respiratória e a posição da cabeça do Noah.

Após o nascimento do Noah, encontramos-nos no terceiro estadio do trabalho de parto. Assegurei que a Kate estava numa posição confortável e aguardei pela dequitação. O meu objetivo neste estadio do trabalho de parto é prevenir a hemorragia pós-parto, assegurando que a dequitação ocorra sem intercorrências e que o globo de segurança de Pinard se forme. Pelas 23h15, assisti na expulsão da placenta através da realização de tração controlada do cordão umbilical (OMS, 2020). Quando observei a saída da placenta, a Kate referiu também sentir uma grande pressão no períneo. Segurei a placenta com as duas mãos e realizei a manobra de Dublin (torção da placenta até à saída completa das membranas). Observei o mecanismo de dequitação, tendo sido mecanismo de Schultz; Inspecionei a placenta e constatei que esta estava completa (sem alterações, bordos regulares e cotilédonos íntegros); verifiquei também que a bolsa amniótica apresentava dois folhetos (amnio e córion); a inserção do cordão umbilical era central e apresentava duas artérias e uma veia.

O terceiro estadio de trabalho de parto tem uma duração variável, sendo que a dequitação ocorre, em média nos primeiros cinco a sete minutos, podendo ocorrer até 30 minutos (Graça, 2017). É considerado um terceiro estadio de trabalho de parto prolongado aquele que se estende por mais de 60 minutos após o nascimento. No entanto, este é o tempo que poderá ser aguardado o dequite espontâneo, vigiando sempre a perda sanguínea e garantindo que esta se encontra controlada (NICE, 2023).

Após a dequitação e a verificação da placenta, foram administradas 10 UI de ocitocina em perfusão, via intravenosa, como fármaco uterotónico, tal como

recomendado pela OMS (2020). Constatei, através de palpação abdominal, que o globo de segurança de Pinard se encontrava formado. O útero apresentava-se contraído, peri-umbilical e a perda sanguínea era escassa e sem coágulos. A Kate encontrava-se hemodinamicamente estável (PA: 112/79 mmHg; FC: 89 bpm).

Em seguida, foi observado o canal de parto para identificar possíveis lesões na mucosa, não se verificando. Foi realizada higiene perineal e observei o estado do períneo. Constatou-se que o períneo apresentava uma laceração mediana de 1.º grau, visto que envolvia apenas a pele e mucosa (Graça, 2017; Maghalian et al., 2023).

Os tecidos envolvidos na laceração encontravam-se sangrantes, assim com o objetivo de controlar a perda de sangue, reparar a integridade dos tecidos e favorecer a cicatrização da ferida por primeira intenção, foi preparado o material (fio de sutura, pinça de disseção simples traumática, porta-agulhas, tesoura de pontas redondas, compressas esterilizadas, campos esterilizados, bata e luvas esterilizados e soro fisiológico) para a reparação do períneo e garantida a analgesia da zona perineal. Tendo em conta que a Kate apresentava cateter epidural, foi administrada analgesia via epidural para a realização da reparação, com o seu consentimento. Após garantir que a Kate não sentia dor e que estava confortável, iniciei a correção perineal. Neste momento de reparação de tecidos, a minha prioridade era sempre esta: a garantia que a mulher estava confortável e, se possível, com o seu filho(a) em contacto pele com pele. Assim, foram executados pontos simples, com fio de sutura cirúrgica sintético, absorvível, composto por poligatina 2-0 rapid. Este trata-se de um fio absorvível e sintético (NICE, 2023), com uma força de tensão adequada ao epitélio vaginal (Schmidt & Fenner, 2024). Com um olhar crítico, verifico que em casos de lacerações de primeiro grau na pele perineal, poderia ser utilizada cola cirúrgica (Schmidt & Fenner, 2024), no entanto, durante o estágio, não observei a sua aplicação.

Em seguida, foi novamente realizada higiene perineal, confirmada a contratura uterina e a perda sanguínea vaginal. Durante todo este período, a

Kate encontrava-se em contacto pele com pele com o Noah, que naturalmente, se foi dirigindo à mama.

A primeira hora de vida representa um período particularmente sensível tanto para a mãe como para o recém-nascido. Com base no conhecimento aprofundado do comportamento instintivo do bebé e reconhecendo a importância da amamentação precoce e da criação do vínculo mãe-filho, torna-se essencial proteger o contacto pele com pele ininterrupto durante este momento, frequentemente designado como *Golden Hour*. Este tempo deve ser compreendido como uma oportunidade única e irrepetível, que exige rotinas clínicas baseadas na evidência para garantir a sua plena realização (Widström et al., 2019).

Está recomendada a administração de uma dose intramuscular de 1mg de vitamina K a todos os recém-nascidos com peso superior a 1500g, de forma a prevenir a doença hemorrágica por défice da vitamina K (SPN, 2023). No caso apresentado, esta administração foi realizada com o Noah em contacto pele com pele com a Kate. Johnston et al. (2017) publicaram uma revisão sistemática com meta-análise, cujo objetivo foi analisar o efeito analgésico do contacto pele com pele em procedimentos dolorosos realizados a recém-nascidos. Na meta-análise que incluiu 19 estudos, envolvendo 1594 recém-nascidos de termo e prematuros, sendo incluídos procedimentos como o teste do pezinho e a administração de vitamina K. A dor dos recém-nascidos foi monitorizada através de escalas de dor (PIPP - *Premature Infant Pain Profile* e NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*), tempo de choro e marcadores fisiológicos (frequência cardíaca, saturação de O₂). Os resultados apresentados sugerem que os recém-nascidos em contacto pele com pele apresentavam menor pontuação de acordo com as escalas de dor e tinham um tempo de choro reduzido, comparativamente com os recém-nascidos que não se encontravam em contacto pele com pele durante o procedimento doloroso.

A monitorização do peso corporal do recém-nascido, foi realizada apenas após o término dos nove estádios do contacto pele com pele. Apesar desta intervenção ter sido adiada no parto da Kate, respeitando assim os diferentes

estádios do contacto pele com pele, não foi o que observei em todos os casos. Com um olhar crítico, considero que, em algumas situações, e garantindo que o recém-nascido está a adaptar-se de forma saudável ao meio extrauterino, a administração de vitamina K poderia ser realizada com o recém-nascido em contacto pele com pele e a monitorização do peso corporal poderia ser adiada, de forma a evitar interromper esta poderosa primeira hora de vida e seus efeitos para a mãe e para o recém-nascido.

Durante, aproximadamente, duas horas, a Kate amamentou o Noah e manteve-se com ele em contacto pele com pele, numa bolha de amor visível entre a tríade. Ao fim desse tempo, e com o consentimento da Kate e do John, vesti o Noah e o John pegou nele ao colo.

Em seguida, monitorizei a pressão sanguínea (PA: 115/82 mmHg), frequência cardíaca (82bpm), temperatura axilar (36,2°C) e dor (ausente) da Kate. Avaliei a contratatura uterina, verificando que o útero se encontrava contraído, infra-umbilical e a perda sanguínea vaginal era em quantidade reduzida e sem coágulos. Em seguida, removi o cateter epidural, assegurando-me que não havia risco acrescido de hemorragia. De forma a garantir a continuidade dos cuidados, transmiti toda a informação relevante à EE-ESMO que se encontrava no puerpério e que iria assegurar a continuidade dos cuidados, e a Kate, o John e o Noah seguiram para o internamento de puerpério.

Cuidar da Kate durante o seu trabalho de parto permitiu-me constatar que, durante este processo fisiológico, a mulher manifesta capacidade de mobilização espontânea e seleção intuitiva de posições que otimizam a progressão fetal. Constatei igualmente o papel fundamental da dor como guia, orientando a adaptação materna às distintas fases do trabalho de parto. Paralelamente, a observação das alterações comportamentais e psicossociais da Kate ao longo do processo revelou-se determinante para a translação dos conhecimentos teóricos para a prática clínica.

4.3 Caso clínico: O primeiro estadio do trabalho de parto- fazer nascer a filha

A Joana¹⁰, 31 anos, primigesta, dirigiu-se ao SUOG pelas 9h por apresentar contratilidade uterina dolorosa. À admissão, foi realizado exame vaginal, que revelou colo do útero com 4 cm de dilatação, 50% de extinção, em posição intermédia e amolecido e membranas íntegras. A Joana referia perceção de movimentos fetais de acordo com o padrão habitual, constituindo um sinal de bem-estar fetal. No SUOG foi também realizado CTG, durante cerca de 40 minutos, que confirmou bem-estar fetal e contratilidade uterina regular. Embora, segundo a OMS (2018), se recomende a auscultação com doppler ou estetoscópio de Pinard no momento da admissão de uma grávida de baixo risco, em trabalho de parto espontâneo, no serviço onde decorreu o meu estágio é prática comum a realização de CTG contínua. A Joana foi internada na sala de partos com o diagnóstico de trabalho de parto, às 38 semanas e 5 dias de gestação. A acompanhá-la estava o Miguel¹¹, 30 anos, eletricista, seu companheiro e pai da Madalena¹².

A Joana é operária fabril. Tem como antecedentes pessoais obesidade classe 1 (Índice de Massa Corporal [IMC]: 31Kg/m²) e diabetes gestacional, com bom controlo metabólico apenas com dieta. Sem registo de alterações no crescimento fetal, bem como no líquido amniótico. Sem nenhum outro antecedente pessoal ou familiar. Nega alergias medicamentosas ou alimentares. O seu grupo de sangue é B, fator Rhesus positivo e o SGB é negativo. Quando questionados sobre como esta gravidez tinha entrado na vida deles, afirmaram que não foi planeada, no entanto estão “radiantes com a chegada da princesa”. A gravidez foi vigiada no centro de saúde da sua área de residência.

Em Portugal, no ano 2020, a diabetes gestacional estava presente em 7,2% das gravidezes, com maior prevalência em grávidas com idade superior a 40 anos

¹⁰ Nome fictício

¹¹ Nome fictício

¹² Nome fictício

(DGS, 2021). A diabetes gestacional é definida como uma intolerância aos hidratos de carbono que é detetada, pela primeira vez, durante a gravidez. Nesta patologia é crucial analisar o controlo metabólico da grávida, através da avaliação do perfil glicémico, do crescimento fetal na ecografia, das alterações da quantidade de líquido amniótico e dos valores de hemoglobina glicada (Almeida et al., 2017). Em mulheres com diabetes gestacional, é recomendado que o parto ocorra até as 40 semanas e 6 dias sendo que a via preferencial de parto é a vaginal (NICE, 2025).

Segundo o Regulamento nº391/2019, o EE-ESMO “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez durante o trabalho de parto” (cit. OE, 2019b, p.13563). Considerei que este caso clínico se revelava uma oportunidade para refletir sobre o trabalho de parto de uma grávida com patologia associada.

O facto de a parturiente apresentar esta complicação associada, constitui um foco de atenção do EE-ESMO durante o trabalho de parto. Importa garantir um bom controlo glicémico durante este período, com valores de glicemia alvo entre os 70-110 mg/dL. Quando a parturiente atinge a fase ativa do primeiro estadio de trabalho de parto, deve ser iniciada uma solução polieletrólítica com glicose por via intravenosa a 125 ml/h. Para além disso, é recomendada a monitorização da glicemia capilar de quatro em quatro horas, com controlo através de perfusão de insulina, de acordo com protocolo hospitalar. Após o parto, a soroterapia deve ser suspensa e é recomendada a monitorização de glicemia capilar antes das três principais refeições seguintes. Se se obtiver um valor inferior a 120 mg/dl, então a monitorização de glicemia capilar poderá também ser suspensa (Almeida et al., 2017).

O protocolo hospitalar ia ao encontro das indicações apresentadas no Consenso da Diabetes Gestacional (Almeida, 2017), que sugere que para valores inferiores a 100 mg/dl, não se administra insulina; quando a glicemia se situa entre 101 e 150 mg/dl, a dose recomendada é de 3 unidades internacionais (UI). Para níveis entre 151 e 200 mg/dl, indica-se a administração de 4 UI, enquanto que para valores de 201 a 250 mg/dl a dose

recomendada é de 6 UI. Nos casos em que a glicemia se encontra entre 251 e 300 mg/dl, a dose deve ser de 8 UI, e para valores de 301 a 350 mg/dl, de 10 UI. Tendo em conta o dado de que a Joana é diagnosticada com diabetes gestacional, enunciei o diagnóstico “Hiperglicemia”. Tenho como objetivo “Detetar alterações no controlo glicémico” e, para isso, monitorizei a glicemia capilar de quatro em quatro horas, quando atingida a fase ativa do trabalho de parto. A Joana apresentou sempre valores de glicemia capilar entre os 70 e os 100 mg/dL, não havendo necessidade de correção através de perfusão de insulina.

No que diz respeito às implicações futuras para os recém-nascidos de grávidas com diabetes gestacional, sabe-se que estes apresentam um risco aumentado de desenvolver complicações a longo prazo (Dani et al., 2014). A diabetes gestacional está associada a um maior risco de disfunção metabólica nos descendentes. Um estudo realizado por Assaf et al. (2025), investigou o impacto da hiperglicemia materna na metilação do DNA ao nascimento e a sua relação com o risco metabólico em crianças e adolescentes. Foram analisadas amostras de sangue do cordão umbilical de 112 recém-nascidos provenientes de mães com diferentes níveis de tolerância à glicose, identificando 19 biomarcadores de metilação associados à hiperglicemia materna. Estas alterações epigenéticas correlacionaram-se com anomalias metabólicas nos descendentes e permitiram melhorar a previsão de disfunção das células B aos 7, 11 e 18 anos, em comparação com fatores clínicos isolados. A validação em modelos celulares humanos confirmou que a hiperglicemia influencia a expressão génica mediada pela metilação.

Adicionalmente, de acordo com uma meta-análise realizada por Yang et al. (2024), a diabetes gestacional é um fator de risco significativo para a SDRN. Esta meta-análise de 44 estudos com mais de 6,2 milhões de participantes demonstrou que recém-nascidos de mães com diabetes gestacional têm maior risco de SDRN (Odds ratio [OR] 1,9; Intervalo de Confiança [IC] 95% 1,5-2,3), consistente em gravidezes a termo e pré-termo e em diferentes regiões geográficas.

Associado ao diagnóstico de diabetes gestacional, a Joana apresentava também como antecedente pessoal obesidade classe 1, facto importante na prestação de cuidados do EE-ESMO. De acordo com a OMS (2025), em 2022, 43% dos adultos têm excesso de peso, sendo que 16% tem mesmo obesidade. De acordo com a mesma fonte, um IMC superior a 30 Kg/m² é considerado obesidade. Um estudo observacional de coorte retrospectivo, realizado na Dinamarca e desenvolvido por Ellekjaer et al. (2017), teve como objetivo analisar a influência da obesidade materna na duração do trabalho de parto em nulíparas com gravidez de termo, apresentação cefálica e início espontâneo ou induzido do parto. Foram incluídas 1 885 mulheres divididas em três grupos conforme o IMC: normal (66,1%), excesso de peso (18,6%) e obesidade (10,8%). Não se verificou diferença significativa na duração total nem na duração da fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto entre mulheres com excesso de peso (Odds Ratio [OR] ajustado = 1,01; Intervalo de Confiança [IC] 95%: 0,88-1,16) ou obesidade (OR ajustado = 1,07; IC 95%: 0,90-1,28), em comparação com mulheres com peso normal. Contudo, o risco de parto por cesariana aumentou significativamente nas mulheres com pré-obesidade e obesidade em comparação com mulheres com peso normal (OR 1.62; 95% IC 1.18-2.22 e 1.76; 95% 1.20-2.58, respetivamente).

Recebi a Joana e o Miguel naquela que seria a sua sala de parto, apresentei-me e dei a conhecer o espaço. O casal organizou os seus pertences e a Joana vestiu uma camisa que tinha selecionado em casa para este momento. Considero que o facto de se permitir à mulher manter a sua roupa, sem que haja necessidade de trocar para roupa fornecida pelo hospital, permite manter a sua personalidade e individualidade. Questionei sobre a frequência de algum programa de assistência pré-natal, sendo que a Joana respondeu que não frequentou porque “achava que não era muito importante. Sempre pensei que quando chegasse aqui saberia o que tinha de fazer, mas agora que aqui estou já não tenho tanta certeza”. Questionei, ainda, a Joana se tinha tido oportunidade de refletir sobre aquilo que idealizava para o parto, as suas preferências e desejos. A Joana e o Miguel responderam que nunca pensaram muito no momento do parto e sempre tiveram a convicção que confiavam nos

profissionais que os iriam acompanhar, depositando neles toda a confiança sobre as decisões a serem tomadas. A Joana reforçou que “agora que sinto as contrações, penso que deveria ter pensado mais sobre este momento porque não sei muito bem o que fazer nem como ajudar a minha filha a nascer”, completando com um pedido de apoio nesse aspeto.

Ao longo do estágio, tive contacto com diversas mulheres e pessoas significativas que optaram por não frequentar qualquer programa de assistência pré-natal, em particular no âmbito da preparação para o parto. Este facto motivou a minha reflexão, levando-me a procurar compreender as razões pelas quais essas mulheres decidiam não participar. A maioria mencionava precisamente os motivos referidos pela Joana. Confiavam ao profissional de saúde que os acompanhasse durante o trabalho de parto, todas as decisões sobre esse momento, não tendo um pensamento e discurso focado nelas como protagonistas do seu parto. Esta observação permitiu-me refletir sobre a importância de os EE-ESMO continuarem a reforçar e comunicar de forma clara os objetivos dos programas de preparação para o parto, bem como dos benefícios de cada mulher, e pessoa significativa, em receber esses cuidados de saúde.

A assistência pré-natal, especificamente a dimensão centrada na preparação para o parto diz respeito a um percurso que o EE-ESMO percorre com a grávida e com a pessoa que lhe é significativa, com o objetivo de descobrirem juntos aqueles que são os seus superpoderes, os recursos que a grávida pode levar para o seu parto (Cardoso et al., 2023a).

Uma meta-análise realizada por Zaman et al. (2025) teve como objetivo avaliar o impacto dos programas de assistência pré-natal, centrados na preparação para o parto, na autoeficácia no parto, no medo do parto e em indicadores maternos e neonatais. A autoeficácia no parto foi avaliada tendo como base a escala Childbirth Self-Efficacy Inventory e escalas semelhantes, que avaliam a confiança da mulher para lidar com o trabalho de parto. Por sua vez, o medo do parto foi avaliado através de ferramentas como o Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire e outras escalas validadas de

medo do parto. O estudo analisou 40 investigações, das quais 31 foram consideradas elegíveis. Os resultados indicaram que a participação em programas de assistência pré-natal aumentou significativamente a autoeficácia das mulheres durante o parto (Standardized Mean Difference [SMD] = 2.00; Intervalo de Confiança [IC] 95%: 1.06-2.95, $p < 0.0001$) e reduziu o medo do parto (SMD = -1.26; IC 95%: -1.79 a -0.74, $p < 0.00001$). Verificou-se ainda um aumento da taxa de partos vaginais (Risco Relativo [RR] = 1.10; IC 95%: 1.04-1.16, $p = 0.0004$) e uma diminuição nas cesarianas (RR = 0.80; IC 95%: 0.70-0.92, $p = 0.001$). Esta meta-análise concluiu, assim, que a frequência de programas de assistência pré-natal contribui positivamente para a preparação física e psicológica das grávidas e para o aumento da taxa de partos vaginais.

Visto que a Joana tinha dado entrada no serviço de urgência por contratilidade uterina dolorosa e tendo em conta o diagnóstico “Trabalho de Parto”, tive como um dos focos de atenção, a dor do trabalho de parto. Verifiquei, através do comportamento, que a Joana mantinha uma postura comunicativa, parando de falar no momento da contração. Questionei-a sobre como estava a ser para ela lidar com a dor do trabalho de parto, ao que me responde que sentia dor tipo cólica, localizada na região suprapúbica e coincidente com o momento da contração, mas que naquele momento conseguia lidar com a dor sem recurso a estratégias farmacológicas. No entanto, afirmou “gostava de colocar cateter epidural mais tarde, mas sei que há várias coisas que eu posso fazer antes de o colocar. Gostava que me ajudasse porque não sei ao certo o quê”. Salientei à Joana que a escolha da forma como gostaria de lidar com a sua dor de trabalho de parto era unicamente sua e solicitei que me comunicasse se e quando sentisse necessidade de avançar com a colocação do cateter epidural. Constatei através desta afirmação que a Joana apresentava um significado atribuído às estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto facilitador. Para além disso, apresentava disponibilidade para aprender.

A minha intervenção seria através do domínio da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto e não do conhecimento, tendo em conta o momento do trabalho de parto em que a Joana se encontrava.

O trabalho de parto é orquestrado por um conjunto de processos hormonais que atuam tanto na mãe como no feto. À medida que o parto progride, a mulher tende a adotar uma postura mais introspetiva e centrada em si própria e no seu corpo, reduzindo a atenção ao meio exterior (Olza et al., 2018; Olza et al., 2020). A ativação do sistema nervoso simpático, em particular do córtex pré-frontal, responsável pela cognição e pelo pensamento lógico, pode interferir negativamente neste processo, uma vez que o ideal, nesta fase, é a ativação do sistema nervoso parassimpático. Assim, é fundamental avaliar cuidadosamente o comportamento neuropsicossocial da mulher em trabalho de parto e compreender em que fase do processo ela se encontra.

A formulação de diagnósticos relacionados com o domínio do conhecimento exige que a mulher esteja em condições de exercer pensamento lógico, atuando de forma disruptiva no processo hormonal que está a ser criado. Tendo em conta os dados apresentados anteriormente, enunciei o diagnóstico “Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto”, tendo como objetivo “Melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto”. Desta forma, e respondendo às necessidades da Joana, implementei as intervenções “Assistir a identificar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto”; “Instruir e treinar estratégias de relaxamento” e “Instruir e treinar estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto”.

Tendo em conta que a Joana e o Miguel afirmaram não estar familiarizados com as estratégias não farmacológicas para lidar com a dor, optei por percorrer um caminho que a Joana já conhecesse. Assim, questionei que estratégias é que a Joana costumava utilizar para lidar com a dor quando a sentia. Ela referiu que tinha frequentemente dores na região lombar e que optava pela aplicação de calor e massagem. Tomei estas duas estratégias como ponto de partida e questionei a Joana se gostaria de as experimentar naquele momento, tendo obtido uma resposta favorável. O Miguel

acrescentou que costumava ser ele a realizar a massagem quando a Joana se encontrava com dor. Assim, sugeri que recriassem esse momento de parceria e companheirismo, realizando uma massagem no local do corpo que a Joana mais gostasse.

Este tipo de massagem suave, denominado *effleurage*, tem a capacidade de promover a libertação de endorfinas, diminuindo a tensão muscular e promovendo o relaxamento. É um tipo de massagem endorfinica, realizada entre contrações (Levett et al., 2016; Fitriana, 2019). Adicionalmente, a massagem diminui a produção de hormonas de stresse e aumenta a produção de hormonas de prazer, crucial para o desenrolar do trabalho de parto (Smith et al., 2018a). De acordo com uma revisão sistemática realizada por Smith et al. (2018b), tendo analisado ensaios clínicos randomizados, verificou que a utilização da massagem esteve associada a uma diminuição da dor durante a primeira fase do trabalho de parto, quando avaliada por escalas de autorrelato, em comparação com os cuidados convencionais (Standardized Mean Difference [SMD] = 0,81; Intervalo de Confiança [IC] 95%: 1,06 a 0,56; 6 ensaios; 362 participantes). Contudo, na segunda fase (SMD = 0,98; IC 95%: 2,23 a 0,26; 124 participantes) e na terceira fase do parto (SMD = 1,03; IC 95%: 2,17 a 0,11; 122 participantes), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Associado a esta estratégia, providenciei lençóis quentes com o objetivo de colocar na região onde sentisse mais dor. A teoria do *gate control* explica que a dor é transmitida ao cérebro por vias nervosas, mas pode ser modulada por estímulos alternativos, como massagem, calor/frio ou uso da água, que competem com os sinais dolorosos (Durham & Chapman, 2014).

Para complementar as estratégias que a Joana já conhecia e aplicava, sugeri a introdução de estratégias adicionais como a regulação da luminosidade e uso de música da sua preferência, às quais o casal reagiu com grande entusiasmo. Reduzi a intensidade da iluminação, visto que a presença de luz artificial e brilhante, estimula o neocórtex, conduzindo à libertação de hormonas de stresse (Lothian, 2004). Assim, privilegiei uma luz suave de tonalidade

amarelada (Stenglin & Foureur, 2013), mais confortável e acolhedora. Paralelamente, minimizei os estímulos sonoros no ambiente, diminuindo o volume dos alarmes que não eram essenciais, de forma a promover um ambiente mais calmo e propício ao relaxamento.

Com o objetivo de potenciar este relaxamento, sugeri ao casal a utilização de uma *playlist* que transmitisse à Joana sensações de calma, conforto e serenidade, proposta com a qual ambos concordaram de forma positiva. Numa revisão sistemática, com meta-análise desenvolvida por Santiváñez-Acosta et al. (2020), teve como principal objetivo avaliar a eficácia do uso de música para controlar a dor e a ansiedade durante o trabalho de parto. Para isso, 12 estudos foram incluídos, resultando num total de 778 mulheres. Os resultados mostraram que a música diminuiu a intensidade da dor durante a fase latente (Difference of Means [DM]: -0,73; Intervalo de Confiança [IC] 95% -0,99; -0,48) e durante a fase ativa (DM: -0,68; IC 95% -0,92; -0,44) do trabalho de parto. No que diz respeito à ansiedade, os valores também diminuíram, tanto na fase latente (DM: -0,74; IC 95% -1,00; -0,48) como na fase ativa (DM: -0,76; IC 95% -0,88; -0,64). Conclui-se assim que o uso de música parece ter efeitos na redução da perceção dos níveis de dor e de ansiedade durante o trabalho de parto.

Após a implementação de todas estas intervenções, a Joana afirmou sentir uma diminuição da intensidade da dor, sendo um dado coerente com a expressão facial da Joana, mais relaxada.

O EE-ESMO, de acordo com o Regulamento nº391/2019, “concebe, planeia, implementa e avalia intervenções adequadas à evolução do trabalho de parto, otimizando as condições de saúde da mãe e do feto” (cit. OE, 2019b, p.13563). Assim, para além do foco da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto, importava também que fossem implementadas estratégias que promovessem a progressão do trabalho de parto. Para isso, o foco “Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”, foi também alvo da minha atenção.

Devo salientar que estes dois focos estão interligados, uma vez que a capacidade da mulher para lidar com a dor do trabalho de parto, bem como as estratégias que a promovem, contribuem simultaneamente para o relaxamento e o bem-estar. Estes elementos são aliados fundamentais para a progressão do trabalho de parto.

A Joana não possui nenhuma experiência no âmbito da implementação de estratégias facilitadoras do trabalho de parto. Este dado, aliado à sua disponibilidade para aprender, permite-me enunciar o diagnóstico “Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto”. Assim, com o objetivo de melhorar a sua capacidade para usar estas estratégias, instrui e treinei a posição corporal facilitadora do trabalho de parto, exercícios de mobilidade da pelve e uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto.

Para que a cliente dos meus cuidados fosse capaz de adotar posições que favorecessem a progressão do trabalho de parto, incentivei a Joana a adotar a posição que “o seu corpo lhe pedisse”, realçando, porém, que posições verticalizadas poderiam ser facilitadoras na progressão do trabalho de parto.

Um ensaio clínico randomizado e cego, realizado por Khresheh et al. (2023) numa maternidade de um grande hospital no sul da Jordânia, avaliou o impacto da deambulação durante a primeira fase do trabalho de parto nos resultados maternos e neonatais. Participaram 290 mulheres primíparas, distribuídas aleatoriamente em dois grupos: intervenção (n = 140), incentivado a deambular, e controlo (n = 150), que recebeu os cuidados habituais. Os resultados mostraram que, em comparação com o grupo de controlo, as mulheres do grupo de intervenção tiveram uma duração mais curta da primeira fase do trabalho de parto ($p < 0,001$), menor intensidade da dor ($p < 0,001$), menor necessidade de analgésicos ($p < 0,001$) e menor recurso à estimulação do trabalho de parto ($p = 0,030$). Estas mulheres apresentaram ainda maior probabilidade de ter um parto vaginal normal ($p = 0,015$) e maior satisfação com a experiência de parto ($p = 0,001$).

Os resultados deste estudo vão ao encontro dos que já tinham sido publicados numa revisão Cochrane conduzida por Lawrence et al. (2013), que incluiu 25 estudos randomizados e quasi-randomizados, com um total de 5218 mulheres, analisou os riscos e benefícios das posições adotadas durante o trabalho de parto. Os autores identificaram evidência clara de que, caminhar e assumir posições verticais durante o primeiro estadio do trabalho de parto contribui para a redução da sua duração, do uso de epidural e da necessidade de cesariana.

Aliado a esta abordagem, sugeri à Joana, caso assim o desejasse, que dançasse uma música do seu agrado, com o objetivo de promover o relaxamento e favorecer a mobilidade pélvica. Não existe uma forma correta de a parturiente se movimentar (Cardoso et al., 2023a), o essencial é que a mulher se conecte com o seu corpo e se sinta livre para realizar movimentos espontâneos da pelve, especialmente quando já se encontra em trabalho de parto. Embora existam exercícios específicos que podem ser instruídos e treinados durante a preparação para o parto, considerei que este não era o momento indicado para isso. Pretendia, acima de tudo, que a Joana se conectasse com o seu lado mais emocional e intuitivo, reduzindo o envolvimento do pensamento lógico. Após a sugestão, a Joana aceitou com entusiasmo e começou a dançar com o seu companheiro. A dança e o movimento rítmico são estratégias que combinam posições verticalizadas com mobilidade da pelve, favorecendo o progresso do parto (Abdolahian et al., 2014).

Após deixar a Joana e o Miguel à vontade para me chamar sempre que necessitassem, decidi dar-lhes privacidade e sair do quarto, permitindo que se conectassem e construíssem o seu ambiente seguro para receber a sua bebé. Quando regressei, verifiquei que a Joana apresentava um comportamento menos social e mais introspetivo. Inferi, através deste dado, que o trabalho de parto poderia estar a evoluir para fase ativa. Observei também que, no momento da contração, a Joana apresentava fáceis de dor, concentrando-se unicamente no momento que estava a viver. Este dado permitiu-me inferir

que a intensidade da dor pudesse estar a aumentar, algo que a Joana confirmou. Tendo em conta o desejo da Joana de colocar o cateter epidural, apresentei-lhe essa opção, assim como a possibilidade de utilizar a bola de parto como um recurso para facilitar a progressão do trabalho de parto e reduzir a intensidade da dor.

A Joana optou por experimentar em primeiro lugar a bola de parto. Demonstrei o uso da bola de parto e em seguida permiti que a Joana sentisse os efeitos em si, iniciando pela posição sentada, permitindo a mobilidade da pelve, descida fetal e funcionando também como fonte de distração. Quando se sentou, a Joana começou, de forma instintiva, a realizar movimentos de báscula da pelve. Durante o tempo em que esteve sentada na bola de parto, a Joana realizou movimentos de anteversão, retroversão, inclinação interna e externa. Sugeri ao Miguel que se sentasse num banco, atrás da Joana e, se fosse desejo dos dois, realizasse uma massagem à Joana numa zona corporal que ela gostasse. Elogiei o desempenho da Joana e do Miguel e realcei o envolvimento do Miguel nesta fase do trabalho de parto. De facto, o envolvimento da pessoa significativa no plano de cuidados da parturiente, contribui de forma positiva para a satisfação da cliente dos nossos cuidados (PQCEESMO, 2021). Em seguida, a Joana experimentou a posição de quatro apoios na bola de partos, apoiando o seu tronco na bola de partos e rolando para a frente e para trás, referindo uma diminuição da perceção dolorosa (Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al, 2023a).

Uma meta-análise realizada por Terres et al. (2025), avaliou os efeitos dos exercícios com bola de parto em mulheres com trabalho de parto de baixo risco. Foram incluídos 10 ensaios clínicos randomizados, com um total de 1008 mulheres. Os resultados mostraram que o uso da bola reduziu significativamente a taxa de cesarianas (Diferença Média [DM] 0,55, $p = 0,007$, $I^2 = 32\%$), os níveis de dor (cerca de 20%, $p < 0,001$) e uma diminuição de mais de duas horas na primeira fase de trabalho de parto (DM -130.12 min, $p < 0.001$). Não houve diferenças relevantes na duração do segundo estágio nem no uso de intervenções como ocitocina ou epidural.

Com o intuito de promover o relaxamento dos músculos e ligamentos pélvicos, contribuindo para a possível redução da percepção da dor, sugeri a realização do rebozo enquanto a Joana se encontrava na posição de quatro apoios. A Joana aceitou experimentar. Para tal, sentei-me atrás da Joana, dobrei um lençol (que em falta do rebozo, era esta a solução utilizada) e confirmei que o centro do lençol estava colocado próximo ao osso coccígeo, abrangendo também a região lombar. Em seguida, executei o movimento denominado “peneira”, alternado entre movimentos mais rápidos e mais curtos (Calais-Germain & Vives, 2011; Cardoso et al., 2023a; De Keijzer & van Tuyl, 2010). Esta intervenção teve um efeito favorável na redução da intensidade da dor da Joana.

Pelas 11h, a Joana referiu sentir um aumento do desconforto geral e da intensidade da dor durante a contração, solicitando a colocação de cateter epidural. Acolhi e validei o seu desejo, tranquilizando-a e comunicando à equipa média de anestesiologia a sua vontade. Antes da preparação da parturiente e do material para colaborar na técnica, pedi autorização à Joana para realização de exame vaginal, visto que tinha havido uma alteração comportamental notória na Joana, bem como um aumento da intensidade do seu nível de dor. A Joana autorizou a realização do exame vaginal, que me permitiu constatar que a nível cervical se encontrava com 6 cm de dilatação, 80% de extinção, colo em posição anterior e amolecido. As membranas mantinham-se íntegras, a apresentação era cefálica e encontrava-se acima do 1.º plano de Hodge. Relativamente à variedade, o feto encontrava-se em occipito direita transversa. Esta informação validou aquilo que eu já tinha inferido através do comportamento da Joana, que esta estava a iniciar a fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto.

Tendo em conta que a Joana apresentava uma patologia associada, esta transição de fase exigiu reflexão sobre a necessidade de intervenção no contexto da diabetes gestacional. Tendo atingido a fase ativa, foi iniciada a realização de monitorização de glicemia capilar de quatro em quatro horas e iniciou perfusão de solução polieletrolítica com glicose a 125 ml/h, tal como

recomendado no Consenso da Diabetes Gestacional (Almeida et al., 2017). Este momento, coincidiu com o de colocação do cateter epidural, implicando a suspensão da ingestão de alimentos sólidos, situação controversa que foi previamente discutida no caso clínico anterior.

A Joana referiu necessidade de esvaziar a bexiga antes da colocação do cateter epidural. Acompanhei-a e refleti sobre a oportunidade de ensinar sobre o risco de retenção urinária subsequente à analgesia epidural e à importância do esvaziamento vesical para a progressão do trabalho de parto. No entanto, tendo em conta a fase em que a Joana se encontrava, considerei que não era o momento mais oportuno para implementar a intervenção.

De facto, a administração de analgesia epidural está associada a um maior risco de retenção urinária, o que aumenta a probabilidade de necessidade de cateterização vesical (Choi et al., 2012; Weiniger et al., 2006). De acordo com a NICE (2023), durante o trabalho de parto, a mulher deve ser incentivada a esvaziar regularmente a bexiga, uma vez que o esvaziamento vesical insuficiente pode dificultar a descida da apresentação fetal, intensificar a dor e comprometer a eficácia das contrações uterinas.

Colaborei na técnica de colocação do cateter epidural, assistindo no posicionamento da Joana, que decorreu sem intercorrências. Durante e após o procedimento, realizei a monitorização da pressão arterial e da frequência cardíaca, conforme preconizado na Norma n.º 002/2023 da DGS (DGS, 2023a), tendo verificado que a Joana se manteve hemodinamicamente estável.

Reforcei a necessidade de manter a posição em decúbito dorsal, com alinhamento corporal, durante os próximos 15 a 20 minutos, para garantir que a medicação administrada (ropivacaína 0,2%) se distribuisse uniformemente. Além disso, informei que apenas após esse período poderia começar a sentir melhoria na intensidade da dor. Passado esse tempo, a Joana relatou: “Já sinto menos dor, percebo quando tenho contração porque a barriga fica dura, mas não me dói”. Procedi então à avaliação do bloqueio motor através da Escala de Bromage, constatando ausência de bloqueio (*score 0*) (DGS, 2023a).

Quando questionei a Joana sobre o que faria sentido para ela naquele momento, respondeu que gostaria de descansar um pouco. Acolhi o seu desejo e sugeri que aliássemos o descanso a uma posição facilitadora da progressão do trabalho de parto, adequada à fase ativa em que se encontrava (6 cm de dilatação, 80% de extinção, colo em posição anterior e amolecido, apresentação cefálica acima do 1º plano de Hodge, variedade occipito direita transversa). A Joana e o Miguel mostraram-se entusiasmados com a proposta. Tendo em conta os dados obtidos no último exame vaginal, propus a posição de Sims. Com o auxílio de almofadas, a Joana ficou em decúbito lateral esquerdo, com a perna superior em flexão e rotação externa e a perna inferior em extensão. Esta posição promove assimetria e facilita a abertura da pelve de entrada, favorecendo a descida da apresentação fetal (Calais-Germain & Vives, 2011). A Joana referiu sentir-se confortável nesta posição e conseguiu efetivamente descansar, num ambiente calmo, com luz reduzida e música, com volume baixo, escolhida pelo casal. Apesar de haver benefício na alternância da posição a cada 20 minutos ou 10 contrações, sugerindo a repetição para o lado oposto, verifiquei que a Joana estava efetivamente a descansar e optei por não intervir, dando tempo ao seu corpo.

Pelas 13 horas, a Joana e o Miguel solicitaram a minha presença na sala de partos. A Joana tinha acordado e manifestava-se disponível para mudar de posição. Após confirmar novamente a ausência de bloqueio motor dos membros inferiores e assegurar que se mantinha hemodinamicamente estável, assisti no levante. Encontrava-se sem dor, mas com perceção clara das contrações, e expressou o desejo de permanecer em pé nesta fase. Validei a sua vontade e sugeri que se mantivesse de pé, apoiando-se na cama elevada ou no parapeito da janela. A Joana optou por apoiar-se na cama, mantendo os fémures em rotação externa, o que facilita a abertura da pelve de entrada. O Miguel propôs fazer-lhe uma massagem na cabeça, proposta que a Joana acolheu com agrado.

Pelas 13h50, a Joana apresentou rotura espontânea de membranas e referiu um aumento de pressão na vagina e ânus. O líquido amniótico era claro e com

cheiro *suis generis*. Apesar de ainda não terem passado quatro horas desde o último exame vaginal, tinha havido uma alteração no comportamento, acrescido de rotura de membranas, o que justificava a realização de exame vaginal. Constatei que a nível cervical a Joana encontrava-se com 10 cm de dilatação, confirmei que as membranas estavam rotas. A apresentação cefálica encontrava-se no 1.º plano de Hodge e a variedade era occipito anterior direita.

Existe, de facto, uma diferença na evolução do apagamento e da dilatação do colo uterino entre primíparas e múltiparas. Nas primíparas, o colo do útero é longo e não dilatado antes do trabalho de parto. Durante este, o apagamento ocorre primeiro e, muitas vezes, mesmo quando está completo, a dilatação ainda é mínima. Já nas múltiparas, o colo do útero pode apresentar alguma dilatação prévia e, à medida que ocorre o apagamento, a dilatação progride simultaneamente, formando um funil no orifício interno. Assim, enquanto nas primíparas a dilatação segue o apagamento, nas múltiparas, ambos os processos evoluem de forma mais sincronizada (Graça, 2017). De facto, durante o meu período de estágio na sala de partos, observei que, na maioria dos casos, este padrão se confirmava na prática clínica, com as primíparas a apresentarem dilatação apenas após o apagamento completo e as múltiparas a evoluírem com apagamento e dilatação de forma quase simultânea.

O meu turno terminou pelas 14h, contudo, mais tarde tive conhecimento de que o parto da Joana foi eutócico, ocorrendo às 15h06, sem qualquer intercorrência. Situações como esta, em que o parto ocorre pouco tempo após o fim do turno, levaram-me a refletir sobre o impacto que a continuidade do EE-ESMO de referência pode ter no relaxamento e bem-estar da parturiente. Sabendo que, na prática, nem sempre é viável manter a continuidade da mesma equipa, procurei estratégias para suavizar essa transição. Assim, passei a acompanhar a EE-ESMO que assumiria os cuidados e a apresentar-lhe a parturiente num momento partilhado entre as três. Este gesto, que se assemelhava simbolicamente a uma “passagem de testemunho”, permitia estabelecer um ambiente de confiança e harmonia, e, de forma empírica,

observei que contribuía significativamente para a tranquilidade da mulher, promovendo uma sensação de continuidade e segurança.

Segundo o Regulamento nº140/2019, o Enfermeiro Especialista “baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (cit. OE, 2019a, p. 4745). Tendo em conta este princípio, nesta situação, à semelhança de todas as outras clientes com quem contactei, procedi à identificação das suas necessidades, enunciei diagnósticos e estabeleci objetivos, acompanhados de intervenções fundamentadas na evidência científica mais atual, avaliando posteriormente os respetivos resultados.

Acompanhar a Joana durante o primeiro estadió do seu trabalho de parto trouxe-me desafios em diferentes vertentes. Por um lado, tratava-se de um trabalho de parto associado a uma complicação, a diabetes gestacional, que implica necessidades específicas que devem ser identificadas e devidamente respondidas. Por outro lado, a Joana era uma mulher sem conhecimento nem capacidade prévios relativamente a diversos elementos relevantes durante o trabalho de parto, mas que demonstrava uma grande disponibilidade para aprender. Dosear a quantidade de informação transmitida, mantendo o equilíbrio e assegurando que não interferia negativamente com a ação hormonal que o seu corpo, de forma eficaz, estava a construir, foi um aspeto particularmente relevante para o meu processo de aprendizagem.

Foram estes os desafios que me levaram a destacar este caso para reflexão e aprofundamento do conhecimento. Embora todas as mulheres a quem prestei cuidados tenham contribuído para a análise das minhas práticas, em contexto de sala de partos percebi que, um dos maiores desafios era precisamente encontrar o equilíbrio na quantidade de informação transmitida e adequá-la à fase do trabalho de parto que cada mulher estava a vivenciar, bem como às necessidades e expectativas de cada mulher. A sensibilidade necessária para identificar quando é oportuno falar e intervir, e quando o silêncio aliado à presença atenta constitui a melhor intervenção, foi uma competência que desenvolvi progressivamente ao longo do tempo. Acredito que é nesta

sensibilidade, no saber escutar e compreender o que cada momento exige, que reside uma das essências do trabalho do EE-ESMO.

5 NECESSIDADES DAS GRÁVIDAS ADOLESCENTES NO ÂMBITO DA ADAPTAÇÃO À GRAVIDEZ: UMA REVISÃO *SCOPING*

5.1 Introdução

Durante o estágio curricular, tive a oportunidade de ter como clientes dos meus cuidados, adolescentes grávidas. O primeiro contacto com mulheres desta faixa etária ocorreu no estágio realizado no serviço de consulta externa de ginecologia e obstetrícia, onde me apercebi das particularidades associadas à fase de vida que atravessavam. Embora os cuidados prestados a cada mulher grávida fossem adequados às suas necessidades individuais, percebi que as adolescentes grávidas, pela etapa de desenvolvimento em que se encontram, podem apresentar necessidades transversais próprias deste grupo etário. Considero que o conhecimento destas especificidades é essencial para adequar, o mais possível, os cuidados prestados e ir ao encontro das suas reais necessidades. Foi a partir desta reflexão que surgiu a questão sobre quais seriam essas necessidades e, consequentemente, a decisão de avançar com a síntese de evidência que apresento em seguida.

A OMS (2024), define a adolescência como a fase da vida entre a infância e a vida adulta, com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos. É nesta fase que a descoberta da sexualidade atinge o seu pico, tornando-se uma potencial fonte de comunicação de prazer e afeto nas dimensões pessoal e interpessoal (Graça, 2017). Contudo, esta exploração da sexualidade pode também levar a consequências não planeadas.

De acordo com a UNICEF (2021), anualmente, aproximadamente 15 milhões de adolescentes têm um filho, representando cerca de 11% dos nascimentos em todo o mundo. Por sua vez, os dados do Instituto Nacional de Estatística (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2024a) indicam-nos que, em 2023, registaram-se 1646 nados-vivos de mães adolescentes (entre os 13 e os 19

anos) em Portugal, destacando a necessidade de intervenções educativas e de saúde pública adaptadas a esta faixa etária.

A gravidez na adolescência tem contornos próprios, sendo um fenómeno global com riscos conhecidos para a saúde, sociedade e economia (OMS, 2024). A gravidez neste extremo de idade reprodutiva está associada a resultados menos favoráveis tanto para a mãe como para o recém-nascido (Diabelková et al., 2023). Além disso, a gravidez precoce, quando não planeada, pode resultar numa sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo para as alterações no seu projeto de vida futuro (Ribeiro et al., 2019). De facto, as adolescentes grávidas apresentam um risco mais elevado de desenvolver depressão, ansiedade e outros transtornos relacionados com o stresse do que as adolescentes que não estão grávidas (Mutahi et al., 2022).

De acordo com o Regulamento nº391/2019 (OE, 2019b), uma das competências do EE-ESMO é cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal. A assistência pré-natal de ESMO compreende um *continuum* de cuidados que pretende promover a adaptação à gravidez, a adaptação à parentalidade e a preparação para o parto (PQCEESMO, 2021).

No que concerne ao pilar da promoção da adaptação à gravidez, este “visa desenvolver na grávida, e na(s) pessoa(s) significativa(s) para si, significados facilitadores, conhecimentos, capacidades, autoeficácia e consciencialização da relação entre os seus recursos e a manutenção da sua saúde e a do feto durante a gravidez” (cit. PQCEESMO, 2021, p. 21).

Assim, o ES-ESMO assume uma posição fulcral na promoção do desenvolvimento de um padrão de resposta favorável à transição experienciada pela grávida adolescente. Importa garantir que, associada à vivência da gravidez, estas jovens consigam construir-se como mulheres adultas e que este período nas suas vidas, decorra da forma mais saudável possível.

A gravidez na adolescência continua a representar um importante desafio em saúde pública, com implicações significativas ao nível da saúde sexual e reprodutiva, do desenvolvimento psicossocial e da trajetória de vida das jovens mães. Em Portugal, apesar de se ter registado uma tendência decrescente da taxa de gravidez na adolescência nas últimas décadas (INE, 2024b) esta realidade persiste de forma desigual entre regiões e grupos sociais, afetando desproporcionalmente adolescentes em contextos de maior vulnerabilidade económica, educativa e social (David & Cabral, 2019). A vivência de uma gravidez durante a adolescência está associada a um conjunto de riscos de saúde e sociais acrescidos, nomeadamente maior incidência de complicações obstétricas, maior probabilidade de interrupção precoce da escolaridade, dificuldades no acesso a cuidados de saúde adequados e menor adesão à assistência pré-natal (UNICEF, 2024). Estes fatores perpetuam os ciclos de pobreza e de exclusão.

Apesar da importância reconhecida da intervenção da EE-ESMO junto de adolescentes grávidas, em Portugal verifica-se uma escassez de sistematização do conhecimento sobre as práticas, abordagens, desafios e resultados do acompanhamento especializado nesta área. Esta ausência de compilação estruturada da evidência dificulta a definição de estratégias de atuação eficazes, a construção de referenciais orientadores da prática e a implementação de modelos de cuidado integrados e centrados nas necessidades da adolescente. Neste contexto, justifica-se a realização de uma revisão *scoping* que permita mapear e analisar o conhecimento existente as necessidades das adolescentes. Esta revisão, permitirá identificar lacunas no conhecimento e contribuir para a construção de respostas mais eficazes e baseadas na evidência, com impacto na saúde e no futuro das adolescentes e dos seus bebés.

5.2 Metodologia

As *scoping reviews* são um tipo de revisão dentro da família mais ampla de síntese de evidência, que consiste na revisão do que é conhecido a partir da investigação existente, utilizando métodos sistemáticos e explícitos, com o objetivo de clarificar a base de evidência. São então revisões exploratórias sistemáticas que mapeiam a evidência disponível de forma rigorosa, identificando lacunas e orientando futuras investigações (Munn et al., 2022).

É a partir deste ponto de partida que desenvolvo esta *scoping review*, permitindo-me identificar as necessidades das grávidas adolescentes e as lacunas existentes no conhecimento, contribuindo para a implementação de intervenções mais eficazes e verdadeiramente adequadas à realidade deste grupo específico de clientes.

Foi realizada uma pesquisa preliminar no PROSPERO, MEDLINE, Cochrane de Revisões Sistemáticas e *Joanna Briggs Institute (JBI) Evidence Synthesis*. Não encontrei nenhuma *scoping review* atual ou ativa que mapeie a evidência nesta perspetiva.

O objetivo desta *scoping review* é identificar as necessidades das grávidas adolescentes relativamente à sua adaptação à gravidez. Para tal, foi formulada a seguinte questão de investigação: Quais as necessidades percebidas por grávidas adolescentes no âmbito da adaptação à gravidez?

Para definir os critérios de inclusão dos estudos a incluir na presente revisão, apliquei a mnemónica P (participantes), C (conceito), e C (contexto). Os participantes são as adolescentes grávidas, com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, tal como definido pela OMS (2024), independentemente da idade gestacional e da presença de patologia.

Por conceito, entende-se estudos que abordem as necessidades percebidas no processo de adaptação à gravidez, nomeadamente necessidades em saúde passíveis de intervenção em contexto de *midwifery*. O termo “necessidade” pode ser interpretado de diferentes formas, dependendo do contexto ou da

disciplina. Não existe consenso sobre se o termo possui uma conotação positiva ou negativa, podendo referir-se a bens ou recursos essenciais, designados como necessidades básicas, ou a carências e lacunas que necessitam ser supridas (Watkins & Kavale, 2014). Para efeitos desta revisão *scoping*, adoto esta última perspetiva, considerando como necessidade uma lacuna que deve ser colmatada para que o indivíduo atinja o seu potencial máximo de saúde, nesta fase específica de vida. Numa perspetiva mais ampla, o conceito de necessidade refere-se a tudo aquilo que é essencial ao bem-estar, desenvolvimento e equilíbrio de uma pessoa, seja a nível físico, psicológico, social ou espiritual, e que, quando não satisfeito, pode comprometer o estado de saúde, o conforto, a dignidade ou a qualidade de vida.

Relativamente ao contexto, não serão aplicadas restrições geográficas ou institucionais, de modo a capturar a diversidade de experiências vivenciadas por adolescentes grávidas em diferentes contextos e ambientes socioculturais. Serão considerados revisões da literatura, estudos primários com desenhos quantitativos, qualitativos e métodos mistos, que atendam aos critérios de inclusão. Os artigos de opinião serão excluídos.

Esta revisão *scoping* foi conduzida segundo a metodologia proposta pelo JBI. A estratégia de pesquisa teve como objetivo encontrar estudos publicados e foi desenvolvida em três etapas. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa na MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO), com o intuito de identificar palavras-chave e descritores apropriados, isto é, termos relevantes e específicos usados pelos autores para indexar os artigos sobre o tema. Na segunda etapa, realizei a pesquisa pelas restantes bases de dados selecionadas para esta revisão, usando as palavras-chave e os termos indexados selecionadas na pesquisa inicial. A pesquisa foi realizada em março de 2025, tendo sido revista em julho de 2025. As bases de dados foram: *MEDLINE* (via PubMed), *Scopus*, *CINAHL* (EBSCO) e *Cochrane Library*. Na terceira etapa analisei as referências bibliográficas dos estudos selecionados para aceder a outros que não foram identificados previamente.

Na pesquisa foram incluídos artigos publicados, sem definição temporal ou de idioma. A análise dos estudos contou com a participação de dois revisores independentes, e os casos de dissenso foram resolvidos com a colaboração de um terceiro revisor.

A estratégia usada na MEDLINE (PubMed) foi: ("Pregnancy in Adolescence"[MeSH Terms] OR "pregnant adolescents"[Title/Abstract] OR "teenage pregnancy"[Title/Abstract] OR "pregnant teenagers"[Title/Abstract]) AND ("Needs Assessment"[MeSH Terms] OR "needs"[Title/Abstract] OR "perceived needs"[Title/Abstract] OR "support needs"[Title/Abstract] OR "healthcare needs"[Title/Abstract]) AND ("adaptation, psychological"[MeSH Terms] OR "adaptation"[Title/Abstract] OR "coping"[Title/Abstract] OR "psychological adjustment"[Title/Abstract] OR "emotional adjustment"[Title/Abstract])

Na CINHALL: AB ("adolescent pregnancy" OR "teenage pregnancy" OR "pregnant adolescents" OR "pregnant teenagers") AND ("needs" OR "perceived needs" OR "health needs" OR "support needs" OR "healthcare needs") AND ("adaptation" OR "adjustment" OR "coping" OR "psychological adaptation" OR "emotional adjustment")

Cochrane Library: Title/Abstract/Keyword ("adolescent pregnancy" OR "teenage pregnancy" OR "pregnant adolescents" OR "pregnant teenagers") AND ("needs" OR "perceived needs" OR "health needs" OR "support needs" OR "healthcare needs") AND ("adaptation" OR "adjustment" OR "coping" OR "psychological adaptation" OR "emotional adjustment")

Scopus: Abstract ("adolescent pregnancy" OR "teenage pregnancy" OR "pregnant adolescents" OR "pregnant teenagers") AND ("needs" OR "perceived needs" OR "support needs" OR "healthcare needs" OR "unmet needs") AND ("adaptation" OR "psychological adaptation" OR "emotional adjustment" OR "coping" OR "adjustment")

Da pesquisa, foram obtidos um total de 148 artigos: 48 na MEDLINE, 20 na CINAHL, 19 na Cochrane Library e 61 na Scopus. Todos os artigos identificados foram enviados para o Rayan QCRI (Qatar Computing Research Institute [Data Analytics], Doha, Qatar), onde foram eliminados os estudos duplicados. Para avaliar a elegibilidade dos estudos, realizou-se uma triagem inicial através da leitura dos títulos e resumos por dois revisores independentes. Posteriormente, os textos completos foram analisados para verificar se cumpriam os critérios de inclusão.

Dos 148 artigos obtidos, 23 eram duplicados, restando 125 artigos para análise de título e resumo. Após esta triagem, 106 artigos foram excluídos por não se relacionarem com a temática ou por não cumprirem os critérios de inclusão, ficando 19 artigos para leitura integral. Destes, 1 artigo foi excluído por não ser possível aceder ao texto completo e 8 artigos foram excluídos por não corresponderem à temática em estudo, não cumprindo os critérios de inclusão.

Deste modo, o número total de artigos incluídos na revisão foi de 10. A Figura 1 apresenta o fluxograma PRISMA-ScR, garantindo fluidez no processo de seleção.

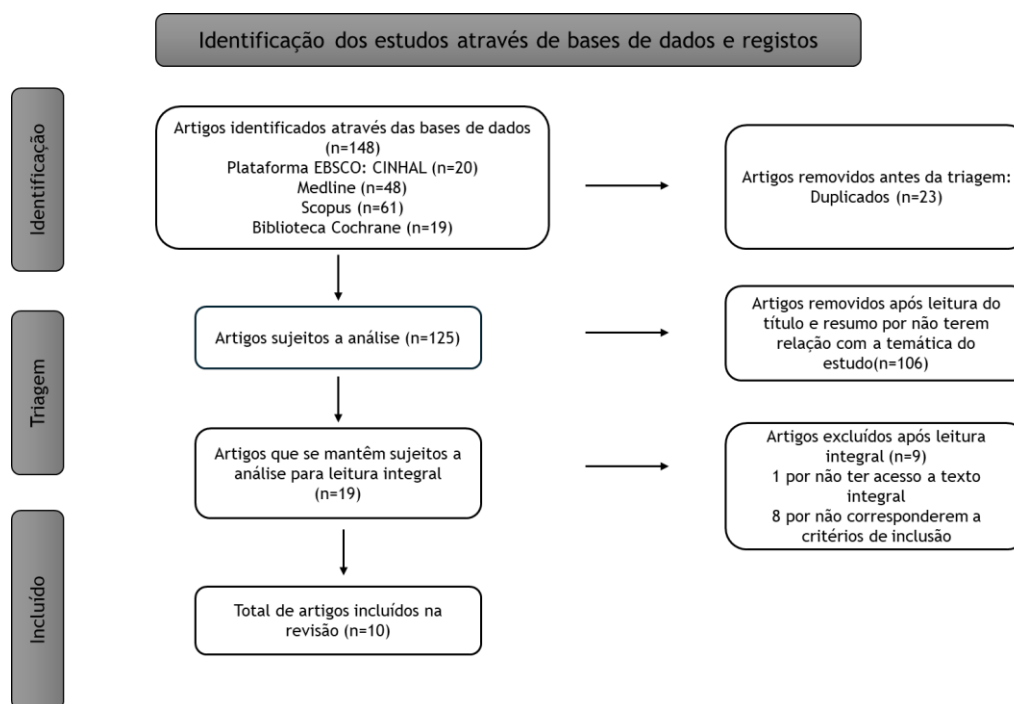


Figura 1- Fluxograma PRISMA-ScR (Peters et al., 2020)

Os dados foram extraídos de artigos incluídos na *scoping review* por revisores independentes usando um instrumento de recolha de dados desenvolvido de acordo os objetivos da revisão. A extração de dados dos artigos selecionados encontra-se apresentada no Apêndice I.

5.3 Apresentação dos resultados

Os estudos incluídos na revisão final eram maioritariamente de natureza qualitativa, havendo apenas dois de natureza quantitativa: um prospetivo longitudinal e outro comparativo transversal. A localização geográfica dos estudos não constituiu critério de exclusão, o que permitiu expandir os contextos culturais em análise. Três artigos foram realizados nos Estados Unidos da América, enquanto os restantes têm origem em países como as Filipinas, Irão e China. Destacam-se ainda cinco estudos provenientes do continente africano, nomeadamente do Gana, Quênia e África do Sul (Figura 2).

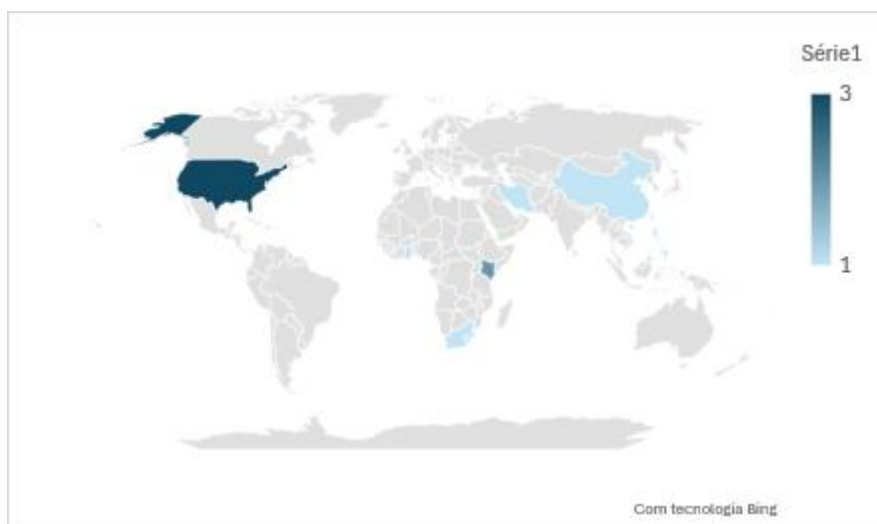


Figura 2 - Distribuição geográfica dos estudos

Um dos aspetos abordados em grande parte dos estudos selecionados diz respeito às alterações na saúde mental experienciadas pelas grávidas ao longo da gestação, incluindo sentimentos de tristeza, irritabilidade, angústia, solidão, raiva, frustração, ansiedade, revolta e incerteza quanto ao futuro

(Moridi et al., 2023; Govender et al., 2020; Osok et al., 2018; Sy et al., 2024; Tahiru et al., 2024). O estigma social e familiar foi igualmente referido, bem como o estigma associado ao acompanhamento por profissionais de saúde, sobretudo no estudo desenvolvido nas Filipinas por Sy et al. (2024), no qual as adolescentes relataram uma atitude moralizante por parte destes profissionais. O foco atribuído à saúde mental em todos estes estudos evidencia a necessidade da sua avaliação cuidada ao longo da gravidez, reconhecendo a importância da validação de sentimentos de incerteza e ambivalência (Woo & Twinn, 2003). Smith (2004) realça, como estratégia facilitadora no processo de transição, o acompanhamento próximo pela equipa de enfermagem, incluindo contacto telefónico.

A necessidade de conhecimento é outro aspeto amplamente identificado. Sy et al. (2024) salientam a relevância da informação sobre trabalho de parto e competências parentais. Govender et al. (2020) destacam a importância do conhecimento sobre alimentação do recém-nascido, saúde mental no pós-parto e alimentação durante a gravidez. Smith (2004), por sua vez, evidenciou a necessidade de informação sobre desenvolvimento fetal e efeitos colaterais da gravidez. O estudo de Woo & Twinn (2003), com uma amostra de 10 grávidas adolescentes entre as 24 e 34 semanas que tinham optado pela adoção do bebé, revelou tentativas caseiras de abortamento, reforçando a necessidade de informação que permita decisões conscientes sobre a gravidez e a adoção. Este estudo realça ainda a relevância da multiculturalidade, ao evidenciar que 7 em 10 adolescentes consideravam a contraceção como responsabilidade exclusiva do parceiro masculino, o que reforça a necessidade de informação adequada e culturalmente sensível sobre a prevenção da gravidez e planeamento familiar. Kathono et al. (2024) sublinham também o significado dificultador atribuído ao parto como um importante fator de stresse, apontando o conhecimento sobre o trabalho de parto como uma estratégia para reduzir ansiedade e insegurança.

No que respeita aos estudos quantitativos, Pond & Kemp (1992) avaliaram a relação entre ansiedade e autoconfiança em grávidas adolescentes e adultas,

identificando uma correlação negativa significativa entre ambas as variáveis, sem diferenças estatisticamente relevantes entre os grupos. Assim, em adolescentes e adultas, níveis mais elevados de ansiedade estavam associados a menor autoconfiança, reforçando a necessidade de avaliar a ansiedade e intervir de modo a reduzir o seu impacto na autoeficácia materna.

O estudo de Thomas et al. (2015) examinou as inter-relações entre níveis de ferro, vitamina D e hormonas reguladoras em adolescentes grávidas, concluindo que valores mais elevados de vitamina D estavam associados a menor risco de anemia. Verificou-se ainda que adolescentes com vitamina D <50 nmol/L apresentavam risco oito vezes superior de desenvolver anemia após o parto. Além disso, estabeleceram ainda a relação entre os níveis de vitamina D e os valores de eritropoietina, concluindo que, níveis mais elevados de vitamina D associavam-se a valores mais baixos de eritropoietina.

5.4 Discussão dos resultados

Os resultados desta revisão permitiram compreender que as grávidas adolescentes enfrentam múltiplas alterações na saúde mental ao longo da gravidez, traduzidas em sentimentos de tristeza, ansiedade, solidão e incerteza quanto ao futuro, bem como estigma social, familiar e, por vezes, profissional. Para além disso, emergiu de forma consistente a necessidade de conhecimento, quer em relação ao trabalho de parto, parentalidade e desenvolvimento fetal, quer relativamente à contraceção e à alimentação durante a gravidez. Os estudos de natureza quantitativa complementaram esta evidência, revelando a correlação negativa entre ansiedade e autoeficácia, reforçando a necessidade da sua avaliação durante a assistência pré-natal, sob risco de influenciar também posteriormente a autoeficácia da futura mãe para desempenhar as competências parentais. Além disso, o estudo desenvolvido por Thomas et al. (2015) permite constatar a relação existente entre os valores de vitamina D e o risco de desenvolver anemia, reforçando a importância da avaliação cuidada destes parâmetros.

Inerente a todos os estudos de natureza qualitativa estava a avaliação do significado atribuído à gravidez, permitindo identificar e, quando necessário, reformular esse significado, facilitando posteriormente o processo de transição. Embora esta avaliação seja relevante para todas as grávidas e não apenas para as adolescentes, no caso deste grupo etário, tendo em conta os fatores socioeconómicos e culturais subjacentes, torna-se ainda mais premente. Woo & Twinn (2003) alertam que, devido a sentimentos iniciais como choque e negação, o início da assistência pré-natal pode ser adiado pelas adolescentes, resultado da dificuldade em aceitar a própria gravidez.

5.5 Conclusões

Da análise dos estudos sobre gravidez na adolescência emergem conclusões relativamente às necessidades percebidas pelas adolescentes no processo de adaptação à gravidez. Em primeiro lugar, sobressaem as necessidades físicas e nutricionais, uma vez que muitas grávidas adolescentes referem sintomas como náuseas, vômitos, exaustão, distúrbios do sono, dor musculoesquelética e anemia, o que reforça a importância da assistência centrada neste domínio de cuidados.

Em paralelo, torna-se evidente o peso das necessidades emocionais e de saúde mental. As adolescentes experienciam sentimentos de tristeza, ansiedade, frustração, solidão, e arrependimento, frequentemente agravados pelo estigma social e pelo isolamento, havendo mesmo relatos de ideação suicida. Estas evidências sublinham a necessidade de um acompanhamento contínuo, de uma comunicação empática e de estratégias de promoção da resiliência e do bem-estar de maior proximidade do que nas grávidas adultas.

Outro eixo central diz respeito às necessidades de informação e preparação, uma vez que muitas adolescentes demonstram défice de conhecimento sobre o desenvolvimento fetal, padrão alimentar, sinais de alerta, métodos contraceptivos, trabalho de parto e competências parentais. Assim, torna-se

essencial cuidados individualizados, adaptados à faixa etária, capacidade de compreensão e contexto de cada adolescente.

As necessidades relacionais e de suporte social constituem também um fator determinante, já que o apoio familiar, comunitário e dos pares surge como essencial para reduzir sentimentos de estigma, isolamento e rejeição. O envolvimento das redes de suporte, formais e informais, revela-se fundamental para a aceitação da gravidez e para o fortalecimento da capacidade de adaptação.

Por fim, importa destacar a necessidade de acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde. Persistem barreiras como a falta de privacidade, a escassez de recursos e as atitudes moralizantes de alguns profissionais, o que compromete a procura e a adesão aos cuidados. As adolescentes identificam como prioritário o acesso a serviços de saúde acessíveis, respeitosos, não julgadores e culturalmente sensíveis.

Em conclusão, as grávidas adolescentes percebem como necessidades centrais o apoio emocional próprio, a informação clara e adaptada, o acompanhamento clínico específico, o suporte familiar e comunitário, e a garantia de cuidados de saúde livres de estigma e ajustados à sua realidade. A resposta a estas necessidades é determinante para promover uma adaptação saudável à gravidez e para potenciar a experiência de parto e trajetórias de maternidade positivas.

A realização desta revisão evidenciou algumas limitações relevantes. Em primeiro lugar, constatou-se a dificuldade em encontrar artigos que incluíssem exclusivamente grávidas adolescentes como participantes. Em muitos estudos, a amostra integrava também pais ou familiares próximos, o que, apesar de enriquecer a compreensão da rede de suporte, dilui o foco na experiência individual da grávida adolescente.

Em segundo lugar, verificou-se uma escassez de estudos que abordassem de forma direta necessidades em contexto de *midwifery*. Grande parte dos trabalhos analisados incluía dimensões mais amplas, como fatores

socioeconómicos ou educacionais, sendo menos frequentes aqueles que privilegiavam a perspetiva dos cuidados prestados especificamente pela enfermagem de saúde materna e obstétrica. Esta lacuna limita a possibilidade de traduzir os resultados em intervenções diretamente aplicáveis na prática clínica.

Em terceiro lugar, importa reconhecer a dificuldade de transpor os resultados obtidos para a realidade portuguesa. Em diversos estudos emergiram barreiras de acesso aos cuidados de saúde, associadas a contextos de baixa disponibilidade de recursos, bem como a experiências de estigmatização por parte dos profissionais de saúde. Embora estas questões possam ser parcialmente extrapoladas, carecem de confirmação na realidade nacional. Assim, seria fundamental desenvolver investigação em Portugal que explore até que ponto estas barreiras também se verificam, de forma a fundamentar políticas e práticas alinhadas com o nosso contexto sociocultural.

Smith (2024), Osok et al. (2018) e Sy et al. (2024) destacam o efeito de grupo como estratégia facilitadora no processo de adaptação à gravidez. Esta evidência suscita reflexões sobre a pertinência das intervenções em grupo dirigidas a grávidas adolescentes. Por um lado, a individualização do cuidado, considerando a preferência expressa pela própria grávida, pode revelar-se a abordagem mais adequada. Por outro, é necessária investigação adicional para compreender se, nesta faixa etária, as intervenções em grupo proporcionam benefícios efetivos, nomeadamente no fortalecimento das competências parentais, na redução do estigma e na promoção da saúde mental.

Desta forma, e tendo em conta a questão que orientou esta investigação “Quais as necessidades percebidas por grávidas adolescentes no âmbito da adaptação à gravidez?”, os resultados obtidos não se revelaram lineares. Não obstante as limitações previamente identificadas, que condicionam a capacidade de responder de forma plena à questão de investigação, é possível concluir que, no contexto da *midwifery*, as grávidas adolescentes evidenciam necessidades de conhecimento relacionadas com competências parentais,

trabalho de parto, efeitos colaterais da gravidez, alimentação durante a gravidez, contraceção, desenvolvimento fetal e opções relacionadas com a interrupção da gravidez, caso essa seja a sua decisão. Importa sublinhar que estas necessidades de conhecimento apresentam um carácter global e devem, por isso, ser sempre ajustadas às especificidades de cada cliente no âmbito dos cuidados prestados.

Além disso, a avaliação da saúde mental, com especial atenção a sentimentos como ansiedade e tristeza que, se não forem reconhecidos e acompanhados, podem evoluir para quadros patológicos, revela-se crucial no caso da gravidez na adolescência. Do mesmo modo, a necessidade de um acompanhamento próximo por parte do EE-ESMO, que poderá incluir apoio presencial e até acompanhamento telefónico, mostra-se pertinente. Este acompanhamento deverá ser livre de atitudes moralizantes, garantindo um cuidado centrado na grávida adolescente e nas suas necessidades específicas.

Considero que seriam necessários mais estudos, quer para aprofundar as necessidades identificadas no contexto português, quer para recorrer a amostras de maior dimensão. Ainda assim, importa realçar a relevância da intervenção do EE-ESMO na promoção da adaptação à gravidez em adolescentes, contribuindo para que esta transição se processe de forma saudável e integrada com a própria evolução desenvolvimental que a grávida está a experienciar: o processo de se tornar adulta.

6 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Este percurso, que culmina na obtenção do título de EE-ESMO, representou uma transformação significativa e um processo contínuo de aprimoramento das minhas competências pessoais e profissionais. Reconheço que é através do desenvolvimento das competências pessoais, como a capacidade de reflexão, escuta, empatia e resiliência, que se alicerça o fortalecimento das competências profissionais. Por isso, considero este trajeto formativo completo e enriquecedor.

A elaboração deste relatório constituiu uma oportunidade privilegiada para refletir criticamente sobre os conhecimentos e as competências adquiridas, reconhecendo os aspetos bem-sucedidos da minha prática clínica e identificando, em simultâneo, áreas suscetíveis de melhoria. Estou convicta de que é nesse exercício reflexivo, sustentado na análise dos nossos atos e escolhas, que reside a verdadeira evolução profissional e pessoal.

Neste capítulo, de forma complementar às reflexões apresentadas no final de cada secção, desenvolvo uma reflexão crítica e integradora sobre as competências adquiridas no âmbito do curso de MESMO ao longo destes dois anos de formação. Esta análise será realizada à luz do Regulamento n.º 391/2019, de 3 de maio, referente às Competências Específicas do EE-ESMO (OE, 2019b), que orientou e sustentou todo o processo de desenvolvimento profissional e pessoal vivenciado neste percurso.

Embora a análise centrada nas competências específicas do EE-ESMO seja fundamental, torna-se igualmente relevante destacar as competências comuns do enfermeiro especialista, definidas no Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019a), as quais assumem carácter transversal a todas as áreas de especialidade. Estas competências distribuem-se por quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da

qualidade; gestão de cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante os diferentes contextos de estágio, procurei que a minha prática refletisse estes domínios, orientando a tomada de decisão pelos princípios éticos, pelos valores e normas deontológicas e pela defesa dos direitos humanos. Do mesmo modo, fundamentei a minha intervenção na evidência científica mais atual, criando ambientes de cuidado seguros e preservando a privacidade das mulheres e das suas famílias. Assim, foi possível assegurar uma gestão de cuidados eficaz, individualizada e ajustada às necessidades de cada cliente.

Considero que neste estágio de natureza profissional, foi possível aplicar as competências adquiridas durante as aulas teóricas e práticas laboratoriais, contribuindo gradualmente para a construção da profissional que ambiciono ser. Este percurso permitiu-me consolidar princípios fundamentais: o respeito pela mulher como cliente e centro dos cuidados; a valorização da sua família e da sua integração na mesma e na comunidade, bem como a convicção de que a experiência da gravidez, do parto e do pós-parto pertence, em primeiro lugar, à própria mulher. A nós, enquanto profissionais, cabe o privilégio de acompanhar este processo, lado a lado com a mulher e a sua família, estando disponíveis nesta transição tão marcante e vulnerável das suas vidas.

Compreendi, igualmente, que a prestação de cuidados especializados deve estar sustentada em três pilares basilares, tal como descrito no PQCEESMO (2021): a competência profissional, que implica responsabilidade ética, legal e o compromisso com o desenvolvimento contínuo; a prática baseada na evidência, que orienta cada decisão clínica; e o respeito pelo cliente, assegurando a sua autodeterminação e reconhecendo-o como principal responsável pela sua saúde.

No contexto do internamento de grávidas com complicações, e tal como descrito no Regulamento nº 391/2019, o EE-ESMO cuida da “... mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a

potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (cit. OE, 2019b, p. 13562). Neste campo de estágio, pretende-se o desenvolvimento de competências no âmbito da vigilância e manutenção do bem-estar materno e fetal, bem como a deteção e intervenção precoce perante alterações deste bem-estar.

Por ter sido o meu primeiro estágio em internamento, considero que foi também aquele em que desenvolvi, de forma mais consistente, a capacidade de interpretação de CTG, competência que fui consolidando progressivamente. Paralelamente, desenvolvi a capacidade de identificar sinais de agravamento do estado clínico da grávida e de proceder à referenciação adequada sempre que a situação ultrapassava a minha área de atuação, colaborando com outros profissionais de saúde de forma eficaz.

Destaco ainda a importância do desenvolvimento de competências na identificação das necessidades relacionadas com o conhecimento e a preparação para o parto, bem como no fortalecimento das competências parentais. Sinto que fui capaz de intervir de forma personalizada, adequada à condição clínica de cada grávida. Identifiquei resultados positivos nas intervenções implementadas, uma vez que estas se refletiram numa maior confiança das mulheres relativamente às suas capacidades, tanto no que se refere ao exercício da parentalidade como à vivência do parto.

No que diz respeito à preparação para o parto, considero que o conhecimento acerca do plano de parto e a gestão das expectativas, ajustadas à condição clínica de cada grávida, foram aspetos cruciais. Esta abordagem permitiu alinhar expectativas com a realidade clínica, potenciando, assim, a probabilidade de satisfação com a experiência do parto.

Tendo em conta o contexto vivido pelas mulheres grávidas com complicações, considero que o desenvolvimento de competências no âmbito do suporte emocional, da escuta ativa e da presença terapêutica, conforme descrito nos PQCEESMO (2021), foi determinante para promover a sua proatividade na adaptação à nova condição. Para além das alterações próprias da gravidez,

estas mulheres enfrentavam ainda o desafio acrescido das complicações clínicas e do afastamento da família, muitas vezes incluindo os filhos mais velhos, fatores que impactavam fortemente o seu bem-estar emocional. Neste cenário, reconheço que a minha intervenção, enquanto futura EE-ESMO, assumiu um papel essencial, contribuindo para minimizar o impacto destas vivências e favorecer a adaptação das clientes aos desafios que enfrentavam.

De acordo com o Regulamento nº391/2019, no contexto do puerpério, compete ao EE-ESMO “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal” (cit. OE, 2019b, p. 13563). Durante este estágio, destaco o desenvolvimento da capacidade de detetar precocemente complicações maternas e neonatais, reconhecendo sinais de alerta e procedendo à referenciação adequada sempre que a situação excedia a minha área de atuação.

Embora possuísse conhecimentos teóricos sólidos sobre o que é expectável na recuperação pós-parto e no comportamento do recém-nascido, foi somente ao longo do estágio que comecei a sentir maior confiança na identificação de complicações. Esta experiência permitiu compreender que há uma diferença significativa entre saber, teoricamente, o que avaliar e esperar, e interpretar com segurança cada dado clínico na prática. A cada dia de estágio, a minha capacidade de avaliação tornava-se mais precisa, evidenciando que o desenvolvimento profissional é um processo contínuo e progressivo.

Gostaria, ainda, de refletir sobre a identificação das necessidades em cuidados relacionados com as competências parentais e a subsequente intervenção do EE-ESMO, com o objetivo de promover a adaptação à parentalidade (OE, 2019b). Apesar de muitas mães e/ou pais terem participado em intervenções pré-natais promovidas por EE-ESMO, verifiquei que é quando seguram o seu filho nos braços que surgem dúvidas concretas e a necessidade de reforço dos ensinamentos previamente transmitidos.

A personalização e individualização das orientações a cada família, ajustando-as às necessidades específicas de cada contexto, requer tempo e dedicação

para ser efetiva. A gestão do tempo e a definição de prioridades neste âmbito constituíram um desafio relevante durante o estágio. Considero que uma reformulação dos rácios no serviço de puerpério, permitindo ao EE-ESMO dedicar-se de forma mais focada a cada família, seria benéfica, promovendo cuidados de maior qualidade e satisfação para todos os envolvidos.

O último campo de estágio decorreu no serviço de sala de partos. Na minha experiência, este foi o contexto mais desafiante, como já esperava, devido à complexidade e à diversidade de intervenções que aprendi a realizar e que eram, até então, completamente novas para mim. Neste contexto, e de acordo com o mesmo regulamento citado ao longo do capítulo, é competência do EE-ESMO “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto” (cit. OE, 2019b, p. 13562).

Desde cedo, procurei implementar intervenções centradas nas necessidades da parturiente, alinhadas com as suas expectativas, garantindo sempre o bem-estar materno e fetal. Integrei também, a pessoa significativa nos cuidados prestados sempre que este fosse desejado pela parturiente. Considero que, consegui respeitar o plano de parto como ferramenta de exposição das intenções e desejos de cada parturiente, ajustando expectativas de forma a proporcionar uma experiência de parto tão positiva quanto possível. Senti-me capaz de identificar necessidades em cuidados, implementar intervenções relacionadas com conhecimento, capacidade, autoeficácia e significados relevantes, de modo a que a parturiente adquirisse maior mestria e se tornasse o centro do seu próprio parto.

A minha experiência prévia, no serviço de internamento de grávidas com complicações, permitiu-me sentir mais confortável na interpretação do bem-estar fetal através da análise de CTG, embora tenha tido oportunidades acrescidas no desenvolvimento desta competência no estágio de sala de partos. Foi uma evolução constante, com procura contínua de conhecimento e partilha das minhas interpretações com as EE-ESMO orientadoras. Também desenvolvi maior facilidade em identificar alterações ao padrão normal de

evolução do trabalho de parto, fundamentando as minhas decisões em bases teóricas sólidas e na evidência científica mais recente.

Contudo, alguns aspetos revelaram-se mais desafiantes e exigiram treino e dedicação adicionais. Um dos maiores desafios foi a avaliação da evolução do trabalho de parto através do exame vaginal, intervenção que exigiu prática intensiva e discussão contínua com as EE-ESMO orientadoras. Ao longo do estágio, senti uma evolução significativa e maior confiança na execução desta intervenção.

Destaco igualmente a avaliação da integridade do canal de parto e a aplicação de técnicas de reparação, competência do EE-ESMO tal como descrito no Regulamento nº391/2019 (OE, 2019b), que constituíram outro grande desafio. A avaliação do estado do canal de parto e a classificação de lacerações, bem como a sua reparação, exigiram estudo detalhado da anatomia perineal e prática clínica, incluindo treino em material improvisado em casa. Apesar da dedicação, do treino e da orientação recebida, reconheço que esta foi a competência que adquiri de forma mais tardia, ciente de que requer constante aperfeiçoamento e atualização.

Durante o estágio, tive a oportunidade de assistir a 50 partos eutócicos; colaborar com a equipa médica em 15 e, apesar de não ter tido a oportunidade de assistir nenhum parto pélvico, tive a experiência em contexto de simulação. No Quadro 1 apresenta-se o total de experiências em que estive envolvida no âmbito da assistência intraparto.

Durante os partos eutócicos que assisti, registei as seguintes experiências: 20 períneos íntegros; 7 lacerações de 1º grau com necessidade de reparação; 19 lacerações de 2º grau; 3 episiotomias realizadas com posterior episiorrafia; e 1 laceração de 3º grau a), reparada pela equipa médica. Tive oportunidade de realizar suturas na camada da pele utilizando pontos simples, pontos Donatti e sutura intradérmica.

Quadro 1 - Total de experiências na assistência intraparto

Partos assistidos (N=50)				Partos em colaboração com a equipa médica	Partos pélvicos
Períneo íntegro	Laceração (N= 27)			N =15	N=1 (Simulação)
N=20	1º grau (N=7)	2º grau (N=19)	3º grau a) (N=1)		

Relativamente à competência “Assegura a avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina”, descrita no mesmo regulamento (cit. OE, 2019b, p. 13563), considero que evoluí significativamente ao longo do estágio. Tive diversas oportunidades de prestar cuidados a recém-nascidos que apresentavam maior dificuldade na adaptação à vida extrauterina, evidenciada por adejo nasal, gemido e tiragem intercostal. Na minha prática, verifiquei que estes eventos estavam maioritariamente associados a partos distócicos por ventosa. Tais experiências permitiram-me identificar sinais de alerta e implementar intervenções facilitadoras, como manutenção do calor corporal, contacto pele com pele com a mãe e monitorização do recém-nascido, com posterior encaminhamento para a equipa médica de neonatologia quando necessário.

Considero que a riqueza das experiências e oportunidades de aprendizagem nos diferentes contextos de estágio, aliada à minha constante procura de conhecimento e prática, foram determinantes para o meu desenvolvimento enquanto EE-ESMO. É com esta atitude de reflexão contínua e de repensar sobre a prática baseada em evidências, que pretendo prosseguir no meu percurso formativo e profissional. Apenas reconhecendo que haverá sempre

dúvidas e desafios conseguirei evoluir e garantir a máxima excelência de cuidados a todos aqueles que deles necessitam.

7 CONCLUSÃO

A elaboração do presente relatório constituiu uma oportunidade de reflexão crítica sobre as competências adquiridas ao longo dos diferentes contextos do estágio de natureza profissional, no percurso de formação enquanto EE-ESMO. Apesar de não ser possível abordar no meu relatório todas as experiências vivenciadas, foram destacados, alguns casos reais, onde foi possível aprofundar temáticas pertinentes, que suscitaram pesquisa, análise, reflexão e atualização do conhecimento com base na evidência científica mais recente, contribuindo para o desenvolvimento de competências específicas, que levaram à concretização dos objetivos propostos.

De forma complementar à aquisição de competências, para dar resposta a uma questão de investigação, a revisão da literatura realizada permitiu ampliar o conhecimento sobre as necessidades das grávidas adolescentes no âmbito da promoção da adaptação à gravidez. As adolescentes grávidas identificam como necessidades essenciais o apoio emocional, o acesso a informação clara e adaptada, o acompanhamento clínico específico, o suporte familiar e comunitário, bem como a disponibilização de cuidados de saúde sem estigmas e adequados à sua realidade. Destaco ainda as lacunas existentes no conhecimento e na investigação nesta área. O EE-ESMO assume um papel crucial na promoção da adaptação à gravidez em adolescentes, contribuindo para que esta seja uma transição saudável e alinhada com o desenvolvimento pessoal da jovem durante o processo de se tornar adulta.

Assim, concluo que os objetivos definidos para este trabalho foram alcançados. Entendo que a prática do EE-ESMO deve ser continuamente construída, alicerçada na evidência científica mais atual e sustentada pela capacidade de escuta, presença e intervenção adequada às reais necessidades dos clientes. Considero, por isso, que o processo de construção enquanto EE-ESMO se prolongará ao longo de toda a minha vida profissional, através do aperfeiçoamento contínuo das minhas competências e do compromisso em

cuidar de forma responsável aqueles que me confiam as suas necessidades, numa fase tão significativa e desafiante da sua vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, V., Nilsen, A. B. V., Reinar, L. M., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), Article CD006672. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>

Abdollahian, S., Ghavi, F., Abdollahifard, S., & Sheikhan, F. (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: A randomized controlled trial. *Global Journal of Health Science*, 6(3), 219-226. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n3p219>

Al Kadri, H. M., Al Anazi, B. K., & Tamim, H. M. (2011). Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: A prospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283(6), 1207-1213. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1522-1>

Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M. L., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>

Almeida, M. do C. S., Barreto, M. B., & Rocha, R. A. (2017). Consenso “diabetes gestacional”: Atualização 2017. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(1), 24-38. <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/i023590.pdf>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2009). ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstetrics & Gynecology*, 114(2 Pt 1), 386-397. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181b48ef5>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Magnesium sulfate before anticipated preterm birth for neuroprotection: Committee opinion no. 455. *Obstetrics & Gynecology*, 115(3), 669-671. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d4ffa5>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). Hypertension in pregnancy: Executive summary. *Obstetrics & Gynecology*, 122(5), 1122-1131. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000437382.03963.88>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Cerclage for the management of cervical insufficiency (Practice Bulletin No. 142). *Obstetrics & Gynecology*, 123(2 Pt. 1), 372-379. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000443276.68274.cc>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Practice Bulletin No. 178: Shoulder dystocia. *Obstetrics & Gynecology*, 129(5), 123-133. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002043>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Quantitative blood loss in obstetric hemorrhage (Committee Opinion No. 794). *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), 150-156. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003564>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020a). Gestational hypertension and preeclampsia (Practice Bulletin No. 222). *Obstetrics & Gynecology*, 135(6), e237-e260. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003891>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020b). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstetrics & Gynecology*, 135(4), e178-e188. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003772>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020c). Delayed umbilical cord clamping after birth: ACOG Committee Opinion, Number 814. *Obstetrics & Gynecology*, 136(6), e100-e106. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004167>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2024). First and second stage labor management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. *Obstetrics & Gynecology*, 143(1), 144-162. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005447>

American Society of Anesthesiologists - Committee on Obstetric Anesthesia. (2022, October 26). Statement on oral intake during labor. <https://www.asahq.org>

Andrikopoulou, M., & D'Alton, M. E. (2019). Postpartum hemorrhage: Early identification challenges. *Seminars in Perinatology*, 43(1), 11-17. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2018.11.003>

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. Jossey-Bass.

Araújo, M. C. M., Freitas, R. L., Lima, M. G. de S., Kozmhinsky, V. M. da R., Guerra, C. A., Lima, G. M. de S., Silva, A. V. C. E., Melo Júnior, P. C. de, Arnaud, M., Albuquerque, E. C., & Rosenblatt, A. (2020). Evaluation of the lingual frenulum in newborns using two protocols and its association with breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, 96(3), 379-385. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.12.013>

Areia, A. L., Almeida, M. F., Braga, A. J. C., Pereira, N. B., Macedo, C. V., & Nogueira-Silva, C. (2018). Corticoterapia para maturação pulmonar fetal: Normas de orientação clínica SPOMMF. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Matura%C3%A7%C3%A3o-Fetal-Pulmonar.pdf>

Areia, A. L., Nogueira-Silva, C., Serrano, F., Mairos, J., Guimarães, M., & Clode, N. (2019). Anemia na gravidez e no puerpério. Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/07/Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpe%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Assaf, J., Khurana, I., Abou Zaki, R., Tam, C. H. T., Correa, I., Maxwell, S., Kinnberg, J., Christiansen, M., Frørup, C., Lee, H. M., Kaipananickal, H., Okabe, J., Marikar, S. N., Wong, K. K., Lim, C. K. P., Yuen, L. Y., Yang, X., Wang, C. C., Chan, J. C. N., ... El-Osta, A. (2025). DNA methylation biomarkers predict offspring metabolic risk from mothers with hyperglycemia in pregnancy. *Diabetes*, 74(9), 1695-1707. <https://doi.org/10.2337/db25-0105>

Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachar, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>

Bahmaei, H., Mousavi, P., Haghighizadeh, M. H., & Iravani, M. (2023). The impact of maternal position in labor on occiput-posterior position of fetus and pregnancy outcomes in pregnant women without epidural analgesia. *Journal of Family & Reproductive Health*, 17(2), 86. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v17i2.12871>

Banala, Ch., Moreno, S., Cruz, Y., Boelig, R. C., Saccone, G., Berghella, V., Schoen, C. N., & Roman, A. (2020). Impact of the ACOG guideline

regarding low-dose aspirin for prevention of superimposed preeclampsia in women with chronic hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 223(3), 419.e1-419.e16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.004>

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and Company.

Batista, I., & Basquião, L. (2022). Morte do filho idealizado e o processo de (des)construção da idealização do filho. *Revista Saúde em Foco*, 14, 1117-1123. <https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2022/09/A-MORTE-DO-FILHO-IDEALIZADO-E-O-PROCESSO-DE-DESCONSTRU%C3%87%C3%83O-DA-IDEALIZA%C3%87%C3%83O-DO-FILHO-p%C3%A1g-1117-a-1123.pdf>

Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lusodidacta.

Boswell, J. F., Thompson-Hollands, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). Intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69(6), 630-645. <https://doi.org/10.1002/jclp.21965>

Bouvet, L., Schulz, T., Piana, F., Desgranges, F.-P., & Chassard, D. (2022). Pregnancy and labor epidural effects on gastric emptying: A prospective comparative study. *Anesthesiology*, 136(4), 542-550. <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000004133>

Bromfield, S. G., Ma, Q., DeVries, A., Inglis, T., & Gordon, A. S. (2023). The association between hypertensive disorders during pregnancy and maternal and neonatal outcomes: A retrospective claims analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23, Article 514. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05818-9>

Browne, J. V. (2004). Early relationship environments: Physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clinics in Perinatology*, 31(2), 287-298, vii. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2004.04.004>

Busse, M., Stromgren, K., Thorngate, L., & Thomas, K. A. (2013). Parents' responses to stress in the neonatal intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33(4), 52-59; quiz 60. <https://doi.org/10.4037/ccn2013715>

Calais Germain, B., & Vives, N. (2011). *Parir en movimiento: Las movilidades de la pelvis en el parto*. La Liebre de Marzo.

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa.

Cardoso, A., Aires, C., Machado, S., Silva, C., & Grilo, A. R. (2023a). *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. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Cardoso, A., Capela, P., Carvalho, U., & Albergaria, E., Figueiredo, A. (2023b). *Guia orientador de boas práticas: Gravidez e adaptação à gravidez (de baixo risco)*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MCEESMO), mandato 2020-2023. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf

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. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Carleton, R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 30-43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>

Carter, J. D., Mulder, R. T., & Darlow, B. A. (2007). Parental stress in the NICU: The influence of personality, psychological, pregnancy and family factors. *Personality and Mental Health*, 1(1), 40-50. <https://doi.org/10.1002/pmh.4>

Centrofarma. (2016). *Resumo das características do medicamento Adalat CR 30 mg comprimidos de libertação prolongada* [PDF]. Bayer. <https://www.bayer.com/sites/default/files/2020-11/AdalatCR.pdf>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237-257). Aspen Publication.

Choi, S., Mahon, P., & Awad, I. T. (2012). Neuraxial anesthesia and bladder dysfunction in the perioperative period: A systematic review. *Canadian Journal of Anesthesia*, 59(7), 681-703. <https://doi.org/10.1007/s12630-012-9717-5>

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

Coelho, M. T. V., & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31-38.

Cohen, W. R., & Friedman, E. A. (2024). The second stage of labor. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3, Suppl.), S865-S875. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.014>

Cordray, H., Raol, N., Mahendran, G. N., Tey, C. S., Nemeth, J., Sutcliffe, A., Ingram, J., & Sharp, W. G. (2023). Quantitative impact of frenotomy on breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Research*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1038/s41390-023-02784-y>

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Obstetrícia de Williams* (2ª ed.). AMGH Editora.

Dani, C., Bresci, C., Berti, E., Ottanelli, S., Mello, G., Mecacci, F., & Buonocore, G. (2014). Metabolomic profile of term infants of gestational diabetic mothers. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(6), 537-542. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.823941>

Das, A., Gorden-Ocejo, G., Kuman, M., Kumar, N., & Needlman, R. (2021). Association of the previous history of maternal depression with post-partum depression, anxiety, and stress in the neonatal intensive care unit. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 34(11), 1741-1746. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1647162>

David, J., & Cabral, P. (2019). Modelling youth pregnancy in continental Portugal through geographically weighted regression. *Geospatial Health*, 14(1), 680. <https://doi.org/10.4081/gh.2019.680>

De Keijzer, M., & van Tuyl, T. (2010). *The rebozo technique unfolded: Workbook rebozo massage*. Rebozo.

Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvičková, A., & Argalášová, L. (2023). Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4113. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054113>

Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional para a Diabetes: Desafios e estratégias*. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/ficheiros-upload/arquivo/programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2023-pdf.aspx?v=%3D%3DcgAAAB%2BLCAAAAAAABACztbV1KXd0dHRS8HF2hAAAnR8eiyuAqz5KqsNBKCOPf4pBQQ18XRzdHjyo317TsAJAancTcAmvytAIAtGvBFXIAAAA%3D>

Direção-Geral da Saúde. (2023a). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto* (Orientação nº 002/2023 de 10.05.2023). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29481/orientação-dgs.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2023b). Norma nº 001/2023 - Organização dos cuidados de saúde na preconceção, gravidez e puerpério. Publicada a 27 de janeiro de 2023. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2023/01/27/organizacao-dos-cuidados-de-saude-na-preconcecao-gravidez-e-puerperio/>

Durham, R. F., & Chapman, L. (2014). *Maternal newborn nursing: The critical components of nursing care* (2ª ed.). F. A. Davis Company.

Dwan, K., Fox, T., Lutje, V., Lavender, T., & Mills, T. A. (2024). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma and postpartum complications. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(10), Article CD016148. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD016148>

Ellekjaer, K. L., Bergholt, T., & Løkkegaard, E. (2017). Maternal obesity and its effect on labour duration in nulliparous women: A retrospective observational cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 222. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1413-6>

Fitriana, S. (2019). Effleurage against uterine contractions in active phase first stage labor. *Asian Journal of Applied Sciences*, 7(6). <https://doi.org/10.24203/ajas.v7i6.5987>

Fox, N. S., Gelber, S. E., Kalish, R. B., & Chasen, S. T. (2009). The recommendation for bed rest in the setting of arrested preterm labor and premature rupture of membranes. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(2), 165.e1. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.08.007>

Gad, S., Sheta, M. M., Al-Khalafawi, A. I., Abu El-Fadl, H. A., Anany, M., Sahmoud, S., & Amin, M. K. (2021). Expressed breast milk contamination in neonatal intensive care unit. *Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 12, 307-313. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S311632>

Garovic, V. D., Dechend, R., Easterling, T., Karumanchi, S. A., McMurtry Baird, S., Magee, L. A., Rana, S., Vermunt, J. V., & August, P. (2022). Hypertension in pregnancy: Diagnosis, blood pressure goals, and pharmacotherapy: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 79(2). <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000208>

Genna, C. (2023). *Supporting sucking skills in breastfeeding infants*. Jones & Bartlett Learning.

George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. Artmed.

Govender, D., Naidoo, S., & Taylor, M. (2020). “I have to provide for another life emotionally, physically and financially”: Understanding pregnancy, motherhood and the future aspirations of adolescent mothers in KwaZulu-Natal, South Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 620. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03319-7>

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

Grosik, C., Snyder, D., Cleary, G. M., Breckenridge, D. M., & Tidwell, B. (2013). Identification of internal and external stressors in parents of newborns in intensive care. *The Permanente Journal*, 17(3), 36-41. <https://doi.org/10.7812/TPP/12-105>

Gupta, M. A. K. Y. (2022). Methyldopa. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551671/>

Karp, H. (2002). *The happiest baby on the block: The new way to calm crying and help your baby sleep longer*. Bantam Books.

Herrera-Gómez, A., De Luna-Bertos, E., Ramos-Torrecillas, J., Ocaña-Peinado, F. M., García-Martínez, O., & Ruiz, C. (2017). The effect of epidural analgesia alone and in association with other variables on the risk of cesarean section. *Biological Research for Nursing*, 19(4), 393-398. <https://doi.org/10.1177/1099800417706023>

Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. (2014, 13 de novembro). *Parecer do Infarmed sobre carboximaltose férrica (Ferinject)*. https://www.infarmed.pt/documents/15786/1424140/Carboximaltoseferrica_Ferrinject_Antianemico_Parecer+net_+13112014.pdf/5436bfd8-b21b-40c2-9e8d-e29b2144b64b

Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (2022). *Folheto informativo: Informação para o utilizador - Pantoprazol 40 mg comprimidos gastroresistentes*. https://www.infarmed.pt/documents/15786/1886316/FI_Pantoprazol_40%2Bmg_comprimidos%2Bgastroresistentes_Pantoc_Zurcal_Apton.doc/1a57a430-5dbb-4ddc-bf4a-afdf0561b114

Ingram, J., Johnson, D., Copeland, M., Churchill, C., Taylor, H., & Emond, A. (2015). The development of a tongue assessment tool to assist with tongue-tie identification. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 100(4), F344-F349. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307503>

Instituto Nacional de Estatística. (2024a). *Nados-vivos de mães adolescentes (N.º) por idade da mãe*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorCod=0001541&contexto=pgi&selTab=tab10&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística. (2024b). *Partos (N.º) por local de residência da mãe*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorCod=0006808&contexto=bd&selTab=tab2&xlang=pt

International Association for the Study of Pain. (2020). *IASP announces revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

International Council of Nurses (ICN). (2019). *CIPE® - Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Português.pdf>

Johnston, C., Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., Fernandes, A., Streiner, D., Inglis, D., & Zee, R. (2017). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(2), Article CD008435. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008435.pub2>

Kametas, N. A., Nzelu, D. & Nicolaidis, K.H. (2022). Chronic Hypertension and superimposed preeclampsia: screening and diagnosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 226 (2), S1182-S1195. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.11.029>

Kathono, J., Nyongesa, V., Mwaniga, S., Obonyo, G., Yator, O., Wambugu, M., Banerjee, J., Breuer, E., Duffy, M., Lai, J., Levy, M., Njuguna, S., & Kumar, M. (2024). Adolescent perspectives on peripartum mental health prevention and promotion from Kenya: Findings from a design thinking approach. *PLoS One*, 19(1), e0290868. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290868>

Khresheh, R., Mosleh, S., Shoqirat, N., Mahasneh, D., & Barclay, L. A. O. (2023). Effects of ambulation during the first stage of labor on maternal and neonatal outcomes: A randomized controlled trial. *Nursing and Midwifery Studies*, 12(1), 1-6. https://doi.org/10.4103/nms.nms_18_22

Koopmans, L., Wilson, T., Cacciatore, J., & Flenady, V. (2013). Support for mothers, fathers and families after perinatal death (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(6), CD000452. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>

Lane, C., Pirabhahar, S., Robins, J., Tranter, S., Brown, M., & Katz, I. (2016). Improving nephrology service delivery—Accessing the specialist. *Australian Family Physician*, 45(3), 223-228. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27052141/>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S., & Huber, U. (2010). Journey to confidence: Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(3), 234-242. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.001>

Lebel, V., Feeley, N., Forest, G., & Axelin, A. (2022). Factors influencing mothers' quality of sleep during their infants' NICU hospitalization. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 51(5), 579-588. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2022.04.003>

Lertbunnaphong, T., Lapthanapat, N., Leetheeragul, J., Hakularb, P., & Ownon, A. (2016). Postpartum blood loss: Visual estimation versus objective quantification with a novel birthing drape. *Singapore Medical Journal*, 57(6), 325-328. <https://doi.org/10.11622/smedj.2016107>

Levett, K. M., Smith, C. A., Bensoussan, A., & Dahlen, H. G. (2016). Complementary therapies for labour and birth study: A randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open*, 6, e010691. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010691>

Levinson, M., Parvez, B., Aboudi, D., & Shan, S. (2022). Impact of maternal stressors and neonatal clinical factors on post-partum depression screening scores. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(7), 1328-1336. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1754394>

Lewis, D., & Downe, S. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 9-12. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.019>

Li, L., Wan, W., & Zhu, C. (2021). Breastfeeding after a cesarean section: A literature review. *Midwifery*, 103, 103117. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103117>

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

Lowdermilk, D., & Perry, S. (2008). *Enfermagem na maternidade*. Lusodidacta.

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(5), S16-S24.

Luo, Q., Lu, Z., & Xu, B. (2024). Evaluation of perineal wound healing and pain outcomes after low-angle mediolateral episiotomy in women undergoing vaginal childbirth: A systematic review and meta-analysis. *International Wound Journal*, 21(4), 1-10. <https://doi.org/10.1111/iwj.14826>

Maghalian, M., Alikamali, M., Nabighadim, M., & Mirghafourvand, M. (2023). The effects of warm perineal compress on perineal trauma and postpartum pain: A systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 309(3), 1-27. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07195-2>

Marchand, S. (2014). *The phenomenon of pain*. IASP.

Marks, C., Silvola, R., Teal, E., Quinney, S. K., & Haas, D. M. (2021). Comparing newborn outcomes after prenatal exposure to individual antidepressants: A retrospective cohort study. *Pharmacotherapy*, 41(11), 907-914. <https://doi.org/10.1002/phar.2628>

Maude, R. M., Skinner, J. P., & Foureur, M. J. (2016). Putting intelligent structured intermittent auscultation (ISIA) into practice. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(3), 285-292. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.12.001>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2015). Transitions theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theories and nursing practice* (4th ed., pp. 361-380). Elsevier.

Meleis, A. I. (2018). *Theoretical nursing: Development and progress* (6th ed.). Wolters Kluwer.

Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2019). *Parecer N°43/2019 - Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros.

Montenegro, C. A. B., & Rezende Filho, J. (2017). *Rezende obstetrícia* (13th ed.). Guanabara Koogan, Ltda.

Moridi, M., Shokravi, F. A., & Pazandeh, F. (2023). Adolescent women's perspective of pregnancy in Iran: A qualitative study. *British Journal of Midwifery*, 31(6), 336-344. <https://doi.org/10.12968/bjom.2023.31.6.336>

Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4), 950-952. <https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>

Mutahi, J., Larsen, A., Cuijpers, P., Peterson, S. S., Unutzer, J., & McKay, M. (2022). Mental health problems and service gaps experienced by pregnant adolescents and young women in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *EClinicalMedicine*, 44, 101289. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101289>

National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Diabetes in pregnancy: Management from preconception to the postnatal period* (NICE guideline NG3). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Intrapartum care* (NICE guideline NG235). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/resources/intrapartum-care-pdf-66143897812933>

National Institute of Child Health and Human Development. (2023). *Venlafaxine*. Drugs and Lactation Database (LactMed). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501192/>

Natrella, M., Di Naro, E., Loverro, M., Benshalom-Tirosh, N., Trojano, G., Tirosh, D., Besser, L., Loverro, M. T., & Mastrolia, S. A. (2018). The more you lose the more you miss: Accuracy of postpartum blood loss visual estimation. A systematic review of the literature. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(1), 106-115. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1274302>

O'Hara, M., & Wisner, K. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3-12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

Olza, I., Uvnäs-Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Leahy-Warren, P., Karlsdottir, S. I., Nieuwenhuijze, M., & 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. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem* (1st ed., Sept. 2002; rev. and reprinted Aug. 2012). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico: Deontologia profissional de enfermagem* (S. Deodato, Coord.). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019a). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 26, 4744-4750. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Ordem dos Enfermeiros. (2019b). *Regulamento n.º 391/2019: Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Diário da República: II Série, n.º 85. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/391-2019-122216892>

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, Ordem dos Enfermeiros.

Osok, J., Kigamwa, P., Huang, K.-Y., Grote, N., & Kumar, M. (2018). Adversities and mental health needs of pregnant adolescents in Kenya: Identifying interpersonal, practical, and cultural barriers to care. *BMC Women's Health*, 18, 96. <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-018-0581-5>

Palmer, C. M., & Jiang, Y. (2022). Limiting oral intake during labor: Do we have it right? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 136(4), 528-530. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000004170>

Papoutsis, D., Antonakou, A., Gornall, A., & Tzavara, C. (2023). The purple line and its association with cervical dilatation in labour: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 289, 91-99. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.08.383>

Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., et al. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pizur-Barnekow, K., Kim, U. O., Ahamed, S. I., Hasan, M. K., Drier, S., Leuthner, S., Rau, N., & Basir, M. A. (2020). Giving voice to parents in the development of the Preemie Prep for Parents (P3) mobile app. *Advances in Neonatal Care*, 20(1), E9-E16. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000669>

Pond, E. F., & Kemp, V. H. (1992). A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence. *Maternal-Child Nursing Journal*, 20(1), 11-20. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1469922/>

Poon, L. C., Magee, L. A., Verlohren, S., Shennan, A., von Dadelszen, P., Sheiner, E., Hadar, E., Visser, G., Da Silva Costa, F., Kapur, A., McAuliffe,

F., Nazareth, A., Tahlak, M., Kihara, A. B., Divakar, H., McIntyre, H. D., Berghella, V., Yang, H., Romero, R., Nicolaides, K. H., Melamed, N., & Hod, M. (2021). A literature review and best practice advice for second and third trimester risk stratification, monitoring, and management of pre-eclampsia. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 154(Suppl. 1), 3-31. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13763>

Rajeswari, S., & SanjeevaReddy, N. (2019). Efficacy of progressive muscle relaxation on pregnancy outcome among anxious Indian primi mothers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 25(1), 23-30. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_207_18

Ramos, F., & 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.

Reuter, A., Nerland, A., Pritchett, D., & Skorey, M. (2024). Antidepressant medication use during lactation: A review for providers. *South Dakota Medicine*, 77(4), 172-179. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38991162/>

Ribeiro, W., Andrade, M., Fassarella, B., Lima, J., Sousa, M., & Fonseca, C. (2019). A gravidez na adolescência e os métodos contraceptivos: A gestação e o impacto do conhecimento. *Revista Nursing*, 22(253), 2990-2994. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i253p2990-2994>

Rodrigues, A., Rodrigues, D., Silveira, M. A., Paiva, A., Fialho, A. V., & Queiroz, A. B. (2020). Hospitalização na gravidez de alto risco: Representações sociais das gestantes. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20040>

Rodrigues, P. B., Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2016). Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: A review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 38(2), 136-140. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2015-0067>

Rubenstein, A. F., Zamudio, S., Al-Khan, A., Douglas, C., Sledge, S., Tully, G., & Thurer, R. L. (2018). Clinical experience with the implementation of accurate measurement of blood loss during cesarean delivery: Influences on hemorrhage recognition and allogeneic transfusion. *American Journal of Perinatology*, 35(7), 655-659. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1613675>

Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E. de L. N., & Santero, M. (2020). Music therapy in pain and anxiety management during labor: A systematic review and meta-analysis. *Medicina*, 56(10), 526. <https://doi.org/10.3390/medicina56100526>

Santos, V., Paiva, M., Oliveira, T., Oliveira, A., Marques, M., Rodrigues, D., Gomes, L., Souza, M., Barbosa, R., & Santos, L. (2024). Acolhimento e cuidado com a saúde da mulher no puerpério: Debates interdisciplinares em saúde. *Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza*, 2. <https://doi.org/10.51249/easn02.2024.1855>

Schmidt, P. C., & Fenner, D. E. (2024). Repair of episiotomy and obstetrical perineal lacerations (first-fourth). *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 230(3), 1005-1013. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.07.005>

Sequeira, A., Pousa, O., & Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de enfermagem em saúde materna e obstétrica*. LIDEL.

Siccardi, M., Valle, C., Angius, V., & Di Matteo, F. (2020). Estimating the mobility of the Michaelis sacral rhombus in pregnant women. *Cureus*, 12(2), e7116. <https://doi.org/10.7759/cureus.7116>

Silva, T. R., Silva, R. A. R., Rodrigues, D. P., Guimarães, J. V., & Pereira, A. L. F. (2023). Non-pharmacological measures for pain relief in labor: A systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1), e202300439. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000439-en>

Sink, K. (2009). Seeking newborn information as a resource for maternal support. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 30-38. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2730900/>

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Armour, M., Dahlen, H. G., & Sukanuma, M. (2018a). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3), CD009514. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009514.pub2>

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Sukanuma, M. (2018b). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(3), CD009290. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.pub3>

Smith, J. (2004). Pregnancy perceptions among adolescents: A survey. *Journal of Chi Eta Phi Sorority (JOCEPS)*, 50(1), 9-14. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=934f5862-7c7f-35d1-beed-64c5dba047d9>

Smorti, M., Ginobbi, F., Simoncini, T., Pancetti, F., Carducci, A., Mauri, G., & Gemignani, A. (2023). Anxiety and depression in women hospitalized due to high-risk pregnancy: An integrative quantitative and qualitative study. *Current Psychology*, 42, 5570-5579. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01902-5>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Nascer prematuro em Portugal*. SPN.

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2018). *Consenso clínico: Restrição de crescimento fetal*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/Consenso-RCF.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Consenso sobre cuidados gerais ao recém-nascido saudável*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2023/08/Cuidados-gerais-ao-RN-Saud%C3%A1vel.pdf>

Sousa-Santos, R. F., Miguelote, R. F., Cruz-Correia, R. J., Santos, C. C., & Bernardes, J. F. M. A. L. (2016). Development of a birthweight standard and comparison with currently used standards: What is a 10th centile? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 206, 184-193. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.09.028>

Stenglin, M., & Foureur, M. (2013). Designing out the fear cascade to increase the likelihood of normal birth. *Midwifery*, 29(8), 819-825. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.04.005>

Sy, A. D. R., Dela Luna, K. L. G., Malimban, R. C., Estadilla, J. O. H., Maglinab, J. M., Jeon, J., & Ji, H. (2024). Perceived needs and recommendations on adolescent pregnancy-related services in the Philippines. *Journal of Education and Health Promotion*, 13, 324. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_2133_23

Tahiru, R., Kona, C., Nyari, A., Mohammed, T., & Pawmang, D. A. (2024). Exploring the physical and mental health challenges of teenage pregnancy: A qualitative study in the Tamale Metropolis, Ghana. *Journal of*

Family & Reproductive Health, 18(4), 246-252.
<https://doi.org/10.18502/jfrh.v18i4.17425>

Terres, M. T., Souza, M. V. de C., Costa, L. M. O., Novaes, L., Avila, M. F. de, Barros, S. G., Provinciatto, H., & Piovezan, A. P. (2025). Efficacy of birthing ball exercises to reduce labor pain and cesarean rates: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 311(5), 1331-1341. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07930-3>

Thomas, C. E., Guillet, R., Queenan, R. A., Cooper, E. M., Kent, T. R., Pressman, E. K., Vermeylen, F. M., Roberson, M. S., & O'Brien, K. O. (2015). Vitamin D status is inversely associated with anemia and serum erythropoietin during pregnancy. *American Journal of Clinical Nutrition*, 102(5), 1088-1095. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.116756>

Ulfa, Y., Maruyama, N., Igarashi, Y., & Horiuchi, S. (2023). Women's experiences of breastfeeding after a cesarean section: A meta-synthesis. *Japanese Journal of Nursing Science*, 20, e12534. <https://doi.org/10.1111/jjns.12534>

UNICEF. (2021). *Towards ending child marriage: Global trends and profiles of progress*. UNICEF.

UNICEF. (2024). *Early childbearing*. <https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing>

Uvnäs Moberg, K., Ekström-Bergström, A., Berg, M., Buckley, S., Pajalic, Z., Hadjigeorgiou, E., et al. (2019). Maternal plasma levels of oxytocin during physiological childbirth: A systematic review with implications for uterine contractions and central actions of oxytocin. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2365-9>

Vallerand, A. H., & Sanoski, C. A. (2021). *Davis's drug guide for nurses*. F.A. Davis Company.

Waldenström, U., & Schytt, E. (2009). A longitudinal study of women's memory of labour pain: From 2 months to 5 years after the birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(4), 577-583. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02020.x>

Watkins, R., & Kavale, J. (2014). Needs: Defining what you are assessing. In J. W. Altschuld & R. Watkins (Eds.), *Needs assessment: Trends and a view toward the future* (pp. 19-31). *New Directions for Evaluation*, 144. Wiley Periodicals, Inc. <https://doi.org/10.1002/ev.20100>

Weiniger, C. F., Ezra, Y., Ginosar, Y., & Mankuta, D. (2006). Post void residual volume in labor: A prospective study. *International Urogynecology Journal*, 17(1), 22-24. <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2006.01122.x>

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., et al. (2017). The meaning of labour pain: How the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 157. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1343-3>

Widström, A. M., Brimdyr, K., Svensson, K., Cadwell, K., & Nissen, E. (2019). Skin-to-skin contact the first hour after birth: Underlying implications and clinical practice. *Acta Paediatrica*, 108(7), 1192-1204. <https://doi.org/10.1111/apa.14754>

Winata, I. G. S., Mahendrata, P., Haning, M. P. A., & Nathalia, J. (2025). The Mechanism and Interpretation of Fetal Non Stress Test and Cardiotocography. *RA Journal of Applied Research*, 11(3), 155-161. <https://doi.org/10.47191/rajar/v11i3.10>

Woo, H., & Twinn, S. (2004). Health needs of Hong Kong Chinese pregnant adolescents. *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 595-602. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02951.x>

World Health Organization (WHO) & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-Friendly Hospital Initiative*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>

World Health Organization (WHO). (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548502>

World Health Organization (WHO). (2013). *Prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia*. WHO Recommendations. World Health Organization. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/02f76d6d-4f9f-4662-84fe-e23c186e1594/content>

World Health Organization (WHO). (2018). *OMS recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

World Health Organization (WHO). (2020). *OMS Labour Care Guide: User's manual*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>

World Health Organization (WHO). (2022). *WHO recommendations for induction of labour*. WHO Guidelines Review Committee; Department of Maternal, Newborn, Child & Adolescent Health & Ageing (MCA); Department of Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052796>

World Health Organization (WHO). (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. Genebra: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

World Health Organization (WHO). (2024, 29 de maio). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1

World Health Organization (WHO). (2025, 7 de maio). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

World Health Organization (WHO); Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA); United Nations Children's Fund (UNICEF). (2017). *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors* (2nd ed.). WHO.

Yang, F., Liu, H., & Ding, C. (2024). Gestational diabetes mellitus and risk of neonatal respiratory distress syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 16, 294. <https://doi.org/10.1186/s13098-024-01539-x>

Zaman, A., Fadlalmola, H. A., Ibrahim, S. E., Ismail, F. H., Abdelwahed, H. H., Ali, A. M., Abdelgadim, N. H., Mustafa, A. M. A., Ahmed, I. H., Ahmed, N. M., Eltyeb, A. A., Gaafar, D. A., Alnassry, S. M., Adam, A. A., Yasin, N. S., Ali, R. A., Fadlalla, A. A., Eltayeb, A. E., & Saad, A. M. (2025). The role of antenatal education on maternal self-efficacy, fear of childbirth, and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Midwifery*, 9, 13. <https://doi.org/10.18332/ejm/200747>

Zhang, J., Landy, H. J., Branch, D. W., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., Hatjis, C., Ramirez, M. M., Bailit, J., Gonzalez-Quintero, V., Hibbard, J. U., Hoffman, M. K., Kominiarek, M. A., Learman, L. A., Van Veldhuisen, P. & Reddy, U. M. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 116(6), 1281-1287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e>

APÊNDICES

APÊNDICE I - QUADRO DA EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

Quadro 2 - Quadro de extração de dados dos artigos selecionados

Autor, Ano (País)	Título	Tipo de Estudo	Objetivo do estudo	Características das participantes	Resultados	Conclusões
Tahiru et al., 2024 (Gana)	Exploring the Physical and Mental Health Challenges of Teenage Pregnancy: A Qualitative Study in the Tamale Metropolis, Ghana	Qualitativo, com base em desenho descritivo exploratório	Explorar os efeitos da gravidez na saúde física e mental das grávidas adolescentes, refletindo sobre as suas experiências pessoais e mecanismos de coping.	10 mães adolescentes, com idade compreendida entre 13-19 anos, com bebês com menos de 1 mês	<u>Alterações saúde física:</u> náuseas e vômitos; exaustão; distúrbios de sono; dor musculoesquelética; candidíase e anemia. <u>Alterações saúde mental:</u> sentimentos de tristeza, irritabilidade, solidão, raiva, estigma social e familiar, abandono escolar e ansiedade em relação ao futuro. <u>Estratégias de coping:</u> apoio familiar; intervenção de enfermagem; partilha de problemas com pessoas de confiança, estratégias de evitamento (isolamento social), e adoção de uma postura de indiferença face ao julgamento social.	<u>Necessidade de:</u> suporte na saúde mental; comunicação eficaz com os profissionais de saúde; redução do estigma comunitário e fortalecimento das redes familiares e sociais.

Sy et al., 2024 (Filipinas)	Perceived needs and recommendati ons on adolescent pregnancy- related services in the Philippines	Qualitativo descritivo (Focus group)	Explorar as percepções e experiências relacionadas com a gravidez na adolescência.	75 adolescentes (13-19 anos), incluindo, grávidas, raparigas e rapazes sem filhos, mas com grávidas adolescentes próximas e pais de adolescentes com filhos	<u>Alterações na saúde mental:</u> sentimentos de tristeza, frustração, revolta e sentimento de “vida interrompida” <u>Estratégias de coping:</u> apoio familiar <u>Percepção comunitária:</u> gravidez na adolescência atribuída a falha parental, uso de redes sociais e pressão dos pares; <u>Recursos comunitários e de saúde:</u> realçam importância do planeamento familiar, no entanto, referem acesso limitado, falta de privacidade, atitude moralizante dos profissionais de saúde, escassez de recursos e irregularidade das intervenções.	Necessidade de serviços em saúde acessíveis e não moralizantes. Grávidas adolescentes destacam importância de preparação para o parto e para a parentalidade <u>Teoria da resiliência coletiva:</u> sugere que experiências e identidades partilhadas fortalecem laços sociais, podendo guiar intervenções comunitárias e programas adolescentes.
-----------------------------------	---	---	---	--	--	--

Pond & Kemp, 1992 (Estados Unidos da América)	A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence	Estudo quantitativo, comparativo e transversal	Avaliar a relação entre ansiedade e autoconfiança nas grávidas adolescentes e adultas.	35 adolescentes (13-16 anos) e 58 mulheres adultas (21-33)	Correlação negativa significativa entre a ansiedade e a autoconfiança das mulheres grávidas, sem diferenças significativas entre os grupos.	Necessidade de avaliação da ansiedade e autoconfiança (autoeficácia) ao longo da gravidez.
Thomas et al., 2015 (Estados Unidos da América)	Vitamin D status is inversely associated with anemia and serum erythropoietin during pregnancy	Estudo prospectivo longitudinal	Examinar as inter-relações entre os níveis de ferro e vitamina D e as suas hormonas reguladoras em adolescentes grávidas.	158 adolescentes grávidas afro-americanas (idade inferior ou igual a 18 anos)	Quanto maior os valores de vitamina D da grávida, menor o risco de anemia; Adolescentes com vitamina D <50nmol/L, têm 8 vezes mais risco de anemia no parto; Quanto mais elevados os níveis de vitamina D, mais baixos os níveis de eritropoietina.	Realça as necessidades nutricionais específicas das grávidas adolescentes e a importância da sua avaliação e correção.

Osok et al., 2018 (Quênia)	Adversities and mental health needs of pregnant adolescents in Kenya: identifying interpersonal, practical, and cultural barriers to care	Estudo qualitativo com método grounded theory	Caracterizar a experiência de gravidez, com foco em saúde mental, barreiras ao acesso a cuidados de saúde, desafios socioeconómicos, familiares e culturais.	12 grávidas adolescentes (13-19 anos) identificadas com depressão a partir de uma coorte maior de 174 participantes. Participam também no estudo 3 mães de grávidas adolescentes e 1 parceiro.	<u>Desafios enfrentados pelas grávidas adolescentes:</u> depressão; ansiedade; stresse; negação da gravidez; falta de necessidades básicas e cuidados e oportunidades limitadas para o desenvolvimento pessoal	Os determinantes sociais afetam diretamente a saúde mental. <u>Necessidade de:</u> intervenções individuais e familiares; fortalecer programas educativos, de saúde reprodutiva e serviços comunitários adaptados às necessidades das grávidas adolescentes; melhorar acesso a cuidados de saúde; reduzir estigma e aumentar oportunidades de desenvolvimento.
----------------------------	---	---	--	--	--	---

Govender, Naidoo & Taylor, 2020 (África do Sul)	"I have to provide for another life emotionally, physically and financially": understanding pregnancy, motherhood and the future aspirations of adolescent mothers in KwaZulu-Natal South, Africa	Estudo qualitativo descritivo	Explorar e compreender as experiências da gravidez e maternidade na adolescência, bem como as aspirações futuras das mães adolescentes.	18 mães adolescentes (13-19 anos, primíparas e multíparas).	<u>Alterações da saúde mental:</u> Sentimentos de frustração, tristeza, ansiedade e stresse. Falta de acessibilidade a serviços de saúde e juízos de valor realizados por profissionais de saúde, nomeadamente, enfermeiros. <u>Necessidades das grávidas adolescentes:</u> suporte financeiro, familiar e educacional; informação sobre saúde mental no pós-parto; conhecimento sobre competências parentais como alimentação do recém-nascido; conhecimento sobre nutrição durante a gravidez.	Necessidade de promoção da saúde e educação em saúde.
--	---	-------------------------------	---	---	---	---

Moridi, Shokravi & Pazandeh, 2023 (Irão)	Adolescent women's perspective of pregnancy in Iran: a qualitative study	Estudo qualitativo descritivo	Explorar as perspectivas da gravidez na adolescência por parte das mulheres iranianas.	24 grávidas adolescentes casadas (14-18 anos)	<u>Alterações da saúde mental:</u> Sentimentos de frustração, arrependimento, esperança e satisfação quando descobrem a gravidez; Grávidas adolescentes referem aumento do autocuidado relacionado com a gravidez (responsabilidade e assiduidade na assistência pré-natal); Grávidas adolescentes referem recorrer à espiritualidade; Alteração do significado atribuído à gravidez ao longo da mesma; Suporte efetivo familiar e da comunidade: empatia <u>Perceções durante a gravidez:</u> rejeição por parte do marido porque não aceita a gravidez; limitações inerentes a ter um bebé; feedback negativo familiar; mais independência e confiança.	Sentimentos contraditórios ao longo da gravidez. O suporte familiar e social é facilitador no processo de aceitação da gravidez e na gestão do stresse.
---	--	-------------------------------	--	---	---	---

Smith, J., 2004 (Estados Unidos da América)	Pregnancy perceptions among adolescents: a survey	Estudo descritivo baseado em auto-relatos	Compreender as percepções pessoais de adolescentes sobre a gravidez, incluindo preocupações fisiológicas e emocionais, estratégias de enfrentamento, apoio social, aspirações futuras e formas de intervenção.	80 grávidas adolescentes (13- 19 anos)	<u>Necessidade de:</u> conhecimento sobre desenvolvimento fetal; conhecimento sobre efeitos colaterais da gravidez. <u>Estratégias para lidar com alterações emocionais:</u> conversar com família/amigos; partilhar preocupações com profissionais de saúde; comer; dormir; caminhar e descansar.	Grávidas adolescentes referem que o acompanhamento por parte da equipa de enfermagem, a utilização de grupos de apoio, os acompanhamentos telefónicos por profissionais de saúde podem ser eficazes para apoiar a grávida na sua transição.
---	---	--	--	--	--	---

Woo & Twinn, 2003 (China)	Health needs of Hong Kong Chinese pregnant adolescents	Estudo qualitativo exploratório	Identificar as necessidades percebidas pelas grávidas adolescentes após a confirmação de uma gravidez não planeada.	10 grávidas adolescentes (15-18 anos), entre as 24 e 34 semanas de gestação, que tinham decidido adoção do bebê	<u>Reação à gravidez:</u> choque, medo, negação, culpa, com alerta para a possibilidade de adiar assistência pré-natal por causa desta negação. Tentativas de abortamento caseiras, evidenciando a necessidade de acesso a fontes de informação confiáveis. <u>Alterações saúde mental ao longo da gravidez:</u> perda de esperança e arrependimento pela decisão da adoção. <u>Uso de contraceção e acompanhamento em saúde:</u> 7/ 10 participantes consideravam que a contraceção era responsabilidade do parceiro; sentimentos de ambivalência com atribuição da gravidez à sorte ou destino; referem que preferem abstinência a uso de contraceção; referem atitude pouco empática dos profissionais de saúde, nomeadamente de midwives.	<u>Necessidade de:</u> reconhecimento e validação de sentimentos de incerteza e ambivalência das adolescentes; Conhecimento sobre métodos contraceptivos, de forma culturalmente sensível; Garantia de suporte emocional e empatia durante a assistência pré-natal; Garantia de conhecimento de forma a conduzir a tomada de decisão informada sobre gravidez e adoção.
---------------------------	--	---------------------------------	---	---	---	--

Kathono et al., 2024 (Quênia)	Adolescent perspectives on peripartum mental health prevention and promotion from Kenya: Findings from a design thinking approach	Estudo qualitativo exploratório	Explorar as necessidades de saúde mental de adolescentes grávidas e mães adolescentes.	17 grávidas adolescentes e 22 mães adolescentes em período pós-parto	<u>Fontes de stresse:</u> dificuldades económicas; negação da paternidade; medo do parto e falta de informação sobre trabalho de parto; relações tensas, negação e estigma. <u>Saúde mental:</u> sentimentos de stresse, inutilidade, vergonha e isolamento; 25,6% das participantes referiram ideação suicida durante a gravidez; casos de violência sexual (2 gravidezes resultaram de violação); fonte de esperança.	Avaliação, prevenção e promoção da saúde mental.
----------------------------------	---	---------------------------------	--	--	--	--