

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

**FATORES ASSOCIADOS À SUPLEMENTAÇÃO COM
LEITE ARTIFICIAL DURANTE O INTERNAMENTO PÓS-PARTO**

**Desenvolvimento de Competências Especializadas na
Área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

Ângela Manuela da Silva Moreira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Estágio de natureza profissional com relatório

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Fatores Associados à Suplementação com Leite Artificial durante o Internamento Pós-Parto -
Relatório de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

Orientador(es)

Sónia Maria Pereira de Azevedo Brandão

Autor

Ângela Manuela da Silva Moreira

Porto, 2025

AGRADECIMENTO

Chegar ao fim desta caminhada é perceber que nada teria sido possível sozinha. Não poderia deixar de expressar a minha gratidão a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, estiveram presentes nesta caminhada e a tornaram possível, mais leve e enriquecedora.

Às professoras que contribuíram para o meu desenvolvimento académico e pessoal, deixo o meu reconhecimento, em especial à Professora Doutora Alexandrina Cardoso, pelo acompanhamento atento, incentivo e dedicação, mostrando-me que, quando se faz o que realmente se ama, não há limites para o que podemos alcançar.

Às colegas de mestrado, que foram muito mais do que simples companheiras de estudo, foram apoio, partilha e motivação nos momentos mais exigentes. Juntas celebrámos vitórias, enfrentámos obstáculos e crescemos, tanto pessoal como profissionalmente.

Às Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que tive o privilégio de conhecer e de ser orientada, pela forma como contribuíram para a minha aprendizagem, pela confiança e pelo exemplo de profissionalismo. Foram essenciais para que eu crescesse, não só como futura especialista, mas também como pessoa.

À minha orientadora, Professora Doutora Sónia Brandão, pela disponibilidade, paciência e pela capacidade de me estimular a pensar mais além. Pela confiança e pela inspiração para acreditar que podia ir mais longe.

À minha família, por ser o alicerce que me sustentou mesmo nos dias de maior cansaço e mau humor. Aos meus pais, pela presença constante, pela força silenciosa e por me motivarem sempre a ser mais e melhor. À minha irmã, pela compreensão diante das ausências inevitáveis e apoio incondicional. Obrigada pela paciência, pelo carinho e por acreditarem em mim, tornando possível a realização deste sonho.

Às melhores amigas que a ESEP me trouxe, Stephanie Ribeiro e Fátima Monteiro, pela amizade verdadeira, pelo carinho e pela presença, mesmo com a distância física. Obrigada por acreditarem sempre em mim e por me oferecerem colo e conforto nos momentos de maior fragilidade.

À minha prima Carla, irmã do coração, por simplesmente dizer: "vai, tu consegues!".

A todos vocês, o meu mais profundo e sincero obrigado.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional tem como objetivo analisar criticamente o processo de aquisição e consolidação das competências técnicas, científicas, relacionais e éticas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos. A análise retrospectiva do percurso formativo articula normativos profissionais, referenciais teóricos e prática baseada na evidência.

A prática clínica decorreu nos diferentes contextos do ciclo gravídico-puerperal, permitindo contacto direto e continuado com mulheres, casais e famílias em situações de gravidez de baixo e alto risco, trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados ao recém-nascido. São apresentados cinco casos clínicos representativos destas áreas, que evidenciam a conceção de cuidados especializados e a progressiva integração do raciocínio clínico, da tomada de decisão fundamentada e da capacidade de adaptação às necessidades específicas das mulheres e famílias.

O relatório inclui ainda uma revisão integrativa da literatura subordinada ao tema “Fatores associados à suplementação com leite artificial durante o internamento pós-parto”, motivada pela constatação da crescente utilização de leite artificial ainda durante o internamento no puerpério. Esta revisão permitiu reunir e sistematizar evidência científica sobre fatores que influenciam a substituição da amamentação, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática profissional crítica, reflexiva e sustentada na melhor evidência disponível.

Este percurso formativo revelou-se determinante para a construção da identidade profissional como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, integrando teoria, prática e investigação, e afirmando o compromisso com cuidados especializados, humanizados e culturalmente sensíveis, centrados na mulher, no recém-nascido e na família.

Palavras-chave: Amamentação, Leite artificial, Internamento pós-parto, EEESMO.

ABSTRACT

This Professional Internship Report seeks to provide a critical analysis of the process of acquiring and consolidating the technical, scientific, relational, and ethical competencies of the Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, developed throughout clinical training. The retrospective analysis of the educational trajectory integrates professional regulations, theoretical frameworks, and evidence-based practice.

Clinical practice was undertaken in diverse settings within the pregnancy-puerperal cycle, providing direct and continuous engagement with women, couples, and families experiencing low- and high-risk pregnancy, labor, childbirth, the puerperium, and newborn care. Five clinical cases representative of these areas are presented, illustrating the design of specialized care and the progressive integration of clinical reasoning, evidence-based decision-making, and the ability to adapt to the specific needs of women and families.

The report further includes an integrative literature review on the theme “Factors associated with formula feeding during postpartum hospitalization”, prompted by the growing prevalence of artificial milk use during the puerperal hospital stay. This review enabled the collection and systematization of scientific evidence on the factors influencing the replacement of breastfeeding, thereby contributing to the development of a critical, reflective professional practice grounded in the best available evidence.

This training pathway proved to be decisive in shaping professional identity as a Specialist Nurse in Maternal and Obstetric Health Nursing, by integrating theory, practice, and research, and affirming a commitment to specialized, humanized, and culturally sensitive care, centered on women, newborns, and families.

Keywords: Breastfeeding, Infant formula, Postpartum hospitalization, EEESMO.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

APPT - Ameaça de parto pré-termo

BP - Bloco de partos

CTG- Cardiotocografia

DGS - Direção Geral de Saúde

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IVG - Interrupção Voluntária da Gravidez

MESMO - Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPT - Parto pré-termo

PQCEESMO - Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

RN- recém-nascido

SGB - Streptococcus beta hemolítico do grupo B

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SPN- Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SPOMMF - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

TP - Trabalho de parto

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

AGRADECIMENTO	3
RESUMO	5
ABSTRACT	7
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	9
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO CLÍNICO - PUÉRPERA	27
3.1. Enquadramento teórico	27
3.2. Clientes	29
3.3. Medicação	29
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	29
3.4. Domínios	30
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	30
3.5. Conceção de Cuidados	36
3.6. Especificação das intervenções	40
4. CASO CLÍNICO - RECÉM-NASCIDA	47
4.1. Enquadramento teórico	47
4.2. Clientes	47
4.3. Domínios	47
4.3.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	48
4.4. Conceção de Cuidados	49
4.5. Especificação das intervenções	50
4.6. Síntese relativa ao caso	50
5. CASO CLÍNICO - GRAVIDAS DE RISCO	61
5.1. Enquadramento teórico	61
5.2. Clientes	63
5.3. Medicação	63
5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	63
5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	64
5.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	65
5.5. Domínios	66
5.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	66
5.6. Conceção de Cuidados	70
5.7. Especificação das intervenções	72
5.8. Síntese relativa ao caso	74
6. CASO CLÍNICO - BLOCO DE PARTOS	77

6.1. Enquadramento teórico	77
6.2. Clientes	80
6.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	80
6.3.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	80
6.4. Domínios	81
6.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	81
6.5. Conceção de Cuidados	84
6.6. Especificação das intervenções	87
6.7. Síntese relativa ao caso	92
7. CASO CLÍNICO - BLOCO DE PARTOS	95
7.1. Enquadramento teórico	95
7.2. Clientes	98
7.3. Medicação	98
7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	98
7.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	100
7.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	101
7.5. Domínios	102
7.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	102
7.6. Conceção de Cuidados	108
7.7. Especificação das intervenções	112
7.8. Síntese relativa ao caso	118
8. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	121
9. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	139
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141
ANEXOS	159

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da unidade curricular Estágio de natureza profissional com relatório, integrada no curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (MESMO) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), foi elaborado este relatório com o objetivo de evidenciar a aquisição de competências necessárias para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO).

O percurso formativo desenvolveu-se de acordo com o plano de estudos do mestrado, integrando a prática clínica como componente essencial para o desenvolvimento de competências avançadas. Esta prática decorreu em três contextos hospitalares distintos: serviço de puerpério, internamento de grávidas com complicações e sala de partos, onde a intervenção do EEESMO se revelou determinante na promoção da adaptação à gravidez e parentalidade.

O EEESMO assume um papel central na promoção da saúde materna e neonatal, destacando-se pelos conhecimentos especializados, pelas competências clínicas e pela capacidade de inovação que asseguram a prestação de cuidados de elevada qualidade, com impacto significativo na experiência da mulher, do recém-nascido e da família (OE, 2021). A sua prática clínica centra-se não só na vigilância e promoção da saúde reprodutiva, ginecológica e sexual, mas também no apoio às transições de vida saudáveis, entre as quais se evidencia a parentalidade (OE, 2021).

Segundo a Teoria das Transições de Afaf Meleis, a parentalidade constitui uma transição desenvolvimental complexa, marcada por instabilidade, redefinição de papéis e necessidade de adaptação ao contexto social (Meleis, 2007). O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para identificar as necessidades emergentes e apoiar a aquisição de competências que promovam uma vivência saudável e significativa deste processo (Pereira, 2019). Contudo, para além de referenciais gerais da enfermagem, a prática em saúde materna e obstétrica é também sustentada por teorias e filosofias próprias da midwifery, que orientam os cuidados especializados. A filosofia *woman-centred care* (Walsh & Devane, 2012) coloca a mulher no centro do cuidado, valorizando a sua autonomia, dignidade, experiência e participação ativa em todas as decisões. O *Midwifery Partnership Model* (Guilliland & Pairman, 2010) complementa esta visão, destacando a relação colaborativa entre a mulher e o EEESMO, baseada na confiança, no respeito mútuo e na negociação partilhada. Estes quadros, aliados à Teoria das Transições, sustentam a importância de uma prática holística que articula dimensões clínicas, culturais, emocionais e sociais, reforçando o papel do especialista na promoção de experiências positivas de gravidez, parto e parentalidade.

A parentalidade representa uma das transições mais significativas do ciclo vital, implicando

alterações pessoais e familiares profundas. Neste processo, os pais devem desenvolver competências parentais que lhes permitam responder adequadamente às necessidades do filho (Cardoso, 2012). De acordo com Meleis, o enfermeiro ocupa uma posição de destaque para identificar estas necessidades e adequar as intervenções de forma a promover a parentalidade (Pereira, 2019). Assim, a transição para a parentalidade requer a aquisição de novos conhecimentos, a modificação de comportamentos, a redefinição de significados e, conseqüentemente, uma transformação da identidade pessoal e social (Meleis, 2010).

Neste contexto, o EEESMO assume como focos prioritários de atenção o processo de gravidez e a adaptação à parentalidade. Durante a gravidez, o parto e o pós-parto, presta cuidados especializados à mulher e à família em transição desenvolvimental, promovendo a aquisição de competências e recursos que possibilitem uma experiência positiva. A sua intervenção assenta na análise dos significados atribuídos pela mulher e pela família à nova realidade, implementando estratégias que favoreçam uma transição saudável, com o objetivo da reformulação da identidade e mestria no processo de tornar-se mãe/pai. Para além da vigilância clínica e da promoção da saúde materno-fetal, o especialista apoia o desenvolvimento de competências parentais, contribuindo para uma vivência mais consciente e enriquecedora deste processo. A complexidade desta etapa exige uma abordagem holística, centrada nas dimensões físicas, emocionais e sociais da mulher, do casal e da rede de apoio, valorizando a prática baseada na evidência e a construção de uma relação terapêutica de proximidade (Cardoso, 2012).

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica constitui, assim, um elemento-chave na prestação de cuidados, de acordo com os Padrões de Qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros. O Enfermeiro Especialista, pela conjugação de conhecimentos, competências e capacidade de inovação, garante intervenções clinicamente relevantes e significativas (OE, 2021).

No entanto, para que estes padrões se traduzam em cuidados efetivos e centrados na mulher, é fundamental reconhecer os desafios concretos que emergem no quotidiano clínico. Durante a prática desenvolvida, observou-se que uma das principais preocupações das puérperas se relaciona com a amamentação, persistindo a utilização frequente de leite artificial no internamento pós-parto. Face a esta realidade, foi realizada uma revisão integrativa da literatura sobre os “Fatores associados à suplementação com leite artificial durante o internamento pós-parto”, de forma a aprofundar o conhecimento e a analisar criticamente o estado da arte nesta área.

No que respeita à organização, o presente relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos principais. O primeiro capítulo corresponde à caracterização dos contextos clínicos de estágio, evidenciando a sua estrutura, funcionamento e contributos para a aprendizagem. O segundo capítulo aborda o processo de conceção de cuidados, integrando a apresentação de cinco casos

clínicos representativos dos diferentes contextos, bem como a descrição da revisão integrativa da literatura, entendida como exercício de consolidação das competências no domínio da investigação. O terceiro capítulo é dedicado a uma análise crítica e reflexiva das competências desenvolvidas, englobando tanto comuns como específicas e destacando o seu contributo para a prática profissional futura. Por fim, o quarto capítulo apresenta uma reflexão final sobre o percurso global, constituindo um exercício de síntese e apreciação crítica da formação realizada.

Este relatório configura-se, assim, como um exercício de análise e reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, tendo em consideração as competências gerais e específicas do EEESMO, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados e as competências de investigação adquiridas através da revisão integrativa da literatura.

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

O estágio de natureza profissional teve a duração total de 800 horas, distribuídas por diferentes contextos, nomeadamente Serviço de Puerpério, Internamento de Grávidas e Sala de Partos.

Puerpério

O estágio no serviço de puerpério decorreu entre 16 de setembro a 11 de outubro de 2024, perfazendo um total de 100 horas. O internamento de puérperas localiza-se num espaço partilhado com as áreas de internamento de grávidas e de ginecologia.

A equipa do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia integra 36 profissionais, dos quais 22 são EEESMO e 14 são enfermeiros de cuidados gerais. Estes profissionais exercem funções rotativas nas três áreas, puerpério, internamento de grávidas e ginecologia, sendo que apenas os EEESMO prestam cuidados no internamento de grávidas.

A área dedicada ao puerpério dispõe de 24 unidades de internamento, organizadas em: uma enfermaria com quatro camas, oito enfermarias com duas camas e quatro quartos individuais. Cada unidade inclui uma cama para a puérpera, um cadeirão para acompanhante, um berço para o recém-nascido e uma casa de banho integrada.

O serviço conta ainda com uma sala destinada aos cuidados de higiene dos recém-nascidos e à realização de procedimentos médicos, com capacidade adequada para a presença dos pais; duas salas de tratamento equipada com marquesa ginecológica, destinada à avaliação médica pré-alta; e duas salas de enfermagem: uma sala de preparação de medicação que contém o aquecedor de leite artificial, e outra equipada com computadores, onde se efetuam os registos de enfermagem e a passagem de turno.

No que respeita ao método de trabalho, adota-se o método individual de trabalho, no qual um único enfermeiro é responsável por um grupo de puérperas e recém-nascidos durante cada turno. Este profissional realiza a avaliação clínica, a elaboração do plano de cuidados e garante uma assistência integral, individualizada e humanizada.

A dotação segura recomendada no Parecer n.º 43/2019 da MCEESMO estabelece uma proporção de 1:3 em puerpério patológico e de 1:6 em puerpério normal, recomendando que todos os cuidados sejam assegurados exclusivamente por EEESMO. Todavia, no serviço em análise não se realiza esta distinção. Em situações de lotação máxima, cada enfermeiro assume os cuidados de quatro puérperas e recém-nascidos no turno da manhã, seis no turno da tarde e oito no turno da noite, não cumprindo assim as dotações seguras previstas no período noturno. Embora o

serviço raramente atingisse a lotação máxima, os momentos em que tal acontecia evidenciavam um desfasamento entre as dotações seguras recomendadas e a realidade assistencial. Esta discrepância teve impacto direto no meu processo de aprendizagem: por um lado, dificultava a possibilidade de acompanhar de forma aprofundada cada puérpera e recém-nascido, reduzindo o tempo disponível para desenvolver competências relacionadas com a vigilância contínua, a promoção da amamentação e o apoio na adaptação à parentalidade; por outro lado, constituiu um desafio formativo, ao exigir de mim maior capacidade de organização, definição de prioridades e tomada de decisão em cenários de sobrecarga assistencial.

Ao ser confrontada com estes constrangimentos, pude reconhecer de forma crítica as limitações que a ausência de rácios adequados impõe à qualidade dos cuidados, reforçando a minha consciência sobre a importância da defesa de dotações seguras não apenas como cumprimento normativo, mas como condição indispensável para garantir a segurança e o bem-estar da mulher, do recém-nascido e da família.

O tempo médio de internamento varia consoante o tipo de parto: 48 horas após parto vaginal e 72 horas após cesariana, podendo ser prolongado em função das necessidades da puérpera e/ou do recém-nascido. A curta duração do internamento obriga, em alguns casos, a uma aprendizagem acelerada de determinadas competências parentais, como os cuidados de higiene ao recém-nascido. Neste contexto, observa-se que, embora a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) recomende que o primeiro banho ocorra apenas após as 24 horas de vida, neste serviço é habitualmente realizado cerca de 12 horas após o parto. Esta antecipação reflete a tentativa da equipa de conciliar as boas práticas com a realidade organizacional e o tempo limitado de internamento, assegurando que os pais recebam a orientação necessária para a realização deste cuidado antes da alta. No entanto, tal prática pode ter implicações para o recém-nascido, uma vez que o banho precoce pode interferir com a regulação térmica e a preservação do vernix caseoso aspetos reconhecidos pela evidência científica como benéficos para a adaptação neonatal à vida extrauterina (Chamberlain et al., 2019; Priyadarshi et al., 2022). Assim, torna-se pertinente refletir sobre o equilíbrio entre as exigências organizacionais e a adoção de práticas baseadas na evidência, de forma a garantir cuidados centrados na segurança e bem-estar do recém-nascido e da família.

A presença contínua de uma pessoa significativa está assegurada no serviço, inclusive durante a noite, até ao momento da alta, o que favorece a humanização e o envolvimento nos cuidados, tal como defendido pela OMS e pela Iniciativa Hospital Amigo dos Bebés da UNICEF (OMS & UNICEF, 2018). Contudo, existe uma restrição que obrigava à saída do acompanhante às 07h00 e ao regresso às 11h00, devido às rotinas do serviço. Esta limitação dificulta a participação dos pais nos cuidados de higiene do recém-nascido, habitualmente realizados no início da manhã, comprometendo a capacitação nesta competência parental. Esta situação revela o desafio de conciliar as rotinas institucionais com a promoção de cuidados centrados na família. Apesar de compreensíveis as necessidades organizacionais do serviço, a interrupção da presença do

acompanhante num momento-chave do cuidado pode reduzir as oportunidades de aprendizagem e de envolvimento ativo do pai, especialmente no que diz respeito à confiança e autonomia nos cuidados ao recém-nascido. Assim, torna-se fundamental refletir sobre formas de ajustar as rotinas, promovendo maior flexibilidade e inclusão do pai nos cuidados diários, de modo a fortalecer a sua participação e favorecer uma transição mais segura e confiante para casa.

No caso do parto vaginal, a puérpera e o recém-nascido são admitidos no serviço duas horas após o parto, acompanhados por uma técnica auxiliar de saúde, sendo a passagem de informação realizada por via telefónica. Este procedimento levanta preocupações em termos de segurança, uma vez que o período pós-parto imediato é um momento crítico para a deteção de complicações, como a hemorragia materna ou a instabilidade neonatal, situações para as quais a técnica auxiliar de saúde não está habilitada a responder de forma autónoma durante a transferência. Acresce ainda o risco inerente à comunicação exclusivamente verbal, que, apesar de transmitir todos os dados essenciais, não assegura a totalidade nem a exatidão da informação, podendo comprometer a continuidade do processo de cuidados. Esta realidade evidenciou a importância de processos estruturados e uniformizados de transmissão de informação, que garantam não apenas a segurança clínica, mas também a responsabilização profissional e institucional. Enquanto futura EEESMO, esta experiência reforçou a consciência de que a qualidade dos cuidados depende, em grande medida, da eficácia da comunicação interprofissional e da existência de protocolos que salvaguardem a mulher e o recém-nascido, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade.

Em caso de cesariana, uma enfermeira do puerpério e uma técnica auxiliar deslocam-se ao bloco operatório central para recolher informação e acompanhar a transferência da puérpera para o serviço, garantindo a continuidade e a segurança dos cuidados. Contudo, nestas situações, o recém-nascido é transferido antecipadamente para o serviço, acompanhado pelo pai ou pela pessoa significativa, o que implica uma separação precoce entre mãe e bebé. Embora esta prática responda às exigências logísticas e assegure a vigilância imediata da mulher no bloco operatório, pode ter repercussões relevantes para a díade mãe-bebé, uma vez que atrasa o início do contacto pele a pele e da amamentação. Observou-se ainda que, nestas situações, o recém-nascido permanece maioritariamente no berço ou, quando colocado no colo do pai, já se encontra completamente vestido, não sendo habitualmente promovido o contacto pele a pele com o progenitor. Embora o pai não substitua o papel central da mãe neste período inicial, a literatura evidencia que o contacto pele a pele com o pai traz benefícios significativos, nomeadamente na estabilização da temperatura, frequência cardíaca e níveis de glicemia do recém-nascido, além de fortalecer o vínculo afetivo e o envolvimento paterno nos cuidados (Çağan et al., 2025; Huang & Zhang, 2019). Esta realidade levou-me a refletir sobre o equilíbrio entre a segurança clínica e a humanização dos cuidados, sublinhando a importância de defender práticas que favoreçam a permanência conjunta da mãe e do bebé sempre que a condição

clínica o permita. Quando tal não é viável, o contacto pele a pele com o pai constitui uma alternativa válida e benéfica, que promove o bem-estar e o vínculo afetivo do recém-nascido, reforçando uma vivência mais positiva e partilhada da parentalidade.

A preparação para a alta e o regresso a casa é desenvolvida de forma contínua ao longo do internamento, enfatizando a autogestão da recuperação pós-parto, a promoção do autocuidado, a identificação de complicações, e a adaptação à parentalidade, potenciando o desenvolvimento das competências parentais.

Internamento de Grávidas

O estágio na área de Gravidez com Complicações decorreu na unidade de internamento de grávidas, entre os dias 14 de outubro e 6 de dezembro de 2024, totalizando 200 horas de prática clínica.

A referida unidade dispõe de uma enfermaria composta por quatro camas e um quarto individual. Cada enfermaria está equipada com quatro cadeirões, uma mesa de refeições, quatro cardiotocógrafos e uma casa de banho. Sempre que possível, os quartos individuais eram preferencialmente destinados a situações de maior complexidade, tais como isolamento profilático, casos de abortamento ou interrupção médica da gravidez. Em caso de necessidade, eram utilizadas camas reservadas ao internamento ginecológico.

Embora a reduzida dimensão da unidade pudesse ser percecionada como uma limitação, na prática mostrou-se benéfica para as grávidas em internamentos prolongados, na medida em que a menor rotatividade de utentes e profissionais favorecia relações terapêuticas mais consistentes e de maior proximidade. No entanto, esta mesma configuração expunha fragilidades relevantes, uma vez que a distância em relação ao bloco de partos e à urgência obstétrica representava um risco acrescido em situações emergentes. Assim, o que se apresentava como um fator protetor no plano relacional revelava-se, simultaneamente, um constrangimento do ponto de vista organizacional.

Na minha perceção, a partilha da mesma enfermaria por quatro grávidas revelou-se benéfica, uma vez que promoveu entre elas um ambiente de apoio mútuo, facilitando a troca de experiências, a diminuição da ansiedade e o fortalecimento do sentimento de pertença a um grupo que atravessa uma vivência semelhante. Esta perceção vai de encontro ao descrito na literatura, que destaca os benefícios do suporte entre pares durante a gravidez, nomeadamente na promoção do bem-estar emocional, na redução da ansiedade e no reforço da humanização dos cuidados de saúde (Dennis, 2003; Fang et al., 2022; Rice et al., 2022). Assim, esta proximidade não só promoveu o bem-estar emocional da grávida, como também reforçou a importância do suporte entre pares como parte integrante da experiência de cuidados, constituindo como um complemento relevante à intervenção profissional.

A organização dos cuidados no internamento seguia o modelo de prestação individualizada, em que cada enfermeiro assumia a responsabilidade integral pelos cuidados prestados às utentes que lhe eram atribuídas no plano diário de trabalho.

De acordo com o Parecer n.º 43/2019 da MCEESMO, o rácio recomendado no internamento de medicina materno-fetal é de três grávidas de alto risco por EEESMO, ou seis grávidas no caso de risco moderado. No entanto, no serviço em análise não existia distinção formal entre grávidas de médio e alto risco, o que pode dificultar a adequação da vigilância e a personalização dos cuidados. Durante o estágio, foi observado que, por turno, apenas um enfermeiro especialista assegurava a unidade, acumulando, no período noturno, a responsabilidade por mulheres internadas em ginecologia e, ocasionalmente, por puérperas.

Apesar desta discrepância face às recomendações, o facto de a unidade raramente se encontrar em lotação completa fez com que, na prática, tal realidade não tivesse implicações significativas no meu processo de aprendizagem durante o período diurno. Consegui acompanhar de forma próxima a vigilância clínica das grávidas internadas e participar ativamente nos cuidados de enfermagem, sem sentir que a dotação de profissionais comprometia a qualidade do ensino clínico. Contudo, no período noturno, a acumulação de responsabilidades sobre um único enfermeiro traduziu-se numa maior sobrecarga, que se refletiu também na minha aprendizagem, pois implicava uma dispersão da atenção e um potencial risco de resposta tardia em situações de urgência obstétrica ou intercorrências súbitas.

Assim, reconheço que, embora a discrepância entre o rácio recomendado e a prática observada não tenha condicionado de forma significativa a minha aprendizagem na maioria dos turnos, evidenciou-se mais notória durante o período noturno, potenciando a reflexão crítica sobre o impacto da sobrecarga funcional na qualidade dos cuidados e no processo formativo do futuro EEESMO.

As grávidas com complicações podiam ser admitidas a qualquer momento, provenientes da urgência obstétrica. A transmissão da informação clínica era efetuada, na maioria das situações, via contacto telefónico, em virtude da distância física entre os serviços. O acompanhamento da utente até à unidade de internamento era assegurado por uma técnica auxiliar de saúde. Esta prática levanta questões pertinentes, nomeadamente quanto à capacidade de resposta de um profissional não especializado em situações emergentes, como por exemplo, uma convulsão associada a um quadro de pré-eclâmpsia previamente diagnosticado.

Esta realidade suscita reflexão sobre a adequação dos circuitos de transferência e a segurança da mulher em contextos de risco obstétrico. Embora o papel dos técnicos auxiliares de saúde seja fundamental no apoio logístico e humano, a ausência de um enfermeiro durante o transporte pode representar uma fragilidade na resposta a eventos agudos, comprometendo a vigilância clínica contínua e a intervenção imediata em situações críticas. Além disso, a transmissão de informação apenas por via telefónica, sem acompanhamento presencial, pode

aumentar o risco de falhas de comunicação, como a omissão de informação, comprometendo a continuidade e a qualidade dos cuidados.

Uma transferência segura deve garantir a comunicação estruturada entre equipas, o acompanhamento por profissionais habilitados e a monitorização adequada ao nível de risco materno-fetal. Estas orientações reforçam que, em situações de maior complexidade clínica, a presença de um enfermeiro ou outro profissional qualificado durante o transporte seja essencial para assegurar a vigilância e a resposta imediata a possíveis intercorrências (Alaofe et al., 2020; Barnes et al., 2024). Assim, torna-se fundamental rever os circuitos internos e reforçar a articulação entre serviços, de forma a promover uma cultura de segurança, prevenir eventos adversos e assegurar cuidados centrados na mulher e no seu bem-estar.

Sala de Partos

O ensino clínico relativo à Sala de Partos decorreu entre 16 de fevereiro e 11 de julho de 2025, totalizando 500 horas de prática clínica.

O bloco de partos encontra-se integrado ao Serviço de Urgência de Obstetrícia, que integra dois gabinetes médicos, dois gabinetes de triagem e duas salas destinadas à observação clínica prolongada sem necessidade de internamento, permitindo a monitorização simultânea de até quatro grávidas por CTG.

Estruturalmente, o bloco de partos é composto por sete salas de parto individuais, cada uma equipada com cama obstétrica ajustável, cadeirão reclinável, equipamento de reanimação neonatal e um cardiotocógrafo com fios. Existem ainda quatro casas de banho fora das salas de parto, duas com chuveiro destinadas às grávidas, e outras duas destinadas aos acompanhantes.

A unidade dispõe também de três enfermarias (expectantes) com duas camas cada, destinadas a mulheres em fase latente do trabalho de parto e a situações de indução do parto. Nestes espaços, a monitorização fetal é realizada através de cardiotocógrafo com tecnologia wireless.

Apesar da adequação técnica e da segurança clínica que o ambiente proporciona, a presença de equipamentos clínicos confere ao ambiente uma perceção marcadamente hospitalar, limitando a criação de um ambiente acolhedor e humanizado. Entre as limitações identificadas, destacam-se a ausência de controlo da iluminação (restrita à opção de ligar ou desligar), a inexistência de elementos que promovam conforto ambiental, como televisão ou colunas de som, e a falta de acesso imediato a materiais facilitadores do trabalho de parto, como a bola de pilates e a bola de amendoim, frequentemente guardadas fora das salas. Estas fragilidades são reconhecidas pela própria equipa, que se encontra a desenvolver um projeto de melhoria com vista à sua superação, o que demonstra uma consciência crítica sobre a necessidade de alinhar o espaço físico com os princípios da humanização dos cuidados.

Importa, contudo, salientar que alguns recursos disponíveis oferecem contributos relevantes. As camas obstétricas ajustáveis permitem a adoção de diferentes posições ao longo das fases do trabalho de parto, favorecendo a mobilidade e o conforto da parturiente, enquanto o corredor do serviço possibilita a deambulação e fomenta a interação social entre as mulheres em fase latente.

Relativamente à gestão dos recursos humanos, em cada turno a equipa de enfermagem era composta por cinco EEESMO, três no bloco de partos e dois na urgência. De acordo com as recomendações da OE (2019), as dotações seguras no núcleo de partos devem corresponder a um rácio de 1:2 no primeiro estadio do trabalho de parto, 1:1 no período expulsivo e 1:3 nas situações de indução. No entanto, durante o estágio observei que cada EEESMO assumia simultaneamente a responsabilidade por duas camas de expectantes (em indução ou na fase latente do trabalho de parto) e por duas salas de partos, o que se traduzia, na prática, num rácio efetivo de 1:4, independentemente do estadio do trabalho de parto. Esta discrepância entre norma e prática levanta preocupações relevantes, sobretudo no período expulsivo, em que a presença contínua do enfermeiro é essencial para garantir a segurança da mulher e do recém-nascido, e nas induções, que podem evoluir rapidamente para situações de hiperestimulação ou sofrimento fetal.

Embora a menor ocupação da unidade tenha permitido, na maioria dos dias, uma compensação desta diferença, tal realidade evidencia a vulnerabilidade do sistema em momentos de maior procura ou de emergência obstétrica simultânea. No meu processo de aprendizagem, esta discrepância teve um impacto duplo. Por um lado, senti que a limitação de recursos humanos dificultava a possibilidade de um acompanhamento próximo, contínuo e individualizado das mulheres, restringindo algumas oportunidades de observação detalhada e de aprendizagem direta. Em determinados momentos, o ritmo de trabalho impedia um maior envolvimento na prestação de apoio contínuo à parturiente, sobretudo através da utilização de métodos não farmacológicos para lidar com a dor e de estratégias facilitadoras do trabalho de parto.

Por outro lado, este contexto obrigou-me a desenvolver competências de priorização de cuidados e de gestão do tempo em cenários de pressão. Houve situações em que tinha mais do que uma parturiente em período expulsivo, sendo necessário estabelecer prioridades ou mesmo delegar cuidados a outras colegas, que nem sempre conheciam as mulheres. Assim, reconheço que, embora esta realidade tenha condicionado algumas experiências formativas, acabou por potenciar em mim uma consciência crítica acrescida sobre a importância das dotações seguras, não apenas como garantia da qualidade e segurança dos cuidados intraparto, mas também como fator determinante para a qualidade do processo de aprendizagem em contexto clínico.

No acolhimento, todas as grávidas admitidas na urgência de obstetrícia são avaliadas presencialmente pela EEESMO, que procede à apresentação da equipa, recolha de informação clínica, identificação de expectativas e preferências, e avaliação da existência de plano de parto

ou frequência de preparação pré-natal. Esta abordagem inicial revelou-se fundamental para a criação de uma relação de confiança e para a personalização dos cuidados.

São disponibilizadas diversas estratégias para lidar com a dor durante o trabalho de parto, incluindo a analgesia epidural, frequentemente escolhida pelas grávidas, e vários métodos não farmacológicos, como a musicoterapia, aromaterapia, utilização da bola de pilates, técnicas de relaxamento e massagem. Contudo, persistem algumas limitações. A hidroterapia, reconhecida pela evidência como uma técnica eficaz na promoção do conforto e na progressão fisiológica do trabalho de parto, não está disponível. Apesar de o uso do chuveiro poder constituir uma alternativa, o facto de as casas de banho serem partilhadas e localizadas fora das salas de parto torna esta opção pouco atrativa.

Outra estratégia disponível é o rebozo, uma técnica não farmacológica com benefícios reconhecidos na promoção do conforto e na progressão fisiológica do trabalho de parto. Estudos demonstram que a sua aplicação está associada a níveis significativamente mais baixos de dor e a uma maior satisfação com a experiência de parto (Tandoğan & Oskay, 2024). Contudo, apesar do seu potencial, esta técnica encontra-se disponível apenas numa das salas e é dominada por uma única EEESMO, o que limita a sua utilização e reduz a oportunidade de a oferecer a um maior número de parturientes. Neste sentido, seria essencial que a equipa investisse em formação sobre a técnica de rebozo, de forma a ampliar a sua implementação e disponibilizar às mulheres mais uma estratégia eficaz de promoção do conforto, da autonomia e do bem-estar durante o parto.

Nas enfermarias destinadas às expectantes, é permitida a ingestão de alimentos e são incentivadas a deambular e a utilizar a bola de pilates. Já na fase ativa do trabalho de parto, e após a transferência para a sala de partos, a dieta é restringida a líquidos claros, como água, chá ou gelatina. Esta prática, apesar de comum, suscitou reflexão, uma vez que a evidência mais recente e as recomendações da OMS defendem que, na ausência de contraindicações, a mulher deve poder ingerir alimentos ligeiros durante o trabalho de parto, de modo a manter energia e conforto (OMS, 2018; Singata, Tranmer & Gyte, 2013). Tal restrição pode representar uma limitação da autonomia e do bem-estar da parturiente.

A presença de um acompanhante significativo durante o trabalho de parto é garantida e incentivada, sendo o pai do bebé o mais frequentemente escolhido. O apoio contínuo de uma figura significativa contribui para o bem-estar emocional da mulher, auxiliando nas estratégias não farmacológicas para lidar com a dor e servindo de ponte comunicacional com a equipa de saúde. O envolvimento é igualmente promovido também no período pós-parto, com a possibilidade de cortar o cordão umbilical e vestir o recém-nascido, caso assim o deseje.

A utilização exclusiva de cardiotocógrafos com fios nas salas de parto constitui uma limitação significativa, uma vez que restringe a mobilidade da grávida e dificulta a adoção de posições mais confortáveis ou fisiológicas. A evidência demonstra que a liberdade de movimento durante

o trabalho de parto está associada a uma menor duração do parto, redução da percepção de dor e maior satisfação materna (Lawrence et al., 2013; Verastegui-Martín et al., 2023). No entanto, o uso contínuo de monitorização com fios tende a condicionar essa mobilidade, interferindo com o processo natural do parto e com a autonomia da mulher. Assim, a introdução de tecnologia wireless nas salas de parto poderia representar uma melhoria substancial, ao permitir maior liberdade de movimentos e favorecer um ambiente mais humanizado, centrado na mulher e na promoção de uma experiência de parto mais positiva.

3. CASO CLÍNICO - PUÉRPERA

O amor que se derrama em cada gota ...

3.1. Enquadramento teórico

Os cuidados especializados do EEESMO têm como objetivo responder de forma adequada e diferenciada às necessidades da mulher, recém-nascido e pessoa significativa, nomeadamente no período pós-parto. Nesta fase, a mulher assume simultaneamente os papéis de puérpera e de mãe, vivenciando múltiplas mudanças que exigem cuidados sensíveis, individualizados e tecnicamente competentes. Assim, e tendo por referência os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, torna-se essencial promover não só a recuperação física e emocional da mulher, mas também a sua adaptação à parentalidade, garantindo simultaneamente cuidados ao recém-nascido que facilitem a transição para a vida extrauterina, reforcem o vínculo afetivo, incentivem a amamentação e favoreçam um desenvolvimento saudável (OE, 2021).

Durante o puerpério, o EEESMO é o profissional com competência específica para assegurar uma vigilância clínica rigorosa, identificar precocemente sinais de alerta e intervir de forma oportuna, promovendo o bem-estar e a segurança da puérpera e do recém-nascido (OE, 2021; Sousa, 2018). Esta intervenção fundamenta-se em competências avançadas de julgamento clínico, tomada de decisão e pensamento crítico, essenciais para garantir cuidados seguros e de qualidade.

Paralelamente, a experiência da parentalidade, sobretudo nas puérperas primíparas, é frequentemente acompanhada por sentimentos de insegurança e desconhecimento. Neste contexto, o apoio especializado do EEESMO revela-se determinante para a construção da identidade parental e para o fortalecimento da confiança da mulher, favorecendo uma adaptação positiva à maternidade (Sousa, 2018).

Durante o estágio, foi possível constatar que a amamentação se configura como uma das competências parentais mais desafiantes, sobretudo para as puérperas primíparas. Persistem dúvidas, receios e mitos em torno do processo de lactação, frequentemente influenciados por fatores sociais e culturais, que condicionam a perceção de autoeficácia e podem comprometer a continuidade do aleitamento materno. Esta realidade fundamentou a escolha do caso clínico

apresentado.

A análise e intervenção desenvolvidas permitiram consolidar competências essenciais enquanto futura EEESMO (OE, 2019), particularmente no que respeita à promoção da saúde materna e neonatal e ao apoio à transição para a parentalidade. Esta experiência reforçou a convicção de que o especialista é o profissional mais habilitado para apoiar, promover e proteger a amamentação, capacitando a mulher, prevenindo complicações e desconstruindo crenças limitadoras ou desatualizadas.

Adicionalmente, a prática possibilitou o fortalecimento de competências comunicacionais e relacionais, nomeadamente a escuta ativa, a utilização de linguagem clara e a valorização das vivências maternas. Estes aspetos revelaram-se determinantes para a criação de uma relação terapêutica de confiança, condição indispensável à implementação eficaz das intervenções de enfermagem e à promoção de uma transição positiva e saudável para a maternidade (Sousa, 2018).

Cenário

A Sr.^a M., primípara (G1P1), grupo sanguíneo O Rh positivo, teve um parto eutócico às 39 semanas e 2 dias de gestação, com recurso a analgesia epidural, ocorrido no dia 27 de setembro de 2024, às 14h23. Encontra-se atualmente nas primeiras 12 a 24 horas pós-parto.

Apresenta uma laceração perineal de segundo grau, devidamente suturada no bloco de partos. Realizou o primeiro levante no turno anterior, sem intercorrências, tendo restabelecido a eliminação urinária com micção espontânea duas horas após o parto. O puerpério decorre dentro dos parâmetros fisiológicos: útero contraído a nível periumbilical, perdas hemáticas vaginais normais e estabilidade hemodinâmica.

A puérpera refere sentir-se, em geral, bem do ponto de vista físico, salientando apenas desconforto perineal: “Dói quando ando, mas o mais difícil é sentar e levantar, parece que não tenho posição para estar, o que também não ajuda para cuidar da B” (sic). Acrescenta ainda: “... às vezes também sinto uma espécie de cólica abdominal quando estou a amamentar, mas é uma dor mais tolerável. A enfermeira disse que tem a ver com o útero” (sic).

Durante os cuidados de higiene, manifestou dúvidas relativamente à cicatrização e cuidados com a laceração: “... não sei como devo fazer agora; devo realizar a minha higiene habitual ou necessito de cuidados especiais devido aos pontos?” (sic).

Relativamente à amamentação, encontra-se motivada para amamentar, mas relata dificuldades: “... não consigo que ela pegue na mama, adormece logo e não acho que mama o suficiente”;

“... se calhar não tenho leite que chegue, as minhas mamas continuam moles. Já pensei que talvez seja melhor dar-lhe um biberão como a minha mãe sugeriu”; “... isto é mais difícil do que parecia, eu quero amamentar, mas sinceramente não sei se sou capaz. Ainda por cima doem-me os mamilos quando ela mama, não sei mais o que fazer” (sic).

Na observação da mamada realizada às 9h30, verificou-se que a recém-nascida não realizava uma pega eficaz, abocanhando apenas o mamilo.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 26 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-09-28 08:30:00	Paracetamol 1000mg, Via Oral (6/6h)	
2024-09-28 08:30:00	Ibuprofeno 400mg, Via Oral (6/6h)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Está recomendada uma abordagem multimodal como terapia de primeira linha no controlo da dor durante o período pós-parto, através da utilização da analgesia não opioide, como o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteroides (ibuprofeno) (Tomaz et al., 2022).

Paracetamol 1000mg, Via Oral (6/6h)

No período pós-parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2022) recomenda a administração de paracetamol via oral como primeira escolha no tratamento da dor perineal, quando a analgesia é necessária.

Apesar da pouca informação sobre efeitos adversos em puérperas que receberam paracetamol

para a dor perineal, e da escassez de dados e da ausência de relatos de efeitos adversos em recém-nascidos amamentados, a evidência disponível indica que a administração de paracetamol, quando realizada de forma adequada, não representa risco significativo para a puérpera nem para o recém-nascido (Abalos et al., 2021).

Ibuprofeno 400mg, Via Oral (6/6h)

Segundo a OMS (2022) pode ser administrado via oral no período pós-parto sempre que seja necessária analgesia para lidar com a dor provocada por cólicas uterinas.

A evidência disponível indica ainda que, caso o uso de paracetamol não seja efetivo no alívio da dor perineal, a administração via oral de ibuprofeno deverá ser considerada, sobretudo nas primeiras 24 horas pós-parto devido à resposta inflamatória local desencadeada durante o parto (Tomaz et al., 2021).

Entre os efeitos adversos mais frequentes reportados em puérperas encontram-se as náuseas, dispepsia, astenia, sonolência e cefaleia (Wuytack et al., 2021). A administração de ibuprofeno é considerada segura durante a amamentação, uma vez que a quantidade excretada no leite materno é inferior à dose que o recém-nascido pode ingerir (Zebral et al., 2019).

3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-09-2024 08:30	Pele e mucosas	
28-09-2024 08:30	Pós-parto	
28-09-2024 08:30	Sistema cardiovascular	
28-09-2024 09:00	Sensações somáticas	
28-09-2024 09:30	Secreção e excreção de leite	
28-09-2024 09:30	Comportamentos para amamentar	
28-09-2024 09:30	Adaptação à parentalidade	

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

Pós-parto

O pós-parto define-se como o período de 6 semanas após o parto, durante o qual ocorre a regressão das alterações anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez, permitindo à mulher, voltar gradualmente ao seu estado pré-gravídico (Graça, 2018; Silva et al., 2024).

No caso clínico apresentado, a puérpera encontra-se no pós-parto imediato, correspondente às primeiras vinte e quatro horas após o parto (Graça, 2018). Este período é caracterizado por múltiplas adaptações fisiológicas e emocionais, uma vez que ocorre simultaneamente um reajuste dos sistemas corporais e do papel parental, tornando-o num momento de grande vulnerabilidade (Muller et al., 2023).

O pós-parto imediato requer por parte do EEESMO uma abordagem que privilegie cuidados humanizados, integrais e holísticos, com o objetivo de detetar precocemente condições que possam comprometer a saúde e o bem-estar da puérpera, nomeadamente a sua capacidade de cuidar de si própria e do recém-nascido, o que constitui uma componente imprescindível para uma assistência pós-natal de qualidade (OMS, 2022, Silva et al., 2024).

A OMS (2022) recomenda que todas as puérperas devem ser regularmente avaliadas quanto ao tônus uterino, perda sanguínea vaginal, temperatura e frequência cardíaca, de forma rotineira, a cada 4 a 6 horas, durante as primeiras 24 horas pós-parto (ACOG, 2017; OMS, 2022). A pressão arterial deve ser avaliada imediatamente após o parto e, caso os valores se encontrarem dentro dos parâmetros normais, a segunda medição deve ser realizada até 6 horas depois (OMS, 2022). No serviço em questão, encontrava-se preconizado que, após este período, a pressão arterial deve ser avaliada uma vez por dia, no turno da manhã, sendo o restante exame puerperal realizado uma vez por turno, nas puérperas com parto eutócico e sem complicações associadas.

Para além dos aspetos fisiológicos, o EEESMO deve também valorizar as dimensões emocionais da experiência puerperal. Durante o pós-parto imediato, as puérperas encontram-se emocionalmente mais vulneráveis e suscetíveis a desencadear patologias de foro psicológico, podendo emergir sentimentos de vazio e solidão de forma mais intensa (Leite et al., 2022). Assim, torna-se essencial proceder à avaliação sistemática do bem-estar emocional da puérpera, promovendo um espaço de escuta ativa e incentivando a verbalização de alterações de humor, estado emocional ou comportamentos fora do seu padrão habitual (OMS, 2022).

Embora o foco tenda a centrar-se no recém-nascido, importa recordar que a mulher continua num processo ativo de recuperação, sendo crucial garantir-lhe cuidados diferenciados e centrados nas suas necessidades específicas. A identificação dessas necessidades permite a implementação de intervenções adequadas e a disponibilização de informação clara e fundamentada, promovendo a capacitação e o empoderamento da mulher na gestão da sua saúde, sempre com o objetivo de enaltecer a protagonista desse processo, que é a puérpera (Gomes & Santos, 2017).

Neste sentido, nas primeiras 24 horas após o parto, a prioridade dos cuidados deve centrar-se na estabilização física e emocional da mulher. Este período é frequentemente marcado por fadiga, dor e sobrecarga emocional, fatores que reduzem a sua capacidade de concentração e retenção de informação, tornando o ensino estruturado menos eficaz nesse momento (Subramanian et al., 2020). De acordo com o modelo clássico de adaptação materna de Rubin

(1961), a mulher encontra-se nesta fase no período de taking-in, caracterizado por introspeção, necessidade de repouso e dependência dos outros para a satisfação das suas necessidades básicas. Assim, a puérpera tende a estar mais centrada em si própria e na experiência do parto, o que limita a sua disponibilidade cognitiva e emocional para absorver novos conteúdos educativos.

Deste modo, as intervenções educativas devem ser planeadas preferencialmente para além das primeiras 24 horas, quando a mulher apresenta melhores condições para a aprendizagem. Contudo, mesmo nesta fase inicial de introspeção, podem surgir dúvidas concretas e imediatas, relacionadas com o autocuidado ou com o cuidado ao recém-nascido. Nestas situações, o papel do EEESMO revela-se determinante, devendo responder de forma pronta, objetiva e ajustada ao momento, garantindo que a puérpera recebe a informação necessária para se sentir segura na prestação de cuidados básicos. Esta resposta breve, mas direcionada, contribui para o bem-estar da mulher, reduz a sua ansiedade e reforça a confiança na equipa de enfermagem, configurando-se como uma intervenção eficaz no contexto imediato (Jensen, 2025; Sönmez & Mamuk, 2021).

Pele e Mucosas

O parto eutócico, embora seja um processo fisiológico geralmente associado a menor risco de complicações cirúrgicas e a uma recuperação física mais rápida, está frequentemente relacionado com algum tipo de trauma perineal, nomeadamente lacerações, que afetam cerca de 85% das puérperas (Silva et al., 2024).

A incidência deste tipo de lesão é influenciada por múltiplos fatores, entre os quais se destacam o tamanho da cabeça do bebé, apresentações posteriores, trabalho de parto prolongado, utilização de assistência obstétrica instrumental (ventosa ou fórceps) e número excessivo de toques vaginais (Muller et al., 2023; Silva et al., 2024).

As lacerações podem ocorrer em diferentes pontos anatómicos, sendo a gravidade determinada pela profundidade e extensão dos tecidos atingidos. No caso das lacerações de segundo grau (trauma perineal presente no caso em análise) existe dano da pele e tecido muscular perineal. Nestes casos, recomenda-se a realização de sutura em camadas separadas para uma adequada reparação dos tecidos atingidos, associada à administração de analgesia e aplicação de frio para controlo da dor e edema (Silva et al., 2024).

As lacerações perineais representam uma preocupação relevante para a saúde materna, uma vez que podem comprometer o bem-estar imediato da puérpera e afetar negativamente a sua qualidade de vida. Em particular, as lacerações de segundo grau podem provocar no pós-parto imediato dor perineal intensa e limitação da mobilidade, o que dificulta a prestação de cuidados ao recém-nascido (Maghalian et al., 2023; Silva et al., 2024).

Neste sentido, a gestão clínica adequada destas lesões é essencial, com o objetivo de minimizar as potenciais complicações, promover a cicatrização eficaz da ferida e proporcionar à mulher uma experiência pós-parto mais positiva e saudável (Silva et al., 2024).

Sensações Somáticas

O nascimento de um bebé representa, habitualmente, uma ocasião de grande felicidade para a mulher/casal. Contudo, a dor no período pós-parto pode interferir significativamente com esta vivência, comprometendo a experiência materna (Abalos et al. 2021).

No caso apresentado, a puérpera refere dor perineal que lhe dificulta a mobilidade e prestação de cuidados ao recém-nascido, bem como a presença de uma “espécie de cólica” abdominal aquando da amamentação. Após o parto eutócico, é comum a ocorrência de dor nestas duas regiões, associada a fatores, como o processo de contração uterina, a amamentação e/ou existência de trauma perineal, laceração ou episiotomia (Muller et al., 2023).

A contração uterina, processo fisiológico responsável pelo hemóstase, pode provocar dor abdominal aguda, geralmente descrita como cólicas. Esta dor tende a intensificar-se durante a amamentação, uma vez que o reflexo de sucção do recém-nascido estimula a libertação de ocitocina no organismo, promovendo contrações uterinas mais intensas (Muller et al., 2023).

A dor perineal constitui uma das queixas mais frequentes após o parto vaginal (Tomaz et al. 2022). No pós-parto imediato, fase em que se encontra a puérpera do caso explanado, a dor perineal é geralmente mais intensa e persistente, sendo muitas vezes descrita como uma das experiências mais desagradáveis e marcantes deste período (Tomaz et al. 2022). Esta dor tende a agravar-se na presença de trauma perineal. De facto, cerca de 95% das mulheres com lacerações de segundo grau referem dor perineal intensa no primeiro dia após o parto (Abalos et al., 2021).

A dor no pós-parto representa uma complicação relevante, com impacto significativo na recuperação da puérpera, dificultando a execução de atividades de vida diária como sentar, levantar, deitar, deambular, tomar banho e posicionar-se para amamentar (Silva et al., 2024; Tomaz et al. 2022).

Para além das implicações físicas, a dor pode também comprometer o exercício do papel parental e afetar negativamente a transição para a parentalidade (Edqvist et al., 2024). No período pós-parto imediato, em que se verifica um aumento das exigências físicas relacionadas com os cuidados ao recém-nascido, especialmente no que respeita à amamentação, a dor pode limitar a capacidade da mulher para cuidar do bebé, podendo inclusive contribuir para o desmame precoce (Edqvist et al., 2024; Muller et al., 2023).

Neste sentido, torna-se essencial um controlo eficaz da dor no pós-parto imediato, com vista a

facilitar o processo de recuperação, promover a amamentação e aumentar a satisfação materna, contribuindo para uma vivência mais positiva do pós-parto (Mukhtar et al., 2023).

Secreção e Excreção de leite

A lactação é o fenómeno biológico responsável pela produção e ejeção de leite, sem o qual não é possível amamentar. Ao longo da gravidez, ocorrem diversas alterações morfológicas nas mamas, sobretudo ao nível do desenvolvimento glandular, que as preparam para este processo (Pitilin et al., 2020; Perry et al., 2022).

Imediatamente após o nascimento, com a expulsão da placenta, verifica-se uma queda abrupta nos níveis de progesterona, acompanhada por um aumento das concentrações de prolactina e ocitocina, o que desencadeia o início da lactogénese. A prolactina impulsiona a produção de leite, enquanto a ocitocina estimula o reflexo de ejeção (Alex et al., 2020).

Durante o pós-parto imediato, e até três a quatro dias pós-parto, a lactação ocorre predominantemente de forma endógena, em resposta às alterações hormonais, não dependendo ainda exclusivamente da sucção do recém-nascido. O leite produzido neste período é designado por colostro, um fluido de consistência espessa, coloração amarelada e elevado valor biológico, rico em anticorpos, proteínas, vitaminas e fatores imunológicos fundamentais para a proteção e nutrição do recém-nascido, sendo produzido em quantidade suficiente para satisfazer as necessidades do recém-nascido nos primeiros dias de vida (Alex et al., 2020; Perry et al., 2022).

Ao longo da amamentação, a produção de leite passa a responder à estimulação provocada pela sucção do recém-nascido e ao esvaziamento regular das mamas. Este mecanismo baseia-se num sistema de oferta e procura, em que a remoção eficaz do leite estimula a sua produção contínua, enquanto uma extração incompleta pode comprometer o volume produzido (Perry et al., 2022).

Assim, a avaliação da lactação deve ser realizada de forma sistemática em todas as puérperas que optem pela amamentação. O exame físico, com recurso à inspeção e palpação mamária, permite a recolha de dados relevantes, como as características das mamas e mamilos, e presença de colostro, orientando a prestação de cuidados de enfermagem adequados (Heberle et al., 2015).

Comportamento para Amamentar

A amamentação exclusiva desempenha um papel fundamental no desenvolvimento e crescimento do recém-nascido, sendo recomendado pela OMS a sua prática até aos seis meses de vida, uma vez que constitui a forma mais eficaz de suprir as necessidades nutricionais,

imunológicos, psicológicos, afetivas e desenvolvimentais do bebé (Anjos et al., 2022).

Embora seja um processo natural com vários benefícios para a puérpera, amamentar, pode tornar-se um desafio, dado que envolve um vasto conjunto de elementos práticos, teóricos e emocionais, que muitas vezes deixam as puérperas confusas, desmotivadas e desacreditadas da sua capacidade de amamentar, tal como acontece com a puérpera do caso clínico, que refere não se sentir capaz para tal (Anjos et al., 2022; Cardoso, 2011).

A prática da amamentação é profundamente influenciada pelo contexto social e cultural em que a puérpera se insere, sendo os mitos e as crenças um dos principais fatores para a introdução do leite artificial. No caso apresentado, a puérpera refere que “acha que tem pouco leite” (sic) e que “o bebé não pega na mama” (sic), considerando a hipótese de oferecer leite artificial. Estas perceções, derivam, frequentemente, de sentimentos de inseguras relativamente à sua capacidade para amamentar e da falta de conhecimento sobre o processo de lactação e amamentação (Marques et al., 2011).

No pós-parto imediato o EEESMO tem um papel imprescindível no apoio e promoção da amamentação, principalmente junto das primíparas, pois vivenciam esta experiência pela primeira vez, como é o caso da Sr^a M. (Morais et al., 2020). A orientação e suporte prestado às puérperas, nomeadamente sobre a técnica de amamentação e desconstrução de crenças e mitos, contribuem significativamente para a redução das dificuldades que poderão surgir, transmitindo-lhes confiança em relação à sua autoeficácia para o estabelecimento de uma prática efetiva (Anjos et al., 2022; Moraes et al., 2020; Vieira et al., 2024).

A segurança e a confiança da puérpera nas suas competências e conhecimentos constituem elementos cruciais para o êxito da amamentação no período pós-parto (Vieira et al., 2024). Estudos demonstram que puérperas que alcançam elevados níveis de autoeficácia na amamentação durante o pós-parto imediato, apresentam maior probabilidade de amamentar exclusivamente até aos seis meses (Oliveira, 2024).

Assim, torna-se imprescindível que a puérpera receba acompanhamento adequado durante o pós-parto, através da disponibilização de informação e apoio contínuo, com o objetivo de a capacitar para amamentar sem receios ou inseguranças, apresentando estratégias eficazes para ultrapassar eventuais dificuldades, promovendo a sua autoeficácia (Anjos et al., 2022; Moraes et al., 2020; Vieira et al., 2024).

Adaptação à Parentalidade

O nascimento do primeiro filho constitui um marco transformador que reestrutura, de forma definitiva, a vida do casal, exigindo a aquisição de novos conhecimentos e o desenvolvimento de competências essenciais ao exercício da parentalidade (Carvalho, 2020).

O pós-parto imediato caracteriza-se por um período de intensa adaptação ao novo papel de

tornar-se mãe e pai, implicando uma reorganização individual significativa, podendo, por isso, ser considerado um momento crítico na transição para a parentalidade (Silva & Carneiro, 2014). Trata-se de uma fase particularmente desafiante para a puérpera, uma vez que esta se vê simultaneamente confrontada com um novo ser de quem precisam aprender a cuidar e com as alterações físicas, emocionais e sociais inerentes a este período (Cardoso, 2011; Carvalho, 2020).

A transição para a parentalidade assume uma relevância especial no caso das primíparas. Estas tendem a apresentar maiores níveis de stress e menor perceção da autoeficácia durante o pós-parto, sendo o apoio disponibilizado pelo EEESMO essencial para a promoção das competências parentais adequadas e fortalecimento da autoconfiança (Carvalho, 2020).

A autoeficácia exerce um papel determinante na aprendizagem do exercício parental, sendo o seu desenvolvimento potenciado pela aquisição de conhecimentos e habilidades imprescindíveis à consciencialização e ao envolvimento da puérpera. Tal permite a construção de expectativas realistas, facilitando uma vivência saudável deste processo de transição (Cardoso, 2011; Victória et al., 2024).

Uma das principais preocupações parentais das puérperas relaciona-se com a prática da amamentação, tal como se verifica no caso em análise. O sentimento de incapacidade para satisfazer as necessidades do recém-nascido reflete um dos seus medos mais profundos, que é a possibilidade de falhar enquanto mãe (Leite et al., 2022). Neste sentido, é da responsabilidade da EEESMO promover a adaptação à parentalidade, através da implementação de intervenções centradas no apoio e capacitação parental, com o objetivo de empoderar a mulher e de a fazer sentir-se capaz de responder de forma eficaz às necessidades do recém-nascido (Carvalho, 2020; Victória et al., 2024).

É, no entanto, fundamental avaliar previamente o nível de conhecimento e as competências já detidas pelos pais. A determinação do momento mais oportuno para intervir deve ter por base as necessidades identificadas, sendo imprescindível recorrer a estratégias individualizadas, que reforcem as competências parentais e minimizem as vulnerabilidades sentidas (Cardoso et al., 2015).

A educação parental configura, assim, uma estratégia eficaz para a promoção da autonomia, capacitando os pais para o desenvolvimento adequado e equilibrado das suas competências parentais (Carvalho, 2020).

3.5. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

28-09-2024 09:00

28-09-2024 09:00 - Manifesta dor.

28-09-2024 09:00 - Dor

28-09-2024 09:00 - Localização da dor

28-09-2024 09:00 - Períneo

28-09-2024 09:00 - Intensidade da dor - 2.

28-09-2024 09:00 - duração da dor - aguda.

28-09-2024 09:00 - dor de tipo - moedeira.

28-09-2024 09:00 - Determinar evolução da dor

28-09-2024 09:00 - *Avaliar evolução da dor*

28-09-2024 12:00 - Localização da dor

28-09-2024 12:00 - Períneo

28-09-2024 12:00 - Intensidade da dor - 3.

28-09-2024 09:00 - Diminuir dor

28-09-2024 12:00 - *Gerir analgesia*

28-09-2024 09:00 - *Aplicar frio [Agora e SOS]*

Sistema cardiovascular

28-09-2024 08:30

28-09-2024 08:30 - Localização do Pulso

28-09-2024 08:30 - Antebraço Esquerda(o)

28-09-2024 08:30 - Frequência do pulso: 81 pulsações por minuto.

28-09-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

28-09-2024 08:30 - Membro inferior Esquerda(o)

28-09-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 134 mmHg.

28-09-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 82 mmHg.

Pele e mucosas

28-09-2024 08:30

28-09-2024 08:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

28-09-2024 08:30 - Laceração

28-09-2024 08:30 - Localização da laceração

28-09-2024 08:30 - Períneo

28-09-2024 08:30 - Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.

28-09-2024 08:30 - Material de sutura da lesão tegumentar: fio absorvível.

28-09-2024 08:30 - Determinar evolução da laceração

28-09-2024 08:30 - *Avaliar evolução da laceração [1x/dia]*

28-09-2024 08:30 - Promover autogestão: cicatrização da laceração

28-09-2024 08:30 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-09-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**promoção da cicatrização da laceração** [RESOLVIDO] 28-09-2024 12:00

28-09-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração [FIM] 28-09-2024 12:00

28-09-2024 12:00 - Conhecimento sobre promoção da cicatrização da laceração: facilitador [MELHOROU].

28-09-2024 08:30 - Ensinar sobre cuidados à laceração [Agora e SOS] [FIM]

28-09-2024 12:00

28-09-2024 08:30 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da laceração

28-09-2024 12:00 - Adota comportamentos de autogestão da cicatrização da laceração.

Pós-parto

28-09-2024 08:30

28-09-2024 08:30 - Hora da dequitação: 18:30:00.

28-09-2024 08:30 - Puerpério

28-09-2024 08:30 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

28-09-2024 08:30 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

28-09-2024 08:30 - Determinar evolução da recuperação pós-parto

28-09-2024 08:30 - Avaliar evolução da recuperação pós-parto

28-09-2024 08:30 - Promover autogestão da recuperação pós-parto

28-09-2024 08:30 - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-09-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**autocuidado pós-parto** [RESOLVIDO] 28-09-2024 12:00

28-09-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autocuidado pós-parto [FIM] 28-09-2024 12:00

28-09-2024 12:00 - Conhecimento sobre autocuidado pós-parto: facilitador [MELHOROU].

28-09-2024 08:30 - Ensinar sobre higiene perineal [Agora e SOS] [FIM]

28-09-2024 12:00

Secreção e excreção de leite

28-09-2024 09:30

28-09-2024 09:30 - Tem a intenção de aleitar com leite materno.

28-09-2024 09:30 - Lactação

28-09-2024 09:30 - Presença de leite na mama.

28-09-2024 09:30 - Promover autogestão da lactação

28-09-2024 09:30 - Conhecimento sobre lactação: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-09-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre lactação

[RESOLVIDO] 28-09-2024 12:30

28-09-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre lactação [FIM]

28-09-2024 12:30

28-09-2024 12:30 - Conhecimento sobre lactação: facilitador [MELHOROU].

28-09-2024 09:30 - Ensinar sobre lactação [Agora e SOS] [FIM] 28-09-2024 12:30

28-09-2024 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da lactação

Comportamentos para amamentar

28-09-2024 09:30

28-09-2024 09:30 - Não oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

28-09-2024 09:30 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

28-09-2024 09:30 - Não termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

28-09-2024 09:30 - Sem manifestações de pega adequada.

28-09-2024 09:30 - Estado da mama

28-09-2024 09:30 - Bilateral: mamilo doloroso.

28-09-2024 09:30 - Amamentação

28-09-2024 09:30 - Determinar evolução da amamentação

28-09-2024 09:30 - Avaliar evolução dos comportamentos para amamentar

28-09-2024 12:30 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome [MELHOROU].

28-09-2024 12:30 - Sem manifestações de pega adequada [MANTEVE].

28-09-2024 09:30 - Promover o amamentar/mamar

28-09-2024 09:30 - Assistir na amamentação [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Promover autogestão: amamentação

28-09-2024 09:30 - Conhecimento sobre amamentação

28-09-2024 09:30 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-09-2024 09:30 - Capacidade para amamentar

28-09-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-09-2024 09:30 - Autoeficácia para amamentar

28-09-2024 09:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-09-2024 09:30 - Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

28-09-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

28-09-2024 09:30 - Ensinar sobre sinais de fome [Agora e SOS]

28-09-2024 10:00 - Ensinar sobre sinais de saciedade [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Ensinar sobre pega adequada [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Ensinar sobre padrão de sucção [Agora e SOS]

28-09-2024 10:00 - Ensinar sobre cuidados à mama [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Potencial para melhorar capacidade para amamentar

28-09-2024 09:30 - Avaliar evolução da capacidade para amamentar

28-09-2024 12:30 - Capacidade para amamentar

28-09-2024 12:30 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-09-2024 09:30 - Assistir na amamentação [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Instruir a amamentar [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Treinar amamentar [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Potencial para melhorar autoeficácia para amamentar

28-09-2024 09:30 - Avaliar evolução da autoeficácia para amamentar

28-09-2024 09:30 - Assistir na amamentação [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Elogiar o desempenho do cliente [Agora e SOS]

28-09-2024 10:00 - Analisar com o cliente os resultados alcançados [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Avaliar evolução da autogestão da amamentação

Adaptação à parentalidade

28-09-2024 09:30

28-09-2024 09:30 - Adaptação à parentalidade

28-09-2024 09:30 - Promover papel parental desenvolvimental: amamentação

28-09-2024 09:30 - Conhecimento sobre amamentação

28-09-2024 09:30 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-09-2024 09:30 - Significado atribuído à amamentação: não dificultador.

28-09-2024 09:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre amamentação

28-09-2024 09:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre amamentação

28-09-2024 12:30 - Conhecimento sobre amamentação

28-09-2024 12:30 - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

28-09-2024 09:30 - Ensinar sobre sinais de fome [Agora e SOS]

28-09-2024 10:00 - Ensinar sobre sinais de saciedade [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Ensinar sobre pega adequada [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Ensinar sobre padrão de sucção [Agora e SOS]

28-09-2024 10:00 - Ensinar sobre cuidados à mama [Agora e SOS]

28-09-2024 09:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: amamentação

28-09-2024 10:30 - Promover papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

28-09-2024 10:30 - Conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-09-2024 10:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido

28-09-2024 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre ingestão nutricional do recém-nascido

28-09-2024 10:30 - Ensinar sobre ingestão nutricional [Agora e SOS]

28-09-2024 10:30 - Avaliar evolução do papel parental desenvolvimental: ingestão nutricional

3.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre cuidados à laceração

- **OBJETIVO:** Esclarecer as dúvidas da Sr.^a M. através da promoção do conhecimento sobre cuidados à laceração.
- **CR:** Que a Sr.^a M. não tenha dúvidas quanto aos cuidados adequados a ter com a laceração.
- Explicado que durante as primeiras 24 horas após o parto a Sr.^a M. deve realizar a higiene do períneo com água sempre após evacuar. Deve mudar o penso higiênico preferencialmente, a cada quatro horas, ou com maior frequência, consoante a quantidade de perda hemática vaginal, lavando sempre as mãos antes e após a troca de penso.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A adoção de cuidados perineais adequados no pós-parto, particularmente em situações de laceração, contribui significativamente para a redução do risco de complicações associadas ao processo de cicatrização (Silva et al., 2024). A realização da higiene perineal com água após cada evacuação visa, essencialmente, prevenir infeções, dado que a região perineal está especialmente exposta à contaminação bacteriana, nomeadamente através das fezes. O penso higiênico, por sua vez, constitui um meio propício ao desenvolvimento de bactérias, pelo que deve ser trocado com regularidade, de forma a manter a ferida limpa e a promover uma cicatrização eficaz (Arnold et al., 2021; White & Atchan, 2022).

Ensinar sobre higiene perineal

- **OBJETIVO:** Esclarecer as dúvidas da Sr.^a M. através da promoção do conhecimento sobre higiene perineal.
- **CR:** Que a Sr.^a M. realize uma higiene perineal adequada.
- Explicado à Sr.^a M. que não necessita de cuidados especiais quanto à higiene perineal, devendo realizá-la com água tépida, sempre no sentido ântero-posterior. No final da lavagem, a secagem deve ser efetuada com uma toalha limpa e seca, recorrendo a toques suaves, sem fricção.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A manutenção de uma higiene perineal adequada constitui uma medida fundamental na promoção da cicatrização das lacerações perineais (Silva et al., 2024). Durante a lavagem e limpeza, os movimentos devem ser realizados no sentido ântero-posterior, evitando a transferência de microrganismos da região perianal para a área da laceração. A secagem da pele deve ser feita por pressão suave, e não por fricção, utilizando uma toalha limpa e seca, de forma a preservar a integridade dos tecidos e não interferir no processo de cicatrização. (OE, 2023; Tomaz et al., 2021).

Aplicar frio

- **OBJETIVO:** Diminuir a dor.
- Prescrever bolsa de gelo para a puérpera aplicar sobre a área perineal, sem exercer muita pressão. Explicar que deve deixar o gelo atuar entre 10 a 20 minutos, não devendo

exceder este tempo para evitar lesões, como queimaduras.

- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: As técnicas de termoterapia, arrefecimento local/crioterapia, são métodos de baixo custo, fácil utilização e não contraindicados à amamentação que podem ser utilizados com ou sem medicação (Silva et al., 2024). No pós-parto imediato, pode ser oferecido às puérperas bolsas de gelo ou compressas frias, para o alívio da dor aguda derivado do trauma perineal sofrido durante o parto (OMS, 2022).

Ensinar sobre lactação

- OBJETIVO: Esclarecer as dúvidas da Sr.^a M. sobre a amamentação através da promoção do conhecimento sobre lactação.
- CR: 1. Que a Sr.^a M. compreenda o processo de produção de leite materno; 2. Que a Sr.^a M. seja capaz de identificar os sinais de produção de leite materno.
- Explicado que nas primeiras horas pós-parto, o seu corpo já está preparado para amamentar, produzindo o chamado colostro. Embora a quantidade possa parecer pouca, é exatamente o que a B. precisa, pois, o estômago dela é muito pequeno, do tamanho de uma cereja, e enche-se com poucas gotas.
- Explicado que cada mamada estimula o seu corpo a produzir mais leite, por isso é importante amamentar frequentemente e permitir que a B. mame o tempo que quiser.
- Explicado que ter as mamas moles neste primeiro dia não é um sinal de pouco leite. A descida do leite ainda não ocorreu, e o colostro é produzido em pequenas quantidades, pelo que é normal não as sentir “cheias”.
- ANTES DA MAMADA: Explicado que tal como pode observar existe saída de leite à expressão, sendo este um sinal que indica a sua produção.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: O conhecimento sobre o funcionamento da lactação é fundamental para a puérpera conseguir compreender a realidade sobre processo de produção e libertação de leite materno, esclarecendo algumas crenças adquiridas, permitindo-lhe tomar decisões informadas sobre a amamentação. (OE, 2024; Ribeiro, 2015). No caso da puérpera em questão, é importante detê-la do conhecimento necessário para desmistificar a crença de que “acha que tem pouco leite”.

Elogiar o desempenho do cliente

- OBJETIVO: Promover a autoeficácia para amamentar.
- CR: Que a Sr.^a M. se sinta confiante na sua capacidade para amamentar.
- Elogiado o comportamento da Sr.^a M. durante a amamentação, validando o esforço que tem demonstrado neste processo e oferecendo feedback positivo aquando de um novo progresso.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A persuasão verbal, exercida por figuras de referência, como o(a) Enfermeiro(a) Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO), constitui um fator promotor da autoeficácia na amamentação, na medida em que contribui para o aumento da confiança da puérpera neste processo (Vieira et al., 2024).

Ensinar sobre sinais de fome

- Para efeitos de utilização da plataforma, foi registado o dado “Não oferece a mama quando reconhece sinais de fome”; no entanto, o pretendido era “Não reconhece os sinais de fome”.

- OBJETIVO: Esclarecer a dúvida da Sr.^a M. sobre a amamentação através da promoção do conhecimento sobre sinais de fome.
- CR: Que a Sr.^a M. identifique os sinais de fome.
- Explicado que os recém-nascidos começam a mostrar sinais de que têm fome, antes mesmo de chorar, sendo o choro já um sinal tardio. Se reparar, neste momento a B. está mais inquieta e com as mãos na boca a sugar os próprios dedos, o que se traduz num sinal de fome. Explicado que podem existir ainda outros sinais como a B. ficar mais acordada e movimentar a cabeça de um lado para outro com a boca aberta, como se tivesse à procura da mama.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A insegurança e falta de conhecimento, faz com que frequentemente as puérperas só reconheçam o choro como o único sinal de fome, o que as leva muitas vezes a pensar que não têm leite suficiente, porque não o conseguem fazer para de chorar (Ribeiro, 2015). Contudo existem outros sinais que nos indicam que o bebé tem fome, sendo necessário promover o conhecimento a puérpera para que seja capaz de os identificar (OE, 2024).

Ensinar sobre pega adequada

- OBJETIVO: Melhorar conhecimento sobre pega adequada.
- CR: 1. Que a Sr.^a M. seja capaz de assegurar uma pega adequada; 2. Que a Sr.^a M. não sinta dor mamilar durante a amamentação.
- CORREÇÕES DA PEGA DURANTE A MAMADA: Explicado para o recém-nascido conseguir realizar uma pega adequada, é importante manter a cabeça, o pescoço e a coluna alinhados, ficando barriga com barriga com a mãe. Deve-se estimular a B. a abrir bem a boca, tocando suavemente o lábio superior e a ponta do nariz com o mamilo. Quando a boca estiver bem aberta, deve-se aproximar a B. da mama — e não a mama da B. — encostando primeiro o queixo.
- Explicado que a B. não estava a fazer uma pega correta porque só estava a abocanhar o mamilo, e era por isso que lhe doía a amamentar. Como se pode observar agora a B. está a abocanhar o mamilo e grande parte da aréola, sendo visível mais aréola acima do lábio, do que em baixo, as bochechas dela ficam redondas aquando da sucção, o lábio inferior está voltado para fora, com a boca em forma de peixe. Tudo isto são indicadores de uma boa pega.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A amamentação é considerada socialmente como um ato fácil, em que basta colocar o bebé na mama e tudo acontece. Contudo, nos primeiros dias, o recém-nascido pode apresentar dificuldades a pegar na mama, pois ainda se encontra em processo de adaptação, podendo surgir, por vezes o mito de que o “bebé não querer a mama” (Ribeiro, 2015). A forma como ele abocanha a mama é fundamental para o sucesso da amamentação, influenciando a lactação e ingestão nutricional, sendo ainda um fator crítico na prevenção da dor e do trauma mamilar (Anjos et al., 2022; OE, 2024).

Ensinar sobre padrão de sucção

- OBJETIVO: Esclarecer as dúvidas da Sr.^a M. sobre a amamentação através da promoção do conhecimento sobre estratégias para estimular o recém-nascido a mamar.
- CR: Que a Sr.^a M. seja capaz de estimular a B. a mamar.

- **DURANTE A MAMADA:** Realmente a B. adormece rapidamente quando está a mamar. Nestas primeiras horas, a melhor forma de a ajudar a manter-se acordada e interessada na mamada é através do contacto pele a pele. Para isso, coloque a B. apenas de fralda e gorro, diretamente sobre o seu peito nu, e cubra ambas com uma manta para se manterem aquecidas. Este contacto vai deixá-la mais desperta, facilitar que procure a mama sozinha e tornar a mamada mais eficaz.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** O contacto pele a pele entre mãe e recém-nascido é reconhecido como a intervenção mais eficaz para estimular a amamentação nas primeiras 24 horas de vida. Para além de promover a estabilidade fisiológica do recém-nascido, esta prática desperta os reflexos de procura e sucção, facilita o início da mamada e favorece o estabelecimento da amamentação exclusiva (Moore et al., 2016).

Analisar com o cliente os resultados alcançados

- **OBJETIVO:** Promover a autoeficácia para amamentar.
- **CR:** Que a Sr.ª M. se sinta confiante na sua capacidade para amamentar.
- No final da mamada das 09h30, foi analisado com a Sr.ª M. como ela se sentiu após as correções e orientações recebidas, e se estas contribuíram para melhorar o ato de amamentar. Ficou definido que, na próxima mamada, a Sr.ª M. procurará reproduzir o que aprendeu, contando sempre com o apoio do EEESMO.
- Pelas 12h, a mamada foi novamente observada, verificando-se ainda algumas dificuldades, embora a Sr.ª M. já estivesse atenta e procurasse corrigi-las. No final, foi questionada sobre como se sentia e sobre o que considerava ter corrido melhor em relação à mamada anterior, o que a levou a reconhecer os avanços e os pontos positivos.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A autoeficácia na amamentação é fortemente influenciada pela percepção que a puérpera tem do seu próprio desempenho. Torna-se, por isso, fundamental compreender a forma como esta interpreta o processo de amamentação, identificar as dificuldades que enfrenta e reforçar os aspetos positivos, com o objetivo de promover a sua autoconfiança (Vieira et al., 2024).

Ensinar sobre sinais de saciedade

- Para efeitos de utilização da plataforma, foi registado o dado “Não termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade”; no entanto, o pretendido era “Não reconhece os sinais de saciedade”.
- **OBJETIVO:** Esclarecer a dúvida da Sr.ª M. sobre a amamentação através da promoção do conhecimento sobre sinais de saciedade.
- **CR:** Que a Sr.ª M. reconheça os sinais de saciedade (diretos e indiretos).
- **APÓS A MAMADA:** Explicado que os recém-nascidos nos dão sinais de que já mamaram o suficiente. Como pode observar, ao contrário das vezes em que ficava apenas sonolenta e permanecia agarrada à mama, desta vez a B. largou-a espontaneamente, o que indica que se encontra satisfeita.
- Explicado que existem ainda sinais indiretos que podem ser observados, como por exemplo, o corpo ficou mais relaxado e até está com as mãos abertas. O intervalo entre as mamadas também pode ser um indicador indireto de saciedade, e o facto da B. aguentar 2h ou mais horas sem mamar é um sinal de que fica saciada.

- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** Saber identificar os sinais que indicam que o recém-nascido se encontra saciado é imprescindível para o sucesso da amamentação, especialmente quando puérpera considera que têm pouco leite (Marques et al., 2011). Assim sendo, deve ser fornecida informação à puérpera de forma a capacitá-la no reconhecimento destes sinais (OE, 2024).

Ensinar sobre cuidados à mama

- **OBJETIVO:** Esclarecer as dúvidas da Sr.^a M. através da promoção do conhecimento sobre proteção da pele do mamilo e aréola.
- **CR:** Que a Sr.^a M. seja capaz de adotar medidas protetoras da pele do mamilo e aréola.
- Explicado que como referiu sentir dor mamar, no final de cada mamada deve extrair uma gota de leite e aplicá-la sobre a aréola e o mamilo, deixando secar ao ar, pois isso ajuda a proteger a pele e a aliviar a dor.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A aplicação de colostro no mamilo, após a mamada reduz significativamente a dor mamar nos primeiros dias pós-parto, mostrando-se uma medida simples, segura e eficaz para prevenção de mamilos doloridos (Rashid et al., 2021).

Ensinar sobre ingestão nutricional

- **OBJETIVO:** Esclarecer as dúvidas da Sr.^a M. sobre a amamentação através da promoção do conhecimento sobre a ingestão nutricional do recém-nascido.
- **CR:** Que a Sr.^a M. seja capaz de reconhecer os sinais indicativos de que a B. apresenta uma ingestão nutricional adequada.
- Explicado que existem alguns elementos que nos ajudam a perceber se o recém-nascido está a ingerir a quantidade de leite adequada, tais como o padrão de dejeções e micções.
- Explicado que primeiro dia de vida, é expectável que um recém-nascido tenha 1 a 2 dejeções, e a B. já apresentou 1 dejeção desde que nasceu.
- Explicado que, no primeiro dia de vida, os recém-nascidos geralmente apresentam uma micção nas primeiras 24 horas. Como a B. já apresentou 1 micção esta madrugada, tudo nos indica que está bem alimentada.
- Explicado que existem ainda alguns sinais indiretos que se podem observar e nos dão indicação de boa ingestão nutricional tais como o bom turgor cutâneo e tónus muscular, além do choro vigoroso que B. apresenta.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** Explicado que uma das grandes preocupações das puérperas é se o recém-nascido está a ser bem alimentado, optando por vezes pela introdução do leite artificial para ficarem mais tranquilas (Ribeiro, 2015). Existem alguns sinais que nos permitem aferir se recém-nascido está a ingerir leite suficiente para suprimir as suas necessidades nutricionais e desenvolvimentais, sendo importante que a puérpera seja capaz de os reconhecer (OE, 2024).

4. CASO CLÍNICO - RECÉM-NASCIDA

O despertar para o mundo ...

4.1. Enquadramento teórico

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, no pós-parto o recém-nascido emerge como um novo cliente de cuidados do EEESMO, pelo que este deve potenciar o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, através da vigilância do desenvolvimento infantil (OE, 2021).

Cenário

A B. nasceu por parto eutócico, com 3125 gramas e 48 cm, apresentando um índice de APGAR de 9/9/10. Realizou contacto pele a pele imediatamente após o nascimento e iniciou a amamentação na primeira hora de vida. Mantém alimentação exclusivamente com leite materno. Desde o nascimento, já apresentou uma micção.

Aquando da mamada verificou-se que a B., não apresenta nenhum problema relacionado com o reflexo de sucção e deglutição, contudo não faz uma pega correta e necessita de ser estimulada para acordar durante a mamada.

4.2. Clientes

Cliente

Recém-nascido | Idade: 1 dia | Feminino

4.3. Domínios

Início	Domínios	Fim
28-09-2024 08:30	Reflexo de sucção	
28-09-2024 08:30	Eliminação intestinal	
28-09-2024 08:30	Eliminação urinária	
28-09-2024 10:30	Recém-nascido	

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

Recém-Nascido

Após o nascimento, o recém-nascido apresenta alterações biofisiológicas e comportamentais complexas, resultantes da transição para a vida extrauterina.

A designação de 'recém-nascido' é atribuída ao bebé desde o momento do nascimento até aos 28 dias de vida. Este período caracteriza-se habitualmente por uma rápida adaptação do bebé ao ambiente extrauterino, sendo fundamental garantir, no período pós-parto imediato, uma vigilância atenta desta adaptação (ACOG, 2018).

Está estabelecido que a primeira avaliação do recém-nascido deve ser realizada nas primeiras 24 horas de vida, devendo incluir uma avaliação completa e detalhada, a fim de identificar quaisquer alterações que possam comprometer a adaptação à vida extrauterina. A evidência demonstra que mais de 50% dos problemas que resultam em reinternamentos são passíveis de ser detetados nas primeiras 24 horas de vida (SPN, 2023).

A abordagem ao recém-nascido deve ser sistemática, de modo a assegurar uma análise abrangente de todos os aspetos relativos aos reflexos, pele e mucosas, padrão de alimentação e eliminação, bem como à evolução do cordão umbilical (OMS, 2022).

O conhecimento e a compreensão dos processos de transição do recém-nascido para a vida extrauterina são fundamentais para a deteção precoce de eventuais complicações.

Eliminação Urinária

A avaliação da eliminação urinária constitui uma componente essencial da observação clínica do recém-nascido, dado que fornece dados relevantes acerca da função renal, bem como do estado de hidratação e nutrição do lactente (OE, 2024).

A primeira micção ocorre, habitualmente, nas primeiras 12 horas após o nascimento, sendo

expectável que o recém-nascido urine, pelo menos, uma vez nas primeiras 24 horas de vida. A ausência de micção neste período deve ser prontamente investigada, a fim de se identificarem, de forma precoce, as possíveis causas subjacentes (ACOG & APA, 2017).

A urina do recém-nascido apresenta, geralmente, uma coloração amarela e é inodora. Contudo, nos primeiros dias de vida, podem ser observados sedimentos de tonalidade alaranjada na fralda, os quais estão associados à excreção de cristais de urato, resultantes da metabolização de proteínas presentes no colostro (OE, 2024).

Eliminação Intestinal

A primeira dejeção do recém-nascido deve ocorrer nas primeiras 48 horas após o parto, sendo composta por substâncias presentes no líquido amniótico, secreções da mucosa intestinal e bilirrubina. Estas primeiras fezes, denominadas mecónio, apresentam coloração verde-escura e consistência viscosa, desempenhando um papel importante na proteção contra a icterícia neonatal (OE, 2024).

A eliminação do mecónio ocorre, habitualmente, nas primeiras 24 horas de vida. No entanto, a ausência de dejeção até às 48 horas deve ser prontamente comunicada ao médico, uma vez que poderá indicar a presença de uma obstrução no trato gastrointestinal inferior (OE, 2024).

Reflexo de Sucção

O reflexo de sucção possui características inatas e começa a desenvolver-se a partir do 5.º mês de vida intrauterina, estando, contudo, plenamente desenvolvido apenas por volta da 32.ª semana de gestação (Carvalho & Silva, 2022).

Este reflexo, para além de desempenhar um papel primordial na alimentação eficaz e na nutrição adequada do recém-nascido, contribui igualmente para o fortalecimento da ligação mãe-filho, através da amamentação, e promove o desenvolvimento e aperfeiçoamento da motricidade oral (Carvalho & Silva, 2022).

Os mecanismos fisiológicos associados à sucção favorecem o desenvolvimento global do recém-nascido, desempenhando um papel essencial na aquisição e maturação das funções de mastigação, deglutição, fala e respiração (Carvalho & Silva, 2022).

4.4. Conceção de Cuidados

Reflexo de sucção

28-09-2024 08:30

28-09-2024 08:30 - Com força de sucção.

Eliminação intestinal

28-09-2024 08:30

28-09-2024 08:30 - Ausência de dejeções.

28-09-2024 08:30 - Determinar evolução da eliminação intestinal*28-09-2024 08:30 - Avaliar evolução da eliminação intestinal***Eliminação urinária**

28-09-2024 08:30

28-09-2024 08:30 - Urina em moderada quantidade.

28-09-2024 08:30 - Determinar evolução da eliminação urinária*28-09-2024 08:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária***Recém-nascido**

28-09-2024 10:30

28-09-2024 10:30 - Recém-nascido**28-09-2024 10:30 - Determinar evolução do coto do cordão umbilical***28-09-2024 10:30 - Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical***4.5. Especificação das intervenções**

Avaliar evolução do estado do coto do cordão umbilical

- Enquanto a Sr.^a M. trocava a fralda da B., observou-se o cordão umbilical, que apresentava aspeto esbranquiçado e gelatinoso. O local de inserção na pele encontrava-se sem edema ou vermelhidão significativa.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A vigilância do coto umbilical deve ser realizada diariamente, com especial atenção ao seu aspeto (gelatinoso, humedecido, mumificado), cheiro (sui generis ou odor fétido), pele circundante (rubor, calor, dor e edema) e ao tipo de exsudado (cor, consistência, seroso, sero-hemático, hemático ou purulento). Esta avaliação diária permite distinguir a evolução fisiológica, de alterações sugestivas de infeção (Sequeira et al., 2020).

4.6. Síntese relativa ao caso

O EEESMO assume a responsabilidade pelo exercício profissional em várias áreas de intervenção, nomeadamente durante o período de puerpério. Segundo o Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica nº 391/2019, Artigo 4º, nº1, alínea d), compete a este profissional prestar cuidados à mulher, inserida na sua família e comunidade, durante o pós-parto, promovendo a saúde da

puérpera e do recém-nascido e facilitando a sua transição e adaptação à parentalidade (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Ao longo do estágio, foi possível constatar que as principais dificuldades sentidas pelas puérperas estavam relacionadas com o processo de amamentação, sendo frequente a manifestação de uma visão idealizada e pouco realista do mesmo, na medida que consideravam a amamentação como algo simples e inato para o recém-nascido. Perante as primeiras adversidades, muitas ponderavam precocemente a introdução do leite artificial. Todavia, contrariamente à crença social amplamente difundida, a amamentação não constitui um comportamento inteiramente instintivo, exigindo aprendizagem, prática e apoio contínuo, podendo, por isso, configurar-se como um verdadeiro desafio (Anjos et al., 2022).

A experiência vivenciada permitiu identificar uma significativa lacuna de conhecimento por parte das puérperas, particularmente no que diz respeito ao processo de lactação. Esta falta de informação, aliada à persistência de mitos e crenças enraizadas na sociedade contemporânea, contribui para o desenvolvimento de dúvidas quanto à sua capacidade para amamentar, tornando-as mais suscetíveis à influência de profissionais de saúde ou de familiares que incentivam a introdução de leite artificial (Anjos et al., 2022; Marques et al., 2011; Vieira et al., 2024)

A insegurança associada ao desempenho do papel parental, bem como a falta de confiança na própria capacidade de amamentar, fomenta o receio de falhar enquanto mães. Este sentimento leva frequentemente à aceitação de conselhos e orientações provenientes do “senso comum”, que nem sempre se baseiam em evidência científica. Acresce que, em muitos casos, são os próprios membros da família, nomeadamente mães e avós, que, de forma inconsciente, transmitem receios relacionados com a qualidade e a quantidade do leite materno, reforçando inseguranças e dúvidas (Morais et al., 2020; Ramirez et al., 2025; Vieira et al., 2024)

Neste contexto, torna-se evidente que a maioria das puérperas, durante o período de internamento no pós-parto, reforçando inseguranças e dúvidas. A sua intervenção deve promover orientação e empoderamento, permitindo ultrapassar os primeiros desafios e desenvolver autoconfiança nas suas capacidades (Anjos et al., 2022; Theodora & Mc'Deline, 2021).

A aplicação da Teoria das Transições permite compreender que a adaptação ao papel parental é influenciada por diversos fatores, incluindo as experiências e crenças individuais, o apoio familiar e profissional, bem como as normas culturais e sociais. Assim, a intervenção do EEESMO deve ir além do desenvolvimento de competências práticas, integrando o apoio emocional, a validação das vivências e o reforço da autoconfiança. É essencial que o profissional compreenda o contexto sociocultural da puérpera e reconheça as suas dúvidas, receios e expectativas, contribuindo para a desconstrução de crenças e mitos enraizados. Este acompanhamento favorece o fortalecimento das competências parentais, facilitando uma transição saudável para

a maternidade.

No decorrer da prática clínica, observou-se que a amamentação continua a ser um dos fatores que mais ansiedade provoca nas mães, estando frequentemente associada a uma elevada tendência para a introdução do leite artificial, em alguns casos sugerida pelos próprios profissionais de saúde. Esta realidade fez-me questionar e querer compreender melhor as razões que estão na sua origem, levando-me a reconhecer a importância de realizar uma revisão da literatura sobre os determinantes que contribuem para a introdução do leite artificial durante o internamento no período pós-parto.

Fatores Associados à Suplementação de Leite Artificial no Internamento Pós-parto: Uma Revisão Integrativa da Literatura

Introdução

A amamentação exclusiva desempenha um papel crucial no desenvolvimento e crescimento saudável do lactente, sendo recomendada pela OMS até aos seis meses de idade. Esta prática constitui a forma mais eficaz de suprir as necessidades nutricionais, imunológicas, psicológicas, afetivas e desenvolvimentais do recém-nascido (Nascimento et al., 2021).

O leite materno assume um papel fundamental na prevenção da morbilidade e mortalidade infantil, estando associado a uma regulação adequada do estado nutricional, prevenindo situações de desnutrição e contribuindo para a redução do risco de obesidade ao longo do desenvolvimento da criança (Nascimento et al., 2021). É um alimento completo, que fornece todos os componentes necessários ao crescimento e desenvolvimento, incluindo fatores imunológicos que conferem proteção contra diversas patologias, ajustando-se de forma singular às necessidades específicas do lactente (Costa et al., 2021).

Dada a imaturidade do sistema imunitário neonatal, o recém-nascido encontra-se particularmente vulnerável a infeções. O colostro, primeiro leite produzido pela mãe, é reconhecido como a “primeira vacina” do bebé, por ser rico em anticorpos e nutrientes essenciais à manutenção da sua saúde. Apesar de ser produzido em pequenas quantidades, adapta-se perfeitamente ao reduzido volume gástrico do neonato e desempenha papel fundamental na aprendizagem e coordenação dos movimentos de sucção, deglutição e respiração (Cerávolo et al., 2013; Costa et al., 2021).

Apesar da ampla evidência científica sobre os benefícios da amamentação, as mães que

desejam amamentar frequentemente enfrentam barreiras significativas, agravadas pela disponibilidade e forte comercialização do leite artificial (Girona et al., 2024; Liu et al., 2023). O acesso facilitado a esses produtos provocou mudanças nas atitudes de mulheres e profissionais de saúde em relação à amamentação, reforçando uma cultura de substituição precoce do leite materno (Nurokhmah et al., 2025).

Mesmo diante das recomendações internacionais e das orientações clínicas relativas ao uso adequado do leite artificial a sua introdução precoce continua a ser prática comum no período neonatal, muitas vezes sem indicação clínica, inclusive durante o internamento hospitalar pós-parto (McCoy & Heggie, 2020; Liu et al., 2023). Durante décadas, o leite artificial foi promovido como alternativa moderna e conveniente, inclusive por profissionais de saúde, o que contribuiu para a sua naturalização no cuidado neonatal (Girona et al., 2024). Em Portugal, por exemplo, embora em 2019, a taxa de início da amamentação tenha atingido 87,1%, cerca de 20,4% dos recém-nascidos receberam, pelo menos uma vez, leite artificial durante o internamento no puerpério, o que contraria as recomendações da OMS (Branco et al., 2023; Costa et al., 2021).

A introdução precoce de leite artificial no período pós-parto levanta preocupações significativas, na medida em que compromete a continuidade da amamentação e acarreta riscos adicionais para a saúde do recém-nascido. Entre estes riscos incluem-se maior vulnerabilidade a infeções gastrointestinais e respiratórias, aumento da probabilidade de alergias alimentares, obstipação, bem como maior risco de obesidade e doenças metabólicas no futuro (Silva et al., 2021).

A suplementação artificial precoce pode ainda interferir com o estabelecimento da lactação, dificultando a produção de leite materno, comprometendo a sucção eficaz e prejudicando a criação de uma ligação segura entre mãe e bebé (Sousa et al., 2022). Para além disso, experiências iniciais de alimentação com leite artificial durante o internamento hospitalar reduzem a probabilidade de sucesso da amamentação exclusiva, estando associadas a uma menor duração desta prática. Este processo afeta também a confiança materna na sua capacidade de amamentar, potenciando um ciclo negativo em que a diminuição fisiológica da produção de leite acentua a insegurança já existente (Liu et al., 2023).

A literatura demonstra que este fenómeno resulta de múltiplos fatores, desde características maternas e condições obstétricas até práticas institucionais vigentes nos contextos hospitalares. Em muitos casos, a introdução de leite artificial decorre de circunstâncias evitáveis, o que reforça a necessidade de uma atuação mais eficaz e proativa por parte dos profissionais de saúde, no sentido de apoiar, promover e proteger a amamentação (Sousa, 2018).

Para além dos fatores clínicos, a amamentação é profundamente influenciada pelo contexto social e cultural em que a puérpera se encontra inserida. Durante o puerpério, a mulher encontra-se emocionalmente mais vulnerável relativamente às suas capacidades parentais, o que a torna mais suscetível a aceitar a suplementação com leite artificial (Ferreira et al., 2016).

Face ao exposto, torna-se essencial explorar quais os determinantes da introdução de leite artificial durante o internamento hospitalar, de modo a compreender a magnitude do problema e a delinear estratégias eficazes de promoção e apoio à amamentação exclusiva desde os primeiros momentos de vida.

Metodologia

Com o intuito de aprofundar o conhecimento científico sobre a temática em análise, optou-se pela realização de uma revisão integrativa da literatura, dado que esta abordagem metodológica permite reunir, comparar e interpretar resultados provenientes de diferentes tipos de investigação sobre uma questão específica. A revisão integrativa é reconhecida pelo seu contributo para a prática baseada na evidência em enfermagem, permitindo não só uma visão mais abrangente do estado do conhecimento, mas também o desenvolvimento de competências investigativas. Além disso, possibilita identificar tendências gerais, destacar aspetos centrais de um tema, apoiar a formulação de questões de investigação futuras e contribuir para a integração entre teoria, prática e investigação (Dantas et al., 2021).

Neste contexto, definiu-se como questão de investigação: “Quais os fatores que influenciam a suplementação com leite artificial durante o internamento no puerpério?” A formulação desta questão orientadora teve como base o objetivo do trabalho e procurou delimitar claramente o foco de análise.

Para a pesquisa bibliográfica, estabeleceram-se critérios de inclusão: artigos em português, inglês ou espanhol, com texto integral disponível, publicados entre 2019 e 2025, e que abordassem fatores associados à suplementação com leite artificial durante o internamento pós-parto. Foram excluídos artigos de opinião, relatos de casos clínicos, estudos de caso isolados e investigações com recém-nascidos prematuros, de modo a garantir maior relevância e homogeneidade relativamente ao objeto da revisão.

A pesquisa foi realizada em julho de 2025 nas bases de dados MEDLINE Complete, CINAHL (via plataforma EBSCOHost) e SCOPUS. Para aumentar a abrangência, foram utilizados descritores validados (MeSH e CINAHL Subject Headings) e termos livres relacionados com: recém-nascido, leite artificial, fatores de risco/determinantes e internamento pós-parto.

As combinações de pesquisa incluíram expressões booleanas, ajustadas a cada base de dados. Por exemplo, em MEDLINE e CINAHL: XB (("Infant" OR "Newborn" OR "Baby" OR "Neonate")) AND XB (("Infant Formula" OR "Formula Feeding" OR "infant formula supplementation" OR "formula feeding" OR "supplementary feeding" OR "artificial feeding")) AND XB (("Risk Factors" OR "factors" OR "associated factors" OR "determinants" OR "predictors" OR "reasons")) AND XB (("Postpartum Period" OR "postpartum hospital stay" OR "hospitalization after birth" OR

"maternity ward"))

Na base SCOPUS foi utilizada uma formulação equivalente, abrangendo título, resumo e palavras-chave.

O processo de seleção decorreu em várias etapas: Identificaram-se inicialmente 223 artigos. Após a remoção de duplicados (n=42), restaram 181. Excluíram-se 167 após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão e leitura de títulos/resumos. Foram selecionados 17 artigos para leitura integral, dos quais 7 cumpriram os critérios e foram incluídos nesta revisão. Este percurso de seleção encontra-se representado de forma esquemática na Figura 1, com o objetivo de facilitar a compreensão do processo seguido.

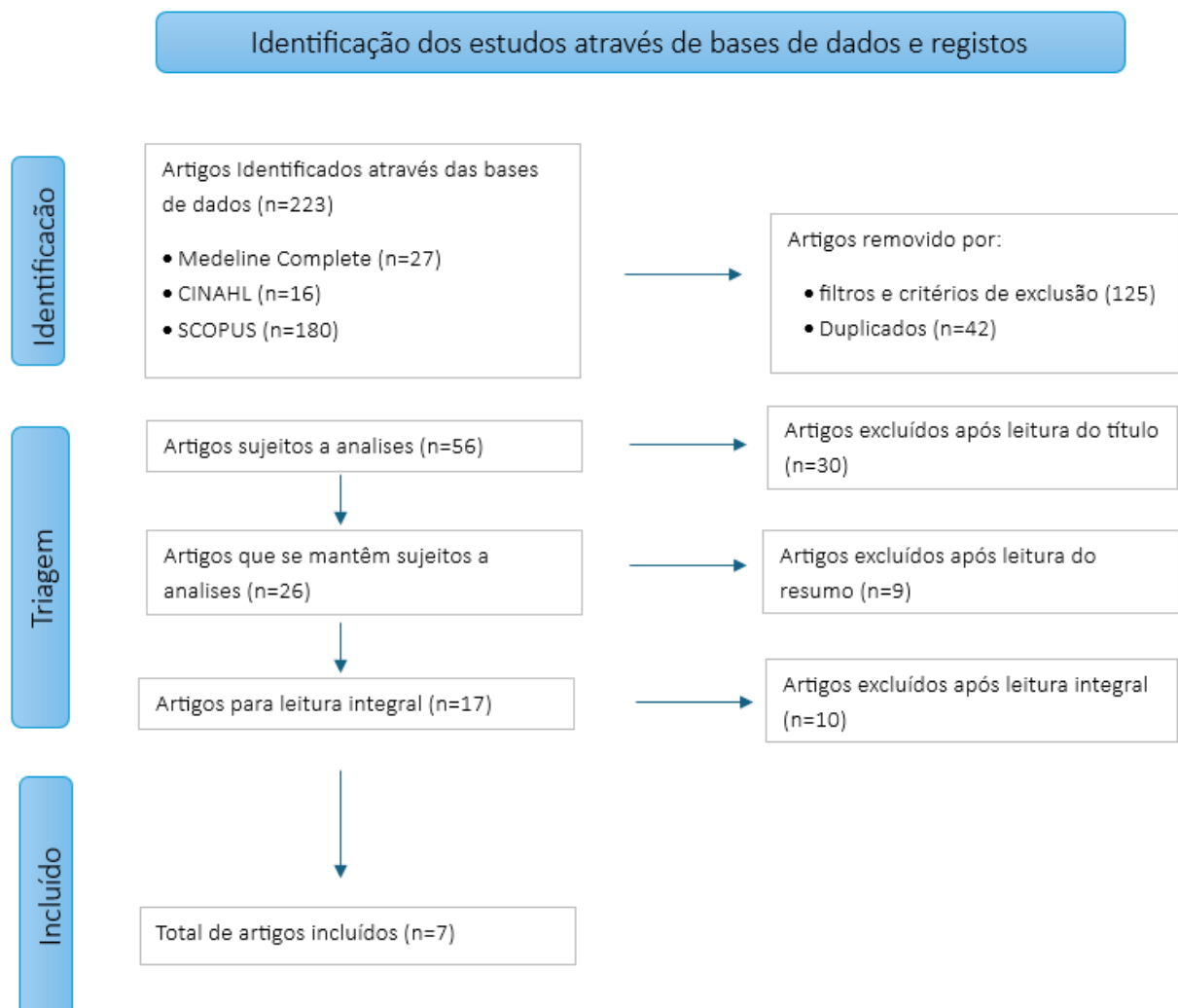


Figura 1 - Esquema do percurso de seleção dos artigos em estudo.

Resultados

A presente revisão integrativa incluiu sete estudos publicados entre 2020 e 2025, desenvolvidos em diferentes países, nomeadamente México, Uruguai, Austrália, Polónia, Turquia e Estados Unidos. As investigações analisadas utilizaram metodologias diversas, englobando estudos qualitativos, quantitativos e de métodos mistos qualitativos, quantitativos, de coorte e de métodos mistos, o que permitiu uma compreensão mais ampla e contextualizada dos fatores que influenciam a introdução do leite artificial durante o internamento no puerpério (Apêndice 1).

De forma geral, os estudos revelam que a utilização de leite artificial permanece uma prática recorrente nos contextos hospitalares, influenciada por fatores interligados que abrangem dimensões maternas, neonatais, familiares, socioculturais e institucionais.

1. Fatores maternos e obstétricos

Os estudos apontam a primiparidade e o parto por cesariana como circunstâncias associadas a maior probabilidade de introdução de leite artificial (Aktas et al., 2023; Cordero et al., 2020). A via de parto, em particular a cesariana, é frequentemente relacionada com atraso no início da amamentação, separação mãe-bebé no pós-operatório e desconforto físico, fatores que dificultam a pega e favorecem a suplementação (Aktas et al., 2023; McCoy & Heggie, 2020).

A perceção de leite insuficiente e a insegurança quanto à capacidade de amamentar surgem como motivos recorrentes para recorrer à suplementação, refletindo tanto fatores fisiológicos como crenças e experiências prévias (Barnes et al., 2021; Girona et al., 2024). O cansaço, o stress e a ansiedade pós-parto são igualmente descritos como elementos que fragilizam a confiança materna e influenciam a decisão (Osipiak et al., 2025).

Problemas como mamilos dolorosos, fissuras e má pega são identificados como causas imediatas para a introdução de leite artificial (Cordero et al., 2020), muitas vezes associadas à falta de apoio especializado e de estratégias de resolução de dificuldades precoces (Barnes et al., 2021; Girona et al., 2024).

2. Comportamento e condições clínicas do recém-nascido

Os comportamentos do recém-nascido, especialmente o choro persistente e a agitação, são frequentemente interpretados como sinais de fome, desencadeando a suplementação (Aktas et al., 2023; Cordero et al., 2020). Algumas indicações clínicas, como perda ponderal significativa e hipoglicemia neonatal, também são referidas como motivos de prescrição (McCoy & Heggie, 2020), embora os estudos salientem que, em muitos casos, tais decisões não são acompanhadas de reavaliação posterior ou de apoio à recuperação da amamentação.

3. Influência familiar e sociocultural

Estes estudos destacam a influência do contexto familiar e cultural como determinante nas decisões sobre a alimentação do recém-nascido. A presença de crenças sobre “leite fraco” ou “insuficiente” e a ideia de que o leite artificial “sacia melhor” continuam enraizadas em diversos contextos (Girona et al., 2024; McCoy & Heggie, 2020). Em alguns estudos, o papel dos familiares, especialmente das mães e avós, mostrou-se mais influente do que a orientação dos profissionais de saúde (Barnes et al., 2021). Estas dinâmicas revelam que a decisão de suplementar o leite materno resulta frequentemente de um processo coletivo e culturalmente mediado, mais do que de uma decisão clínica isolada.

4. Fatores institucionais e profissionais de saúde

Os fatores institucionais e profissionais assumem um papel central na literatura analisada. Entre os elementos identificados contam-se: a disponibilidade de leite artificial nas unidades, a falta de formação dos profissionais, a escassez de tempo para aconselhamento personalizado, e a ausência de protocolos claros de apoio à amamentação (McCoy & Heggie, 2020; Girona et al., 2024).

Os estudos salientam que, em alguns contextos, a prescrição de leite artificial é influenciada por fatores organizacionais e culturais internos aos serviços, mais do que por indicações clínicas objetivas (Cordero et al., 2020). De igual modo, a distribuição de amostras gratuitas e a pressão de marketing das indústrias de leite infantil surgem como variáveis que contribuem para a normalização da suplementação (Girona et al., 2024).

Discussão

Os resultados desta revisão integrativa demonstram que a introdução de leite artificial durante o internamento pós-parto constitui um dos fatores mais relevantes associados à interrupção precoce da amamentação exclusiva. Esta evidência é consistente com o passo 6 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (OMS/UNICEF, 2018), que recomenda que o recém-nascido não receba líquidos ou alimentos que não o leite materno, salvo indicação clínica devidamente justificada (Ikonen et al., 2023). Apesar destas orientações, os estudos analisados evidenciam que a suplementação com leite artificial permanece uma prática frequente e, em muitos casos, não clinicamente indicada (Conceição et al., 2020; McCoy & Heggie, 2020).

A transição para a maternidade, entendida à luz da Teoria das Transições de Meleis (2010), constitui um processo de profunda transformação pessoal e familiar, em que a mulher integra novos papéis e redefine a sua identidade. A amamentação, neste contexto, não é apenas um

ato biológico, mas um fenómeno relacional e simbólico, fortemente influenciado por fatores emocionais, culturais e institucionais. Assim, compreender as razões que conduzem à introdução precoce do leite artificial implica reconhecer a complexidade da experiência materna e a necessidade de apoio especializado e sensível à transição vivida.

Dimensão emocional e psicológica

A insegurança quanto à produção de leite, o medo de não alimentar adequadamente o recém-nascido e os níveis elevados de ansiedade e stress surgem como determinantes transversais à decisão de suplementar (Altas et al., 2023; Girona et al., 2025; McCoy & Heggie, 2020; Osipiak et al., 2025). Tais sentimentos refletem não apenas um défice de conhecimento, mas também a ausência de suporte emocional contínuo, um dos pilares centrais do modelo de cuidados centrado na mulher (Kirkham, 2010).

De acordo com Zhang et al. (2018), uma atitude positiva e confiante face à amamentação constitui um fator de proteção essencial. A promoção dessa confiança deve ser entendida como uma competência clínica e relacional do EEESMO, capaz de oferecer suporte individualizado, reduzir a ansiedade e fortalecer a autoperceção de competência materna.

Outro motivo comumente referido para a introdução de leite artificial foi o desejo materno de descansar (Barnes et al., 2021; McCoy & Heggie, 2020). A priorização do bem-estar psicológico e físico, que inclui a recuperação pós-parto e a redução do stress associado à amamentação, pode igualmente comprometer a continuidade do aleitamento exclusivo (Girona et al., 2025; Osipiak et al., 2025). Estes fatores evidenciam a necessidade de uma abordagem que concilie o respeito pelas necessidades maternas com a promoção ativa da amamentação.

Dimensão sociocultural e familiar

A revisão confirma que a decisão de introduzir leite artificial raramente é individual. A influência de familiares, particularmente mães, avós e companheiros, as crenças culturais sobre o leite “fraco” ou “insuficiente” e as pressões sociais associadas ao ganho ponderal do bebé continuam a moldar o comportamento das mães (Barnes et al., 2021; Girona et al., 2024; McCoy & Heggie, 2020).

Neste sentido, torna-se imprescindível adotar uma abordagem culturalmente sensível à amamentação, reconhecendo o papel da família e das redes sociais de apoio na tomada de decisão (McFadden et al., 2017). O EEESMO, ao incorporar competências transculturais e estratégias educativas inclusivas, atua como mediador entre a evidência científica e os significados culturais.

Dimensão institucional e profissional

A literatura analisada evidencia que as práticas institucionais e a formação dos profissionais de saúde exercem impacto direto sobre a introdução do leite artificial. A ausência de protocolos

claros, o tempo limitado para o acompanhamento pós-parto e a falta de apoio especializado estão entre os fatores mais frequentemente referidos (Girona et al., 2024; McCoy & Heggie, 2020).

Em muitos contextos, a prescrição de leite artificial é motivada por razões organizacionais e culturais internas aos serviços, mais do que por critérios clínicos. Este cenário reforça a importância de fortalecer a presença e liderança do EEESMO nos contextos hospitalares, assegurando que as decisões clínicas relativas à amamentação são baseadas em evidência e orientadas por princípios éticos e humanistas.

A Teoria do Cuidado Centrado na Mulher, pilar conceptual da prática obstétrica contemporânea, enfatiza a necessidade de envolver a mulher em todas as decisões relativas à sua saúde e à do seu bebé. Neste quadro, a promoção da amamentação deve ser compreendida como um processo partilhado, que respeita os valores, preferências e circunstâncias de cada mulher, ao mesmo tempo que garante o acesso à informação e ao apoio necessários para escolhas informadas (Fahy et al., 2018).

Implicações para a prática de Enfermagem

Os achados desta revisão apontam para a urgência de reorganizar os cuidados no puerpério, assegurando que a mulher e o recém-nascido sejam acompanhados por enfermeiros especialistas, cuja formação lhes confere competências específicas na promoção e proteção da amamentação (OE, 2021). A substituição sistemática dos EEESMO por enfermeiros de cuidados gerais pode traduzir-se em aconselhamento genérico e insuficiente, comprometendo a qualidade do cuidado e perpetuando mitos e práticas desatualizadas (Olufunlayo et al., 2019; OMS, 2017; Victora et al., 2016).

Valorizar a presença contínua dos EEESMO nas unidades de internamento pós-parto não deve ser apenas visto como uma medida de eficiência técnica, mas como um investimento estratégico em saúde pública, com impacto direto na vinculação mãe-bebé, na saúde mental materna e no desenvolvimento infantil.

Síntese reflexiva

A introdução de leite artificial no internamento pós-parto reflete, em última análise, um conjunto de transições simultâneas, pessoais, familiares e institucionais, que requerem apoio contínuo e fundamentado. Integrando as perspetivas teóricas da Midwifery e a Teoria das Transições de Meleis, compreende-se que a amamentação é mais do que uma prática nutricional, é um processo de construção de identidade, vínculo e confiança.

5. CASO CLÍNICO - GRAVIDAS DE RISCO

Quando o final se antecipa ...

5.1. Enquadramento teórico

Durante o período pré-natal, os cuidados especializados do EEESMO visam responder de forma adequada e individualizada às necessidades da mulher e da sua pessoa significativa avaliando a evolução da gravidez e promovendo a sua adaptação a esta nova realidade (OE, 2021).

O EEESMO é o profissional de saúde que evidencia competências avançadas de julgamento clínico, demonstrando capacidade para interpretar criticamente a informação clínica disponível, integrando dados objetivos e subjetivos, historial clínico e contexto individual, com vista à tomada de decisão informada (OE, 2021). Na prática, isso implica analisar sinais e sintomas para distinguir entre condições fisiológicas e patológicas, e escolher a conduta mais adequada, implementando intervenções que vão desde medidas educativas e preventivas até ações imediatas em contextos de risco, garantindo a segurança e o bem-estar da materno-fetal.

A gravidez, ainda que fisiológica, constitui um processo complexo que exige significativas adaptações físicas, emocionais e sociais por parte da mulher. Quando associada a complicações, este processo torna-se substancialmente mais exigente e desafiante, sobretudo quando envolve internamento hospitalar, cenário frequentemente associado a sentimentos de medo, incerteza e ansiedade (Chiodi et al., 2020; Lobão, 2017).

A Ameaça de Parto Pré-termo (APPT) é definida como a ocorrência de contrações uterinas regulares, dolorosas e frequentes antes das 37 semanas de gestação, acompanhadas de distensão do segmento uterino inferior, sem alterações cervicais significativas, podendo estar associada a rotura prematura das membranas pré-termo (Graça, 2018). Esta condição representa uma das principais causas de partos prematuros, estando associada a cerca de 75% dos mesmos (Lima et al., 2019). De acordo com o protocolo institucional, recomenda-se uma abordagem conservadora, com internamento entre as 24 semanas e as 33 semanas e 6 dias, desde que não existam indicações clínicas para interrupção da gestação. O objetivo central é evitar a progressão para trabalho de parto pré-termo ou, na sua impossibilidade, garantir as melhores condições para a mãe e o recém-nascido (Peixoto, 2022).

A transição de uma gravidez considerada de baixo risco para uma de alto risco representa um

momento particularmente crítico, provocando uma reformulação das expectativas inicialmente construídas pela mulher. A percepção e interpretação individual desta experiência influenciam diretamente a sua capacidade de adaptação e o seu bem-estar emocional durante esta fase potencialmente desestabilizadora (Lobão, 2017).

Durante o estágio clínico, foi possível observar que a APPT se destacava como uma condição que gerava maior impacto emocional nas grávidas, dificultando o processo de adaptação à nova realidade. A incerteza quanto ao prognóstico, a possibilidade de um parto prematuro com consequências neonatais, bem como a escassez de conhecimento sobre o desenvolvimento fetal, constituíam fatores de stresse significativos, potenciando estados de ansiedade que interferiam negativamente com a vivência da gravidez (Peixoto, 2022; Mesquita et al., 2018; Najjarzadeh et al., 2021). Estes aspetos estiveram na base da escolha do caso clínico analisado.

A análise e intervenção neste caso clínico contribuíram para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO, no que respeita à promoção da saúde materno-fetal, à deteção e abordagem precoce de complicações, bem como à implementação de cuidados diferenciados em situações clínicas complexas (OE, 2019). Este processo envolveu o planeamento, a execução e a avaliação de intervenções dirigidas à mulher grávida com patologia associada e/ou concomitante à gestação, em contexto de internamento hospitalar (OE, 2019), o que permitiu aprofundar a compreensão do processo de transição vivenciado pelas grávidas que enfrentam uma realidade distinta da inicialmente esperada.

Para além das competências técnicas, foi possível reforçar a escuta ativa como ferramenta essencial na comunicação terapêutica, permitindo à mulher grávida expressar livremente as suas preocupações e emoções, promovendo um ambiente de confiança e suporte emocional (Macedo et al., 2024). O acompanhamento contínuo e personalizado possibilitou a adoção de intervenções que promoveram uma transição saudável para a maternidade.

Cenário

A Sr.^a D., primigesta, 32 semanas e 3 dias de gestação, encontra-se internada no serviço de Medicina Materno Fetal desde o dia 13/10 com o diagnóstico de Ameaça de Parto-Pré-termo com Rotura Prematura de Membranas, com 12h de evolução.

Iniciou o ciclo de maturação pulmonar com Dexametasona às 22h00 do dia 13/10, pelo que irá realizar a segunda dose às 10h. Encontra-se a cumprir antibioterapia com Ampicilina de 6/6h, sendo a próxima administração às 12h.

Tem prescrito repouso relativo no leito, que cumpre, tendo-se levando durante o turno para realizar a sua higiene na casa de banho.

Durante o internamento tem sido realizada cardiotocografia duas vezes por dia (manhã e tarde) para avaliar o bem-estar do bebé M., que tem estado sempre tranquilizador. No turno, foi realizado após o pequeno-almoço, mantendo o estado tranquilizador.

Durante o turno referiu sentir-se ansiosa em relação a toda a situação, em especial quanto à prematuridade do bebé M. “Não era suposto isto acontecer já, ele ainda é tão pequenino, não está pronto para nascer.” (sic). “Tenho receio que algo corra mal, estou ansiosa com todo isto” (sic). “Neste momento não me importo com mais nada a não ser com o M., só quero que ele nasça bem, o resto resolve-se depois” (sic).

Durante o turno não foi abordado o domínio de Adaptação à Parentalidade visto não ser uma prioridade para a Sr.ª D naquele momento.

5.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 31 anos | Feminino

5.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-14 10:00:00	Dexametasona 6mg, IM, 12/12h	
2024-10-14 12:00:00	Ampicilina 2 gr, EV, 6/6h	

5.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Dexametasona 6mg, IM, 12/12h

A morbilidade respiratória, incluindo a síndrome de dificuldade respiratória (SDR), constitui uma complicação neonatal grave do parto pré-termo, resultante da deficiência de surfactante e da imaturidade estrutural e funcional dos pulmões (McGoldrick et al., 2020).

A administração de corticosteroides durante a gravidez tem como objetivo acelerar a maturação

pulmonar fetal, devendo ser iniciada o mais precocemente possível nas gestações entre as 24 semanas e as 33 semanas e 6 dias, independentemente da integridade das membranas amnióticas, sempre que exista risco de parto pré-termo nos sete dias subsequentes (McGoldrick et al., 2020; SPOMMF, 2018).

A dexametasona atua promovendo o desenvolvimento alveolar e estimulando a produção de surfactante, reduzindo assim o impacto da prematuridade na adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (McGoldrick et al., 2020).

De acordo com o protocolo da instituição, considera-se que o ciclo de maturação pulmonar está completo após a administração de quatro doses intramusculares de 6 mg de dexametasona, com intervalos de 12 horas entre cada dose.

Relativamente aos efeitos secundários, está descrito que a administração de dexametasona pode provocar alterações transitórias significativas nos parâmetros utilizados na avaliação do bem-estar fetal, nomeadamente na frequência cardíaca fetal e na sua variabilidade, podendo ainda causar uma redução dos movimentos fetais. Estas alterações não devem ser interpretadas como indicativas de comprometimento do bem-estar fetal (McGoldrick, 2020; SPOMMF, 2018).

Assim, compete ao EEESMO manter-se vigilante face a estas alterações, bem como informar e tranquilizar a grávida relativamente a este possível efeito secundário.

Ampicilina 2 gr, EV, 6/6h

A infeção encontra-se fortemente associada à Rotura Prematura de Membranas Pré-termo (RPMP), podendo constituir-se tanto como causa, através da ação de produtos bacterianos que desencadeiam alterações anatómicas nas membranas, levando à sua rotura prematura, como consequência, dado que, após a RPMP, as bactérias da flora vaginal colonizam rapidamente as membranas e a mucosa fetal, podendo originar infeções maternas e fetais (Castilhos, 2021; Cunningham et al., 2016).

Neste contexto, a antibioterapia profilática tem como finalidade a redução da incidência de infeções maternas e fetais, contribuindo simultaneamente para o retardamento do parto (Castilhos, 2021; Cunningham et al., 2016).

De acordo com o protocolo instituído na instituição, todas as grávidas entre as 24 semanas e as 34 semanas e 6 dias de gestação com diagnóstico de RPMP são submetidas a antibioprolaxia com Ampicilina, 2 gramas por via endovenosa, nas primeiras 48 horas.

5.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

14-10-2024 08:30

14-10-2024 08:30 - Repouso no leito

14-10-2024 08:30 - Promover adesão: repouso no leito

14-10-2024 08:30 - Conhecimento sobre necessidade de manter-se em repouso no leito: facilitador.

14-10-2024 08:30 - Avaliar evolução da adesão ao repouso no leito

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

• Repouso relativo no leito

A Senhora D. tem prescrito repouso relativo no leito, podendo apenas levantar-se para se deslocar à casa de banho e para realizar as refeições.

Perante o diagnóstico de APPT com RPMP às 32 semanas e 3 dias de gestação, e na ausência de contraindicações, está preconizada uma conduta expectante ativa (SPOMMF, 2021). Neste contexto, é recomendado o repouso relativo no leito, preferencialmente em decúbito lateral, uma vez que esta posição favorece a oxigenação fetal, reduz a pressão da apresentação sobre o colo do útero e, quando presentes, contribui ainda para a diminuição da frequência e intensidade das contrações uterinas (Graça, 2018). Adicionalmente, o repouso no leito constitui uma tentativa de minimizar a perda de líquido amniótico (Caponi, 2015; Montenegro & Rezende Filho, 2017).

Apesar de o repouso relativo no leito ser frequentemente recomendado por diversos autores e estar contemplado no protocolo institucional, a evidência científica quanto à sua eficácia na prevenção do parto pré-termo permanece inconclusiva. Uma revisão sistemática conduzida pela Cochrane, em 2018, concluiu não existir benefício comprovado do repouso no leito em grávidas com risco acrescido de parto pré-termo (Medley et al., 2018). Não obstante, trata-se de uma medida sistematicamente implementada no serviço, pelo que compete ao EEESMO promover a sua adesão, apoiando a grávida na sua gestão e consciencialização (Sequeira et al., 2020).

No caso clínico apresentado, a Sr.^a D. demonstrava adesão ao regime instituído, revelando entendimento quanto aos fundamentos da prescrição e à relevância do seu cumprimento. “Ontem, quando cheguei ao internamento a enfermeira explicou-me que é importante manter-me em repouso, especialmente virada de lado, para atrasar o trabalho de parto ao máximo. Ela falou que ajudava a diminuir as contrações e a perda de líquido, e por isso só me posso levantar

para ir à casa de banho e fazer as refeições” (sic).

- **Cardiotocografia (CTG) 2x/dia.**

A cardiotocografia constitui um método auxiliar na avaliação do bem-estar fetal, permitindo o registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos movimentos fetais (Rosa, 2018).

Embora não previna, por si só, a mortalidade ou morbilidade fetal, a cardiotocografia anteparto é amplamente utilizada como ferramenta de monitorização que proporciona maior segurança tanto à grávida como ao EEESMO, contribuindo para a tomada de decisão relativamente à conduta a adotar (Monari et al., 2023; Ryo et al., 2025).

De acordo com o protocolo institucional, durante o internamento hospitalar está preconizada a realização da monitorização cardiotocográfica diariamente, com uma frequência de duas a três vezes por dia (Sequeira et al., 2020).

- **Avaliação dos Sinais vitais 8/8h**

Durante o internamento, está igualmente protocolada a avaliação dos sinais vitais com uma periodicidade de 8 em 8 horas, incluindo, nomeadamente, a monitorização da temperatura corporal, atendendo ao aumento do risco de infeção que a grávida do caso clínico apresenta (Sequeira et al., 2020).

Durante todo o turno a Sr.^a D. esteve hemodinamicamente estável e apirética.

5.5. Domínios

Início

14-10-2024 08:30
14-10-2024 08:30
14-10-2024 08:30
14-10-2024 09:30
14-10-2024 10:00

Domínios

Gestação
Atitudes terapêuticas
Adaptação à gravidez e preparação para o parto
Comportamentos de ligação mãe/pai-filho
Emoção

Fim

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

Gestação

A gravidez constitui um processo fisiológico que, em condições normais, tem uma duração aproximada de 40 semanas. Durante este período, ocorrem significativas transformações a nível individual e relacional, fundamentais para a criação de um ambiente propício ao desenvolvimento fetal e à construção do senso de maternidade (Mesquita et al., 2018).

Na maioria dos casos, a gestação decorre sem complicações, sendo experienciada como uma fase marcada por profundas mudanças físicas e emocionais. Contudo, um número restrito de gestações pode apresentar características de alto risco, sobretudo quando surgem condições patológicas ou determinantes sociobiológicas que comprometem a evolução fisiológica da gravidez e colocam em causa a saúde da mãe e/ou do feto (Mesquita et al., 2018; Santos et al., 2023).

A ameaça de parto pré-termo enquadra-se nesta tipologia de risco elevado, uma vez que se associa a potenciais repercussões negativas, sobretudo para o feto, mas também para a saúde mental e emocional da grávida e da sua família. Nestes contextos, a vigilância e acompanhamento pré-natal especializado assumem um papel fulcral na promoção de um desfecho perinatal favorável (Mesquita et al., 2018).

O cuidado pré-natal em contextos de risco elevado visa não apenas a prevenção de complicações, mas também a promoção do bem-estar físico e emocional da grávida. Esta abordagem permite o esclarecimento contínuo sobre a evolução da gestação, reforçando a participação da grávida e fomentando uma vivência mais segura e informada da gravidez (Cavalcanti et al., 2021; Santos et al., 2023).

A qualidade da assistência pré-natal, que deve integrar intervenções preventivas, educativas e terapêuticas, é determinante na redução das taxas de morbilidade e mortalidade materno-fetal. Neste contexto, a intervenção do EEESMO revela-se de particular relevância, ao proporcionar uma abordagem especializada e centrada nas dúvidas, receios e necessidades individuais de cada grávida. Compete a este profissional a adaptação da comunicação e das orientações às especificidades de cada mulher, de forma a promover a adoção de comportamentos saudáveis e a capacitação para uma tomada de decisão informada (Cavalcanti et al., 2021).

No contexto das gestações de alto risco, a componente educativa assume particular relevância, pois permite esclarecer dúvidas, reconhecer sinais de agravamento da condição clínica e delinear planos de intervenção adequados (Santos et al., 2023).

No início do turno, a Sr.^a D. verbalizou insegurança quanto à sua capacidade de reconhecer os sinais que indiquem que entrou em trabalho de parto, afirmando: "Tenho consciência de que o

quadro pode agravar-se e evoluir para trabalho de parto, mas não sei identificar os sinais a que devo estar atenta. A bolsa já rompeu, por isso não sei o que mais pode acontecer que indique que o trabalho de parto começou."(sic).

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

A ligação mãe-filho caracteriza-se pela relação afetiva que se desenvolve entre a grávida e o feto, desempenhando um papel preponderante na previsão dos comportamentos afetivos no período pós-parto, bem como influenciando de forma significativa a satisfação materna e as competências parentais no exercício do seu papel após o nascimento (Abasi et al., 2021).

Esta ligação tem início ainda durante a gravidez, particularmente a partir do segundo trimestre, coincidindo com o surgimento dos movimentos fetais, os quais constituem um marco perceptível da presença do feto e potenciam a construção desta relação afetiva (Peixoto, 2022).

A relação entre a mãe e o feto estabelece-se a partir da fantasia materna, das emoções e dos sentimentos que a grávida desenvolve em relação ao bebé que está a gerar. Esta ligação é considerada um dos processos mais relevantes do período gravídico, uma vez que tem implicações profundas no desenvolvimento emocional, cognitivo e social, tanto da mãe como da criança (Mendes et al., 2024; Peixoto, 2022).

Perante uma situação de ameaça de parto pré-termo, o decurso normal da gravidez é interrompido, podendo ocorrer perturbações na ligação materno-fetal (Peixoto, 2022).

As grávidas em contexto de ameaça de parto pré-termo tendem a apresentar uma maior fragilidade na construção da relação afetiva com o feto, não apenas devido à antecipação inesperada do nascimento, mas também em consequência do processo de luto face ao bebé idealizado e à perda das expectativas associadas a uma gravidez que se esperava decorrer até ao final (Peixoto, 2022). Para além destes fatores, variáveis intrapessoais, como a ansiedade e o stress, frequentemente presentes nestas situações, constituem influências adicionais sobre a qualidade da ligação mãe-filho, podendo comprometer a capacidade da mãe se relacionar com o bebé (Mendes et al., 2024).

Comportamentos como a interpretação dos movimentos fetais, acarinhar o feto através da região abdominal ou falar com ele, constituem já formas iniciais de relação e comunicação, permitindo o estabelecimento da ligação desde o período intrauterino (Peixoto, 2022).

Durante o turno, constatou-se que a Sr.ª D. apresentava comportamentos compatíveis com o estabelecimento da ligação mãe-filho, nomeadamente através do toque e da comunicação verbal dirigida ao bebé M.

Emoção

Uma Ameaça de Parto Pré-Termo é um evento que gera uma crise emocional significativa, frequentemente acompanhada por elevados níveis de ansiedade (Peixoto, 2022). A perspetiva de um parto pré-termo representa uma das maiores preocupações para a maioria dos pais, dado o risco inerente à sobrevivência do recém-nascido e das possíveis sequelas decorrentes da prematuridade (Mesquita et al., 2018).

Numa fase inicial, a ansiedade manifesta-se sobretudo através do medo e preocupação quanto à sobrevivência e qualidade de vida do bebé. Subsequentemente, surge uma autoavaliação negativa por parte dos pais, que se traduz numa perceção de incompetência para cuidar de uma criança que consideram particularmente exigente (Peixoto, 2022).

Durante o internamento, a incerteza relativamente ao desfecho da gravidez, ao momento do parto e às condições em que este ocorrerá contribui para o agravamento da ansiedade materna. Neste contexto, é essencial que o EESMO promova a expressão de sentimentos por parte da grávida, evitando abordagens rápidas e generalizadas. Cabe ao EEESMO demonstrar sensibilidade na identificação e valorização dos sentimentos expressos, desenvolvendo intervenções que favoreçam o acolhimento, o apoio emocional e a atenção contínua, para além dos cuidados obstétricos necessários (Mesquita et al., 2018; Peixoto, 2022).

Embora as terapias de relaxamento se revelem eficazes na gestão da ansiedade durante uma gravidez sem intercorrências, a sua aplicabilidade em contextos de desvio da normalidade, como é o caso da Ameaça de Parto Pré-Termo, não permite ainda estabelecer uma relação causa-efeito de forma conclusiva (Peixoto, 2022). No entanto, intervenções do âmbito “Informar”, especialmente quando promovidas pelo EEESMO, revelam-se particularmente eficazes na atenuação da ansiedade em gravidezes de risco, sendo reconhecidas como uma das estratégias mais relevantes na abordagem a esta problemática (Morgado, 2020).

A verbalização, por parte da Sr.^a D., das suas preocupações relativamente ao estado de saúde do bebé, permitiu identificar o diagnóstico de enfermagem de ansiedade, centrado no bem-estar fetal e na incerteza quanto ao futuro.

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

A gravidez constitui um processo biopsicossocial transitório, que desencadeia alterações significativas a nível físico e psicológico da mulher. Trata-se de uma experiência profundamente individual e subjetiva, com múltiplas implicações no bem-estar global da grávida (Santos et al., 2023).

Para muitas mulheres, especialmente as primigestas, este período assume um carácter singular, marcado por elevadas expectativas, sonhos e idealizações, mas também por receios e incertezas. É um período de ajustamento, no qual ocorrem adaptações físicas, redefinição de

papéis sociais e familiares, bem como a reconstrução da sua identidade (Peixoto, 2022).

A transição de uma gravidez de baixo risco para uma situação de alto risco configura um momento particularmente crítico, em que as expectativas da grávida sofrem uma reorientação significativa. A forma como esta vivencia esta transição influencia diretamente a sua capacidade de adaptação face aos desafios impostos por esta nova realidade e pelos riscos inerentes à mesma (Lobão, 2017).

A adaptação à gravidez em contexto de ameaça de parto pré-termo implica uma reestruturação interna significativa por parte da grávida. A alteração inesperada do curso normal da gestação, bem como a possibilidade de um parto pré-termo, podem desencadear sentimentos de medo, ansiedade e impotência face ao desfecho perinatal, comprometendo negativamente a sua perceção de controlo e segurança (Lobão, 2017; Peixoto, 2022; Santos et al., 2023).

Perante a eventualidade de um parto pré-termo, é essencial que o EEESMO esteja atento às necessidades, expectativas e receios manifestados pela grávida. A antecipação do nascimento, ao contrariar as expectativas previamente contruídas, pode gerar sentimentos de perda e desamparo, exigindo um processo de luto pelo “bebé idealizado”, de modo a facilitar a aceitação e consciencialização do “bebé real” (Najafi et al., 2023; Peixoto, 2022). Neste contexto, é imperativo que o EEESMO compreenda as dificuldades vivenciadas pela grávida, contribuindo ativamente para a sua adaptação à nova realidade.

Neste sentido, o processo de adaptação à gravidez pressupõe o desenvolvimento de significados facilitadores, a aquisição de conhecimentos, o fortalecimento de competências e da autoeficácia, assim como a consciencialização da importância dos seus recursos pessoais na manutenção da saúde materna e fetal (OE, 2021). Neste contexto, o EEESMO desempenha um papel fulcral, promovendo uma intervenção especializada, individualizada e centrada nas necessidades, receios e dúvidas de cada mulher.

No caso em análise a Sr.^a D. demonstrava desconhecimento sobre o desenvolvimento fetal do M., afirmando: “Eu nem sei ao certo o que um bebé de 32 semanas já é capaz de fazer, nem qual será o seu aspeto, e isto é assusta-me”(sic).

5.6. Conceção de Cuidados

Gestação

14-10-2024 08:30

14-10-2024 08:30 - Gravidez

14-10-2024 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-10-2024 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

14-10-2024 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 128 mmHg.

14-10-2024 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 72 mmHg.

14-10-2024 08:30 - Efeitos colaterais da gravidez: sem efeitos colaterais valorizáveis.

Emoção

14-10-2024 10:00

14-10-2024 10:00 - Verbaliza ansiedade.

14-10-2024 10:00 - Ansiedade

14-10-2024 10:00 - Determinar evolução da ansiedade

14-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade

14-10-2024 10:00 - Diminuir ansiedade

14-10-2024 10:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

14-10-2024 10:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

14-10-2024 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

14-10-2024 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade [Agora e SOS]

Comportamentos de ligação mãe/pai-filho

14-10-2024 09:30

14-10-2024 09:30 - Comportamentos de ligação mãe-filho: facilitador.

14-10-2024 09:30 - Ligação mãe/pai-filho

14-10-2024 09:30 - Determinar evolução da ligação mãe/pai-filho

14-10-2024 09:30 - Avaliar evolução da ligação mãe-filho

Adaptação à gravidez e preparação para o parto

14-10-2024 08:30

14-10-2024 08:30 - Adaptação à gravidez e preparação para o parto

14-10-2024 08:30 - Promover ajustamento à gravidez

14-10-2024 08:30 - Conhecimento sobre gravidez: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-10-2024 10:00 - Conhecimento sobre desenvolvimento fetal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-10-2024 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre gravidez

[RESOLVIDO] 14-10-2024 12:00

14-10-2024 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre gravidez [FIM]

14-10-2024 12:00

14-10-2024 12:00 - Conhecimento sobre gravidez: facilitador

[MELHOROU].

14-10-2024 08:30 - Ensinar sobre gravidez [Agora e SOS] [FIM] 14-10-2024 12:00

14-10-2024 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

desenvolvimento fetal

14-10-2024 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre desenvolvimento fetal

14-10-2024 10:00 - Ensinar sobre desenvolvimento fetal [Agora e SOS]

14-10-2024 08:30 - Avaliar evolução do ajustamento à gravidez

5.7. Especificação das intervenções**Ensinar sobre gravidez**

- **OBJETIVO:** Melhorar conhecimento sobre sinais de alerta de complicações que indicam a necessidade de informar o profissional de saúde.
- **CR:** Que a Sr.^a D. reconheça os sinais de alerta em relação aos movimentos fetais que indicam a necessidade de informar o profissional de saúde.
- Foi explicado que embora a cardiotocografia (CTG) seja realizada duas vezes por dia, a avaliação do bem-estar fetal ocorre apenas durante um período de 20 a 30 minutos em cada exame. Assim, a perceção materna dos movimentos fetais ao longo do dia constitui um elemento fundamental para a monitorização do estado do feto fora desses momentos específicos de avaliação. Caso se verifique qualquer alteração no padrão habitual, nomeadamente diminuição ou ausência de movimentos fetais, deverá informar a equipa de enfermagem de imediato.
- Foi explicado que, após a administração da dexametasona, pode ocorrer uma redução transitória da perceção dos movimentos fetais, tratando-se de um efeito farmacológico habitual que, na maioria dos casos, não constitui motivo de alarme. No entanto, caso se verifique qualquer alteração significativa no padrão habitual dos movimentos, deverá informar de imediato a equipa de enfermagem, a fim de proceder à avaliação clínica e confirmar o bem-estar fetal.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A adoção de uma atitude vigilante por parte da grávida, com capacidade para distinguir entre sinais considerados normais e anómalos, revela-se fundamental para aprimorar a interpretação dos sintomas e possibilitar uma intervenção clínica atempada. A perceção de movimentos fetais ativos e regulares constitui, em geral, um indicador tranquilizador do bem-estar fetal, sendo particularmente relevante em contextos de ameaça de parto pré-termo (Monari et al., 2023; Ryo et al., 2025). Por outro lado, a diminuição ou ausência desses movimentos representa um sinal clínico significativo, que deve ser cuidadosamente avaliado e ponderado na definição da conduta assistencial a adotar (OE, 2023).
- **CR:** Que a Sr.^a D. reconheça os sinais de alerta de início de trabalho de parto pré-termo que indicam a necessidade de informar o profissional de saúde.
- Foi explicado que existem vários sinais indicativos do início do trabalho de parto, nomeadamente dor constante ou intermitente na região pélvica, lombar ou abdominal; sensação de pressão pélvica; alterações na secreção vaginal (que pode tornar-se mais mucosa, líquida, apresentar vestígios de sangue ou aumentar em quantidade) e

contrações uterinas com intervalos inferiores a 10 minutos, com ou sem dor associada. Caso observe algum destes sinais, deverá informar de imediato para avaliação e atuação atempadas.

- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: As grávidas precisam receber orientações para reconhecer os sinais de alerta do início do trabalho de parto pré-termo, já que esses sinais podem ser discretos e facilmente negligenciados (Graça, 2018).

Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

- OBJETIVO: Promover a expressão de emoções e controlo da ansiedade.
- Inicialmente, a grávida foi incentivada a expressar livremente os seus sentimentos, preocupações e expectativas relativamente à evolução da gravidez e ao estado de saúde do feto. Foram utilizadas perguntas abertas para facilitar a verbalização das emoções, bem como técnicas de escuta ativa destinadas a identificar pensamentos negativos suscetíveis de intensificar a perceção de ameaça e aumentar o nível de ansiedade.
- Seguidamente, promoveu-se uma reflexão sobre a forma como a adoção de pensamentos mais positivos, realistas e construtivos poderia contribuir para uma gestão mais eficaz das emoções e para o reforço da perceção de controlo da situação. Enfatizou-se a importância de direcionar o foco para aspetos positivos e tangíveis, como a eficácia das intervenções médicas em curso, a monitorização contínua do bem-estar fetal e a presença de uma equipa multidisciplinar permanentemente disponível para intervir de prontamente.
- Por fim, foram sugeridas estratégias como a substituição de pensamentos automáticos negativos por afirmações de carácter positivo, bem como técnicas simples de visualização de cenários favoráveis, com o objetivo de reforçar o sentimento de segurança, promover a estabilidade emocional e contribuir para um melhor controlo da ansiedade durante o internamento.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A adoção de um padrão de pensamento positivo pode representar uma estratégia eficaz no controlo da ansiedade em grávidas internadas por ameaça de parto pré-termo, promovendo um otimismo fundamentado e realista. É fundamental que a grávida mantenha a esperança em relação a um desfecho favorável, sem que, no entanto, lhe seja garantida a sobrevivência e ausência de possíveis sequelas no recém-nascido (Lowdermilk et al., 2020; Peixoto, 2022).

Ensinar sobre desenvolvimento fetal

- OBJETIVO: Melhorar o conhecimento sobre desenvolvimento fetal.
- CR: Que a Sr.ª D. saiba o aspeto normal de um recém-nascido prematuro.
- Foi explicado que a partir das 32 semanas de gestação, os órgãos do bebé já estão formados e os ossos começam a ficar mais endurecidos. A audição está suficientemente desenvolvida para que o bebé consiga ouvir sons do exterior, reconhecer vozes que lhe são familiares e responder a esses estímulos. A visão também já está bastante amadurecida, permitindo ao bebé distinguir entre o claro e o escuro. No entanto, nesta fase, o bebé ainda não controla totalmente a temperatura do corpo, a respiração e a alimentação via oral, por isso pode ser necessário que fique a receber cuidados especiais na unidade de neonatologia.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: O interesse pelo desenvolvimento fetal é frequente nas grávidas,

sendo motivado pelo desejo de compreender a aparência do feto, as suas capacidades funcionais e o seu estado de bem-estar. A aquisição de conhecimentos sobre estas dimensões contribui para uma melhor perceção do estado de saúde fetal e, consequentemente, para a redução da ansiedade materna (OE, 2023).

- CR: Que a Sr.^a D. saiba o nível de desenvolvimento de um feto de 32 semanas de gestação.
- Foi explicado que normalmente, os bebés prematuros são mais pequenos e magros, com pouca gordura no corpo, o que faz com que a pele pareça mais fina e até um pouco transparente, permitindo ver os vasos sanguíneos por baixo. A cabeça pode parecer maior em relação ao corpo e o rosto não é tão arredondado como o dos bebés nascidos a termo. Muitas vezes, têm uma penugem fina nos ombros e nas costas. Também é comum não terem o vernix caseoso, que é aquela substância branca e viscosa que protege a pele, porque ela só é produzida no final da gravidez. Por volta das 32 semanas, as unhas já crescem até às pontas dos dedos e o cabelo geralmente já tem uma cor definida.
- EVIDÊNCIA CIÊNTIFICA: A imagem idealizada de um recém-nascido robusto e sorridente pode ser abruptamente contrariada pela realidade associada à prematuridade. Neste contexto, revela-se essencial orientar a mãe relativamente às características do recém-nascido prematuro, com o objetivo de facilitar o processo de consciencialização e aceitação do bebé real (Peixoto, 2022).

5.8. Síntese relativa ao caso

O EEESMO assume a responsabilidade pela prestação de cuidados especializados em diversas áreas de intervenção, incluindo o internamento de grávidas de risco. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº 391/2019 é da sua competência prestar cuidados à mulher no contexto familiar e comunitário durante o período pré-natal, promovendo a sua saúde, identificando e tratando precocemente eventuais complicações, de modo a garantir o bem-estar materno-fetal. (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A experiência de estágio evidenciou que o internamento por APPT se configura como uma das condições clínicas que mais compromete o processo de adaptação da grávida. Este diagnóstico obriga muitas mulheres a reformular das suas expectativas relativamente à gestação e, frequentemente, desencadeia um processo de luto antecipatório pela perda do “bebé idealizado” e do futuro previamente imaginado (Najafi et al., 2023; Peixoto, 2022).

Perante a possibilidade de um parto prematuro, verificou-se que a principal preocupação das grávidas se centrava na sobrevivência do recém-nascido e nas possíveis sequelas associadas à prematuridade. Identificou-se também uma lacuna significativa no conhecimento das grávidas relativamente ao desenvolvimento fetal e às características de um recém-nascido prematuro.

Esta falta de informação, aliada à incerteza quanto ao desfecho da gravidez, intensificava os níveis de ansiedade materna.

Neste contexto, a promoção do conhecimento de complicações e sinais de alarme revela-se essencial. Estratégias como o ensino sobre sinais de trabalho de parto, monitorização de sintomas e reforço de comportamentos protetores permitem à grávida manter um papel ativo no seu cuidado. Tal participação fortalece o sentimento de controlo, reduz a ansiedade e facilita a adaptação à nova realidade, potenciando recursos internos para lidar com a gravidez de alto risco (Bauer et al., 2024; Rodrigues et al., 2020; Waddell et al., 2024).

A prática clínica demonstrou ainda que a preparação para o exercício da parentalidade não era prioritária para estas mulheres. Embora o cuidado de um recém-nascido prematuro exija competências específicas, a maioria das grávidas revelava estar inteiramente focada na viabilidade e sobrevivência do bebé, expressando que haveria tempo para aprender os cuidados necessários após o internamento em neonatologia.

O internamento de mulheres com diagnóstico de APPT representa, assim, um momento crítico que requer uma atuação especializada, centrada nas necessidades multidimensionais da grávida em situação de risco. A intervenção do EEESMO revela-se essencial na prevenção e mitigação de possíveis complicações materno-fetais, promovendo simultaneamente a expressão emocional da grávida e a sua adaptação à hospitalização (Kao et al., 2019).

Neste enquadramento, o EEESMO assume um papel fundamental e insubstituível, sendo a sua intervenção orientada não só para a vigilância clínica e para a promoção da estabilidade materno-fetal, mas também para o suporte emocional e educativo. Estes são elementos fulcrais na minimização do impacto decorrente da APPT. A escuta ativa, a promoção da literacia em saúde, e o reforço da autonomia da grávida constituem pilares da atuação do enfermeiro especialista, contribuindo para uma experiência de gravidez mais segura e positiva, mesmo em contextos adversos (Cavalcanti et al., 2021; Santos et al., 2023).

Desta forma, a prestação de um apoio contínuo e de orientações adequadas torna-se imperativa, permitindo à mulher compreender e integrar a nova realidade, bem como desenvolver estratégias de coping eficazes, facilitando uma transição mais saudável e potenciando os recursos internos necessários para enfrentar os desafios associados à gravidez de alto risco (Kao et al., 2019; Najafi et al., 2023).

No contexto institucional, a abordagem a grávidas em situações de risco, como é o caso da APPT segue protocolos clínicos padronizados, que visam uniformizar e otimizar a resposta assistencial. Durante o estágio, observou-se que existem intervenções que são frequentemente implementadas de forma rotineira, sem uma fundamentação científica sólida, como é o caso da avaliação de sinais vitais de 8 em 8h, realizada a todas as grávidas internadas, independentemente do seu diagnóstico. Tal prática evidencia a importância de assegurar que as

intervenções adotadas sejam não apenas protocoladas, mas também fundamentadas de acordo com a melhor evidência disponível.

Um exemplo é a prescrição sistemática de repouso relativo no leito em casos de APPT. Embora a literatura recente, nomeadamente uma revisão sistemática conduzida pela Cochrane em 2018, indique que o repouso relativo no leito não apresenta benefícios comprovados na prevenção do parto pré-termo (Medley et al., 2018), esta continua a ser prescrito de forma sistemática, em parte devido à existência de evidência científica contraditória. Deste modo, a sua indicação deve ser cuidadosamente ponderada, considerando a relação risco-benefício e a individualidade de cada caso clínico.

O acompanhamento deste caso clínico permitiu assim, consolidar competências essenciais ao exercício do EEESMO. A monitorização sistemática da gravidez e a vigilância de sinais e sintomas de risco possibilitaram uma intervenção clínica fundamentada e integrada na equipa multidisciplinar, reforçando a capacidade de decisão e cooperação interprofissional. Paralelamente, o desenvolvimento de competências relacionais e educativas foi determinante para promover a literacia em saúde, a adaptação à gravidez e a preparação para o nascimento de um recém-nascido prematuro. As intervenções centradas na mulher valorizaram as dimensões física, emocional e social, enfatizando a importância da escuta ativa, da empatia e da promoção da saúde mental perinatal. Este caso reflete, assim, não apenas a complexidade clínica da gravidez com APPT, mas também o papel diferenciador do EEESMO na prestação de cuidados holísticos e na facilitação de uma transição saudável para a parentalidade.

6. CASO CLÍNICO - BLOCO DE PARTOS

Finalmente chegou o dia e vou ser capaz ...

6.1. Enquadramento teórico

Os cuidados especializados prestados pelo EEESMO visam garantir uma assistência de qualidade à mulher durante o trabalho de parto, promovendo a segurança do ambiente e a otimização do estado de saúde materno-fetal, contribuindo, assim, para uma vivência de parto positiva (OE, 2021).

Durante o período intraparto, a prestação de cuidados especializados tem como foco central a resposta individualizada às necessidades específicas de cada mulher, através de uma abordagem que respeita a fisiologia do processo de parto, assegurando simultaneamente a sua segurança e dignidade (OE, 2021; OE, 2023). Para a primigesta, esta individualização adquire especial significado, uma vez que a primeira experiência de parto influencia de forma marcante a perceção da maternidade e da própria capacidade de lidar com a dor e a progressão do trabalho de parto (Tostes & Seidl, 2016).

O parto natural é conceptualizado como um fenómeno fisiológico contínuo e espontâneo, livre de intervenções clínicas desnecessárias, idealmente realizado num contexto acolhedor e centrado na mulher, de modo a favorecer a sua autonomia e participação ativa (Lima et al., 2024). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2022), a experiência de um parto fisiológico, quando não se verificam complicações, pode trazer benefícios imediatos para a maioria das mulheres, nomeadamente a perceção de bem-estar físico e emocional, bem como um maior sentimento de competência no papel materno. Acresce que, na ausência de fármacos com potencial impacto no sistema neurológico, a puérpera mantém melhores condições físicas e emocionais para responder às necessidades do recém-nascido, o que constitui igualmente uma vantagem para este.

No caso da mulher primigesta, a fase latente do primeiro estadio assume particular relevância, por se tratar de uma etapa geralmente mais prolongada e frequentemente associada a maior ansiedade e incerteza, dada a ausência de experiência prévia (Tostes & Seidl, 2016). Neste enquadramento, o EEESMO desempenha um papel determinante, ao demonstrar competências diferenciadas na conceção, planeamento e implementação de estratégias que promovam o

conforto e o bem-estar da mulher e da sua pessoa significativa. Para além disso, é da sua responsabilidade a monitorização contínua da evolução do trabalho de parto, bem como a adoção de intervenções que respeitem a integridade do processo fisiológico (OE, 2019; OE, 2021; Lima et al., 2024).

No decurso do estágio, observou-se que a maioria das parturientes opta pela analgesia epidural, sendo reduzido o número de mulheres que escolhem o parto sem epidural. No entanto, quando esta opção era feita, observava-se que a experiência assumia um carácter emocionalmente intenso, frequentemente associado ao empoderamento feminino, favorecendo a perceção de controlo sobre o próprio corpo. Este contexto clínico fundamentou a seleção do caso apresentado.

A análise e intervenção no caso clínico constituíram uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO, permitindo responder de forma adequada às necessidades da mulher e da sua pessoa significativa no contexto do trabalho de parto natural, focando o trabalho de parto na autonomia e empoderamento da mulher. Destacam-se, particularmente, as competências relacionadas com a avaliação da progressão do parto e o apoio à mulher na construção de uma experiência positiva, respeitando as suas preferências e expectativas (OE, 2021).

Através da sua experiência profissional e domínio técnico-científico, o EEESMO encontra-se apto a adequar as suas intervenções às especificidades de cada mulher, através da escuta ativa, do acompanhamento contínuo e da orientação durante o trabalho de parto. Este suporte visa assegurar um ambiente seguro e humanizado, minimizando a ocorrência de intervenções clínicas desnecessárias, de forma a permitir que o parto decorra da forma mais natural possível (Bremner & Neerland, 2020).

Adicionalmente, foi possível consolidar competências no domínio da comunicação eficaz e da construção de uma relação terapêutica com a parturiente, potenciadas pelo recurso ao plano de parto. Este instrumento revela-se essencial para a expressão clara das preferências da mulher, promovendo uma aliança de cuidados baseada na parceria, que contribui para a redução de intervenções não justificadas e para a promoção de uma experiência de parto positiva e informada (Bremner & Neerland, 2020; Lima et al., 2024).

Cenário

A Sr.^a H., primigesta, 39 semanas e 4 dias de gestação, grupo sanguíneo O Rh positivo e rastreio Streptococcus do grupo B negativo, deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia às 7h45, acompanhada pelo marido, referindo perda de líquido vaginal e dor associada a contrações uterinas regulares, com uma frequência de duas contrações a cada 10 minutos.

A avaliação tocológica, realizada pela equipa médica, evidenciou uma dilatação cervical de 4 cm, colo uterino em estado intermédio e 50% de extinção, com apresentação cefálica acima do primeiro plano de Hodge e membranas rotas com saída de líquido amniótico de cor clara, quantidade moderada e odor sui generis, pelo que foi admitida na sala de partos às 8h30, com o diagnóstico de trabalho de parto.

Aquando da avaliação inicial, a parturiente relatou ter frequentado o curso de preparação para o parto e parentalidade UCC da sua área de residência, apresentando ainda um plano de parto previamente elaborado. Nesse documento, expressa a vontade de vivenciar um parto o mais fisiológico possível, evitando o uso de analgesia epidural ou fármacos que acelerem o trabalho de parto. Manifestou ainda a intenção de se manter ativa durante o processo, ingerir alimentos e bebidas ligeiras, e que sejam implementadas medidas de proteção do períneo, consentindo a realização de episiotomia, apenas se estritamente necessário. Expressou igualmente o desejo de ter o seu companheiro sempre presente, e de recorrer a métodos não farmacológicos para lidar com a dor, tais como: imersão em água, bola de pilates, massagens e musicoterapia. Solicitou, adicionalmente, um ambiente calmo e com privacidade, com iluminação reduzida. No momento do nascimento, manifestou o desejo de que fosse o marido a proceder ao corte do cordão umbilical, e de iniciar contacto pele a pele com o recém-nascido o mais precocemente possível. Contudo, salvaguardou que estaria recetiva a outras intervenções, caso fossem clinicamente justificadas, desde que previamente discutidas consigo.

Pelas 11h30, três horas após a sua admissão na sala de parto, a parturiente referiu dor mais intensa na região lombar, sendo realizado, com o seu consentimento, novo exame vaginal, o qual revelou dilatação cervical de 5 cm, colo amolecido, 80% de extinção e apresentação cefálica acima do primeiro plano de Hodge. Às 14h00, nova avaliação médica evidenciou uma dilatação de 6 cm e 100% de extinção cervical, entrando nessa altura na fase ativa do trabalho de parto.

Durante o turno, foram respeitadas as preferências expressas pela Sr.^a H. no seu plano de parto, nomeadamente a liberdade de movimentos e a utilização de estratégias não farmacológicas para lidar com a dor. Foi assegurada uma abordagem individualizada, centrada na parturiente e orientada para a partilha na tomada de decisões, sempre com o envolvimento da sua pessoa significativa.

A monitorização cardiotocográfica (CTG) foi iniciada no momento da admissão e mantida de forma contínua durante o trabalho de parto, em conformidade com o protocolo institucional e com as recomendações da DGS. Contudo, esta prática contrasta com as recomendações da OMS, que defende a auscultação intermitente como método de vigilância fetal preferencial. Segundo a OMS (2018), a monitorização contínua encontra-se associada a um maior recurso a intervenções médicas, como cesarianas ou partos instrumentados, procedimentos que implicam riscos adicionais de morbilidade materna e neonatal. Acresce ainda que a utilização contínua do

monitor pode restringir a autonomia da parturiente, gerar maior desconforto e limitar o recurso a estratégias não farmacológicas de lidar com a dor. Considerando o plano de parto da Sr.^a H., particularmente a sua vontade de manter liberdade de movimentos durante o trabalho de parto, foi utilizada a monitorização sem fios (wireless).

6.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 29 anos | Feminino

6.3. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

12-03-2025 08:30

12-03-2025 08:30 - Cateter venoso periférico

12-03-2025 08:30 - Localização do cateter venoso periférico

12-03-2025 08:30 - Antebraço Esquerda(o)

12-03-2025 08:30 - Características do dispositivo: Calibre 18G.

12-03-2025 08:30 - Assegurar funcionamento do cateter

12-03-2025 08:30 - *Otimizar cateter venoso periférico [Agora e SOS]*

12-03-2025 08:30 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

12-03-2025 08:30 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico*

12-03-2025 08:30 - Prevenir complicações relacionadas com cateter venoso periférico

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

A DGS (2023) recomenda a inserção de um cateter venoso periférico calibres 18G ou 20G, preferencialmente no membro superior esquerdo, durante a fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto. Esta medida visa garantir um acesso venoso seguro em situações de

emergência, bem como permitir a administração de fármacos, nomeadamente a ocitocina durante o quarto estadio do trabalho de parto. No entanto, a administração rotineira de soros não é aconselhada nesta fase (DGS, 2023; OMS, 2018).

Durante o turno, o cateter venoso periférico não chegou a ser utilizado. Apesar de se encontrar prescrita a administração de uma solução polielectrolítica com glucose a 5% a 125 ml/h, esta não foi iniciada, uma vez que a Sr.ª H. referiu ter tomado o pequeno-almoço antes de se dirigir ao hospital e, ao longo do turno, foi ingerindo gelatinas e chás açucarados.

6.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
12-03-2025 08:30	Sensações somáticas	
12-03-2025 08:30	Sistema cardiovascular	
12-03-2025 08:30	Parto	
12-03-2025 08:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
12-03-2025 08:30	Eliminação urinária	

6.4.1. Os domínios seleccionados; sua relação com o quadro teórico

Parto

O Trabalho de Parto compreende o conjunto de fenómenos fisiológicos que culminam na dilatação do colo uterino, na progressão do feto através do canal de parto e, finalmente na sua expulsão para o exterior. O parto natural, conforme desejado pela utente H., caracteriza-se pela ausência de fármacos e por intervenções mínimas, permitindo à mulher experienciar o processo de forma espontânea, favorecendo a libertação hormonal conforme a fisiologia natural do parto (Oliveira et al., 2019).

O início do trabalho de parto é habitualmente assinalado pelo aumento da frequência e intensidade das contrações uterinas, coincidindo com o início da dilatação cervical (Oliveira et al., 2019).

O trabalho de parto divide-se em quatro estadios. O primeiro corresponde ao período de dilatação cervical e subdivide-se em duas fases. A primeira, a fase latente, em que se encontra a Sr.ª H., representa o início do processo, é caracterizada por um progresso mais lento, culminando com a dilatação cervical até cerca de 6 cm (Oliveira et al., 2019).

Esta primeira fase assume particular relevância no decurso do trabalho de parto, não só por ser a mais prolongada, mas especialmente por ser nesta que as intervenções implementadas têm

um impacto significativo na saúde materna e fetal (Marques, 2021). A sua vigilância é de extrema importância, uma vez que a sua longa duração acarreta mais sofrimento à mulher, sendo fundamental garantir métodos eficazes e seguros para o bem-estar da mãe e do feto (Marques, 2021).

Durante a fase latente, é essencial que o EEESMO preste cuidados individualizados, promovendo estratégias facilitadoras da progressão do trabalho de parto e que ajudem a parturiente a lidar com a dor (Oliveira et al., 2019).

Estas estratégias possibilitam que a parturiente decida livremente sobre a sua aplicação, respeitando os seus instintos e promovendo a sua autonomia. Esta abordagem reforça a participação ativa da mulher e do seu acompanhante, resgatando o protagonismo da parturiente no processo do trabalho de parto (Reis et al., 2024).

No caso clínico apresentado, a Sr.^a H. já conhecia algumas das estratégias, mas não se recordava de como colocar algumas delas em prática: “Nas aulas falámos de várias estratégias que incluí no plano de parto, tanto para ajudar no trabalho de parto como no alívio da dor. Sei que andar e estar de pé ajuda por causa da gravidade, mas também falámos de alguns exercícios com a bola de pilates e assim de que já não nos lembramos bem de como se fazem” (sic). “No plano de parto só coloquei as estratégias que conheço e acho que realmente me podem ajudar, mas tinha lá outras que não conheço como a aromaterapia e a respiração, pelo que optei por não colocar” (sic).

Sensações somáticas

Durante o trabalho de parto, o organismo da parturiente é submetido a um conjunto de alterações fisiológicas destinadas a facilitar a expulsão do feto. Estas modificações incluem, entre outras, as contrações uterinas e a dilatação do colo do útero, que estão diretamente associadas à perceção de dor (Graça, 2018).

Na fase latente do trabalho de parto, a dor manifesta-se, geralmente, sob a forma de desconforto abdominal ou lombar, cuja intensidade e frequência aumentam progressivamente. Este fenómeno resulta da atividade contrátil do útero e do processo de dilatação cervical (Graça, 2018).

A dor característica da fase de dilatação cervical, fase em que se encontra atualmente a utente H., é descrita como uma dor visceral, resultante da isquemia uterina provocada pelas contrações, na distensão do segmento uterino inferior e na progressiva dilatação do colo do útero. Trata-se de uma dor com distribuição mais ampla, podendo irradiar para a região inferior do abdómen, cristas ilíacas e zona lombar (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023).

Durante a maior parte do primeiro estadio do trabalho de parto, a dor encontra-se

principalmente associada aos períodos de contração uterina, sendo comum que a parturiente não experimente dor significativa nos intervalos entre contrações (Perry et al., 2022; Suarez-Easton et al., 2023).

A dor de trabalho de parto é reconhecida como um fenómeno complexo e inevitável, cuja percepção varia amplamente de mulher para mulher (OE, 2023). Para além da componente física, fatores como a educação, os valores culturais e as experiências prévias influenciam a forma como cada mulher interpreta e lida com a esta experiência (Rodriguez & Perez, 2022).

A percepção e o significado atribuídos à dor pela parturiente e pelas pessoas significativas à sua volta desempenham um papel determinante na forma como esta vivencia o trabalho de parto. No caso apresentado, a Sr.^a H., apresenta uma postura otimista e confiante quanto à dor neste processo, referindo que “Nas aulas de preparação para o parto, disseram-nos que a dor tem um propósito que é ajudar o bebé a encontrar o caminho. Não vou dizer que vai ser fácil, mas, tudo vai valer a pena quando tiver o meu bebé nos meus braços” (sic). Quando a dor é entendida como parte de um processo natural com um propósito definido, o nascimento do filho, tende a despertar uma atitude mais positiva, facilitando a mobilização de recursos internos e a identificar estratégias externas, como as estratégias não farmacológicas para o lidar com a dor (Lima et al., 2024).

Estas estratégias, além de não invasivas e de baixo custo, têm mostrado ser eficazes na promoção de um parto mais humanizado, centrado nas necessidades da mulher, permitindo à mulher maior controlo sobre o seu corpo e experiência do parto. Contudo, a percepção de controlo sobre a dor, pode ir-se alterando ao trabalho de parto. O cansaço resultante da dor pode afetar a capacidade da mulher em manter o esforço necessário ao longo deste processo. Sentir-se preparada e confiante para lidar com a dor constitui, assim, um fator determinante para uma vivência mais satisfatória deste momento (Lima et al., 2024; Santos et al., 2024).

No início do turno, a Sr.^a H. referiu: “Sempre quis um parto natural, sem epidural, mas tinha algum receio de não suportar a dor, pelo que demorei algum tempo a decidir-me. Durante as aulas de preparação para o parto, falaram-me de algumas estratégias que tiram a dor sem recurso a medicação, e foi então que me decidi e sei que serei capaz “(sic).

Sistema cardiovascular

Aquando do internamento de qualquer grávida com diagnóstico de trabalho de parto, a DGS (2023), recomenda que se proceda à avaliação da pressão arterial no momento da admissão.

Durante a fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto, fase em que se encontra a Sr.^a H., está igualmente preconizada a monitorização da temperatura timpânica, da frequência cardíaca e da pressão arterial, com uma periodicidade de 4/4 horas. Esta vigilância tem como objetivo assegurar a manutenção da estabilidade hemodinâmica materna, condição essencial

para o bem-estar fetal e para a progressão segura do trabalho de parto (Cunningham et al., 2016; DGS, 2023).

Ao longo do trabalho de parto, ocorrem alterações transitórias na hemodinâmica materna, influenciadas por fatores como a dor e a ansiedade, especialmente num trabalho de parto sem recurso a analgesia epidural, como é o caso da Sr.^a H. No entanto, o EEESMO deve manter uma vigilância atenta, uma vez que alterações significativas e sustentadas da pressão arterial podem comprometer o fluxo sanguíneo útero-placentário, afetando a oxigenação fetal (Felis & Loddo, 2023; Mira et al., 2021).

Eliminação urinária

A distensão vesical durante o trabalho de parto pode interferir negativamente na sua progressão, dificultando a descida da apresentação fetal, inibindo a eficácia das contrações uterinas e aumentando o risco de atonia uterina no pós-parto. Além disso, a presença de um globo vesical pode intensificar o desconforto materno ao agravar a distensão abdominal, dificultando o controlo da dor (Graça, 2018).

Mesmo na fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto, uma bexiga distendida pode ocupar espaço na pelve e interferir com a descida da apresentação fetal, prejudicando o progresso do trabalho de parto. Para além disso, as contrações uterinas reduzem a consciência de uma bexiga cheia, pelo que por vezes é necessário relembrar a parturiente (Cunningham et al., 2016).

Assim, é essencial vigiar os sinais sugestivos de retenção urinária e incentivar a micção espontânea. De acordo com DGS (2023), caso não ocorra micção num período superior a seis horas, deve avaliar-se a presença de globo vesical e, se este for evidente, proceder ao seu esvaziamento.

Durante o turno, a Sr.^a H., deslocou-se regularmente à casa de banho, referindo sempre conseguir urinar espontaneamente. Adicionalmente, durante os exames vaginais não foram identificados sinais de retenção vesical, o que sugere que a bexiga estava a ser esvaziada de forma eficaz.

6.5. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

12-03-2025 08:30

12-03-2025 08:30 - Manifesta dor.

12-03-2025 08:30 - Dor

12-03-2025 08:30 - Localização da dor

12-03-2025 08:30 - Abdómen Inferior

12-03-2025 08:30 - Intensidade da dor - 3.

12-03-2025 08:30 - frequência da dor - intermitente.

12-03-2025 08:30 - duração da dor - aguda.

12-03-2025 08:30 - dor de tipo - cólica.

12-03-2025 08:30 - Determinar evolução da dor

12-03-2025 08:30 - Avaliar evolução da dor

12-03-2025 11:30 - Localização da dor

12-03-2025 11:30 - Dorso Inferior

12-03-2025 11:30 - Intensidade da dor - 4.

12-03-2025 08:30 - Promover autocontrolo: dor

12-03-2025 08:30 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-03-2025 08:30 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

12-03-2025 08:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 12-03-2025 14:00

12-03-2025 08:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [FIM] 12-03-2025 14:00

12-03-2025 14:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador [MELHOROU].

12-03-2025 08:30 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Agora e SOS] [FIM] 12-03-2025 14:00

12-03-2025 08:30 - Avaliar evolução do autocontrolo da dor

12-03-2025 14:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da dor.

Sistema cardiovascular

12-03-2025 08:30

12-03-2025 08:30 - Localização do Pulso

12-03-2025 08:30 - Braço Esquerda(o)

12-03-2025 08:30 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

12-03-2025 08:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

12-03-2025 08:30 - Membro superior Esquerda(o)

12-03-2025 08:30 - Pressão sanguínea sistólica: 124 mmHg.

12-03-2025 08:30 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.

Eliminação urinária

12-03-2025 08:30

12-03-2025 08:30 - Reconhece a vontade de urinar.

12-03-2025 08:30 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

12-03-2025 08:30 - Determinar evolução da eliminação urinária

12-03-2025 08:30 - Avaliar evolução da eliminação urinária

12-03-2025 08:30 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

12-03-2025 08:30 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

12-03-2025 11:30 - Sem globo vesical.

Parto

12-03-2025 08:30

12-03-2025 08:30 - Posição do colo do útero: posterior.

12-03-2025 08:30 - Consistência do colo do útero: intermédia.

12-03-2025 08:30 - Extinção do colo do útero: 50%.

12-03-2025 08:30 - Dilatação do colo do útero: 4 cm.

12-03-2025 08:30 - Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos .

12-03-2025 08:30 - Duração da contração uterina: 30 Segundos.

12-03-2025 08:30 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

12-03-2025 08:30 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

12-03-2025 08:30 - Descida do feto: acima do 1.º plano de Hodge.

12-03-2025 08:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

12-03-2025 08:30 - Expectativa face ao parto: parto fisiológico.

12-03-2025 08:30 - Trabalho de parto

12-03-2025 08:30 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto

12-03-2025 08:30 - Avaliar evolução do trabalho de parto

12-03-2025 11:30 - Posição do colo do útero: intermédia.

12-03-2025 14:00 - Posição do colo do útero: anterior.

12-03-2025 11:30 - Consistência do colo do útero: mole.

12-03-2025 14:00 - Consistência do colo do útero: mole.

12-03-2025 11:30 - Extinção do colo do útero: 80%.

12-03-2025 14:00 - Extinção do colo do útero: 100%.

12-03-2025 11:30 - Dilatação do colo do útero: 5 cm.

12-03-2025 14:00 - Dilatação do colo do útero: 6 cm.

12-03-2025 14:00 - Apresentação fetal: cefálica.

12-03-2025 11:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

12-03-2025 14:00 - Bem-estar fetal: patológico (linha basal: <110 ou >160bpm; variabilidade: reduzida ou aumentada e padrão sinusoidal; desacelerações tardias repetitivas ou prolongadas).

12-03-2025 11:30 - Frequência cardíaca fetal: 143.00 bpm.

12-03-2025 14:00 - Frequência cardíaca fetal: 138.00 bpm.

12-03-2025 11:30 - Descida do feto: 1.º plano de Hodge.

12-03-2025 11:30 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

12-03-2025 11:30 - Líquido amniótico de características normais.

12-03-2025 10:00 - Facilitar trabalho de parto/nascimento

12-03-2025 10:00 - Gerir ingestão de líquidos [Agora e SOS]

12-03-2025 10:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 10:00 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto

12-03-2025 10:00 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-03-2025 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

12-03-2025 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto

12-03-2025 10:00 - Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 10:00 - Treinar posição corporal facilitadora do trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 10:00 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 10:00 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 10:00 - Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto

12-03-2025 14:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo para lidar com o trabalho de parto.

12-03-2025 08:30 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto

12-03-2025 08:30 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

12-03-2025 08:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 08:30 - Assistir a identificar estratégias de alívio da dor de trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 08:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [Agora e SOS]

12-03-2025 08:30 - Potencial para melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

12-03-2025 08:30 - Avaliar evolução da capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto

12-03-2025 08:30 - Instruir estratégias de relaxamento [Agora e SOS]

12-03-2025 08:30 - Treinar estratégias de relaxamento [Agora e SOS]

12-03-2025 11:30 - Instruir estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 11:30 - Treinar estratégias não farmacológicas para lidar com a dor de trabalho de parto [Agora e SOS]

12-03-2025 10:00

6.6. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: Segundo a OMS (2018) e o protocolo da instituição, o exame vaginal deve ser efetuado de quatro em quatro horas. Contudo, esta intervenção está frequentemente associada a desconforto e ansiedade por parte da utente (Almeida, 2021). A DGS (2023) recomenda que a frequência destes exames seja ajustada às queixas e necessidades da parturiente, pelo que foram realizados de forma adaptada, em conformidade com a enfermeira tutora.

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

- OBJETIVO: Melhorar a capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.
- CR: Que a Sr.^a H. reconheça estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto que poderão ser úteis para si, e que estão disponíveis no serviço.
- No seu plano de parto, a Sr.^a H. expressou o desejo de recorrer a estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, nomeadamente imersão em água, utilização da bola de pilates, massagens e musicoterapia. Considerando que a unidade não dispõe de banheira nem de outros recursos adequados à prática de hidroterapia, foi sugerida a utilização da água morna do chuveiro como alternativa.
- Explicado que caso deseje, poderá experimentar estratégias como a aromaterapia ou os exercícios respiratórios. Uma vez que nunca recorreu a estas técnicas, não sabe se serão eficazes no seu caso; contudo, poderá testá-las e avaliar o efeito que produzem na gestão da dor, decidindo posteriormente se pretende ou não continuar a utilizá-las.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A participação ativa da parturiente na escolha das estratégias não farmacológicas para o alívio da dor durante o trabalho de parto é fundamental para a promoção da sua autonomia e empoderamento (Lima et al., 2024). A disponibilização de alternativas que respeitem as suas preferências individuais contribui para uma vivência mais positiva e personalizada do parto. A experimentação destas estratégias e a reflexão sobre os seus efeitos permitem à mulher identificar quais os métodos mais eficazes para o seu próprio bem-estar (OE, 2023).

Instruir estratégias de relaxamento

- OBJETIVO: Promover o autocontrolo da dor através da utilização de técnicas de relaxamento.
- CR: Que a Sr.^a H. consiga lidar com a dor de trabalho de parto através da utilização de técnicas de relaxamento (respiração).
- Foi realizada uma experiência de respiração associada à aromaterapia (difusor com lavanda). O casal foi orientado a sentar-se confortavelmente, ficando a parturiente apoiada no acompanhante. Solicitou-se que fechassem os olhos por alguns instantes, permitindo o relaxamento das costas e mantendo os braços apoiados na posição mais confortável. Posteriormente, a parturiente foi instruída a dirigir a atenção para a sua respiração, observando o ritmo e a profundidade, sem procurar modificá-los. De seguida,

foi-lhe pedido que colocasse as mãos sobre o abdómen, formando a figura de um coração em torno do umbigo, enquanto o acompanhante posicionava as suas mãos por baixo, ficando as da parturiente apoiadas sobre estas. A respiração foi então conduzida de forma lenta e profunda, com o objetivo de direcionar o ar até às mãos, como se estivesse a massajar o bebé através da respiração. A expiração foi realizada de modo gradual e controlado. No final do exercício, foi sugerido que observasse novamente o padrão respiratório, refletindo sobre a diferença sentida em relação ao início da prática.

- Foi realizada uma técnica de respiração focada na atenção plena. A parturiente foi orientada a inspirar lentamente pelo nariz e a expirar pela boca, de forma natural e sem esforço. Foi-lhe solicitado que procurasse libertar-se dos pensamentos que pudessem surgir, concentrando-se apenas no momento presente. Orientou-se a observação consciente do percurso do ar ao entrar pelas vias nasais e ao sair pela boca. Sublinhou-se que o mais importante era manter-se presente e permitir que a respiração fluísse com calma.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: Na fase latente do primeiro estadio do trabalho de parto, recomenda-se, inicialmente, a aplicação de técnicas de respiração e relaxamento, que contribuem para o alívio da dor, redução da ansiedade e aumento do conforto da mulher (Oliveira et al., 2019; Reis et al., 2024). Estas estratégias promovem a consciência corporal, permitindo à parturiente identificar os métodos mais eficazes para si. A respiração, enquanto recurso terapêutico, atua como mecanismo de distração, interferindo na perceção da dor ao desviar a atenção e modular a receção e o processamento de estímulos nociceptivos a nível cognitivo (OE, 2023).

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Foi garantida a privacidade, mantendo-se a porta da sala de partos fechada. A luminosidade foi ajustada às preferências da parturiente, reduzindo-se a intensidade da luz e fechando-se as janelas.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A criação de um ambiente familiar e privado, que favoreça a sensação de segurança e relaxamento da mulher durante o trabalho de parto, contribui para o desenvolvimento da confiança e do bem-estar emocional. Este tipo de ambiente proporciona à parturiente uma maior perceção de controlo sobre a experiência (OE, 2023). Por outro lado, a ausência de privacidade, a realização excessiva de intervenções e a iluminação demasiado intensa podem comprometer negativamente o progresso do trabalho de parto, através da ativação do neocórtex (Silva, 2024).

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- OBJETIVO: Melhorar o conhecimento sobre o papel das estratégias não farmacológicas na dor de trabalho de parto
- CR: Que a Sr.^a H. compreenda que as estratégias não farmacológicas não eliminam a dor, mas contribuem para melhorar a sua capacidade de lidar com a mesma.
- Explicado que as estratégias não farmacológicas não vão fazer a dor desaparecer. O objetivo é tornar a dor mais suportável, através da promoção do relaxamento, bem-estar e da sensação de controlo. Estas estratégias promovem a libertação de hormonas que vão atuar como analgésicos naturais reduzindo a perceção da dor e aumentando a sua

tolerância à mesma.

- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A ausência de conhecimento acerca da eficácia real das estratégias não farmacológicas utilizadas no alívio da dor durante o trabalho de parto pode conduzir a expectativas irrealistas relativamente ao processo do parto, originando sentimentos de frustração e perda de confiança nas próprias capacidades. Compete ao EEESMO prestar informações claras, objetivas e realistas sobre o que esperar, promovendo, assim, uma experiência de parto mais consciente, positiva e satisfatória (Almeida et al., 2015; Ramos et al., 2021).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Durante o turno, o marido esteve presente desde o momento da admissão, acompanhando e apoiando a parturiente em todas as suas necessidades. Esteve atento, oferecendo água sempre que necessário, ajudando na deambulação e na utilização da bola de pilates. Manteve o ambiente acolhedor, garantindo que a luz do quarto se mantinha desligada e colocando música relaxante de fundo, de acordo com as preferências da parturiente.
- Sendo a massagem uma das estratégias não farmacológicas incluídas no plano de parto da Sr.^a H., foi explicado e demonstrado ao acompanhante como realizar uma massagem suave nas costas e nos ombros da parturiente, entre as contrações. A técnica consiste na utilização de movimentos amplos, com pressão moderada, tendo como objetivos aliviar a tensão muscular e favorecer a circulação sanguínea. Inicia-se com movimentos de amassamento dos músculos dos ombros, moldando com as mãos, comprimindo e libertando suavemente, durante cerca de 1 a 2 minutos, repetidos 3 a 4 vezes. Seguidamente, aplicam-se movimentos de deslizamento com as palmas das mãos, finalizando com gestos de rolamento e alongamento, de modo a promover um maior relaxamento.
- Por volta das 11h30, perante o aumento da dor referida pela Sr.^a H., especialmente na região lombar, foi explicado ao Sr. J. como realizar uma massagem com pressão durante a contração. Com a parturiente sentada ou deitada, ligeiramente inclinada para a frente, deve posiciona-se atrás para ter acesso à região lombar. Após identificar o ponto de maior tensão, deve colocar as palmas das mãos sobre essa zona e aplicar uma pressão firme e contínua, mantendo-a ao longo da contração.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o trabalho de parto tem um impacto relevante na perceção da experiência e no grau de satisfação materna (Lima et al., 2024). A sua participação revela-se benéfica, sobretudo ao nível do suporte físico e emocional, contribuindo para a diminuição dos níveis de stresse e ansiedade. Para além disso, o acompanhante pode desempenhar um papel ativo na facilitação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, reforçando o conforto e a sensação de segurança da mulher (Paiva et al., 2023).

Instruir posição corporal facilitadora do trabalho de parto

- **OBJETIVO:** Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.
- **CR:** Que a Sr.^a H. adote posições corporais facilitadoras da progressão do trabalho de parto.

- No seu plano de parto, a Sr.^a H. manifestou o desejo de se manter ativa, tendo sido incentivada a mobilizar-se, a experimentar diferentes posições e a evitar permanecer na mesma posição durante longos períodos, especialmente na ausência de progressão aparente.
- Explicado que pode deambular pelo corredor do serviço, respeitando o seu ritmo e conforto. Durante as contrações mais intensas, é aconselhável que se apoie numa parede ou na pessoa que a acompanha, inclinando-se ligeiramente para a frente. Pode balançar-se ao ritmo da sua respiração, realizando movimentos pélvicos como inclinações, círculos ou movimentos em forma de infinito. É também benéfico adotar posições assimétricas, como colocar uma perna numa posição diferente da outra, independentemente da posição que estiver a adotar, de forma a favorecer o encaixe fetal e a progressão do trabalho de parto.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A possibilidade de liberdade de movimentos ao longo do trabalho de parto, bem como a autonomia da mulher na escolha das posições que lhe proporcionem maior conforto, constituem elementos fundamentais na promoção de um parto fisiológico. Esta abordagem está em consonância com a perspetiva que reconhece o parto como um processo natural, no qual a mulher assume um papel ativo e ajusta as suas posições de forma instintiva, de acordo com a perceção individual de bem-estar (Nori et al., 2023).

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- OBJETIVO: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.
- CR: Que a Sr.^a H. use dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto (bola de pilates).
- A Sr.^a H. referiu, no seu plano de parto, a intenção de utilizar a bola de pilates durante o trabalho de parto, mencionando que já possuía uma em casa e que a utilizava regularmente. Foi, por isso, orientada a sentar-se na bola, assegurando que os joelhos permanecessem fletidos a 90°. Foram-lhe sugeridos movimentos suaves, como balançar para a frente e para trás, mover-se lateralmente ou realizar movimentos circulares com a bacia, de modo a promover o conforto e a facilitar a progressão do trabalho de parto.
- Pelas 11h30, face ao aumento da dor lombar reportada pela Sr.^a H., foi sugerida a adoção de uma posição de alívio, colocando os joelhos na cama, com a bola de pilates à sua frente. A parturiente foi orientada a inclinar-se sobre a bola, apoiando as mãos, de forma a alongar a região lombar e reduzir a pressão sentida nas costas.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A utilização da bola de pilates revela-se uma estratégia benéfica durante o trabalho de parto, proporcionando uma posição confortável, especialmente nos momentos de pausa entre contrações, sem comprometer a ação da gravidade. Esta ferramenta contribui para o aumento da mobilidade pélvica, favorecendo a progressão da apresentação fetal no canal de parto e aliviando o desconforto na região lombar. Para além disso, pode atuar como um elemento de distração, promovendo o bem-estar da parturiente (OE, 2023).

Gerir ingestão de líquidos

- Foi oferecida água, chá açucarado e gelatina. Durante o turno, a parturiente foi

consumindo água e gelatina conforme a sua vontade.

- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A ingestão de líquidos claros, tais como água, chá com ou sem açúcar, sumos sem polpa, gelatina ou gelados de água com sabor a fruta, é recomendada conforme a preferência da parturiente, desde que a evolução do trabalho de parto e a monitorização fetal se mantenham dentro dos parâmetros normais (DGS, 2023).

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

- OBJETIVO: Melhorar capacidade para lidar com a dor de trabalho de parto.
- CR: Que a Sr.ª H. utilize estratégias para lidar com a dor de trabalho de parto que são úteis para si.
- Foi sugerida a combinação de várias estratégias que a parturiente já tinha utilizado individualmente e que se revelaram eficazes, como, por exemplo, o posicionamento ou movimentos na bola acompanhados de música, a massagem na bola de pilates, bem como a massagem associada a música e aromaterapia.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: Nos momentos em que a intensidade da dor aumenta, poderá ser recomendada a utilização combinada de várias estratégias não farmacológicas, de forma a promover o relaxamento e diminuir a perceção da dor durante o trabalho de parto (Lima et al., 2024; OE, 2023).

6.7. Síntese relativa ao caso

O EEESMO assume a responsabilidade pela prestação de cuidados especializados durante o trabalho de parto. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica nº 391/2019 é da sua competência assistir a mulher, inserida no contexto familiar e comunitário, durante o trabalho de parto, assegurando a realização do parto em condições seguras, de forma a promover a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (Ordem do Enfermeiros, 2019).

A experiência clínica permitiu observar que, embora a maioria das parturientes manifestasse preferência pela utilização de analgesia epidural, tem-se verificado um número crescente de mulheres que optam por um parto fisiológico. Esta tendência reflete a valorização do parto humanizado e o reconhecimento do direito da mulher à tomada de decisões informadas, traduzindo-se numa transformação cultural e social da prática obstétrica, com enfoque na redução de intervenções farmacológicas e na promoção da autonomia da parturiente (Thomson et al., 2019; Nori et al., 2023; Reis et al., 2024).

Perante o desejo de um parto natural, torna-se essencial adotar uma abordagem centrada nas dimensões biopsicossociais da mulher, com especial atenção no controlo da dor e promoção do conforto, através de métodos não farmacológicos que estejam alinhados com as suas

preferências e expectativas (Reis et al., 2024; Tostes & Seidl, 2016). Constatou-se ainda que cada vez mais parturientes chegam ao hospital previamente informadas sobre o plano de parto, trazendo-o já elaborado, ainda que a maioria desconheça este instrumento. No entanto, é frequente uma idealização pouco realista acerca da eficácia das estratégias não farmacológicas no controlo da dor. Muitas mulheres acreditam que estas irão eliminar totalmente a dor, o que pode gerar frustração, insatisfação e conduzir à procura de analgesia farmacológica, caso não sejam devidamente esclarecidas desde o início do acompanhamento (Almeida et al., 2015; Ramos et al., 2021). Esta constatação reforça a necessidade de um acompanhamento contínuo e esclarecedor desde o início, que alinhe expectativas e promova decisões informadas.

O plano de parto constitui um recurso essencial para a personalização dos cuidados, mas a sua utilização prática continua limitada, quer pelo desconhecimento da maioria das mulheres, quer pelas condições institucionais. Na unidade onde decorreu o ensino clínico, por exemplo, não existem recursos para a prática de hidroterapia, sendo o chuveiro a única alternativa disponível. Contudo, a limitação de apenas existir uma casa de banho equipada, localizada fora das salas de parto, contribui para a relutância das grávidas e profissionais em utilizar esta estratégia. Embora o duche terapêutico, especialmente com recurso a água quente, ser reconhecido como uma estratégia promotora do parto fisiológico, favorecendo o relaxamento, a tranquilidade e o conforto, potenciando ainda a perceção de controlo da mulher sobre o ambiente e sobre a própria experiência (Tereso et al., 2023), esta intervenção não foi aplicada ao longo da prática clínica. Esta limitação evidencia a distância entre os princípios da humanização do parto e os recursos efetivamente disponíveis, revelando que a personalização dos cuidados depende não apenas da vontade da parturiente, mas também de fatores organizacionais e estruturais.

A planificação, gestão de expectativas e implementação de estratégias de apoio durante o trabalho de parto natural são indispensáveis para proporcionar uma vivência positiva e segura, minimizando o medo e a ansiedade, diminuindo a insatisfação e favorecendo a recuperação do controlo por parte da mulher sobre o processo de parto (Reis et al., 2024; Webb et al., 2021). A elaboração de um plano de cuidados individualizado revelou-se essencial para criar um ambiente seguro e acolhedor, potenciando a confiança, a autoeficácia e a capacidade da mulher para lidar com o trabalho de parto.

A vigilância contínua da atividade uterina e da resposta fetal, associada a uma comunicação aberta e à partilha de informação clara revelou-se fundamental para reforçar a compreensão e a preparação das parturientes, favorecendo uma experiência de parto positiva. O apoio e incentivo à participação ativa da mulher e do seu acompanhante ao longo de todo o processo contribui para o fortalecimento do sentimento de competência, controlo e segurança, refletindo-se no seu bem-estar emocional. O apoio emocional constante e o respeito pelas preferências expressas no plano de parto criam condições que potenciaram a perceção de valorização, promovendo o empoderamento da mulher.

O acompanhamento deste caso clínico possibilitou, assim, o desenvolvimento de competências fundamentais ao exercício do EEESMO. Desde a admissão, foi assegurado um ambiente seguro e respeitador das preferências da parturiente, valorizando a autonomia, o conforto e a presença do acompanhante. A vigilância contínua e a avaliação criteriosa da evolução do trabalho de parto sustentaram uma tomada de decisão clínica fundamentada e centrada na fisiologia do processo o que permitiu a implementação de intervenções ajustadas que otimizaram a evolução do trabalho de parto e promoveram o bem-estar materno-fetal.

Por fim, destaca-se a importância da avaliação contínua da eficácia das intervenções aplicadas e da satisfação das mulheres, enquanto indicadores fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados. O feedback das parturientes constitui um recurso valioso para a melhoria contínua da prática clínica, permitindo adequar as abordagens às necessidades reais das mulheres em trabalho de parto (Lima et al., 2024; Webb et al. 2021).

7. CASO CLÍNICO - BLOCO DE PARTOS

Chegou o momento de te conhecer ...

7.1. Enquadramento teórico

No caso da mulher múltipara a individualização dos cuidados adquire especial relevância, dado que as experiências prévias influenciam a forma como a parturiente vivencia a evolução do trabalho de parto, as estratégias que adota para lidar com a dor, bem como as expectativas relativamente ao parto atual (Tostes & Seidl, 2016).

A utilização de técnicas de analgesia durante o parto tem-se tornado progressivamente mais frequente. Entre estas, a analgesia epidural configura-se como uma escolha informada e válida, sendo amplamente reconhecida como um recurso eficaz no alívio da dor. Diversos estudos científicos evidenciam benefícios significativos da analgesia epidural para a experiência do parto vaginal, dado que proporciona um alívio substancial da dor e possibilita que a mulher vivencie o trabalho de parto com maior conforto. Este efeito favorece um estado de maior relaxamento e menor stresse, o que pode repercutir-se positivamente na evolução do trabalho de parto e no bem-estar global da mãe e do recém-nascido (Vicentim et al., 2025).

Embora, os métodos não farmacológicos de para lidar com a dor constituem uma opção segura e promotora da fisiologia do trabalho de parto, a Ordem dos Enfermeiros enfatiza que a valorização das preferências da parturiente é central para a promoção da sua autonomia e satisfação, competindo ao EEESMO assegurar que qualquer escolha da parturiente decorra em condições de segurança, mediante a monitorização rigorosa da condição materno-fetal (Lopes & Silva, 2021; OE, 2022).

No caso da mulher múltipara, a fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto assume particular importância, uma vez que tende a apresentar uma evolução mais rápida em comparação com a primigesta. Esta característica exige do EEESMO uma vigilância constante e intervenções céleres e adequadas (Marques, 2021). Nesta fase, a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica é fundamental, pela sua capacidade de conceber, planear e implementar estratégias que assegurem o conforto, a segurança e o bem-estar da mulher e da sua pessoa significativa (OE, 2019). Paralelamente, é sua responsabilidade proceder à monitorização contínua da progressão do trabalho de parto e adotar intervenções

fundamentadas que preservem a integridade do processo fisiológico, respeitando a autonomia e os desejos da parturiente (OE, 2019; OE, 2021; Lima et al., 2024).

A evidência científica tem demonstrado que a percepção de controlo, bem como a redução da dor durante o trabalho de parto, independentemente do método utilizado, estão frequentemente associadas a uma experiência de parto mais positiva e satisfatória (Nícida et al., 2021). A analgesia epidural, por exemplo, pode contribuir para essa melhoria, desde que a mulher se sinta envolvida em todo o processo e as suas decisões sejam respeitadas. Neste enquadramento, a relação de parceria entre a parturiente e os profissionais de saúde, designadamente com o EEESMO, constitui um elemento fundamental. O diálogo contínuo permite clarificar expectativas, apoiar a tomada de decisão e promover um ambiente de cuidados centrado na mulher, valorizando as suas escolhas, mesmo que não estejam formalmente expressas num plano de parto escrito (OE, 2019, 2021).

A análise e intervenção no caso clínico constituíram uma oportunidade significativa para o desenvolvimento de competências enquanto futura EEESMO, permitindo dar uma resposta adequada às necessidades da mulher e da sua pessoa significativa no contexto de um trabalho de parto medicalizado. Evidenciam-se, em particular, as competências relacionadas com a conceção, planeamento, implementação e avaliação de intervenções orientadas para a promoção do conforto e do bem-estar da mulher e dos seus conviventes significativos, em cooperação com outros profissionais na execução de medidas de promoção da saúde, prevenção e controlo da dor (OE, 2021).

Ao longo do caso clínico, constatou-se que a participação ativa e esclarecida da mulher, aliada ao respeito pelas suas escolhas, contribuiu significativamente para uma vivência positiva do trabalho de parto. Este caso demonstra que, mesmo optando pela analgesia epidural, é possível manter a liberdade de movimentos e integrar estratégias não farmacológicas, potenciando o conforto e controlo, reconhecendo sempre a mulher como protagonista deste processo.

Cenário

A Sr.^a P., com 40 semanas e 1 dia de gestação, II Gesta I Para (parto anterior eutócico há três anos), grupo sanguíneo A Rh positivo e rastreio negativo para *Streptococcus* do grupo B, deu entrada no serviço de urgência de obstetrícia às 23h30, acompanhada pelo marido, referindo perda de líquido vaginal e contrações uterinas dolorosas, com uma frequência de duas contrações a cada 10 minutos.

Durante a admissão, a avaliação tocológica, realizada pela equipa médica, evidenciou dilatação cervical de 6 cm, colo uterino anterior, amolecido e 80% de extinção, com apresentação cefálica acima do primeiro plano de Hodge e membranas rotas, observando-se saída de líquido

amniótico de cor clara, em quantidade moderada e com odor sui generis. Perante estes achados, a parturiente foi admitida na sala de partos com o diagnóstico de trabalho de parto ativo.

Na avaliação inicial, a parturiente referiu não ter frequentado curso de preparação para o parto e parentalidade, justificando: “O parto anterior foi há pouco tempo, e o G. ainda é pequeno. Acho que não há preparação melhor do que essa” (sic). Não apresentava um plano de parto formal, contudo expressou o desejo de ter um parto vaginal com analgesia epidural, idealmente sem episiotomia. Manifestou ainda a vontade de realizar contacto pele a pele imediato e de amamentar na primeira hora de vida, bem como a preferência de estar sempre acompanhada pelo marido e que fosse este a cortar o cordão umbilical, tal como no nascimento do primeiro filho.

Relativamente ao controlo da dor, referiu a intenção de recorrer à analgesia epidural, sem excluir a possibilidade de utilizar métodos não farmacológicos para lidar com a dor, afirmando: “No parto anterior utilizei algumas estratégias que me ajudaram, como a música, a aromaterapia e a bola de pilates. Também experimentei a respiração e a imaginação guiada, mas essas não funcionaram comigo. Para mim, a epidural é a melhor solução, porque não quero sentir dor, mas gostaria de voltar a usar as outras estratégias porque me ajudaram a relaxar.” (sic). As suas preferências foram respeitadas, tendo sido colocado cateter epidural e realizada a primeira administração de ropivacaína às 00h30.

Por indicação médica, foi iniciada perfusão de ocitocina às 01h00, com um ritmo inicial de 6 ml/hora, ajustado progressivamente até 120 ml/hora, conforme protocolo institucional, mantendo-se até ao período expulsivo.

Às 02h30, perante o aumento da dor, foi realizada nova avaliação tocológica, que revelou dilatação de 8 cm, colo uterino anterior, amolecido e com 90% de extinção, apresentação cefálica no primeiro plano de Hodge, em variedade occipito-anterior direita. Verificou-se a presença de globo vesical, pelo que a parturiente foi incentivada a urinar, sem sucesso, tendo sido realizado um esvaziamento vesical. Foi administrado novo bólus de ropivacaína.

Pelas 04h00, a Sr.^a P. solicitou assistência devido a sensação de pressão suprapúbica e vontade de iniciar esforços expulsivos. O exame tocológico evidenciou dilatação completa e apresentação cefálica a transitar do segundo para o terceiro plano de Hodge.

O nascimento da recém-nascida ocorreu às 04h53, por parto eutócico, com períneo íntegro. Foram prestados os cuidados imediatos ao recém-nascido, nomeadamente a administração intramuscular de 1 mg de vitamina K, para profilaxia da doença hemorrágica por défice de vitamina K, e a aplicação de antibiótico tópico para prevenção da oftalmia neonatal.

Durante o turno, foi assegurada uma abordagem individualizada, centrada na parturiente e orientada para a tomada de decisão partilhada, envolvendo a sua pessoa significativa. A

parturiente mostrou-se recetiva à implementação de medidas facilitadoras do trabalho de parto, referindo: “Eu usei algumas no parto anterior, mas sinceramente já não me recordo de como se faz ” (sic). Assim, foram inicialmente aplicadas estratégias baseadas na verticalidade e na utilização da bola de pilates, seguindo-se posteriormente a aplicação da bola de amendoim e a alternância de posições, dado que a Sr.ª P. apresentava sinais de cansaço e expressou o desejo de tentar repousar por algum tempo.

A monitorização cardiotocográfica foi iniciada no momento da admissão e mantida de forma contínua durante todo o trabalho de parto, de acordo com o protocolo institucional e as recomendações da DGS. A monitorização contínua assume um papel essencial durante o trabalho de parto com perfusão de ocitocina, pois permite a deteção precoce de hiperestimulação uterina que pode comprometer a oxigenação fetal e resultar em sofrimento fetal intraparto (Helbig et al., 2019). Protocolos obstétricos recomendam a realização de CTG contínua por um período de 20 a 30 minutos antes da administração de ocitocina, com a finalidade de assegurar um traçado fetal normal sem taquisistolia, assim como a vigilância contínua durante todo o trabalho de parto. Esta abordagem permite intervir atempadamente, ajustando ou suspendendo a ocitocina conforme necessário, contribuindo para a segurança materno fetal e a progressão controlada do trabalho de parto (Helbig et al., 2019; Nunes et al., 2022).

7.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 34 anos | Feminino

7.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2025-06-08 00:30:00	Ropivacaína a 0,2%, 10ml em intervalos não inferiores a 1h.	
2025-06-08 00:30:00	Solução Polielectrolítica com Glucose a 125 ml/h	
2025-06-08 01:00:00	Ocitocina 10 UI, em 1000ml de Solução Polielectrolítica com Glucose 5%.	

7.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

- **Ropivacaína a 0,2%, 10ml em intervalos não inferiores a 1h.**

A analgesia epidural pode ser obtida através da administração de anestésicos locais, os quais produzem efeito analgésico por bloqueio das fibras nervosas (Freixo, 2015). Em Portugal, um dos agentes mais utilizados neste contexto é a ropivacaína a 0,2 % (Freixo, 2015).

A sua utilização durante o trabalho de parto proporciona um bloqueio sensitivo eficaz, assegurando à parturiente um alívio significativo da dor. Simultaneamente, preserva em grande medida a capacidade de realizar esforços expulsivos, uma vez que induz um bloqueio motor menos intenso quando comparado com outros anestésicos locais (Halliday et al., 2022).

A ropivacaína, contudo, pode associar-se a efeitos adversos, nomeadamente hipotensão, bloqueio simpático e bloqueio motor dos membros inferiores. A fraqueza muscular induzida pode comprometer os esforços expulsivos durante a segunda fase do trabalho de parto, enquanto o relaxamento da musculatura pélvica pode favorecer uma má posição fetal (Freixo, 2015).

Perante os potenciais riscos associados, recomenda-se a monitorização rigorosa dos sinais vitais. Deve proceder-se à avaliação do pulso e da pressão arterial a cada cinco minutos após a administração do bólus epidural, até vinte minutos após o estabelecimento do bloqueio, e, posteriormente, a cada quinze minutos. A avaliação do nível sensitivo e motor deve igualmente ser realizada vinte minutos após cada bólus, recorrendo à escala de Bromage (DGS, 2023).

Durante o turno, a Sr.ª P., manteve-se hemodinamicamente estável, não apresentando bloqueio motor. Observou-se capacidade de flexão completa dos joelhos e pés, correspondendo sempre a 0 pontos na escala de Bromage.

- **Solução Polielectrolítica com Glucose a 125 ml/h**

Durante o trabalho de parto, particularmente em parturientes submetidas a analgesia epidural, recomenda-se a administração de uma solução polielectrolítica com glucose a 5 %, numa velocidade de perfusão de 125 ml/h (DGS, 2023). Esta medida preventiva visa reduzir o risco de hipotensão materna resultante do bloqueio simpático associado à técnica analgésica (DGS, 2023; Freixo, 2015).

A hipotensão constitui uma complicação frequente neste contexto, podendo comprometer a perfusão útero-placentária e, consequentemente, o bem-estar fetal. A infusão de fluidos representa, assim, uma estratégia eficaz para atenuar estes efeitos adversos. Paralelamente, a presença de glucose na solução proporciona um substrato energético essencial para a

manutenção da atividade contrátil uterina, contribuindo para a prevenção da cetose e da fadiga materna. A presença de eletrólitos revela-se igualmente relevante, uma vez que permite reduzir o risco de hiponatremia iatrogénica (Dawood et al., 2013; Shang et al., 2021).

- **Ocitocina 10 U, em 1000ml de Solução Polielectrolítica com Glucose 5%.**

A ocitocina sintética administrada durante o trabalho de parto, tem como principal objetivo induzir ou acelerar o trabalho de parto. A sua administração por via endovenosa visa desencadear ou intensificar a frequência e a intensidade das contrações uterinas (Moraes et al., 2022).

Contudo, a sua utilização durante o parto pode associar-se a efeitos adversos para a parturiente, destacando-se a taquissistolia, a hipertonia e a hiperestimulação uterina. Em situações mais graves, estas alterações podem conduzir a complicações severas, tais como rotura uterina, hemorragia materna ou traumatismos perineais durante a fase expulsiva (Moraes et al., 2022).

No que concerne ao feto, o efeito adverso mais frequentemente reportado é o sofrimento fetal agudo, resultante da redução da perfusão sanguínea, habitualmente associada a episódios de taquissistolia e/ou hipertonia uterina (Moraes et al., 2022).

Durante o turno, foi iniciada perfusão endovenosa com 10 UI de ocitocina diluídas em 1000 mL de solução polielectrolítica com glicose a 5%, a um ritmo inicial de 6 ml/h. O débito foi aumentado progressivamente a cada 30 minutos, até se alcançarem ≥ 4 contrações em 10 minutos, assegurando um período mínimo de relaxamento de 1 minuto entre cada contração, em conformidade com o protocolo institucional.

Após a dequitação, a velocidade de perfusão foi ajustada para 500 ml/h, de acordo com as orientações do serviço. Esta intervenção justifica-se pelo efeito da ocitocina na promoção de contrações rítmicas, predominantemente no segmento superior do útero, contribuindo de forma eficaz para a redução da hemorragia pós-parto. Por este motivo, a sua administração encontra-se amplamente recomendada nesta fase (Oladapo et al., 2020).

7.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

07-06-2025 23:45

07-06-2025 23:45 - Cateter venoso periférico

07-06-2025 23:45 - Localização do cateter venoso periférico

07-06-2025 23:45 - Braço Esquerda(o)

07-06-2025 23:45 - Características do dispositivo: Calibre 18G.

07-06-2025 23:45 - Assegurar funcionamento do cateter

07-06-2025 23:45 - Otimizar cateter venoso periférico [1 vez turno]

07-06-2025 23:45 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter venoso periférico

07-06-2025 23:45 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1 vez turno]

08-06-2025 00:30

08-06-2025 00:30 - Cateter epidural

08-06-2025 00:30 - Assegurar funcionamento do cateter

08-06-2025 00:30 - Otimizar cateter epidural [1 vez turno]

08-06-2025 00:30 - Determinar evolução da administração pelo cateter

08-06-2025 00:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter epidural

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

Cateter venoso periférico

A cateterização de uma veia periférica previamente à realização da analgesia epidural constitui uma medida de segurança fundamental na prática obstétrica. Esta conduta tem como principal objetivo garantir um acesso venoso fiável que permita a administração imediata de fluidos ou fármacos, caso surjam complicações relacionadas com a técnica, como reações adversas, toxicidade sistémica de anestésicos locais, hipotensão súbita ou necessidade urgente de intervenção anestésica (DGS, 2023; Valente et al., 2024).

Cateter Epidural

Durante o trabalho de parto, a contração uterina e a dilatação cervical estimulam fibras aferentes nociceptivas, produzindo uma dor visceral, difusa e mal localizada. À medida que a cabeça do feto progride no canal de parto, provocando o estiramento do períneo e da vagina, ocorre também a ativação do nervo pudendo e das algumas raízes espinhais. Para modificar estas vias aferentes e alcançar analgesia eficaz, deve ser administrada medicação no espaço epidural por meio de um cateter apropriado (Halladay et al., 2022).

Todavia, a colocação do cateter epidural pode estar associada a complicações, às quais o EEESMO deve manter particular atenção, tais como toxicidade sistémica do anestésico local, cefaleia pós-punção da dura-máter, hematoma ou bloqueio incompleto (Halladay et al., 2022).

Assim, torna-se fundamental vigiar sinais de saída de líquido cefalorraquidiano, bem como avaliar de forma sistemática a resposta da mulher à terapêutica analgésica, garantindo a sua segurança e bem-estar.

7.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
07-06-2025 23:45	Sensações somáticas	
07-06-2025 23:45	Sistema cardiovascular	
07-06-2025 23:45	Eliminação urinária	
07-06-2025 23:45	Parto	
07-06-2025 23:45	Sondas, Drenos e Cateteres	
08-06-2025 05:15	Pele e mucosas	
08-06-2025 05:15	Pós-parto	
08-06-2025 05:15	Comportamentos para amamentar	

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

Parto

O trabalho de parto corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos que culminam na dilatação cervical, na progressão fetal através do canal de parto e, por fim, na sua expulsão para o exterior. No caso da Sr.^a P., esta encontrava-se na fase ativa do primeiro estadio, apresentando já 6 cm de dilatação do colo uterino. Este momento é geralmente caracterizado por uma evolução mais célere, acompanhada por contrações regulares, intensas e eficazes, responsáveis pela dilatação progressiva até aos 10 cm (Oliveira et al., 2019).

A fase ativa assume particular relevância não apenas pela sua maior intensidade e menor duração face à fase latente, mas também pelo impacto potencial na saúde materna e fetal. Nesta etapa, a monitorização clínica é imprescindível para salvaguardar o bem-estar da parturiente e do feto, garantindo a evolução fisiológica do processo e possibilitando uma intervenção precoce em caso de complicações (Marques, 2021). De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023), recomenda-se a realização de exame vaginal a cada 4 horas, exceto se surgirem situações que justifiquem avaliação imediata, como a perceção de vontade de realizar esforços expulsivos ou alterações no registo cardiotocográfico (CTG).

O segundo estadio, também designado período expulsivo, inicia-se com a dilatação completa do colo uterino e termina com o nascimento do recém-nascido. Nesta fase, as contrações uterinas conjugam-se com o esforço da musculatura abdominal e do diafragma, exercendo pressão

crânio-caudal e ântero-posterior sobre o útero, favorecendo a descida do feto pelo canal de parto. Este estadio pode ser descrito em duas fases: fase latente, em que o colo se encontra totalmente dilatado, mas sem contrações expulsivas involuntárias, e a fase ativa, caracterizada pela presença de contrações expulsivas e pela visibilidade da parte fetal apresentada. Importa sublinhar que não deve ser incentivada a realização de esforços expulsivos na ausência de vontade espontânea, dado que estes podem ser ineficazes e causar desgaste materno quando não estão presentes contrações adequadas ou reflexo de Ferguson (Cohen & Friedman, 2024).

A duração do segundo estadio do parto é variável e deve ser avaliada tendo em conta diversos fatores, tais como a analgesia utilizada, as características anatómicas maternas (por exemplo, dimensões e morfologia pélvica), as condições fetais (por exemplo, posição e tamanho) e a resposta materno-fetal ao progresso do trabalho de parto (Hutchison et al., 2023). Durante a fase latente deste estadio a DGS (2023) recomenda a realização de exame vaginal de duas em duas horas. Já na fase ativa, a parturiente deve ser encorajada a adotar a posição que lhe for mais confortável, sendo os exames vaginais realizados a cada 30 minutos, exceto quando existir indicação clínica para uma avaliação mais imediata (DGS, 2023).

O terceiro estadio, designado de quitadura, estende-se desde o nascimento até à expulsão da placenta e respetivas membranas (Graça, 2018). A sua condução pode ser expectante, aguardando os sinais de descolamento placentário, ou ativa, com recurso a intervenções que aceleram o processo, através da tração controlada do cordão (Begley et al., 2019).

Durante todo o processo de trabalho de parto as intervenções do EEESMO devem ser adaptadas às necessidades da parturiente, permitindo-lhe participar ativamente na tomada de decisão, respeitando a sua autonomia. A valorização da escolha informada e da participação ativa da mulher e do seu acompanhante reforça o protagonismo da parturiente no processo, garantindo que esta se mantenha como agente central da experiência de parto (Reis et al., 2024).

No presente caso clínico, foi possível acompanhar a evolução do trabalho de parto desde a fase ativa do primeiro estadio até às duas horas pós-parto. Durante o turno, a Sr.^a P. demonstrou já conhecer algumas estratégias facilitadoras do processo, nomeadamente a deambulação e a utilização da bola de pilates, métodos que havia utilizado no parto anterior e que expressou vontade de voltar a aplicar.

Sensações Somáticas

A dor representa um domínio central na avaliação e monitorização do trabalho de parto, constituindo uma das experiências mais significativas e marcantes para a parturiente. Trata-se de um fenómeno complexo, de carácter multifatorial, condicionado por fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais, que influencia não apenas a perceção subjetiva da mulher, mas também a evolução clínica do parto e os resultados materno-fetais (Freixo, 2015).

Sob o ponto de vista fisiológico, a dor do trabalho de parto resulta da ativação de diferentes mecanismos, que variam consoante a fase em que a parturiente se encontra. Durante a primeira fase, a dilatação cervical e a atividade contrátil uterina estimulam fibras nervosas que conduzem o estímulo doloroso até aos segmentos toracolombares. Com a progressão para a segunda fase, a descida fetal e a distensão das estruturas pélvicas implicam a ativação dos nervos pudendos e das raízes sacrais, intensificando de forma significativa a experiência dolorosa. Este momento é frequentemente descrito como o mais doloroso de todo o processo, sobretudo em virtude da distensão do pavimento pélvico e do períneo (Freixo, 2015).

No caso particular das mulheres múltiparas, as experiências anteriores podem ser determinantes na escolha das estratégias de alívio da dor. Quando, em partos prévios, os métodos não farmacológicos não se revelaram eficazes, é expectável que estas mulheres demonstrem resistência à sua utilização, optando pela analgesia epidural como método de eleição (Deng et al., 2021; Joensuu et al., 2022). Tal decisão deve ser respeitada, uma vez que a adesão aos métodos não farmacológicos depende da perceção positiva da sua eficácia e da disponibilidade da parturiente para os aplicar. Na ausência destes pressupostos, a probabilidade de sucesso é consideravelmente reduzida (Reis et al., 2024).

O significado atribuído à dor pela mulher assume um papel determinante na forma como esta vivencia o trabalho de parto. Quando a dor é interpretada como um fenómeno funcional, inerente ao processo de nascimento, a parturiente tende a mobilizar recursos internos e externos para a gerir. Em contrapartida, quando a dor é percecionada como uma ameaça ou como uma experiência sem utilidade, prevalece a procura de métodos de controlo que não dependam da sua ação direta, como a analgesia epidural (Deng et al., 2021; Lima et al., 2024). Esta interpretação negativa é particularmente frequente em múltiparas com experiências prévias insatisfatórias, reforçando a necessidade de uma abordagem individualizada, que reconheça e respeite as suas preferências (Joensuu et al., 2022).

Importa salientar que, nestas mulheres, a dor pode potenciar ansiedade, afetando a homeostasia materna, comprometendo a oxigenação fetal e interferindo na evolução fisiológica do parto. Para além disso, pode transformar-se numa experiência traumática, com repercussões psicológicas prolongadas e impacto negativo na vinculação mãe-filho (Freixo, 2015).

Deste modo, a abordagem da dor em contexto de parto deve ser centrada na mulher, contemplando não apenas a sua condição fisiológica e experiências anteriores, mas também os significados que atribui à vivência da dor. No caso da múltipara que rejeita métodos não farmacológicos e expressa preferência pela analgesia epidural, é fundamental respeitar a sua autonomia e decisão informada, assegurando-lhe uma experiência de parto segura, humanizada e adaptada às suas necessidades individuais.

Sistema cardiovascular

Aquando do internamento de uma grávida com diagnóstico de trabalho de parto, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023) recomenda a avaliação da pressão arterial no momento da admissão.

Nas parturientes submetidas a analgesia epidural, encontra-se igualmente preconizada a monitorização do pulso radial e da pressão arterial, através de dispositivo automatizado, a cada cinco minutos após a administração do bólus epidural, até vinte minutos após o estabelecimento do bloqueio, e, posteriormente, a cada quinze minutos (DGS, 2023). Esta vigilância visa assegurar a manutenção da estabilidade hemodinâmica materna, condição essencial para o bem-estar fetal e para a progressão segura do trabalho de parto, atendendo a que a ropivacaína está associada a potenciais efeitos adversos, nomeadamente a hipotensão (DGS, 2023; Freixo, 2015).

Eliminação urinária

Durante o trabalho de parto, a distensão vesical pode comprometer a sua progressão, dificultando a descida da apresentação fetal, reduzindo a eficácia das contrações uterinas e aumentando o risco de atonia uterina no período pós-parto. Para além destes fatores, a presença de um globo vesical intensifica o desconforto materno, potenciando a distensão abdominal e dificultando o controlo da dor (Graça, 2018).

A bexiga distendida ocupa espaço na pelve, interferindo diretamente com a dinâmica do trabalho de parto e atrasando a evolução da dilatação e da descida fetal. Adicionalmente, a administração de analgesia epidural pode alterar a função vesical, uma vez que o bloqueio das vias aferentes sensoriais diminui a perceção de bexiga cheia. Esta redução da sensibilidade pode comprometer a deteção da necessidade de micção espontânea, favorecendo a retenção urinária (Cunningham et al., 2016; Linfield-Brown et al., 2025).

Assim, torna-se essencial vigiar sinais sugestivos de retenção urinária e incentivar a micção espontânea. De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2023), na ausência de micção por um período superior a seis horas deve proceder-se à avaliação da presença de globo vesical e, caso este seja identificado, realizar o seu esvaziamento.

No decurso do turno, a Sr.^a P., apresentava globo vesical pelas 02h30, não tendo conseguido urinar espontaneamente, motivo pelo qual se procedeu ao esvaziamento vesical.

Pós-Parto

A vigilância da puérpera após o parto constitui uma etapa crítica dos cuidados de saúde materna, uma vez que este período corresponde ao intervalo de maior vulnerabilidade para o

surgimento de complicações imediatas, nomeadamente hemorragia pós-parto, instabilidade hemodinâmica e dificuldades na adaptação materna à experiência de parto (OMS, 2012; Rangel et al., 2019).

No período pós-parto imediato, a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023) recomenda a avaliação sistemática da perda hemática vaginal, do pulso radial e da pressão arterial, de modo a detetar precocemente sinais sugestivos de desequilíbrio hemodinâmico. A estas avaliações soma-se ainda a observação do estado de contratura uterina (Globo de Segurança de Pinard), parâmetro fundamental para assegurar a eficácia da hemóstase fisiológica.

De acordo com as mesmas orientações, durante as primeiras duas horas após o parto, o EEESMO deve realizar uma monitorização estruturada em intervalos de 15 minutos, contemplando a avaliação da perda hemática vaginal, do pulso radial, da pressão arterial e do tônus uterino. Paralelamente, deve garantir a restrição da ingestão alimentar até ao término deste período e avaliar a primeira mamada, bem como a interação e o estabelecimento da ligação mãe/pai-filho. Sempre que se verifique qualquer desvio da normalidade, a situação deve ser reportada de imediato à equipa médica (DGS, 2023).

A avaliação cuidadosa da perda hemática vaginal nas primeiras horas após o parto é uma intervenção essencial nos cuidados à puérpera. A hemorragia pós-parto constitui uma das principais causas de morbilidade e mortalidade materna a nível mundial, podendo instalar-se de forma súbita e evoluir rapidamente para situações de choque hipovolémico. A avaliação periódica, realizada a cada 15 minutos no período do pós-parto imediato, permite identificar precocemente alterações no padrão de perda sanguínea e possibilita uma intervenção imediata por parte da equipa de saúde, prevenindo complicações graves e preservando a estabilidade hemodinâmica da mulher (DGS, 2023; OMS, 2012).

Nas primeiras duas horas após o nascimento, a puérpera encontra-se numa fase de particular vulnerabilidade, dado que o útero se encontra ainda em processo ativo de retração e involução. Neste período crítico, torna-se imprescindível garantir que a hemóstase fisiológica decorre de forma eficaz, prevenindo perdas hemáticas excessivas e contribuindo para uma recuperação pós-parto segura e adequada (Betti et al., 2021; Rangel et al., 2019).

Durante o período de observação no pós-parto imediato, a Sr.^a P. manteve uma perda hemática com características consideradas fisiológicas, em quantidade moderada, não tendo sido identificados sinais sugestivos de hemorragia pós-parto. Assim, a vigilância da puérpera nas primeiras duas horas após o parto deve ser entendida como um processo integrado, que alia a monitorização clínica rigorosa à promoção do bem-estar emocional e da vinculação familiar. Esta abordagem holística contribui não apenas para a segurança materna e neonatal imediata, mas também para a qualidade da experiência de parto e para a saúde a longo prazo da mãe e do recém-nascido.

Pele e Mucosas

O parto eutócico, apesar de ser um processo fisiológico geralmente associado a menor risco de complicações cirúrgicas e a uma recuperação física mais célere, encontra-se frequentemente relacionado com algum grau de trauma perineal, sobretudo sob a forma de lacerações, que podem afetar até 85% das mulheres no pós-parto (Silva et al., 2024).

A avaliação da integridade vulvar e perineal no período pós-parto imediato assume-se, por isso, como uma etapa fundamental nos cuidados de saúde materna. O esforço exercido durante o período expulsivo do trabalho de parto provoca uma sobrecarga significativa nos tecidos do períneo, da vulva e da mucosa vaginal, o que pode originar lacerações, equimoses ou edema. Quando estas situações não são devidamente identificadas e intervencionadas, podem resultar em complicações relevantes, tais como dor intensa, hemorragia, infeção ou dificuldades no processo de cicatrização, comprometendo não só o bem-estar físico, mas também o estado psicológico da puérpera (Aasheim et al., 2017).

Reconhecendo a importância desta vigilância clínica, a DGS (2023), recomenda a realização sistemática da avaliação da integridade vulvar e perineal, de forma a garantir uma recuperação adequada, prevenir complicações e promover a saúde global da mulher (DGS, 2023).

No caso clínico em análise, a Sr.ª P. apresenta períneo íntegro no pós-parto, não tendo ocorrido lacerações nem sido necessária a realização de episiotomia, o que favorece uma recuperação mais confortável e sem complicações locais

Comportamento para amamentar

A amamentação imediata, ainda na sala de partos, contribui para uma melhor adaptação do recém-nascido à vida extrauterina, promovendo a regulação glicémica, cardiorrespiratória e térmica. Para a mãe, a sucção precoce desempenha igualmente um papel relevante, uma vez que estimula a hipófise a libertar ocitocina e prolactina, hormonas que potenciam a produção e a ejeção do leite materno (Silva et al., 2018).

O início da amamentação na primeira hora de vida é considerado um indicador de qualidade dos cuidados perinatais, sendo este período designado como “hora dourada” (golden hour). A Organização Mundial da Saúde recomenda que a amamentação seja iniciada idealmente nos primeiros 30 minutos após o nascimento, de modo a maximizar os benefícios para a mãe e para o recém-nascido (Phukan et al., 2018).

Neste contexto, todos os profissionais presentes na sala de partos assumem responsabilidade na promoção da amamentação precoce, especialmente o EESMO. Compete a este profissional o papel de facilitador, fornecendo informação adequada e prestando apoio técnico e emocional no início do processo de amamentação e lactação, assegurando que mãe e filho vivenciam este momento de forma positiva (Silva et al., 2018).

A evidência científica demonstra que os recém-nascidos que não iniciam a amamentação na primeira hora de vida apresentam um risco significativamente mais elevado de mortalidade quando comparados com os que iniciam precocemente, sendo esta prática reconhecida como um dos fatores de maior impacto na sobrevivência neonatal (Phukan et al., 2018).

No caso clínico em análise, a Sr.^a P. iniciou a amamentação na primeira hora pós-parto, sem intercorrências. Demonstrou já deter conhecimentos sobre o processo de amamentação, nomeadamente no que respeita à pega correta, referindo a intenção de amamentar o recém-nascido, tal como havia feito com o filho anterior, em que manteve a amamentação até aos 18 meses de idade, experiência que descreveu como satisfatória e bem-sucedida.

7.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

07-06-2025 23:45

07-06-2025 23:45 - Manifesta dor.

07-06-2025 23:45 - Dor

07-06-2025 23:45 - Localização da dor

07-06-2025 23:45 - Abdómen Inferior

07-06-2025 23:45 - Intensidade da dor - 4.

07-06-2025 23:45 - frequência da dor - intermitente.

07-06-2025 23:45 - duração da dor - aguda.

07-06-2025 23:45 - Determinar evolução da dor

07-06-2025 23:45 - Avaliar evolução da dor

08-06-2025 01:00 - Localização da dor

08-06-2025 01:00 - Abdómen Inferior

08-06-2025 01:00 - Intensidade da dor - sem dor.

08-06-2025 02:30 - Localização da dor

08-06-2025 02:30 - Abdómen Inferior

08-06-2025 02:30 - Intensidade da dor - 3.

08-06-2025 00:30 - Diminuir dor

08-06-2025 00:30 - Gerir analgesia [*SOS (Intervalo mínimo de 1h entre bolús)*]

07-06-2025 23:45 - Promover autocontrolo: dor

07-06-2025 23:45 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

07-06-2025 23:45 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

Sistema cardiovascular

07-06-2025 23:45

07-06-2025 23:45 - Localização do Pulso

07-06-2025 23:45 - Braço Direita(o)

07-06-2025 23:45 - Frequência do pulso: 81 pulsações por minuto.

07-06-2025 23:45 - Local de avaliação da pressão sanguínea

07-06-2025 23:45 - Membro superior Direita(o)

07-06-2025 23:45 - Pressão sanguínea sistólica: 124 mmHg.

07-06-2025 23:45 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

08-06-2025 00:30

08-06-2025 00:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

08-06-2025 00:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea

08-06-2025 00:30 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS]

Eliminação urinária

07-06-2025 23:45

07-06-2025 23:45 - Determinar evolução da eliminação urinária

07-06-2025 23:45 - Avaliar evolução da eliminação urinária

08-06-2025 02:30

08-06-2025 02:30 - Não reconhece a vontade de urinar.

08-06-2025 02:30 - Presença de globo vesical.

08-06-2025 02:30 - Retenção urinária

08-06-2025 02:30 - Promover eliminação urinária

08-06-2025 02:30 - Inserir cateter urinário [Agora e SOS]

Pele e mucosas

08-06-2025 05:15

08-06-2025 05:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Parto

07-06-2025 23:45

07-06-2025 23:45 - Posição do colo do útero: intermédia.

07-06-2025 23:45 - Consistência do colo do útero: mole.

07-06-2025 23:45 - Extinção do colo do útero: 80%.

07-06-2025 23:45 - Dilatação do colo do útero: 6 cm.

07-06-2025 23:45 - Frequência da contração uterina: 2 Contrações uterinas/10 minutos .

07-06-2025 23:45 - Duração da contração uterina: 45 Segundos.

07-06-2025 23:45 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.

07-06-2025 23:45 - Integridade das membranas amnióticas: rotura espontânea.

07-06-2025 23:45 - Apresentação fetal: cefálica.

07-06-2025 23:45 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).

07-06-2025 23:45 - Expectativa face ao parto: eutócico medicalizado.

07-06-2025 23:45 - Trabalho de parto [RESOLVIDO] 08-06-2025 05:15

07-06-2025 23:45 - Determinar evolução do trabalho de parto, bem-estar fetal e pós-parto [FIM] 08-06-2025 05:15

07-06-2025 23:45 - Avaliar evolução do trabalho de parto [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 04:00 - Posição do colo do útero: anterior.

08-06-2025 02:30 - Posição do colo do útero: anterior.

08-06-2025 04:00 - Consistência do colo do útero: mole.

08-06-2025 02:30 - Consistência do colo do útero: mole.

08-06-2025 02:30 - Extinção do colo do útero: 100%.
08-06-2025 04:00 - Extinção do colo do útero: 100%.
08-06-2025 02:30 - Dilatação do colo do útero: 8 cm.
08-06-2025 04:00 - Dilatação do colo do útero: 10 cm.
08-06-2025 02:30 - Posição fetal: direita.
08-06-2025 04:00 - Posição fetal: direita.
08-06-2025 04:00 - Apresentação fetal: cefálica.
08-06-2025 02:30 - Apresentação fetal: cefálica.
08-06-2025 04:00 - Variedade fetal: ODA.
08-06-2025 02:30 - Variedade fetal: ODA.
08-06-2025 04:00 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
08-06-2025 02:30 - Bem-estar fetal: normal (linha basal: 110-160 bpm; variabilidade: 5-25 bpm; sem desacelerações repetitivas).
08-06-2025 04:00 - Frequência cardíaca fetal: 146.00 bpm.
08-06-2025 02:30 - Frequência cardíaca fetal: 154.00 bpm.
08-06-2025 04:00 - Descida do feto: 2.º plano de Hodge.
08-06-2025 02:30 - Descida do feto: 1.º plano de Hodge.
08-06-2025 04:00 - Padrão de contractilidade uterina normal.
08-06-2025 02:30 - Padrão de contractilidade uterina normal.
08-06-2025 04:00 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
08-06-2025 02:30 - Frequência da contração uterina: 4 Contrações uterinas/10 minutos .
08-06-2025 04:00 - Duração da contração uterina: 60 Segundos.
08-06-2025 02:30 - Duração da contração uterina: 60 Segundos.
08-06-2025 04:00 - Dor de trabalho de parto: dor de período expulsivo.
08-06-2025 02:30 - Dor de trabalho de parto: dor do período de dilatação cervical.
08-06-2025 04:00 - Líquido amniótico de características normais.
08-06-2025 02:30 - Líquido amniótico de características normais.
08-06-2025 05:15 - Posição no parto: semi sentada.
08-06-2025 04:00 - Esforços expulsivos eficazes.
08-06-2025 05:15 - Hora do nascimento: 04:53:00.
08-06-2025 05:15 - Tipo de parto: conforme a expectativa.
08-06-2025 05:15 - Tipo de dequitação: espontânea - Schultze.
08-06-2025 05:15 - Hora da dequitação: 05:05:00.
08-06-2025 05:15 - Características da placenta: sem alterações observáveis.
08-06-2025 05:15 - Estado do períneo: íntegro.
08-06-2025 05:15 - Perda sanguínea vaginal - quantidade: escassa.
08-06-2025 05:15 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.
07-06-2025 23:45 - Referenciar compromisso no trabalho de parto ao médico [SOS] [FIM] 08-06-2025 05:15
07-06-2025 23:45 - Referenciar compromisso do estado do feto ao médico [SOS]

[FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Facilitar trabalho de parto/nascimento [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 04:00 - Assistir no posicionar [Agora] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Assistir no uso de estratégias facilitadoras do trabalho de parto [Agora e SOS] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 04:00 - Assistir na expulsão da placenta [Agora] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Promover autocontrolo: lidar com o trabalho de parto [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

08-06-2025 01:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [RESOLVIDO] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [Agora e SOS] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Treinar uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto [Agora e SOS] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Instruir exercícios de mobilidade da bacia [Agora e SOS] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Treinar exercícios promotores da mobilidade da bacia [Agora e SOS] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00 - Avaliar evolução do autocontrolo para lidar com o trabalho de parto [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 02:30 - Promover autocontrolo: lidar com a dor de trabalho de parto [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 02:30 - Capacidade para aliviar dor de trabalho de parto usando estratégias não farmacológicas: facilitadora.

08-06-2025 02:30 - Envolver pessoa significativa no trabalho de parto [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 02:30 - Assistir no uso de estratégias não farmacológicas de alívio da dor de trabalho de parto [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 02:30 - Gerir ambiente físico para promover relaxamento [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 00:30 - Controlar dor de trabalho de parto [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 00:30 - Gerir analgesia [SOS (Intervalo mínimo de 1h entre bolús)] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 04:00 - Prevenir laceração do períneo [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 04:00 - Implementar medidas de proteção do períneo [Agora] [FIM]

08-06-2025 05:15

08-06-2025 04:00 - Promover parto eutócico [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 04:00 - Assistir no parto [Agora] [FIM] 08-06-2025 05:15

08-06-2025 01:00

08-06-2025 05:15

08-06-2025 05:15 - Nascimento

08-06-2025 05:15 - Índice de Apgar - score ao 1.º minuto: 9.

08-06-2025 05:15 - Índice de Apgar - score ao 5.º minuto: 10.

08-06-2025 05:15 - Índice de Apgar - score ao 10.º minuto: 10.

08-06-2025 05:15 - Promover adaptação à vida extrauterina

08-06-2025 05:15 - Executar clampeamento do cordão umbilical [Agora]

08-06-2025 05:15 - Executar técnica de pele com pele

Pós-parto

08-06-2025 05:15

08-06-2025 05:15 - Puerpério

08-06-2025 05:15 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

08-06-2025 06:45 - Contração do útero pós-parto: útero contraído.

08-06-2025 06:45 - Quantidade de lóquios: conforme a esperada.

Comportamentos para amamentar

08-06-2025 05:15

08-06-2025 05:15 - Com manifestações de pega adequada.

08-06-2025 05:15 - Amamentação

08-06-2025 05:15 - Promover o amamentar/mamar

08-06-2025 05:15 - Assistir na amamentação

08-06-2025 05:15 - Executar técnica de pele com pele

08-06-2025 06:45

08-06-2025 06:45 - Oferece a mama quando reconhece sinais de fome.

08-06-2025 06:45 - Adota posição confortável para facilitar o mamar.

08-06-2025 06:45 - Termina a mamada quando reconhece sinais de saciedade.

08-06-2025 06:45 - Com manifestações de pega adequada [MANTEVE].

7.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução do trabalho de parto

- De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2023), recomenda-se que, durante a fase ativa do primeiro estadio do trabalho de parto, o exame vaginal seja realizado a cada quatro horas, exceto se ocorrerem situações que justifiquem avaliação imediata, como a perceção de desejo de realizar esforços expulsivos ou a identificação de alterações no registo cardiotocográfico (CTG).
- No segundo estadio, na fase latente, o exame vaginal deve ser efetuado de duas em duas horas. Já na fase ativa deste estadio, recomenda-se a sua realização a cada trinta minutos, salvo quando exista indicação clínica que justifique avaliação imediata (DGS, 2023).

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Foi realizada a avaliação da pressão arterial em intervalos de cinco minutos após a administração do bólus epidural, mantendo-se essa vigilância até vinte minutos após a instalação do bloqueio e, posteriormente, a cada quinze minutos.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A monitorização rigorosa da pressão arterial em parturientes submetidas a analgesia epidural constitui uma medida essencial para assegurar a estabilidade hemodinâmica materna, prevenindo complicações fetais e garantindo a segurança do processo de parto. Este procedimento deve seguir protocolos definidos quanto à frequência de avaliação, dada a associação da ropivacaína a potenciais episódios de hipotensão (DGS, 2023; Freixo, 2015).

Instruir uso de dispositivos facilitadores do trabalho de parto

- OBJETIVO: Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.
- CR: Que a Sr.^a P. use dispositivos facilitadores da progressão do trabalho de parto (bola de pilates e bola e amendoim).
- A Sr.^a P. referiu que, no parto anterior, tinha recorrido à utilização da bola de pilates e expressou vontade de a voltar a utilizar, uma vez que considerou ter contribuído positivamente para a progressão do trabalho de parto, embora já não se recordasse da forma como a tinha usado. Assim, foi orientada a sentar-se na bola, garantindo-se que os joelhos permanecessem fletidos a 90°. Foram-lhe sugeridos movimentos suaves, tais como balançar para a frente e para trás, deslocar-se lateralmente ou realizar movimentos circulares com a bacia, de modo a promover o conforto e a facilitar a evolução do trabalho de parto.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: Quando a mulher se encontra sentada na bola, o movimento e o balanço pélvico tornam-se mais espontâneos, ao integrarem duas dimensões fundamentais: a mobilidade e a verticalidade. As vantagens para a progressão do trabalho de parto estão associadas ao aumento da liberdade de movimento e à manutenção da posição vertical, que favorecem a contratilidade uterina e a descida fetal. Para além disso, esta prática contribui para o aumento do conforto materno e para uma experiência de parto mais positiva e satisfatória (Mendes et al., 2022).
- Pelas 02h30, face ao desejo de se deitar e repousar, foi sugerido à parturiente que permanecesse na cama utilizando a bola de amendoim entre as pernas, de modo a favorecer a abertura da pelve e a proporcionar uma maior sensação de conforto.
- Foi explicado que a bola poderia ser utilizada em diferentes posições. Na posição de decúbito lateral, poderia colocá-la entre as coxas, mantendo uma perna apoiada na cama e ligeiramente fletida, enquanto a outra se posicionava sobre a zona mais estreita da bola, em ângulo reto entre a anca e o joelho, com o pé apoiado no colchão. Outra alternativa consistia em dispor a bola paralela ao corpo, sobre o colchão, apoiando o joelho na parte mais larga e o pé na zona mais alta.
- Foi descrita a possibilidade de utilização em posição semi-sentada: a bola é colocada sobre a cama, com uma das pernas apoiada na parte mais estreita e a outra em abdução, envolvendo a parte mais larga, pousada no colchão.
- Foi explicado que pode alternar entre estas posições, uma vez que a mobilidade e a variação postural melhoram a circulação útero-placentária, favorecem o ajustamento da

posição fetal e facilitam a descida da apresentação, contribuindo para a redução da duração da fase ativa do trabalho de parto e para a diminuição da probabilidade de intervenções obstétricas.

- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A bola de amendoim constitui uma alternativa à bola de pilates convencional, sendo particularmente recomendada em parturientes submetidas a analgesia epidural, pois favorece o posicionamento materno e promove a abertura da pelve em posição de decúbito. A evidência científica destaca a importância da realização de trocas frequentes de posição durante a sua utilização, uma vez que esta prática contribui para a redução da duração do trabalho de parto (Mendes et al., 2022).

Instruir exercícios de mobilidade da bacia

- **OBJETIVO:** Melhorar capacidade para usar estratégias facilitadoras do trabalho de parto.
- **CR:** Que a Sr.^a P. realize exercícios de mobilidade da bacia para facilitar a progressão do trabalho de parto.
- Foi explicado à Sr.^a P. que, enquanto se encontra sentada na bola de pilates, poderá realizar diferentes movimentos da bacia, nomeadamente: circulares (rotações suaves em sentido horário e anti-horário), ântero-posteriores (inclinação da bacia para a frente e para trás, mantendo os pés bem apoiados no solo), laterais (deslocação suave da bacia da esquerda para a direita) e em forma de “infinito” (movimento contínuo da bacia de um lado para o outro, simulando um 8).
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A execução de exercícios de mobilidade pélvica na posição sentada sobre a bola de pilates associa a mobilidade à verticalidade, favorecendo a descida fetal, a ampliação dos diâmetros pélvicos e a estimulação da contratilidade uterina. Estes efeitos contribuem para o encurtamento da fase ativa do trabalho de parto e para a redução da necessidade de intervenções obstétricas, potenciando uma experiência de parto mais positiva (Mafetoni et al., 2024; Mendes et al., 2022).
- Às 02h30 foi explicado que a alternância de posições em decúbito lateral com recurso à bola de amendoim constitui igualmente um exercício de mobilidade da bacia. A utilização deste recurso permite diferentes graus de abertura pélvica, facilitando a rotação cefálica fetal.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A aplicação da bola de amendoim possibilita a manutenção da mobilidade pélvica mesmo na posição deitada, favorecendo a progressão do trabalho de parto. A alternância dos decúbitos laterais com apoio na bola permite ampliar os diâmetros pélvicos e potencia a rotação fetal, contribuindo, assim, para uma evolução mais favorável do processo de parto (Roth et al., 2016).

Inserir cateter urinário

- **OBJETIVO:** Promover eliminação urinária.
- Para efeitos de registo em plataforma, foi indicada esta intervenção, contudo, a ação realizada consistiu no esvaziamento vesical, após se verificar a presença de globo vesical e a puérpera não conseguir urinar espontaneamente.
- **JUSTIFICAÇÃO:** No trabalho de parto, perante a presença de globo vesical, a conduta preconizada é o esvaziamento vesical intermitente, em detrimento da algália contínua, uma vez que esta prática minimiza riscos infecciosos, preserva a mobilidade e o conforto

da parturiente e favorece a fisiologia do processo de parto (DGS, 2023; Reis et al., 2021).

Gerir ambiente físico para promover relaxamento

- Foi assegurada a privacidade da parturiente através da manutenção da porta da sala de partos fechada. O ambiente permaneceu escuro, com a luz desligada e as janelas encerradas, de modo a favorecer o conforto, o descanso e a intimidade durante o trabalho de parto.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A criação de um ambiente familiar e privado, que favoreça a sensação de segurança e relaxamento da mulher durante o trabalho de parto, contribui para o desenvolvimento da confiança e do bem-estar emocional. Este tipo de ambiente proporciona à parturiente uma maior perceção de controlo sobre a experiência (OE, 2023). Por outro lado, a ausência de privacidade, a realização excessiva de intervenções e a iluminação demasiado intensa podem comprometer negativamente o progresso do trabalho de parto, através da ativação do neocórtex (Silva, 2024).

Envolver pessoa significativa no trabalho de parto

- Durante o turno, o marido esteve presente desde o momento da admissão, acompanhando e prestando apoio contínuo à parturiente em todas as suas necessidades. Quando a Sra. P. manifestou o desejo de descansar, manteve um ambiente acolhedor, assegurando que a luz do quarto permanecia desligada e colocando música relaxante de fundo, de acordo com as preferências da parturiente.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente durante o trabalho de parto tem um impacto relevante na perceção da experiência e no grau de satisfação materna (Lima et al., 2024). A sua participação revela-se benéfica, sobretudo ao nível do suporte físico e emocional, contribuindo para a diminuição dos níveis de stresse e ansiedade. Para além disso, o acompanhante pode desempenhar um papel ativo na facilitação de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, reforçando o conforto e a sensação de segurança da mulher (Paiva et al., 2023).

Assistir no posicionar

- OBJETIVO: Promover o trabalho de parto.
- Durante a fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto, a Sr.^a P. foi encorajada a adotar a posição em que se sentisse mais confortável para a realização dos esforços expulsivos, optando por permanecer em posição semi-sentada na cama. No momento do nascimento, foi assistida a manter-se nesta mesma posição, com o tronco inclinado a um ângulo aproximado de 45°.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: Segundo a DGS (2023), durante a fase ativa do segundo estadio do trabalho de parto a mulher deve ser encorajada a adotar a posição da sua preferência, sempre sob supervisão do profissional responsável pela assistência ao parto. As posições verticais, entre as quais se inclui a posição semi-sentada, são geralmente preferíveis às horizontais, como a litotomia. Apesar de a posição semi-sentada não aproveitar plenamente os benefícios da gravidade, está associada a contrações uterinas mais eficazes, menor duração do segundo estadio do trabalho de parto e menor incidência de trauma perineal quando comparada com a litotomia (Huang et al., 2019).

Assistir na expulsão da placenta

- **OBJETIVO:** Promover a expulsão completa da placenta.
- Procedeu-se à palpação do fundo uterino de forma a observar os sinais objetivos de descolamento da placenta, nomeadamente a contração uterina, a exteriorização súbita de sangue pela vulva, a descida ou aparente aumento do comprimento do cordão à medida que a placenta descia e o aumento do volume vaginal.
- Realizou-se a manobra de Brandt-Andrews, que consistiu na tração cuidadosa do cordão com uma das mãos, enquanto a outra se posicionava sobre o útero, acima da sínfise púbica, aplicando uma ligeira pressão no sentido descendente para facilitar a expulsão placentária. Foi solicitado à mulher que realizasse esforços expulsivos e, durante a exteriorização, a placenta foi apoiada utilizando o seu próprio peso, de modo a favorecer a saída completa das membranas.
- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** A tração controlada do cordão é uma intervenção recomendada no manejo ativo do terceiro estadio do parto, com evidência de eficácia na redução da duração desta fase e na prevenção da hemorragia pós-parto. Estudos indicam que diminui a incidência de retenção placentária e hemorragia, sem aumentar riscos maternos relevantes. A sua execução deve, contudo, respeitar o tempo fisiológico de contração uterina (OMS, 2018; Begley et al., 2019).

Assistir no parto

- **OBJETIVO:** Implementar estratégias que visam facilitar o período expulsivo e ajudar a mulher a encontrar as melhores estratégias para respeitar o processo fisiológico do parto e do nascimento, desde o início da dilatação completa até à expulsão da placenta (dequitação).
- Após a saída da cabeça fetal, foi solicitado à parturiente que suspendesse os esforços expulsivos, procedendo-se de seguida à verificação da presença de circulares do cordão.
- Controlou-se a saída da cabeça do feto, auxiliando a rotação externa e permitindo a rotação dos ombros no menor diâmetro biacromial. Para o desencravamento dos ombros, após a restituição, uma das mãos foi colocada sobre o parietal inferior e a outra sobre o parietal superior, posicionando os dedos em forma de “garra” ao redor do pescoço.
- Posteriormente, foi realizado um movimento suave, pressionando a cabeça contra o reto, de modo a libertar o ombro anterior, seguindo-se um movimento ascendente que possibilitou a exteriorização do ombro posterior sobre o períneo. Após a expulsão dos ombros, procedeu-se novamente à proteção do períneo com a mão direita, enquanto a esquerda auxiliava na exteriorização do restante corpo fetal. De imediato, foi solicitado à equipa que registasse a hora de nascimento. Seguidamente, realizou-se a revisão do canal de parto, avaliando-se possíveis estruturas afetadas, nomeadamente clítoris, meato urinário, pequenos lábios, carúnculas e paredes anterior, laterais e posterior da vagina. Sempre que aplicável, procedeu-se também à inspeção retal.

Implementar medidas de proteção do períneo

- **OBJETIVO:** Implementar estratégias que visam reduzir o trauma perineal.
- Foram implementadas, como medidas de proteção do períneo, a aplicação de calor através de compressas quentes, a massagem perineal e a proteção manual do períneo

(hands-on), sempre com o consentimento informado da parturiente.

- Foi realizada massagem perineal com vaselina, durante cerca de 30 segundos, no intervalo das contrações, introduzindo dois dedos na vagina e aplicando pressão moderada no sentido descendente, contra a parede posterior vaginal, em direção ao reto, com movimentos firmes de um lado para o outro.
- Durante o coroamento da cabeça fetal, foram colocadas compressas quentes sobre o períneo: uma sobre a região do clitóris e da uretra e outra abrangendo a fúrcula e a zona perianal, de modo a promover a elasticidade tecidual e reduzir o risco de lacerações.
- Na aplicação da técnica hands-on, a mão dominante foi posicionada sobre o períneo. O polegar e o indicador foram colocados em cada lado ântero-lateral da fúrcula, realizando movimentos de aproximação para reduzir a tensão tecidual. Os restantes dedos da mão dominante, flexionados, exerceram suporte, sendo o dedo médio o principal responsável pela sustentação. Em simultâneo, a mão não dominante foi utilizada para controlar a velocidade de saída da cabeça fetal e facilitar a sua extensão, evitando a manutenção da flexão.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: As boas práticas no parto, integradas numa assistência humanizada, incluem cuidados específicos no trabalho de parto que visam prevenir lacerações perineais (Bonfim et al., 2022). Entre as principais intervenções encontram-se a proteção manual do períneo (hands-on), a massagem perineal e a aplicação de calor. A primeira permite controlar a velocidade da saída da cabeça fetal e reduzir a tensão tecidual. A massagem aumenta a elasticidade muscular e diminui a resistência à expulsão. Já a aplicação de calor melhora a perfusão sanguínea e a extensibilidade tecidual, contribuindo para reduzir o risco de trauma perineal (Aasheim et al., 2017; Kleprlikova et al., 2020 & Modoor et al., 2021).

Executar técnica de pele com pele

- OBJETIVO: Promover a ligação mãe-filho, estabilizar a temperatura corporal, frequência cardíaca e respiração do recém-nascido, e estimular o início precoce da amamentação.
- Após o recém-nascido ter sido seco e estimulado, foi colocado em contacto pele a pele com a mãe, sobre o abdómen materno, até clampar o cordão umbilical. Contudo, esse contacto foi posteriormente interrompido para a prestação dos cuidados imediatos ao recém-nascido e apenas retomado após este ter sido vestido, o que contraria os princípios do contacto pele a pele.
- EVIDÊNCIA CIENTÍFICA: A assistência imediata ao recém-nascido de termo na sala de partos tem sofrido uma evolução significativa. Na ausência de complicações maternas ou neonatais, recomenda-se que o recém-nascido saudável seja seco para prevenir a perda de calor e colocado em decúbito ventral sobre o abdómen ou o tórax materno, tão próximo quanto possível do peito da mãe. Esta prática contribui para a estabilização dos parâmetros fisiológicos neonatais, promove a amamentação precoce e reforça o vínculo mãe-filho (Silva et al., 2024). Contudo, durante o período de estágio, observou-se que o episódio de contacto pele a pele efetivo foram pouco frequentes.

Executar clampeamento do cordão umbilical

- O clampeamento do cordão umbilical foi realizado após o primeiro minuto de vida, de

acordo com as recomendações vigentes. O cordão foi clampeado a três a quatro centímetros acima do anel umbilical, com recurso a clamp definitivo colocado na extremidade próxima do recém-nascido. Subsequentemente, uma pinça de Kocher foi posicionada a cerca de dois centímetros acima do clamp definitivo, em direção à extremidade proximal da placenta. Foi ainda incentivada a participação do pai no corte do cordão umbilical, uma vez que tinha demonstrado interesse nesse sentido.

- **EVIDÊNCIA CIENTÍFICA:** De acordo com as orientações da OMS (2014), recomenda-se o clampeamento tardio do cordão umbilical, isto é, realizado pelo menos um minuto após o nascimento, em recém-nascidos de termo que não apresentem necessidade imediata de ventilação com pressão positiva. A evidência científica associa esta prática a benefícios relevantes para a saúde neonatal, incluindo valores mais elevados de hemoglobina, maior reserva de ferro e redução do risco de anemia nos primeiros meses de vida.

7.8. Síntese relativa ao caso

O EEESMO assume a responsabilidade pela prestação de cuidados especializados durante o trabalho de parto. De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (n.º 391/2019), compete-lhe assistir a mulher, integrada no contexto familiar e comunitário, assegurando a realização do parto em condições de segurança e promovendo simultaneamente a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina (OE, 2019).

A prática clínica evidenciou que a maioria das mulheres tende a desvalorizar os métodos não farmacológicos de alívio da dor, optando pela analgesia epidural como primeira escolha. Esta preferência está frequentemente associada à descrença na eficácia de estratégias alternativas, a experiências prévias negativas ou, simplesmente, ao desejo de não experienciar dor, como no caso apresentado. Nestes contextos, ainda que o EEESMO possa tentar procurar reformular o significado atribuído e apresentar alternativas, a decisão da mulher deve ser respeitada, reforçando-se a importância de uma abordagem individualizada que reconheça e valorize as suas preferências (Joensuu et al., 2022).

Apesar de os métodos não farmacológicos de alívio da dor constituírem alternativas seguras e promotoras da fisiologia do trabalho de parto, a Ordem dos Enfermeiros sublinha que a centralidade deve residir na autonomia e satisfação da parturiente. Assim, compete ao EEESMO assegurar que qualquer escolha decorra em condições de segurança, garantindo a monitorização rigorosa da condição materno-fetal (Lopes & Silva, 2021; OE, 2022).

Foi ainda possível verificar que após recorrerem à analgesia epidural, muitas mulheres expressavam o desejo de permanecer deitadas e tranquilas, colaborando pouco com as intervenções sugeridas, sobretudo no período noturno. Esta postura era frequentemente aceite

pelos profissionais. Contudo, mesmo perante a vontade de repouso, é possível implementar estratégias facilitadoras, como a utilização da bola de amendoim associada à alternância de posições possíveis, que permitem promover a progressão do trabalho de parto sem comprometer o conforto materno. Neste sentido, o EEESMO deve assumir um papel ativo na facilitação do processo, conciliando a fisiologia do parto com as preferências e necessidades da parturiente.

Outro aspeto relevante refere-se à posição para o nascimento. A maioria das mulheres desconhecer alternativas à posição ginecológica para parir, a qual continua a ser a mais frequentemente utilizada nos contextos hospitalares. Esta posição, embora amplamente difundida e culturalmente enraizada, está mais associada à conveniência dos profissionais de saúde do que à fisiologia do parto (Gupta et al., 2017). Evidências científicas demonstram que posições verticais ou semi-verticais, como a posição de cócoras, de quatro apoios ou sentada, estão relacionadas com maior eficácia das contrações uterinas, maior diâmetro pélvico, menor duração da segunda fase do trabalho de parto e redução da necessidade de intervenções obstétricas, nomeadamente partos instrumentados e episiotomias (Lawrence et al., 2013; Souza et al., 2020). Apesar das recomendações internacionais que defendem a liberdade da mulher na escolha da posição mais confortável e fisiológica, observa-se ainda uma forte tendência dos profissionais para incentivar predominantemente a posição ginecológica, perpetuando um modelo tradicional de assistência que nem sempre responde às melhores evidências disponíveis.

Relativamente ao contacto pele a pele precoce, observa-se que, em muitas unidades de saúde, tanto esta prática como o início da amamentação são frequentemente adiados em função de rotinas institucionais. No serviço onde decorreu o estágio, embora o recém-nascido fosse colocado em contacto pele a pele imediatamente após o nascimento, mesmo antes de clampar o cordão, sempre que ambos se encontravam clinicamente estáveis, esse contacto era frequentemente interrompido para a realização de procedimentos de rotina. Em algumas situações, o recém-nascido regressava ao colo materno já vestido, o que atenua os benefícios plenos desta prática, nomeadamente no que respeita à regulação térmica, à facilitação do vínculo afetivo e à promoção da amamentação (Karimi et al., 2019). Esta realidade revela a tensão existente entre rotinas institucionais e práticas preconizadas pela evidência científica.

Conclui-se, assim, que o EEESMO deve garantir que a decisão da parturiente é respeitada ao longo de todo o trabalho de parto, mesmo quando esta opta por medidas farmacológicas como a analgesia epidural, reconhecendo que o direito à escolha informada constitui um pilar da prática obstétrica contemporânea. O equilíbrio entre a dimensão tecnológica e intervencionista do parto e uma abordagem centrada na mulher representa um desafio permanente, mas é também a via para assegurar a dignidade, a segurança e o bem-estar materno-fetal, promovendo experiências de parto positivas e adequadas às necessidades de cada mulher.

8. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

No presente capítulo procede-se a uma análise crítica do desenvolvimento de competências ao longo do estágio, estabelecendo-se a articulação entre as experiências vivenciadas em contexto clínico e as competências comuns e específicas do EEESMO, conforme definidas no Regulamento das Competências Específicas (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A prática clínica revelou-se um espaço privilegiado para a integração de conhecimentos teóricos, científicos e técnicos, permitindo a consolidação de competências que se traduzem na prestação de cuidados diferenciados à mulher, ao recém-nascido, à família e à comunidade. Este percurso formativo possibilitou, simultaneamente, a aplicação de intervenções sustentadas pela evidência científica e o desenvolvimento de capacidades críticas e reflexivas, fundamentais para o exercício autónomo, ético e responsável da profissão.

Competências Comuns dos enfermeiros especialistas

As competências comuns constituem um conjunto de capacidades de carácter transversal, que devem ser evidenciadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização em que exercem (OE, 2019). Para além das competências específicas definidas em cada regulamento, a obtenção do título de especialista implica igualmente a demonstração destas competências, as quais são consideradas fundamentais para o desempenho profissional avançado.

Estas competências refletem-se na elevada capacidade de planear, organizar e supervisionar cuidados, assegurando simultaneamente apoio qualificado à prática clínica. Incluem ainda dimensões centrais da profissão, como a investigação, a formação e a consultoria, contribuindo de forma decisiva para a melhoria contínua dos cuidados e para o progresso disciplinar da enfermagem (OE, 2019).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, as competências comuns do enfermeiro especialista estão agrupadas em quatro domínios:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

a) Competência do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio integra duas dimensões essenciais: por um lado, a exigência de uma prática profissional juridicamente correta e eticamente responsável, norteadas pelo cumprimento das normas legais, dos princípios éticos e da deontologia própria da profissão; por outro, a garantia de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades inerentes ao exercício especializado (OE, 2019).

De acordo com o artigo 99.º do Código Deontológico dos Enfermeiros, incluído no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros através da Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro, a prática de enfermagem deve salvaguardar a liberdade e a dignidade da pessoa, assegurando igualmente a proteção da integridade do profissional. Já o artigo 100.º do mesmo diploma estabelece a obrigação de o enfermeiro exercer em conformidade com os princípios ético-deontológicos e legais em vigor, assumindo responsabilidade pelas suas decisões e atos, bem como pelo dever de proteger o ser humano de práticas contrárias à lei, à ética e ao bem comum.

À luz destes referenciais, tornou-se claro, durante os ensinamentos clínicos, que a prática do EEESMO ultrapassa a competência técnica, exigindo igualmente discernimento ético para conciliar direitos, deveres e vulnerabilidades. A prestação de cuidados implica, inevitavelmente, a confrontação com dilemas em que princípios fundamentais, como a beneficência, a justiça e a autonomia, podem entrar em tensão.

Uma experiência particularmente complexa ocorreu no serviço de puerpério, em que, devido à ausência de condições socioeconómicas e estruturais, os recém-nascidos foram retirados à família por decisão judicial. Este contexto evidenciou a complexidade de articular a proteção da criança com a necessidade de preservar a dignidade materna. Exigiu a capacidade de prestar cuidados a mulheres em situação de grande vulnerabilidade, assegurando o respeito pela sua dignidade e apoiando-as no processo de separação, sem descuidar a obrigação profissional e legal de salvaguardar o interesse da criança.

Outro exemplo significativo ocorreu no acompanhamento de mulheres em situação de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Este cenário exigiu uma postura crítica e reflexiva, uma vez que implicou conjugar o cumprimento da legislação em vigor com o respeito pela autonomia da mulher. A prestação de informação clara, a garantia de confidencialidade e a manutenção de uma atitude isenta de julgamentos foram determinantes para assegurar cuidados de qualidade e humanizados. Ficou evidente que a competência ética não significa concordar com todas as escolhas, mas sim garantir que estas são livres, informadas e respeitadas, mesmo quando desafiam as convicções pessoais do profissional.

Um dos dilemas mais marcantes emergiu na sala de partos, quando uma mulher grávida em fase final de gestação que, perante sinais de sofrimento fetal, recusou uma cesariana de emergência por medo da cirurgia e das suas possíveis complicações. Apesar da informação

clara prestada pela equipa e da gravidade da situação, a grávida exerceu o seu direito à autodeterminação, assinando o termo de responsabilidade e abandonando o hospital. Retornou horas mais tarde, já com consentimento para a intervenção, contudo objetivou-se morte fetal aquando da admissão. Este caso evidenciou a complexidade da prática clínica: por um lado, o dever profissional de garantir a segurança da mulher e do feto, alertando para os riscos da recusa; por outro, a obrigação de respeitar a autonomia da grávida, juridicamente e eticamente válida. Do ponto de vista emocional, foi um momento particularmente difícil, na medida em que assistir a um desfecho evitável gerou sentimentos de impotência e frustração. Contudo, a análise reflexiva permitiu compreender que o exercício ético da profissão não se traduz necessariamente na eliminação do risco ou na obtenção do desfecho esperado, mas sim no respeito pela dignidade da pessoa e na maturidade para lidar com a tensão entre beneficência e autonomia.

A análise destes contextos permitiu consolidar a perceção de que o exercício profissional especializado se concretiza plenamente apenas quando alia responsabilidade técnica a sensibilidade ética. A humanização dos cuidados não constitui um adorno da prática, mas o seu alicerce essencial, traduzindo-se na valorização da autonomia, na proteção da privacidade e da confidencialidade, e no reconhecimento das diferenças pessoais, sociais e culturais de cada mulher e família. Neste sentido, a prática reflexiva emerge como condição indispensável para transformar experiências complexas em aprendizagens que reforçam a maturidade ética e o compromisso profissional do EEESMO.

b) Competência do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

A melhoria contínua da qualidade assenta em três eixos centrais: assumir um papel ativo na dinamização e suporte das estratégias institucionais no âmbito da governação clínica; desenvolver práticas baseadas na evidência, participando na conceção e implementação de programas de melhoria; e garantir ambientes de cuidados seguros e terapêuticos (OE, 2019). Neste quadro, a qualidade não pode ser entendida como resultado de um ato isolado, mas como um processo sistemático e dinâmico, que implica monitorização permanente, auditorias regulares, reflexão crítica sobre os resultados alcançados e redefinição de estratégias orientadas para a excelência assistencial.

A prática de enfermagem deve, assim, assentar em recomendações atualizadas e em boas práticas, assegurando cuidados seguros, eficazes e eficientes. Tal compromisso exige abertura à mudança, disponibilidade para a inovação e adesão a novos conhecimentos (OE, 2019). O Regulamento n.º 140/2019 reforça esta perspetiva, ao sublinhar que a criação de um ambiente centrado na pessoa constitui requisito essencial para a eficácia terapêutica e para a prevenção de incidentes, sendo a melhoria da qualidade inseparável da avaliação contínua das práticas e

da análise crítica dos resultados obtidos.

No contexto dos ensinamentos clínicos, a busca pela qualidade materializou-se na prestação de cuidados tecnicamente adequados e cientificamente sustentados em protocolos institucionais atualizados. Para além disso, os momentos de reflexão em equipa revelaram-se determinantes, permitindo não só identificar fragilidades ou riscos potenciais, mas também consolidar boas práticas a reforçar. Esta abordagem evidenciou que a melhoria contínua não se restringe ao desempenho individual, mas decorre essencialmente da capacidade de aprender em conjunto, transformando experiências clínicas em oportunidades de evolução profissional e organizacional.

A participação em reuniões pós-evento, nomeadamente após cenários de urgência ou desfechos adversos, constituiu uma oportunidade de desenvolvimento crítico, ao possibilitar a análise multidimensional das situações. Este exercício coletivo de reflexão mostrou que a qualidade dos cuidados não pode ser aferida apenas pela ausência de incidentes, mas sobretudo pela capacidade de identificar fatores de risco, implementar melhorias e sustentar a segurança clínica através de uma prática colaborativa.

De igual modo, a colaboração no projeto, ainda em andamento, de reformulação das salas de parto ilustrou como a melhoria contínua se concretiza também na dimensão ambiental. Entre as sugestões, destacaram-se a colocação de frases de empoderamento nas paredes, a adoção de uma iluminação diferenciada e a redução de material desnecessário que acentuavam a perceção hospitalar. A introdução de medidas que visavam tornar o espaço mais humanizado reforçou a compreensão de que a qualidade assistencial é indissociável da criação de ambientes terapêuticos centrados na mulher e na família. Assim, tornou-se evidente que a excelência em saúde materna não depende apenas da competência técnica, mas igualmente da adequação dos espaços às necessidades emocionais das mulheres.

A análise de práticas no puerpério permitiu ainda constatar que a capacitação das puérperas era frequentemente realizada em momentos desajustados, condicionando a sua compreensão e retenção da informação. Esta constatação gerou reflexão crítica acerca da importância de alinhar a transmissão de conhecimento com a disponibilidade e as condições cognitivas das mulheres, evidenciando que a qualidade se mede não apenas por indicadores técnicos, mas também pela capacidade de responder efetivamente às necessidades individuais. Reorganizar estes momentos formativos constituiu uma estratégia fundamental para assegurar maior eficácia, satisfação e envolvimento das mulheres.

Em síntese, as experiências vividas permitiram consolidar competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, evidenciando a importância de articular o conhecimento avançado com o planeamento estratégico e a avaliação permanente dos cuidados. Este compromisso revelou-se essencial para assegurar a segurança e a dignidade da mulher e do recém-nascido, reforçando o papel do EEESMO enquanto profissional responsável pela promoção de práticas de excelência

em saúde materna e obstétrica.

c) Competência do Domínio da Gestão dos Cuidados

O Enfermeiro Especialista assume um papel determinante na gestão dos cuidados, uma vez que lhe compete coordenar intervenções de enfermagem, promover a articulação interdisciplinar e assegurar que os cuidados prestados correspondem às necessidades individuais da pessoa e da família. Esta competência implica a capacidade de liderar processos de tomada de decisão clínica, gerir eficazmente as tarefas delegadas e garantir que estas respeitam as boas práticas e os princípios éticos e legais que regem a profissão (OE, 2019).

A gestão dos cuidados está intrinsecamente associada ao exercício da liderança. Potra (2015), diferencia ambos os conceitos, sublinhando que liderar significa motivar, orientar e influenciar os outros na prossecução de objetivos comuns, enquanto gerir se refere à utilização criteriosa dos recursos humanos e materiais para assegurar intervenções seguras e eficazes. O Regulamento n.º 140/2019 reforça que o Enfermeiro Especialista deve adequar os recursos às necessidades dos cuidados e ajustar o estilo de liderança às características da equipa e às especificidades de cada contexto, de modo a potenciar a qualidade da prática assistencial.

Nos contextos clínicos, tornou-se evidente que a gestão dos cuidados não se restringe à organização de tarefas, mas exige capacidade de antecipação, hierarquização de prioridades e adaptação rápida às circunstâncias. Em situações de urgência obstétrica, como por exemplo um estado fetal não tranquilizador, evidenciou-se que a eficácia da gestão não se traduz apenas na correta distribuição de tarefas ou na utilização eficiente do espaço, mas sobretudo na clareza da comunicação e na liderança serena, fatores essenciais para assegurar segurança clínica e coordenação interdisciplinar em cenários de elevada pressão.

De igual modo, em casos de lotação dos serviços, a gestão dos cuidados assumiu particular relevância. A simultaneidade de necessidades impôs a necessidade de planear e hierarquizar intervenções, delegar tarefas de forma segura e assumir a responsabilidade pela supervisão. Estas circunstâncias colocaram em evidência a tensão entre a escassez de recursos e a obrigatoriedade de garantir cuidados individualizados e dignos, revelando que a gestão eficaz exige equilíbrio entre eficiência organizacional e centralidade na pessoa.

A participação em processos de decisão da equipa, particularmente na definição de planos de cuidados individualizados e na adaptação de estratégias terapêuticas em função da evolução da condição clínica, reforçou a importância da partilha de informação clara e pertinente. Esta dinâmica mostrou que a segurança e a eficácia dos cuidados dependem da colaboração interprofissional e da referenciação atempada sempre que a situação ultrapassa o âmbito de atuação do EEESMO.

A análise crítica das experiências clínicas permitiu compreender que a gestão dos cuidados constitui um processo dinâmico que transcende a dimensão técnica, integrando competências relacionais, éticas e organizacionais, exigindo capacidade de antecipação, comunicação clara e reflexão crítica sobre a própria atuação. Gerir cuidados não significa apenas organizar tarefas, mas sim liderar processos complexos de forma colaborativa, garantindo ambientes terapêuticos seguros.

d) Competência do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Este domínio sublinha a responsabilidade do Enfermeiro Especialista em desenvolver continuamente o autoconhecimento e a assertividade, reconhecendo que estes atributos influenciam a qualidade das relações terapêuticas e interprofissionais. Valoriza-se, assim, a dimensão do “eu” e a relação com o “outro”, numa perspetiva individual, profissional e organizacional. Espera-se que a prática clínica especializada se fundamente em evidência científica atualizada, sustentando as tomadas de decisão e promovendo intervenções seguras, eficazes e pertinentes. Paralelamente, o EEESMO deve assumir-se como facilitador nos processos de aprendizagem e como agente ativo na produção de conhecimento e investigação em enfermagem (OE, 2019).

A construção da identidade profissional constitui um processo contínuo e multifacetado, influenciado pela formação académica, pela prática clínica e pelas interações em contexto de trabalho. De acordo com Albuquerque (2021), esta identidade resulta da conjugação entre o percurso pessoal e profissional, o reconhecimento de competências e limites, a capacidade de reconciliação e a aptidão para lidar com frustrações, sendo estes aspetos essenciais para a afirmação profissional e para a qualidade dos cuidados prestados.

A experiência clínica evidenciou a dualidade inerente ao processo de desenvolvimento profissional, marcada pela alternância entre momentos de confiança, sustentados pelo conhecimento adquirido, e situações de incerteza, que exigiram reflexão crítica, apoio da equipa e estudo mais aprofundado. Esta tensão revelou-se essencial para fomentar o autoconhecimento, reconhecer vulnerabilidades e consolidar competências, sublinhando que a aprendizagem se constrói também através da capacidade de lidar com a complexidade e a imprevisibilidade.

Um exemplo concreto ocorreu no bloco de partos, onde, inicialmente, o acompanhamento de mulheres em trabalho de parto de forma autónoma se revelou um desafio significativo, exigindo a integração de conhecimentos teórico-práticos com competências comunicacionais assertivas. Com o decorrer do tempo, a prática regular e o desenvolvimento de competências específicas permitiram uma maior confiança e fluidez na atuação. A análise desta experiência permitiu compreender que a gestão segura do processo não decorre apenas da técnica, mas da

articulação entre comunicação eficaz, evidência científica e capacidade de manter serenidade em cenários exigentes. Esta evolução reforçou a importância da articulação entre teoria e prática no desenvolvimento da identidade profissional e na consolidação da autonomia no acompanhamento da mulher em trabalho de parto.

No contexto do puerpério, tornou-se evidente a necessidade de aprofundar conhecimentos, especialmente no domínio da amamentação, dado que muitas mulheres manifestaram dúvidas, receios ou dificuldades práticas que exigiam respostas fundamentadas e individualizadas. Esta constatação reforçou a percepção de que a competência do EEESMO não se limita à transmissão de informação padronizada, mas exige uma atualização contínua e apropriação crítica da evidência científica, de modo a sustentar uma intervenção eficaz que responda às necessidades reais das puérperas de forma segura, promovendo a sua capacitação.

Os ensinamentos clínicos, enquanto espaço de aprendizagem em serviço, possibilitaram a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado, reforçando a importância da aprendizagem dinâmica, baseada na reflexão crítica sobre a pertinência das intervenções e na adaptação de estratégias às necessidades individuais de cada mulher, recém-nascido e família. O contacto com diferentes contextos clínicos destacou a relevância da partilha de saberes e da reflexão conjunta para a melhoria contínua da prática. Os momentos de discussão conjunta, centrados na análise crítica e na procura de soluções inovadoras, destacaram-se como oportunidades de desenvolvimento de novas competências e de fortalecimento da aprendizagem ao longo da vida.

A prática em estágio evidenciou ainda a necessidade de articular a prática clínica com a investigação, enquanto estratégia fundamental para sustentar decisões e otimizar cuidados. A realização de uma revisão integrativa da literatura, a partir de uma problemática identificada em contexto real, revelou-se uma oportunidade para articular a produção científica com a prática profissional, contribuindo para a consolidação da identidade enquanto enfermeira especialista reflexiva e investigadora.

Competências Específicas do EEESMO

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, as competências específicas correspondem às respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, situando-se no campo de intervenção definido para cada área de especialidade. Estas competências traduzem-se na capacidade de adequar os cuidados de forma rigorosa e consistente às necessidades de saúde das pessoas (OE, 2019).

No artigo 4º do Regulamento nº 391/2019 estabelece as competências específicas do EEESMO, entre as quais se incluem:

a) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e

durante o período pré-concepcional (não abordado nos ensinamentos clínicos);

b) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;

c) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;

d) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;

e) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério (não abordado nos ensinamentos clínicos);

f) Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;

g) Cuidar do grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2019).

No exercício da sua prática profissional, o EEESMO assume intervenções autônomas em situações de baixo risco, isto é, quando estão em causa processos fisiológicos e de vida normais no ciclo reprodutivo da mulher. Em contrapartida, em situações de médio ou alto risco, caracterizadas pela presença de processos patológicos ou de vida disfuncionais, o especialista atua de forma autônoma e interdependente, articulando-se com outros profissionais de saúde para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados (OE, 2019).

b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal;

O acompanhamento clínico da grávida, particularmente em contextos de risco, constitui um espaço privilegiado para a consolidação de competências do EEESMO, conforme definido no Regulamento n.º 391/2019, que estabelece como competência específica o cuidado à mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, potenciando a sua saúde, detetando e tratando precocemente complicações e promovendo o bem-estar materno-fetal (OE, 2019).

Durante o estágio, esta competência foi desenvolvida tanto em contexto de consulta externa como em internamento, o que possibilitou uma visão abrangente da prática clínica em diferentes cenários.

Em contexto de consulta externa, apesar da inexistência de uma consulta de enfermagem estruturada para vigilância da gravidez (exceto no caso da diabetes gestacional), foram realizadas intervenções de monitorização materno-fetal e de promoção da saúde. Estas incluíram a avaliação da tensão arterial, do peso materno e dos parâmetros da urina, assegurando a deteção precoce de complicações. O bem-estar fetal foi monitorizado pela perceção dos movimentos fetais e, a partir das 36 semanas (ou mais cedo em gravidezes de risco), pela realização de cardiotocografia.

Além da vigilância clínica, foram promovidas intervenções no sentido de facilitar a adaptação à gravidez. Estas centraram-se no conhecimento sobre gravidez, na identificação de sinais de alarme e em estratégias de gestão de efeitos colaterais comuns, como edema ou dor lombar. A capacitação para a autovigilância foi particularmente reforçada em situações de risco, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia ou placenta prévia. Paralelamente, foram desenvolvidas intervenções de apoio à parentalidade, nomeadamente orientações sobre a preparação da mala da maternidade, a organização do enxoval e preparação da casa. Estas intervenções demonstraram que a vigilância pré-natal não se restringe à dimensão clínica, mas exige também investimento no reforço da literacia em saúde e no empoderamento da grávida.

A preparação para o parto constituiu igualmente uma dimensão relevante da prática. O diálogo com a grávida e a sua pessoa significativa permitiu clarificar expectativas, abordar sinais de início do trabalho de parto e alinhar informação técnica com vivências individuais. Estas estratégias contribuíram para reduzir incertezas e favorecer experiências de parto mais positivas.

Deste modo, os cuidados prestados ao longo do estágio revelaram-se fundamentais para o desenvolvimento de competências na área da vigilância da saúde da mulher durante o período pré-natal, integrando a unidade de competência “Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento” e “Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, conforme preconizado pelo Regulamento de Competências Específicas do EEESMO (2019). Destacaram-se, entre outras, a promoção de estilos de vida saudáveis, a monitorização contínua da evolução da gravidez e o apoio à adaptação a esta fase de transição.

No contexto de internamento, as intervenções incidiram na monitorização cardiotocográfica, vigilância da pressão arterial, controlo glicémico e avaliação de perdas hemáticas ou de líquido amniótico, de acordo com o motivo do internamento. Paralelamente, foi dada particular atenção à promoção da adaptação à gravidez com complicações, procurando reforçar o conhecimento das grávidas sobre sinais de alarme específicos, como cefaleia intensa e visão turva (eclâmpsia), prurido nas mãos e pés (alterações hepáticas) ou aumento da contratilidade uterina (risco de parto pré-termo). Estas orientações visaram potenciar a autovigilância e a identificação precoce de sinais de agravamento. Foi igualmente valorizada a adesão ao regime terapêutico, salientando a relação entre o seu cumprimento (por exemplo, o controlo glicémico ou tensional) e os resultados perinatais, reforçando assim o papel ativo da grávida na gestão da sua condição. Este processo confirmou que a intervenção do EEESMO deve integrar vigilância rigorosa, suporte emocional e promoção da autonomia da mulher.

As competências desenvolvidas enquadram-se nas unidades que visam “diagnosticar precocemente e prevenir complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, através da monitorização clínica e da referenciação adequada, e

“providenciar cuidados à mulher e facilitar a sua adaptação durante o período pré-natal e em situação de abortamento”, mediante a educação para a saúde, o reforço da autovigilância e a promoção de estratégias de adaptação à gravidez com ou sem complicações.

De acordo com Meleis (2010), a gravidez representa um processo de transição que exige não apenas vigilância clínica, mas também apoio emocional e educacional. A prática em estágio tornou evidente a fragilidade emocional das grávidas em contexto de risco, frequentemente marcada pelo receio da perda fetal e pela incerteza quanto à evolução da gestação. Nesses momentos, a empatia, a escuta ativa e a validação das preocupações revelaram-se tão essenciais quanto a monitorização clínica. A clareza das orientações, o reforço da autovigilância e a promoção da adesão terapêutica mostraram impacto direto não apenas nos resultados materno-fetais, mas também no fortalecimento da confiança e tranquilidade das grávidas. Estudos demonstram reforçam que a qualidade da comunicação e a capacidade de estabelecer uma relação empática com a grávida estão diretamente associadas a experiências mais positivas de cuidado, maior satisfação e fortalecimento do vínculo com os profissionais de saúde (Agbi et al., 2022; O'Reilly et al., 2025).

A análise crítica deste percurso permitiu compreender que o cuidado especializado deve integrar de forma equilibrada o conhecimento técnico-científico e uma abordagem centrada na mulher. Para além da deteção precoce de complicações e da monitorização rigorosa do bem-estar materno-fetal, é fundamental investir em estratégias educativas que reforcem a autovigilância e a adesão terapêutica, bem como em intervenções comunicacionais que validem emoções e necessidades individuais. Desta forma, a assistência pré-natal revela-se mais eficaz, não só na promoção de resultados materno-fetais positivos, mas também no fortalecimento da confiança e tranquilidade da grávida, potenciando a humanização dos cuidados em situações de maior complexidade clínica.

c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto

O Regulamento das Competências Específicas do EEESMO estabelece que este profissional deve “cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (OE, 2019).

Durante o estágio, esta competência foi desenvolvida em diferentes contextos, totalizando 49 experiências de parto (42 realizados de forma autónoma e sete conduzidos pelo médico obstetra, com acompanhamento ativo), bem como na assistência a cerca de 30 parturientes cujo desfecho ocorreu em turno subsequente ou culminou em cesariana emergente. Esta diversidade permitiu compreender a complexidade e a singularidade do trabalho de parto, bem como a necessidade de vigilância contínua e adaptada a cada mulher.

No início do trabalho de parto, espontâneo ou induzido, foram promovidas estratégias facilitadoras da sua evolução, como a deambulação e o recurso à bola de pilates, associadas à orientação sobre o processo e à gestão de expectativas. A evidência científica demonstra que a mobilidade contribui para reduzir a duração do trabalho de parto, potenciar o parto vaginal, atenuar a dor e aumentar a satisfação materna (Alhafez & Berghella, 2020; Perry et al., 2022; ACOG, 2023), o que reforça a pertinência da sua implementação. Foram também aplicadas medidas não farmacológicas para lidar com a dor, como musicoterapia, aromaterapia, massagem lombar e técnicas respiratórias, complementares ou não à analgesia epidural. Estas práticas enquadram-se na unidade de competência “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”, ao privilegiarem escolhas informadas e cuidados centrados na parturiente.

O bem-estar materno-fetal foi continuamente monitorizado, com referenciação de situações que ultrapassassem o âmbito de atuação do EEESMO, o que contribuiu para o desenvolvimento da unidade de competência de “Diagnosticar precocemente e prevenir complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido”. A necessidade de transferência para bloco operatório em casos de estado fetal não tranquilizador evidenciou a importância do reconhecimento precoce de desvios da normalidade, reforçando a articulação entre autonomia do EEESMO e colaboração interdisciplinar.

No segundo estadió do trabalho de parto, a prática clínica revelou que a posição de litotomia continua a ser amplamente privilegiada, tendo realizado apenas um parto em posição alternativa (sentada). Apesar de a OMS (2018) recomendar que a mulher deve escolher livremente a posição em que quer parir, a prática clínica continua a privilegiar a litotomia, possivelmente pela perceção de maior controlo profissional em caso de complicações (Huang et al., 2019; Satone et al., 2023). No entanto, estudos recentes salientam os benefícios das posições verticais ou do decúbito lateral na redução da duração do trabalho de parto, no conforto materno e na preservação da integridade perineal (Martín-Vázquez et al., 2024). Assim, o EEESMO deve incentivar escolhas informadas, equilibrando segurança clínica com humanização do cuidado.

Com a evidência científica a apontar para os benefícios das posições alternativas para o segundo estadió de trabalho de parto, é da competência do EEESMO promover a adoção destas posições corporais, quando a parturiente o desejar, para melhorar os resultados maternos e neonatais e para promover uma experiência de parto positiva para todas as parturientes.

A proteção perineal constitui outra dimensão analisada, confrontando as técnicas hands-on, hands-off e hands-poised. A evidência atual sugere que a técnica hands-poised, ao constituir uma abordagem intermédia, favorece a integridade perineal sem aumentar riscos (Huang et al., 2020; Lee et al., 2018). Apesar da recomendação da OMS (2018) para a técnica hands-on, estudos indicam redução de episiotomias e lacerações perineais com a adoção das técnicas

hands-off ou hands-poised (Califano et al., 2022; Huang et al., 2020; Lee et al., 2018). Esta análise crítica demonstrou que, embora não exista consenso definitivo, é fundamental que o EEESMO integre a evidência disponível na prática, promovendo a integridade perineal e evitando intervenções desnecessárias.

O mesmo se verifica relativamente à realização de episiotomias. Embora a evidência científica defina claramente as condições específicas que justificam a sua indicação, persiste um paradigma antigo, com algumas profissionais ainda a considerar que “é melhor cortar do que lacerar” (ACOG, 2018; OMS, 2018). Esta discrepância sublinha a dificuldade em abandonar conceções enraizadas e a necessidade de reforçar a prática baseada na evidência, promovendo uma abordagem crítica e atualizada.

Relativamente aos cuidados ao recém-nascido, verificou-se que o contacto pele a pele imediato e ininterrupto nem sempre foi cumprido, sendo frequentemente interrompido para a realização de cuidados de rotina, como monitorização do peso corporal, a administração de vitamina K e a profilaxia ocular. Apesar da administração de profilaxias poder ser feita durante o contato pele a pele, e até exista evidência de que reduz a perceção de dor e stress do recém-nascido (Ionio et al., 2021), a obtenção do peso implica a separação da díade. Esta prática era realizada na maioria dos partos, o que parece estar associado com constrangimentos do sistema de registos de enfermagem, uma vez que o peso é necessário para a registo do nascimento. Esta constatação levou-me a refletir sobre a necessidade de reorganizar práticas institucionais, garantindo que as rotinas não se sobreponham à promoção do contacto pele a pele e benefícios associados.

Durante o estágio, foi ainda possível acompanhar situações de maior complexidade, incluindo trabalho de parto em mulheres com patologia associada (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, restrição de crescimento fetal), bem como uma situação de abortamento às 21 semanas. Este último caso foi particularmente marcante, pela confrontação com o processo de luto perinatal, caracterizado por dor intensa, sentimentos de culpa e isolamento (Fernández-Férez et al., 2021; Roberts et al., 2021). O suporte empático, a validação do sofrimento e o respeito pela individualidade da família mostraram-se fundamentais para favorecer um processo de luto saudável. Foram assegurados aspetos essenciais, como a privacidade, a possibilidade de segurar o bebé ao colo e a utilização do seu nome, práticas que contribuem para dignificar a experiência e favorecer a elaboração do luto (AAP & ACOG, 2018; Wool & Catlin, 2018). No caso referido, os pais optaram por não visualizar o recém-nascido, mas manifestaram o desejo de o segurar ao colo. Nesse sentido, o bebé foi cuidadosamente envolvido num lençol, de modo a respeitar a vontade parental e favorecer a vivência do processo de luto saudável.

Do ponto de vista reflexivo, estas experiências demonstraram que a atuação do EEESMO no trabalho de parto ultrapassa largamente a dimensão técnica. Respeitar a individualidade da mulher, promover escolhas informadas, assegurar vigilância rigorosa e integrar práticas

humanizadas constituem pilares fundamentais da sua intervenção. Assim, evidenciou-se que a competência profissional exige a articulação entre conhecimento técnico-científico, comunicação empática e defesa da autonomia da mulher, consolidando a qualidade e a humanização dos cuidados em saúde materna e obstétrica.

d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal

O puerpério constitui uma etapa decisiva para a saúde da mulher, do recém-nascido e da família, caracterizando-se como um período de elevada vulnerabilidade e de múltiplas transições. O Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros define como competência específica do EEESMO “cuidar da 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” (OE, 2019). Assim, a intervenção especializada torna-se essencial, não apenas para assegurar cuidados básicos, mas sobretudo para antecipar necessidades, prevenir complicações e promover uma transição saudável para a parentalidade.

A experiência de estágio, que incluiu a prestação de cuidados a 134 puérperas e 124 recém-nascidos (serviço de puerpério e sala de partos), permitiu evidenciar a complexidade desta fase. Mais do que a execução de atos clínicos, constatou-se a necessidade de adaptar a intervenção às especificidades de cada situação, confirmando que o cuidado em saúde materna exige uma abordagem flexível, crítica e centrada na mulher e na família.

No que respeita aos cuidados maternos, as intervenções incidiram na vigilância da evolução do puerpério desde o pós-parto imediato até à alta clínica, incluindo a avaliação dos lóquios, da ferida perineal/cirúrgica e da involução uterina. Contudo, constatou-se que a avaliação clínica, por si só, não era suficiente, a gestão da ansiedade, o incentivo ao autocuidado e a promoção de bem-estar revelaram-se determinantes para uma recuperação segura. Orientações sobre a cicatrização, sinais de alarme e cuidados à ferida mostraram-se mais eficazes quando acompanhadas de escuta ativa e validação das preocupações da mulher, confirmando que a técnica só ganha sentido quando articulada com a dimensão relacional.

A parentalidade, tal como referem Mercer (2006) e Cardoso et al. (2015), é um processo de aprendizagem social e cognitiva, e não uma capacidade inata. Tornar-se mãe ou pai exige reorganização individual e conjugal, assumindo-se como um momento crítico que requer aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Neste sentido, as intervenções do EEESMO centram-se na capacitação dos pais, promovendo confiança, satisfação e mestria no desempenho do papel parental. Tal como defendem Meleis et al. (2000), a preparação prévia para a parentalidade atua como fator facilitador da adaptação, enquanto a ausência dessa preparação pode representar uma barreira. A prática clínica evidenciou

diferenças significativas entre casais com preparação prévia e aqueles que não a tiveram. Os primeiros revelaram maior segurança teórica, mas alguma inexperiência prática; os segundos, maior destreza empírica, mas lacunas de conhecimento. Esta constatação sugere que a preparação para a parentalidade não pode limitar-se à transmissão de informação: deve ser repensada como processo contínuo de capacitação, ajustado às particularidades de cada família.

No processo de adaptação à parentalidade, a promoção da amamentação assumiu particular relevância, uma vez que se revelou a competência parental que mais dúvidas e inseguranças suscitou nas mulheres/casais. Para responder a estas necessidades, foram implementadas estratégias de apoio à pega correta, orientação sobre posições que favorecem o conforto materno, identificação de sinais de fome e saciedade, prevenção de lesões mamárias e técnicas para estimular o recém-nascido sonolento durante a mamada. Paralelamente, foram desenvolvidas competências no âmbito dos cuidados de higiene e ao coto umbilical e da gestão do choro. A prática revelou que a prática da amamentação é fortemente condicionada pelo contexto social e cultural da puérpera, sendo os mitos e crenças um dos principais fatores que levam à introdução precoce do leite artificial, por gerarem dúvidas quanto à sua capacidade de amamentar. Assim, a promoção da autoconfiança materna, quer na amamentação quer nos cuidados ao recém-nascido, revelou-se fundamental para uma transição saudável e para uma integração harmoniosa do papel de mãe após o parto.

A literatura evidencia que a autoeficácia desempenha um papel determinante na aprendizagem do exercício parental (Cardoso, 2011; Victória et al., 2024). Neste sentido, as intervenções de reforço positivo e validação das capacidades de cada mulher revelaram-se fundamentais para a construção de expectativas realistas, facilitando uma vivência saudável do processo de transição para a maternidade.

As experiências vivenciadas ao longo do estágio contribuíram de forma significativa para a consolidação da unidade de competência “Promover a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”. Neste âmbito, foi possível intervir através da orientação da puérpera quanto aos cuidados essenciais ao recém-nascido, à identificação de sinais de alarme, ao incentivo e apoio à amamentação, bem como ao acompanhamento da recuperação pós-parto e da saúde mental durante o puerpério.

Foi igualmente trabalhada a unidade de competência “Providencia cuidados nas situações que possam afetar negativamente a saúde da mulher e recém-nascido no período pós-natal”. Assim, mulheres que experienciaram complicações no pós-parto, bem como aquelas com patologia associada, foram alvo de uma intervenção diferenciada, centrada na promoção da sua recuperação e bem-estar. Estas intervenções incluíram não só a capacitação para a autovigilância e o autocuidado, mas também a referenciação atempada e a articulação com outros profissionais de saúde, de modo a garantir um acompanhamento especializado e

integral, ajustado às necessidades de cada situação.

A avaliação sistemática do recém-nascido, enquanto dimensão central da prática, reforçou a importância de uma monitorização do seu estado de saúde e do processo de desenvolvimento, permitindo a identificação precoce de alterações. Sempre que foram identificadas situações que ultrapassavam o âmbito de intervenção do EEESMO, tornou-se necessária a referenciação e, em casos específicos, a transferência do recém-nascido para cuidados diferenciados, garantindo assim uma resposta adequada e atempada às suas necessidades.

A experiência adquirida no acompanhamento da mulher e do recém-nascido durante o período pós-parto foi particularmente enriquecedora, não só pela diversidade de situações vivenciadas, mas também pelo desenvolvimento da capacidade de adaptação a diferentes contextos familiares, emocionais e socioculturais. A proximidade estabelecida com as puérperas permitiu-me reconhecer a importância da escuta ativa, da empatia e da validação das suas capacidades, fatores que considero fundamentais para a construção da confiança no exercício da parentalidade. Contudo, identifiquei também a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos e estratégias na área da amamentação, uma vez que se trata de uma das competências mais desafiantes para as mães. Nesse sentido, reconheço a importância de investir em formação contínua nesta área, de modo a consolidar a minha prática clínica e a conseguir contribuir com intervenção mais eficaz e promotora da autoconfiança.

No serviço de puerpério, a equipa de enfermagem é constituída por EEESMO e por enfermeiros de cuidados gerais. Contudo, importa refletir criticamente sobre a adequação desta composição. O puerpério, pela sua vulnerabilidade e complexidade, exige cuidados diferenciados que os EEESMO estão especificamente preparados para prestar. A presença de enfermeiros de cuidados gerais pode ser vista como resposta à gestão de recursos humanos, mas levanta dúvidas quanto à suficiência da sua intervenção face às necessidades específicas da mulher e do recém-nascido.

Enquanto o enfermeiro cuidados gerais garante uma abordagem global e centrada em cuidados básicos, o EEESMO possui formação avançada na área da saúde reprodutiva, materna e neonatal, o que lhe confere a capacidade de identificar precocemente complicações físicas e emocionais e de intervir de forma fundamentada e adequada. Mais do que uma duplicação de funções, esta diferenciação representa a garantia de segurança clínica e de promoção de saúde a longo prazo.

Para além da vertente clínica, o EEESMO desempenha um papel fundamental na promoção da amamentação, no fortalecimento da ligação mãe-filho e na capacitação parental. Estas intervenções são determinantes para capacitar a mulher e a família no desempenho do papel parental, favorecendo uma experiência de maternidade mais segura, confiante e positiva. Por exemplo, a intervenção especializada pode ser crucial na prevenção de dificuldades de amamentação ou na deteção precoce de sinais de depressão pós-parto, assegurando respostas

céleres e eficazes. Estas intervenções, quando asseguradas por profissionais com competências especializadas, contribuem não só para o bem-estar imediato da díade mãe-bebé, mas também para ganhos em saúde a longo prazo, reduzindo riscos e custos associados a complicações evitáveis.

Neste sentido, defende-se que os cuidados em puerpério deveriam ser assegurados maioritariamente, senão exclusivamente, por EEESMO, garantindo a universalidade de uma resposta qualificada. Tal não se traduz apenas em ganhos imediatos para mãe e bebé, mas em benefícios a longo prazo para a família, a comunidade e o próprio sistema de saúde, garantindo que todas as mulheres e famílias beneficiem de cuidados seguros, diferenciados e ajustados às suas necessidades específicas.

f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros define como competência específica do EEESMO “Cuidar da mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica no sentido de potenciar a saúde (OE, 2019). Esta competência assume particular relevância na medida em que as doenças ginecológicas, para além do impacto físico, podem comprometer de forma significativa a esfera emocional, sexual e social da mulher, repercutindo-se negativamente na sua qualidade de vida.

Durante o estágio, foram prestados cuidados a sete mulheres internadas por patologia ginecológica em contexto pós-cirúrgico, nomeadamente do aparelho génito-urinário, o que constituiu uma oportunidade para consolidar esta competência. Mais do que a simples execução de cuidados clínicos, como a vigilância da ferida cirúrgica, do padrão de eliminação ou da dor, a prática evidenciou a necessidade de integrar estes procedimentos numa abordagem holística, centrada na recuperação física, mas também na adaptação emocional e social da mulher.

Um dos aspetos que emergiu de forma clara foi a importância da capacitação para a autovigilância. Orientar as mulheres quanto aos sinais de alarme e à gestão dos sintomas pós-operatórios revelou-se determinante para promover autonomia, prevenir complicações e reduzir reinternamentos. Esta perspetiva vai ao encontro da evidência que reforça o papel do EEESMO na educação para a saúde como estratégia de empowerment, permitindo à mulher assumir-se como agente ativo no seu processo de recuperação (Silva et al., 2020).

Neste sentido, a intervenção do EEESMO não se restringe ao controlo clínico do pós-operatório, mas envolve a criação de condições para uma recuperação segura, autónoma e integradora. O desafio passa por conciliar a resposta às necessidades imediatas com a promoção de competências que perduram para além da hospitalização, contribuindo para ganhos em saúde

sustentados.

9. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A realização dos estágios no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia constituíram uma oportunidade singular de consolidação de conhecimentos e de desenvolvimento de competências, essenciais para uma prática clínica autónoma, crítica e responsável. A experiência em diferentes contextos, internamento pós-parto, acompanhamento de grávidas de risco e sala de partos, proporcionaram-me uma visão integrada do ciclo reprodutivo e reforçaram a importância de cuidados centrados na mulher, no recém-nascido e na família, em consonância com os princípios da humanização e da qualidade em saúde.

Este percurso foi exigente e confrontou-me com realidades complexas. A adaptação a diferentes dinâmicas de serviço, a gestão de situações de sobrecarga assistencial e a discrepância entre rácios recomendados e a prática recomendada colocaram-me perante dilemas éticos e práticos que, inicialmente, geraram insegurança e incerteza. No entanto, estas dificuldades foram um impulsionador de crescimento, obrigando-me a desenvolver resiliência, capacidade de priorização, raciocínio clínico e consciência crítica acerca das condições que garantem a segurança e a qualidade dos cuidados.

O acompanhamento próximo da mulher e da família, em contextos fisiológicos e de risco, constituiu uma das aprendizagens mais significativas, revelando que a escuta ativa, a empatia e o apoio emocional são dimensões indissociáveis da prática especializada. Reconheci, assim, que a essência do papel do EEESMO não reside apenas na competência técnica ou científica, mas também na disponibilidade para escutar, acolher e apoiar cada experiência, respeitando a sua singularidade.

Outro aspeto estruturante deste percurso foi a articulação entre ciência e prática. A elaboração de planos de cuidados e estudos de caso, bem como a investigação sobre a suplementação com leite artificial no internamento pós-parto, evidenciaram a importância da prática baseada na evidência. A investigação não só aprofundou o meu conhecimento sobre o tema, como também reforçou o compromisso da atualização e melhoria contínua que permitiram defender práticas que promovam ganhos em saúde.

O acompanhamento dos tutores e da orientadora, aliado ao trabalho em equipa multidisciplinar e ao feedback crítico recebido, foi determinante para a consolidação da aprendizagem. As orientações e momentos de reflexão conjunta permitiram reconhecer pontos fortes, identificar áreas de melhoria e analisar de forma mais consciente as decisões tomadas. Esta partilha de saberes e a análise crítica das práticas contribuíram para ultrapassar fragilidades, desenvolver estratégias de intervenção mais eficazes e ampliar perspetivas sobre o papel do EEESMO. Este

apoio revelou-se essencial para fortalecer a minha autonomia, confiança e motivação, reforçando ainda a convicção de que a aprendizagem é um processo contínuo e coletivo, que exige atualização permanente e compromisso com a qualidade dos cuidados.

Em termos profissionais, este percurso permitiu a transição de estudante para futura especialista, consolidando competências específicas na vigilância da gravidez de risco, no acompanhamento do trabalho de parto e nascimento e no apoio no período pós-parto. Fortaleceu igualmente a minha autonomia clínica, a capacidade de articular conhecimentos em equipa e a segurança para enfrentar dilemas éticos com responsabilidade. Sobretudo, reforçou a consciência de que ser EEESMO implica assumir um compromisso permanente com a qualidade, a segurança e a humanização dos cuidados.

Concluo, assim, que este percurso formativo constituiu não apenas uma etapa académica, mas um processo de transformação pessoal e profissional, consolidando competências clínicas e reflexivas essenciais ao exercício especializado. Reconheço, contudo, que o desenvolvimento de competências não termina com este estágio, mas constitui um processo contínuo, que exige atualização, investigação e compromisso ético. Este caminho representa o início de uma trajetória de crescimento e de desafios, que me aproxima progressivamente da concretização plena do papel do EEESMO enquanto promotor de saúde, facilitador do processo de transição e agente de mudança no sistema de saúde.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aasheim, V., Nilsen, A., Reinar, L., & Lukasse, M. (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(6), 1-88. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006672.pub3>

Abalos, E., Sguassero, Y., & Gyte, G. M. L. (2021). Paracetamol/acetaminophen (single administration) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), 1-52. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008407.pub3>

Abasi, E., Keramat, A., Borghei, N., Goli, S. & Farjamfar, M. (2021). Evaluating the effect of Caponi, I. M. (2015). *Procedimento Operacional Padrão para Assistência À Gestante Com Amniorrexe Prematura* (Tese de mestrado, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://app.uff.br/riuff/handle/1/29341>

Abuchaim, E. de S. V., Marcacine, K. O., Coca, K. P., & Silva, I. A. (2023). Maternal anxiety and its interference in breastfeeding self-efficacy. *Acta Paulista de Enfermagem*, 36, 1-8. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO02301> Branco, J., Manuela, A., Completo, S.,

Agbi, F. A., Lulin, Z., Asamoah, E. & Kissi, J. (2022). The importance of empathy in maternal healthcare delivery. *American Journal of Social Sciences and Humanities*, 7(2), 56-68. <https://doi.org/10.55284/ajssh.v7i2.720>

Aktaş, S., Kazancı, E., & Korkmaz, A. (2023). Determinants of formula milk supplementation at a Baby Friendly university hospital during hospital stay. *Güncel Pediatri*, 21(3), 119-126. <https://doi.org/10.4274/jcp.2023.39206>

Alex, A., Bhandary, E., & McGuire, K. P. (2020) Anatomy and Physiology of the Breast during Pregnancy and Lactation. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 3-7. https://doi.org/10.1007/978-3-030-41596-9_1

Almeida, M. B. (2021). *O Toque Vaginal como um Procedimento Impulsivo e o seu Significado para as Parturientes*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/36034>

Alaofe, H., Lott, B., Kimaru, L., Okusanya, B., Okechukwu, A., Chebet, J., Meremikwu, M., & Ehiri, J. (2020). Emergency transportation interventions for reducing adverse pregnancy outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review. *Annals of Global Health*, 86(1), 1-18. <https://doi.org/10.5334/aogh.2934>

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), 168-186. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002351>

Anjos, C. R., Almeida, C. S., & Picanço, C. M. (2022). Percepção das enfermeiras sobre o Aleitamento materno no puerpério imediato. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, 1-11. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.43626>

Barnes, C., Hauck, Y., Mabbott, K., Officer, K., Ashton, L., & Bradfield, Z. (2021). Influencers of women's choice and experience of exclusive formula feeding in hospital. *Midwifery*, 103, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103093>

Barnes, S. G., Sutliff, B., Wendel, M. P., & Magann, E. F. (2024). Maternal transport: What do we know? A narrative review. *International Journal of Women's Health*, 16, 877-889. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S461341>

Bauer, M. E., Perez, S. L., Main, E. K., Norman, G. S., Fish, L. J., Caldwell, M. A., Allen, C., Hughes, B. L., Gibbs, R. S., & Smith, K. L. (2024). Near-miss and maternal sepsis mortality: A qualitative study of survivors and support persons. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 299, 136-142. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.05.038>

Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., McGuire, W., Weeks, A., & Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(2), 1-150. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007412.pub5>

Betti, T., Gouveia, H. G., Gasparin, V. A., Vieira, L. B., Strada, J. K. R., & Fagherazzi, J. (2023). Prevalência dos fatores de risco para hemorragia pós-parto primária em um hospital universitário. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(5), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0134pt>

Bomfim, V. V. B. da S., Treptow, L. M., Martins, F. J., Pereira, D. D. A., Rodrigues, R. de J., Costa, A. C. M. de S. F. da, Silva, H. N. B., Oliveira, R. M. D. de, Bentes, R. M., & Souza, L. T. L. de. (2022). Estratégias para minimizar o traumatismo perineal durante o parto natural. *Research, Society and Development*, 11(11), 1-9. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33559>

Branco, J., Manuela, A., Completo, S., Marques, J., Antão, R., Gago, C., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023). Prevalência e Fatores preditivos do Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. *Acta Médica Portuguesa* 36(6), 416-423. <https://doi.org/10.20344/amp.18692>

Breman, R. B., Neerland, C. (2020). Nursing Support During Latent Phase Labor: A Scoping Review. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 45(4), 197-207. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000626>

Çağan, E. S., Solmaz, E., Özayabakan, R., & Balcı, R. (2025). The effect of paternal skin-to-skin contact after cesarean section on the breastfeeding process: A randomized controlled study. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000947>

Cardoso, A. M. R. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - Estudo sobre a avaliação das competências parentais*. (Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/20745>

Cardoso, A., Silva, A. P., & Marín, H. (2015). Competências parentais: construção de um instrumento de avaliação. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4), 11-20. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14012>

Carvalho, J. M. N. (2020). *Adaptação à Maternidade: Influência de uma Intervenção de Educação Parental em Mães Primíparas*. (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/132242>

Catailhos, F. O. (2021). *Uso Rotineiro de Antibiótico em Pacientes com Ruptura Prematura Das Membranas e Conduta Conservadora* (Tese de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina). <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/231934>

Cavalcanti, B. C. M., Santos, I. J., Sousa, M. E. S., & Melo, S. A. S. (2021). Atuação da Enfermagem nos Cuidados a Gestantes de Alto Risco: Uma Revisão da Literatura. <https://www.grupounibra.com/repositorio/FARMA/2021/atuacao-da-enfermagem-nos-cuidados-a-gestantes-de-alto-risco-uma-revisao-da-literatura21.pdf>

Cerávolo, A. S., Araújo, E. B., Carvalho, M. I., Maia, W. O., Souza, E. B., & Grossmann, S. M. C. (2013). Avaliação da adequada indicação de leite artificial em recém-nascidos em uma maternidade de referência de Minas Gerais. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 11(1), 78-83. <http://dx.doi.org/10.5892/ruvrv.2013.111.7883>

Chamberlain, J., McCarty, S., Sorce, J., Leesman, B., Schmidt, S., Meyrick, E., Parlier, S., Kennedy, L., Crowley, D., & Coultas, L. (2019). Impact of delayed newborn bathing on exclusive breastfeeding rates, glucose and temperature stability, and weight loss. *Journal of Neonatal Nursing*, 25(2), 74-77. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2018.11.001>

Chiodi, L. C., Domingues, A. N., Nakano, A. M. S., & Fonseca, L. M. M. (2020). As vivências e necessidades de informação das gestantes com risco para o nascimento. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 23(2), 26-37. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..802>

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

Conceição, I. F., Rocha, C. R., Silva, L. R., Santos, I. M. M., Moreira, É. C., & Teixeira, S. V. B. (2020). Compreensão da prevalência do uso do leite artificial para recém-nascidos a partir das

indicações: um diagnóstico para prevenção. *Research, Society and Development*, 9(9), 1-21. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7320>

Costa, A. A., Silva Filho, N. J., Silva, B. C., Lima, I. J., Sabino, M. E., Santos, D. B. N., & Veras, S. R. A. (2021). Aconselhamento em amamentação durante o puerpério pelo Cirurgião-Dentista: Uma revisão. *Research, Society and Development* 10(7), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16518>

Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2016). *Obstetrícia de Williams*. Artmed.

Czerwińska-Osiptak, A., Szablewska, A. W., Karasek, W., Krawczyk, A., & Jurek, K. (2025). Relationship between perceived stress, midwife support and exclusive breastfeeding among Polish mothers. *Nutrients*, 17(9), 1573. <https://doi.org/10.3390/nu17091573>

Dawood, F., Dowswell, T., & Quenby, S. (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low-risk nulliparous women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), 1-49. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007715.pub2>

Deng, Y., Lin, Y., Yang, L., Liang, Q., Fu, B., Li, H., Zhang, H., & Liu, Y. (2021). A comparison of maternal fear of childbirth, labor pain intensity and intrapartum analgesic consumption between primiparas and multiparas: A cross-sectional study. *Women and Birth*, 35(6), 578-584. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.09.004>

Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00092-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00092-5)

Direção-Geral da Saúde. (2023). *Cuidados de saúde durante o trabalho de parto*. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/orientacao-0022023-cuidados-de-saude-durante-o-trabalho-de-parto-pdf.aspx>

Edqvist, M., Rubertsson, C., Ajne, G., Teleman, P., & Tegersted, G. (2024). Postpartum perineal pain and its association with sub-classified second-degree tears and perineal trauma—A follow-up of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(11), 2314-2323. <https://doi.org/10.1111/aogs.14938>

Fang, Q., Lin, L., Chen, Q., Yuan, Y., Wang, S., Zhang, Y., Liu, T., Cheng, H., & Tian, L. (2022). Effect of peer support intervention on perinatal depression: A meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 74, 65-76. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2021.12.001>

Felis, S., & Loddo, S. (2023). Fetal Oxygenation. *American Journal of Medical and Clinical Research & Reviews*, 2(10), 1-15. <https://doi.org/10.58372/2835-6276.1082>

Feng, X., & Zhang, Y. (2024). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on mother-infant

relationship and maternal psychology feelings: A qualitative study. *Nursing Open*, 11(6), e2181. <https://doi.org/10.1002/nop2.2181>

Ferreira, M., Nelas, P., & Duarte, J. (2016). Motivação para o Aleitamento Materno: Variáveis Intervenientes. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health* 40, 23-38. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8217>

Freixo, M. L. (2015). *Implicações da utilização da anelgesia epidural na evolução do trabalho de parto*. (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10316/30774>

Girona, A., Brunet, G., Ares, G., Rodríguez, R., de León, C., Lozano, M., & Vidal, L. (2024). Factors influencing health professionals' decisions regarding the indication of infant formula: A qualitative exploration in Uruguay. *Journal of Human Lactation*, 40(4), 550-566. <https://doi.org/10.1177/08903344241271346>

Girona, A., Vitola, A., Brunet, G., Ares, G., de León, C., Rodríguez, R., Lozano, M., & Vidal, L. (2025). A qualitative exploration of mothers' perspectives on infant formula use in Uruguay. *Appetite*, 204, 107753. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107753>

Gomes, G. F., & Santos, A. P. V. (2017). Assistência de enfermagem no puerpério. *Revista Enfermagem Contemporânea*, 6(2), 122-131. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i2.1407>

Graça, L. M. (2018). *Medicina Materno-Fetal*. Lidel.

Guilliland, K., & Pairman, S. (2010). *The midwifery partnership: A model for practice*. New Zealand College of Midwives.

Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., Smyth, R. M., & Abalos, E. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017(5), 1-99. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

Halliday, L., Nelson, S. M., & Kearns, R. J. (2022). Epidural analgesia in labor: A narrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(2), 356-364. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14175>

Heberle, A. B. S., Ichisato, S. M. T., & Nohama, P. (2015). Avaliação da mama na lactação por termografia e presença de dor. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(3), 256-263. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201500043>

Helbig, S., Gholami, S., Günter, H. H., Alrahmani, L., Greulich, B., Bernhard, M., & Schneider, M. (2019). Inter-institutional variations in oxytocin augmentation and relation to caesarean section rates: A multi-centre cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2348-x>

Hernández-Cordero, S., Lozada-Tequeanes, A. L., Fernández-Gaxiola, A. C., Shamah-Levy, T., Sachse, M., Veliz, P., & Cosío-Barroso, I. (2020). Barriers and facilitators to breastfeeding during the immediate and one month postpartum periods, among Mexican women: A mixed methods approach. *International Breastfeeding Journal*, 15(87), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00327-3>

Hutchison, J., Mahdy, H. & Hutchison, J. (2023). *Stages of Labor*. StatPearls.

Huang, X., Chen, L., & Zhang, L. (2019). Effects of paternal skin-to-skin contact in newborns and fathers after cesarean delivery. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 33(2), 189-194. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000384>

Ikonen, R., Kaunonen, M., & Hakulinen, T. (2023). In-hospital supplementation and subsequent breastfeeding practices in Finland: A cross-sectional population-level study. *Birth*, 50(1), 171-181. <https://doi.org/10.1111/birt.12696>

Ionio, C., Ciuffo, G., & Landoni, M. (2021). Parent-infant skin-to-skin contact and stress regulation: A systematic review of the literature. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 1-14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094695>

Jensen, R. N. (2025). *A nurse educational intervention to improve postpartum outcomes* (Tese de Douturamento, George Washington University). https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1174&context=son_dnp

Joensuu, J., Saarijärvi, H., Rouhe, H., Gissler, M., Ulander, V.-M., Heinonen, S., Torkki, P., & Mikkola, T. (2022). Maternal childbirth experience and pain relief methods: A retrospective 7-year cohort study of 85 488 parturients in Finland. *BMJ Open*, 12(5), 1-10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-061186>

Kao, M. H., Lin, K. C., Chang, Y. C., Huang, S. H., Cheng, K. K., & Huang, H. Y. (2019). Effects of support interventions in women hospitalized with preterm labor. *Clinical Nursing Research*, 28(5), 565-582. <https://doi.org/10.1177/1054773817740535>

Kinshella, M.-L. W., Salimu, S., Vidler, M., Banda, M., Molyneux, E. M., Dube, Q., Goldfarb, D. M., Kawaza, K., & Nyondo-Mipando, A. L. (2022). Beyond early initiation: A qualitative study on the challenges of hospital-based postpartum breastfeeding support. *PLOS Global Public Health*, 2(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001266>

Kleprlikova, H., Kalis, V., Lucovnik, M., Rusavy, Z., Blaganje, M., Thakar, R. & Ismail, K. (2020). Manual perineal protection: The know-how and the know-why. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 99(4), 445-450. <https://doi.org/10.1111/aogs.13781>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Dowswell, T., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), 1-129.

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

Leite, M. D. S., Feitosa, A. N. A., Costa, K. L. P., Brito, L. M., Goncalves, A. J. N., Sampaio, R. L., Magalhães, T. S. S. A., Gouveia, D. M., Marques, A. T., Bezerra, K. K. S., Meneses, H. R. F., Sarmiento, T. A. B., Silva, G. I. C. M., Sousa, M. G. A., Pires, B. C. B., Moura, W. A., Victor, J. T. S., Souza, G. X. L., & Medeiros, J. M. L. A. M. (2022). Sentimentos maternos durante o puerpério: uma revisão da literatura. *Research, Society and Development*, 11(1), 1-15. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.23206>

Li, J., Yang, S., Yang, F., Wu, J., & Xiong, F. (2021). Immediate vs delayed cord clamping in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 75(11), e14709. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14709>

Lima, B. M. S., Santos, C. A., Suza, R. A. L., & Silva, J. C. S. (2024). Métodos não Farmacológicos no Parto Normal. *Revistaft*, 28(135), 1-28. <https://doi.org/10.5281/zenodo.11536891>

Lima, E. C., Santos, L. M., Santos, S. C., Christoffer, M. M., & Kerber, N. P. C. (2019). Vivências de familiares durante o trabalho de parto pré-termo. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.616>

Linfield-Brown, G., Khullar, V., & Cardozo, L. (2025). Effect of epidural analgesia on postpartum bladder sensation. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 308, 96-98. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2025.02.037>

Liu, L., Wu, Y., Xian, X., Feng, J., Mao, Y., Balakrishnan, S., Weber, A. M., Darmstadt, G. L., Chen, Y., Sylvia, S., Zhou, H., & Rozelle, S. (2023). In-Hospital formula feeding hindered exclusive breastfeeding: Breastfeeding self-efficacy as a mediating factor. *Nutrients*, 15(24), 2-11. <https://doi.org/10.3390/nu15245074>

Lobão, F. M. (2017). *A Esperança numa gravidez com complicações* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/18942>

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Cashion, K., & Alden, K. R. (2020). *Maternity & Women's Health Care*. Elsevier.

Macedo, L. X., Avila, Y. F., Barros, L. L. P., Barbosa, A. P. B., Baratto, M. M., Teixeira, A. C. S., Carvalho, P. B., Campos, L. C. P., Amaral, L., Parriao, J. C., Carvalho, V. C., Pacheco, M. H., Caravvalho, M. M. C., Estigarribia, B. (2024). A escuta ativa na psiquiatria: O papel da empatia no cuidado e tratamento de pacientes com transtornos mentais. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1(5), 357 - 366. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i5.403>

Maciel, A. P. F., Cardoso Emiliano, L. N. O., Silva, L. P., Lopes, G. K. D. O., Magalhães, P. G. A., Silva, D. I. D., Meira, J. P., Lopes, L. V. S., Amaral, L. L., Ferreira, A. G., Maria, E. L. A., Oliveira, E.

L. P., Silva, L. S., Alves, L. L., Teixeira, A. A. L. & Araújo, A. J. (2022). Experiências e dificuldades das primíparas na amamentação. *Research, Society and Development*, 11(7), 1-8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29028>

Mafetoni, R. R., Pifaldini, A. C. G., Balaminit, T., Sanfelice, C. F. de O., Carmona, E. V., Jacob, L. M. da S., Jorge, H. M. F., & Lopes, M. H. B. de M. (2024). Maternal pelvic floor mobility exercises in labor: Protocol for a scoping review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 23, 1-7. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20246744>

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), 843-869. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07195-2>

Marques, A. R. M. (2021). *Guidelines da OMS sobre o 1º estágio do trabalho de parto e a realidade portuguesa Uma revisão crítica*. (Tese de mestrado, Universidade Beira Interior).

Marques, E. S., Cotta, R. M. M., & Priore, S., E. (2011). Mitos e crenças sobre o aleitamento materno. *Ciências e Saúde Coletiva*, 16(5), 2461-2468. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500015>

Marques, J., Antão, R., Gago, C., Paulino, E., Voutsen, O., & Barroso, R. (2023). Prevalência e Fatores preditivos do Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida. *Acta Médica Portuguesa* 36(6), 416-423. <https://doi.org/10.20344/amp.18692>

McCoy, M. B., & Heggie, P. (2020). In-hospital formula feeding and breastfeeding duration. *Pediatrics*, 146(1), 1-13. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2946>

McGoldrick, E., Stewart, F., Parker, R., & Dalziel, S. R. (2020). Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), 1-215. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004454.pub4>

Medley, N., Vogel J. P., Care A., & Alfirevic, Z. (2018). Interventions during pregnancy to prevent preterm birth: na overview of Cochrane systematic reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(11), 1-68. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012505.pub2>

Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development & progress*. Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A.I. (2010). Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. In A. I. Meleis, *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Spring Publishing Company.

Mendes, C. I. R., Silva, F. D., Teixeira, D. M. J., & Costa, K. A. R. (2022). Does using the birth ball

as a physiotherapeutic resource decrease pain and duration of labor? *Research, Society and Development*, 11(16), 1-8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37875>

Mendes, R. C. M. G., Silva, G. P., Perrelli, J. G. A., Pontes, C. M., Pascoal, L. M., Lira, A. L. B. C., Lopes, M. V. O., Mangueira, S. O., & Linhares, F. M. P. (2024). Risco de binômio mãe-feto perturbado em gestantes de alto risco: Teoria de Médio Alcance. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(3), 1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0464pt>

Mesquita, M. L., Bezerra, E. O., Santiago, L. M. M., & Carneiro, M. S. M. (2018). Sentimentos e percepções de gestantes sobre o trabalho de parto pré-termo. *Revista Tendências da Enfermagem Profissional*, 10(2), 3-10. <https://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2019/08/Sentimentos-e-percep%C3%A7%C3%B5es-de-gestantes-sobre-o-trabalho-de-parto-pr%C3%A9-termo.pdf>

Mira, J. I. R. C., Quito, R. A. B., Campeão, A. F. L. F., Molero, T. S. M., Hipólito, R. A. C., & Frias, A. M. A. (2021). *Métodos não farmacológicos de controlo da dor no trabalho de parto: revisão narrativa de literatura*. (Tese de mestrado, Universidade de Évora). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10174/34482>

Modoor, S., Fouly, H., & Rawas, H. (2021). The effect of warm compresses on perineal tear and pain intensity during the second stage of labor: A randomized controlled trial. *Belitung Nursing Journal*, 7(3), 210-218. <https://doi.org/10.33546/bnj.1452>

Monari, F., Menichini, D., Salerno, C., Gei, V., Facchinetti, F., & Neri, I. (2023). Women's perception of fetal movements and perinatal outcomes: Results of a prospective cohort study. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 36(1), 1-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2023.2193664>

Montenegro, C. A. B., & Rezende Filho, J. (2017). *Rezende Obstetrícia*. Guanabara Koogan Ltda.

Moore, E. R., Bergman, N., Anderson, G. C., & Medley, N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016(11), 1-125. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>

Moraes, A. C. M. M., Melo, L. V., Moutran, L. G., Santiago, R. C., & Maia, J. S. (2022). Parto e ocitocina: A violência obstétrica caracterizada pela imprudência. *Revista Remecs*, 7(12), 11-20. <https://doi.org/10.24281/rremecs2022.7.12.11-20>

Morais, A. C., Lima, B. A. S., Silva, M. T., Moraes, A. Moreira, R. C. R., & Oliveira, J. C. B. F. (2020). Amamentação no alojamento conjunto: percepção de mães primíparas no puerpério imediato. *Revista de Enfermagem Contemporânea*, 9(1), 66-72. <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2594>

Morgado, C. A. S. (2020). *Assistência Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde*

Materna E Obstétrica No Trabalho De Parto, Face à Morte Perinatal, E A Sua Influência No Processo De Luto Da Mulher (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/36026>

Mukhtar, N. F., Nazli, A. S. A., Admad, M. A., & Suboh, N. A. (2023). Paracetamol as Analgesia Following Spontaneous Vaginal Delivery: Reappraisal of Practice. *The Malaysian Journal of Nursing*, 14(3), 3-9. <https://doi.org/10.31674/mjn.2023.v14i03.001>

Muller, L. M., Arruda, E. H., & Itaborahy, R. M. (2023). Characteristics of pain in the immediate puerperium of vaginal delivery: cross-sectional study. *Brazilian Journal of Pain*, 6(1), 52-57. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20230019-en>

Najafi, Z., Mirghafourvand, M., & Ghanbari-Homaie, S. (2023). Are women with preterm labour at risk for negative birth experience? a comparative cross-sectional study from Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(252), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05575-9>

Najjarzadeh, M., Abbasalizadeh, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Asghari-Jafarabadi, M., & Mirghafourvand, M. (2021). Perceived stress and its predictors in women with threatened preterm labour: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 9(1), 210-221. <https://doi.org/10.1002/nop2.1055>

Nascimento, G., Santos, S., Freitas, F., & Lobo, R. (2021). A influência do aleitamento materno para o desenvolvimento da criança. *Research, Society and Development* 10(14), 1-9. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22184>

Neto, J. M. R., Marques, D. K. A., Fernandes, M. G. M., & Nóbrega, M. M. L. (2016). Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 162-168. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690123i>

Nicida, L. R. A., Teixeira, L. A. S., Rodrigues, A. P., & Bonan, C. (2020). Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(11), 4531-4546. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019>

Nori, W., Kassim, M. A. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C., & Serbanescu, L. (2023). Non-Pharmacological Pain Management in Labor: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 12(23), 1-21. <https://doi.org/10.3390/jcm12237203>

Nunes, I., Dupont, C., Timonen, S., Ayres de Campos, D., Cole, V., Schwarz, C., Kwee, A., Yli, B., Vayssiere, C., Roth, G. E., Gliozheni, E., Savochkina, Y., Ivanisevic, M., Janku, P., Daskalakis, G., Beke, A., Santo, S., Druškovič, M., Duvekot, J. J., Farr, A., & Dreyfus, M. (2022). European Guidelines on Perinatal Care – Oxytocin for induction and augmentation of labor. *Journal of Maternal Fetal & Neonatal Medicine*, 35(25), 7166-7172. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1945577>

Nurokhmah, S., Htet, M., Ferguson, E., Dibley, M. J., & Fahmida, U. (2025). Factors Associated With Prelacteal Feeding of Commercial Milk Formula: An Analysis of Cohort Data From the BADUTA Study in Indonesia. *Maternal & Child Nutrition*, 16(1), 1-13. <https://doi.org/10.1111/mcn.13790>

O'Reilly, E., Buchanan, K., & Bayes, S. (2025). Emotional safety in maternity care: An evolutionary concept analysis. *Midwifery*, 140, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2024.104220>

Oladapo, O. T., Okusanya, B. O., Abalos, E., Gallos, I. D., & Papadopoulou, A. (2020). Intravenous versus intramuscular prophylactic oxytocin for reducing blood loss in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), 1-56. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009332.pub4>

Oliveira, A. P. F. M. (2024). *Autoeficácia materna na amamentação no puerpério imediato: Um estudo descritivo*. (Tese de conclusão de residencia, Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/11449/255163>

Oliveira, M. N. J., Sousa, N. F., Silva, S. S., Cunha, J. B. (2019). Avaliação do primeiro período clínico do trabalho de parto. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.25248/reas.e378.2019>

Olufunlayo, T. F., Roberts, A. A., MacArthur, C., Thomas, N., Odeyemi, K. A., Price, M., & Jolly, K. (2019). Improving exclusive breastfeeding in low and middle-income countries: A systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 15(3), 1-26. <https://doi.org/10.1111/mcn.12788>

OMS. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=D08262E106E03CA7B0C6E1CEC85AA3D2?sequence=1>

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

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Gravidez*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33843/gobpgravidezadaptacaogravidez_okn.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas: Preparação para o Parto*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/32821/gobp_promopreparacaoparto_v4_fl.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Guia Orientador de Boas Práticas: Adaptação à Parentalidade*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/34908/gobp_adaptacao_parentalidade_vf2n_ok.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2022). *Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354560/9789240048515-por.pdf>

Paiva, T. G. S., Leal, M. S. M., Silva, V. V., & Silva, Y. M. R. S. (2023). O papel do acompanhante no trabalho de parto. *Research, Society and Development*, 12(5), 1-9. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i5.41547>

Parecer n.º 23/2011 da Ordem dos Enfermeiros, Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2011). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_23_MCEESMO.pdf

Parecer n.º ERS/094/2022 da Entidade Reguladora da Saúde. (2023). https://www.ers.pt/media/gmfh55mo/vnc-ers_094_2022.pdf

Peixoto, M. S. M. (2022). *Vivência de ameaça de parto pré-termo e ligação materno fetal* (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem De Coimbra). Repositório Científico. <http://web.esenfc.pt/?url=IZ5CTICg>

Pereira, S. C. V. (2019). *A transição para a parentalidade: a visão do enfermeiro especialista* (Tese de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/45682>

Perry, S. E., Hockenberry, M. J., Lowdermilk, D. L., Wilson, D., Keenan-Lindsay, L., & Sams, C. (2022). *Maternal Child Nursing Care in Canada*. Langara College.

Phukan, D., Ranjan, M., & Dwivedi, L. K. (2018). Impact of timing of breastfeeding initiation on neonatal mortality in India. *International Breastfeeding Journal*, 13(27), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0162-0>

Pierro, J., Abulaimoun, B., Roth, P., & Blau, J. (2016). Factors associated with supplemental formula feeding of breastfeeding infants during postpartum hospital stay. *Breastfeeding Medicine*, 11(4), 196-202. <https://doi.org/10.1089/bfm.2015.0091>

Pitilin, E. B., Gasparin, V. A., Bagatini, M. D., & Lentsck, M. H. (2020). Determinantes do Nível de Prolactina em Mulheres no Pós-Parto imediato. *Cogitare enfermagem*, 25. <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71511/41908>

Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breast feeding after caesarean delivery: A systematic review and meta analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, 95(5), 1113-1135. <https://doi.org/10.3945/ajcn.111.030254>

Priyadarshi, M., Balachander, B., Gupta, S., & Sankar, M. J. (2022). Timing of first bath in term

healthy newborns: A systematic review. *Journal of Global Health*, 12(12004), 1-13. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.12004>

Ram, S., Madar, D., Ram, H. S., Peleg, G., Lior, Y., Greenfeld, A., Yakov, G., Yogev, Y., & Maslovitz, S. (2024). Paracetamol versus ibuprofen for early postpartum pain control: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07797-4>

Ramirez, A., Vázquez, E., Tovar, A., Zimmer, A., Carlos, C., Carrillo, D., & Cheney, A., (2025). Understanding the role of mothers and other caregivers in the context of infant feeding using the Family Ecological Model. *Appetite*. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108205>

Ramos, R., Alexandre, T., Cruz, O., Torcato, L., Carteiro, D., & Dias, H. (2021). Estratégias Terapêuticas não Convencionais durante o Trabalho de Parto: uma Scoping Review. *Revista da UIIPS*, 8(1), 310-320. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19902>

Rana, R., Sirwani, B., Mohandas, S., Kirubakaran, R., Puthussery, S., Lelijveld, N., & Kerac, M. (2024). Effectiveness of postnatal maternal or caregiver interventions on outcomes among infants under six months with growth faltering: A systematic review. *Nutrients*, 16(6). <https://doi.org/10.3390/nu16060837>

Rangel, R. de C. T., Souza, M., L., Bentes, C. M. L., Souza, A. C. R. H., Leitão, M. N. da C., & Lynn, F. A. (2019). Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: Revisão sistemática. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, 1-18. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2761.3165>

Rashid, N., Sheoran, P., Siddiqui, A., & Sarin, J. (2021). Effectiveness of application of breast milk (hind milk) in the prevention of sore nipple among postnatal mothers: A quasi-experimental study. *International Journal of Creative Research Thoughts*, 9(8), 127-131. https://www.researchgate.net/publication/355478957_Effectiveness_of_Application_of_Breast_Milk_in_the_Prevention_of_Sore_Nipple_Among_Postnatal_Mothers_A_Quasi-experimental_study

Regulamento n.º 391/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República, 2.ª série — N.º 85. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/17072/regulamento-n%C2%BA-391-2019_regulamento-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-do-eesmo.pdf

Reis, A. J. A., Farias, M. D. S. B., Damacena, D. E. L., Rodrigues, J. M. A., Feitosa, J. M. F., Teles, J. M. F., & Costa, M. B. G. (2024). Percepção do Enfermeiro Obstetra sobre Métodos não Farmacológicos para o alívio da dor no Trabalho de Parto. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 45(2), 32-38. https://www.mastereditora.com.br/periodico/20231201_223754.pdf

Reis, I., Cunha, S., Martins, M., Sousa, L., Seixas, A., & Rasteiro, C. (2021). Intermittent versus

continuous catheterization and differences in the evolution of labor: Systematic review and meta-analysis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 43(12), 961-967. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1740209>

Ribeiro, C. S. C. (2015). *Determinantes na Prática da Amamentação: Mitos e Crenças*. (Tese de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/5352/1/PG_18549.pdf

Rice, C., Ingram, E., & O'Mahen, H. (2022). A qualitative study of the impact of peer support on women's mental health treatment experiences during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(689), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04959-7>

Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., Silveira, M. A. M., Paiva, A. M. G., Fialho, A. V. M., & Queiroz, A. B. A. (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>

Rodríguez, M. P., & Pérez, E. T. (2022). Utilidad de las terapias complementarias en el manejo de dolor durante el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 22(70), 465-480. <https://doi.org/10.6018/eglobal.529861>

Rosa, R. L. L. (2018). *Cardiotocografia vs STAN: as diferenças nos partos no Centro Hospitalar Cova da Beira entre 2015 e 2016* (Tese de mestrado, Universidade Da Beira Interior). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.6/8900>

Roth, C., Dent, S. A., Parfitt, S. E., Hering, S. L., & Bay, R. C. (2016). Randomized controlled trial of use of the peanut ball during labor. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(3), 140-146. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000232>

Rubin, R. (1961). *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer.

Ryo, E., Kamata, H., & Yatsuki, K. (2025). Correlation between perinatal abnormalities and decreased fetal movement as counted by a fetal movement acceleration measurement recorder: A prospective cohort study. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 169(2), 656-662. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16101>

Şahin, S. A., Öztürk, S., & Akar, N. (2023). The effect of touching the sole of the infant's foot on starting times of sucking and sucking efficiency: A randomized controlled study. *Journal of Education and Research in Nursing*, 20(4), 323-328. <https://doi.org/10.14744/jern.2022.22390>

Santos, A. M., Rodrigues, A. G. G., Silva, J. N., Romano, K. A., Monteiro, R. L., & Jurema, H. C. (2024). O papel fundamental do enfermeiro no sucesso do parto humanizado. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(9), 1-18. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n9-150>

Santos, C. V., Araújo, D. S., Pachêco, L. M. P., Soares, M. H., Gomes, M. I. S., & Araújo, R. V.

(2023). Assistência de enfermagem à gestantes de alto risco. *Research, Society and Development*, 12(10), 1-8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i10.43521>

Sequeira, A., Pousa, O., Amaral, C. F. (2020). *Procedimentos de Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica*. Lidel.

Shang, Y., Li, H., Ma, J., Tan, L., Li, S., Li, P., Sheng, B., & Wang, R. (2021). Colloid preloading versus crystalloid preloading to prevent hypotension after spinal anesthesia for cesarean delivery: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 100(7), 1-10. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000024607>

Silva, J. L. P., Linhares, F. M. P., Barros, A. A., Souza, A. G., Alves, D. S., & Andrade, P. O. N. (2018). Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um Hospital Amigo da Criança. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017>

Silva, J. R. B. (2024). *O Acolhimento: o Primeiro Passo para a Relação Terapêutica na Assistência durante o Trabalho de Parto*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://comum.rcaap.pt/bitstreams/8ea44f2c-fe4a-43d2-bbff-a7630af492f1/download>

Silva, J., Flor-de-Lima, F., & Soares, H. (2021). Aleitamento Materno exclusivo: Prevalência na maternidade e duração durante o segundo mês de vida. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 24(04), 18-20. <https://dx.doi.org/10.21011/apn.2021.2404>

Silva, L. A. T., Oliveira, M. I. C., Costa, A. C. C., Santos, S. F. M., Gama, S. G. N., & Fonseca, V. M. (2022). Factors associated with infant formula supplementation in Brazilian hospitals: a cross-sectional study. *Jornal de Pediatria*, 98(5), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.12.009>

Silva, N. M., Miranda, M. C. Q., Barranco, A. I. S., & Costa, J. L. (2024). Lacerações do trabalho de parto: complicações e manejo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(11), 1-8. <https://doi.org/10.25248/REAS.e18768.2024>

Silva, P. M., Lisboa, M. L. C., Sousa, C. O., & Oliveira, L. S. (2024). Informação Em Saúde: Dor Perineal Em Mulheres Pós-Parto. *Revista Mangaio Acadêmico*, 9(1), 208-219. <https://estacio.periodicoscientificos.com.br/index.php/mangaio/article/view/3393/2716>

Silva, R. C. C., Martins, F. M., Carvalho, M. E. M., & Guimarães, Í. I. S. M. (2024). The benefits of skin-to-skin contact in the postpartum period. *Research, Society and Development*, 13(11), 1-8. <https://doi.org/10.33448/rsd-v13i11.47274>

Silva, S. A., Pereira, N. C., Brito, C. C., & Carvalho, D. S. (2022). Utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 11(16), 1-9.

<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i16.37778>

Silva, S. C., & Carneiro, M. (2014). Adaptação à parentalidade: o nascimento do primeiro filho. *Referência - Revista de Enfermagem*, 4(3), 17-26. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII13143>

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2021). *Normas de Orientação Clínica - Rastreio de Colo Curto*. https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2021/07/Norma_Rastreio-colo-curto.pdf

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal. (2021). *Normas de Orientação Clínica - Corticoterapia para Maturação Pulmonar Fetal*. <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/01/Corticoterapia-para-Matura%C3%A7%C3%A3o-Fetal-Pulmonar.pdf>

Sönmez, B., & Mamuk, R. (2021). The effects of postpartum education in primipara mothers on their readiness for hospital discharge and maternal self-confidence. *Bakırköy Medical Journal*, 17(3), 287-293. <https://doi.org/10.4274/BMJ.galenos.2021.86158>

Sousa, C. A. R. (2018). *O Enfermeiro de Saúde Materna e Obstétrica no Puerpério - da Necessidade de Cuidados às Intervenções de Enfermagem*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/23043>

Sousa, H. K. A. P., Macedo, L. F. R., Damasceno, S. S., Gonçalves, G. A. A., Melo, N. P. M., & Alencar, C. G. L. (2022). Breastfeeding Promotion Practices in the Brazilian Hospital Context: An Integrative Review. *Enfermería: Cuidados Humanizados* 11(2), 1-17. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i2.2831>

Sousa, J. M. P., Martins, W., & Strada, C. F. O. (2024). A influência da via de parto na amamentação. *Periódicos Brasil. Pesquisa Científica*, 3(2), 2252-2264. <https://doi.org/10.36557/pbpc.v3i2.279>

Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Vogel, J., Carroli, G., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., Costa, M. J., Fawole, B., Mugerwa, Y., Nafiou, I., Neves, I., Wolomby-Molondo, J. J., Bang, H. T., Cheang, K., Chuyun, K., Jayaratne, K., Jayathilaka, C. A., Mazhar, S. B., Mori, R., ... Say, L. (2013). Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): A cross-sectional study. *The Lancet*, 381(9879), 1747-1755. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60686-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60686-8)

Stoodley, C. McKellar, L., Ziaian, T., Steen, M., Fereday, J., & Gwilt, I. (2023). The role of midwives in supporting the development of the mother-infant relationship: a scoping review. *BMC Psychology*, 11(71). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01092-8>

Subramanian, L., Murthy, S., Bogam, P., Yan, S. D., Delaney, M. M., Goodwin, C. D. G., Bobanski,

L., Rangarajan, A. S., Bhowmik, A., Kashyap, S., Ramnarayan, N., Hawrusik, R., Bell, G., Kaur, B., Rajkumar, N., Mishra, A., Alam, S. S., & Semrau, K. E. A. (2020). Just-in-time postnatal education: Improving maternal knowledge, confidence and skills. *BMJ Global Health*, 5(7), 1-7. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002660>

Tandoğan, Ö., & Oskay, Ü. (2024). The effect of Rebozo technique on perceived labour pain and childbirth experience: A randomized controlled trial. *Medicine*, 103(35), . <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000039346>

Theodorah, D. Z., & Mc'Deline, R. N. (2021). "The kind of support that matters to exclusive breastfeeding": A qualitative study exploring support for first-time mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(590), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03590-2>

Thomson, G., Feeley, C., Hall Moran, V., Downe, S., & Oladapo, O. T. (2019). Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: A qualitative systematic review. *Reproductive Health*, 16(71), 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>

Tomaz, R. G. O., Brito, A. P. A., & Riesco, M. L. G. (2022). Implementation of evidence-based practices in the perineal pain management in the postpartum period. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0084>

Tostes, N. A., & Seidl, E. M. F. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia*, 24(2), 681-693. <https://doi.org/10.9788/TP2016.2-15>

Valente, R., Xavier, C. Carmonsa, C., Costa, G., Resendes, H., Neves, I., Jesus, J., Nascimento, P., Gomes, P. & Fonseca, S. (2024). Recomendações portuguesas para o Tratamento da Dor Aguda 2024. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 33(4), 140-163. <https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/39406>

Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of laboring people's mobility and positional changes on birth outcomes in low-dose epidural analgesia labor: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 84-98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>

Vicentim, G. M., Santos, M. A. P., Zanncani, C., Lenarduzzi, W., Paiva, A. M., Paiva Maffi, M. A. V., Rodrigues, M. L. F., Rodrigues, M. R., Darini, N. R. F., Machado, C. C., Cavallo, I., & Felzener, M. C. M. (2025). Os benefícios da analgesia peridural durante o trabalho de parto normal: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 8(1), 266. <https://doi.org/10.34119/bjhrv8n1-266>

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., Murch, S., Sankar, M. J., Walker, N. & Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology,

mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

Victória, A., Costa, C., Cordeiro, M., Santos, A. P., Tavares, M., & Tavares, P. (2024). Transição para a parentalidade: Estratégias promotoras utilizadas pelos profissionais de saúde. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 10(1), 1-19. <https://doi.org/10.31211/rpics.2024.10.1.324>

Vieira, C. S., Moraes, G. G. W., Toso, B. R. G. O., Chistoffel, M. M., Machineski, G. G., & Linares, A. M. (2024). Breastfeeding mothers' selfconfidence: A mixed-method study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 18-28. <https://doi.org/10.37464/2024.413.765>

Waddell, A., Goodwin, D., Spassova, G., Sampson, L., Candy, A., & Bragge, P. (2024). "We will be the ones bearing the consequences": A qualitative study of barriers and facilitators to shared decision making in hospital based maternity care. *Birth*, 51(3), 581-594. <https://doi.org/10.1111/birt.12812>

Walsh, D., & Devane, D. (2012). A metasynthesis of midwife-led care. *Qualitative Health Research*, 22(7), 897-910. <https://doi.org/10.1177/1049732312440330>

Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jelcic, L., Pawlicka, P., Haeken, S., Uddin, N., Xuereb, R., & Kolesnikova, N. (2021). When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>

Wuytack, F., Smith, V., & Cleary, B.J. (2021). Oral non-steroidal anti-inflammatory drugs (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), 1-116. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011352.pub3>

Zebral, B. C., Ferreira, A. V., Pereira, L. F. P., Pena, M. J., Godinho, M. C., Silva, M. H. S., Paula, A. J. F., & Pujatti, P. B. (2019). Dor em gestantes e puérperas hospitalizadas. *Revista Médica de Minas Gerais*, 29(8), 25-31. <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/8904/1/Dor%20em%20gestantes%20e%20pu%20c3%a9rperas%20hospitalizadas..pdf>

Zhang, Z., Zhu, Y., Zhang, L., & Wan, H. (2018). What factors influence exclusive breastfeeding based on the theory of planned behaviour. *Midwifery*, 62, 177-182. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.04.006>

Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garimi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: an expert review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), 1246-1259. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>

11. ANEXOS

Anexo I

Apêndice 1 - Tabela de Extração de Dados

Título	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo do estudo	Principais resultados/conclusões
“Determinants of Formula Milk Supplementation at a Baby Friendly University Hospital During Hospital Stay”	Selma Aktas, Ebru Kazanci e Ayse Korkmaz	2023	Turquia	Coorte retrospectivo	929 puérperas e respectivos recém-nascidos em alojamento conjunto.	Identificar as causas e fatores de risco que contribuem para a suplementação com leite artificial no internamento pós-parto, num hospital “amigo do bebé”	Mesmo num hospital certificado como “Amigo do bebé”, a suplementação com leite artificial ainda é uma prática comum ligada a fatores modificáveis, como práticas de parto e de cuidados imediatos ao nascimento. Fatores como a Primiparidade, parto por cesariana e ausência de contacto pele a pele são fatores preditores da suplementação com leite artificial. As causas mais comuns para a suplementação foi a perceção de “leite insuficiente”, a perda de peso (21,88%) e hipoglicemia (17,19%). Adicionalmente, o comportamento do recém-nascido, em particular o choro e a agitação, constitui um fator que influencia a decisão materna, uma vez que é frequentemente interpretado como um sinal de fome.

Título	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo do estudo	Principais resultados/conclusões
“Relationship Between Perceived Stress, Midwife Support and Exclusive Breastfeeding Among Polish Mothers”	Agnieszka Czerwinska-Osipiak, Anna Weronika Szablewska, Wiktoria Karasek, Aleksandra Krawczyk e Krzysztof Jurek	2025	Polónia	Estudo observacional transversal	1092 puérperas com bebés até 6 meses de vida.	Identificar os fatores associados às práticas de amamentação e as barreiras à amamentação exclusiva (AME) entre as mulheres polacas durante o período pós-parto.	O stress psicológico e o apoio profissional dos enfermeiros influenciam a escolha das mulheres sobre o tipo de aleitamento, sugerindo que níveis mais elevados de stress podem contribuir para a introdução precoce de leite artificial. A ansiedade materna, a perceção de produção de leite insuficiente e o aumento de peso inadequado leva à decisão de introduzir o leite artificial na alimentação dos bebés.

Título	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo do estudo	Principais resultados/conclusões
“A qualitative exploration of mothers’ perspectives on infant formula use in Uruguay”	Alejandra Girona, Agustina Vitola, Gerónimo Brunet, Gastão Ares, Carolina de Leão, Raquel Rodríguez, Mónica Lozano e Letícia Vidal	2025	Uruguai	Estudo qualitativo exploratório	34 mães de crianças dos 0 aos 23 meses de idade, com idades compreendidas entre os 25 e os 40 anos	Explorar as perspetivas das mães sobre os fatores que atuam como facilitadores ou barreiras à utilização de leite artificial.	A decisão de utilizar leite artificial é determinada principalmente pela perceção materna de leite insuficiente ou de baixa qualidade, crenças relacionadas com a melhor capacidade de saciedade do leite artificial em detrimento do leite materno, falta de competências práticas para lidar com dificuldade na amamentação e a falta de apoio familiar e dos profissionais de saúde. A opinião dos familiares por vezes pressiona na utilização do leite artificial, mesmo que inicialmente as mulheres estivessem

							convencidas a amamentar exclusivamente. O sistema de saúde surgiu como o principal determinante do uso de leite artificial. Durante o internamento pós-parto, o foco encontra-se no aumento do peso do recém-nascido, o que prejudica o estabelecimento da amamentação e promovendo o uso de leite artificial. As dúvidas e receios relacionados com os novos desafios, em particular o receio de que a criança não cresça bem surgiu como um fator que facilita a utilização de leite artificial. Outra dimensão emergiu da priorização pelo seu bem-estar e descanso, o que muitas vezes faz pender a balança. Algumas participantes referiam ainda que os bebés preferem o leite artificial ao leite materno.
--	--	--	--	--	--	--	---

Título	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo do estudo	Principais resultados/conclusões
“In-Hospital Formula Feeding and Breastfeeding Duration”	Marcia McCoy e Pamela Heggie	2020	EUA	Coorte	Foram recolhidos dados da alimentação de 9 860 bebés (5 310 bebés na primeira análise, e 4 836 na segunda), durante o internamento pós-parto.	Investigar como a introdução de leite artificial durante a internação hospitalar após o parto afeta a duração da amamentação.	A suplementação com leite artificial durante o internamento hospitalar é influenciada por vários fatores, desde características física e culturais da mãe, até às políticas hospitalares, formação dos profissionais de saúde, disponibilidade do leite artificial de forma gratuita, e até mesmo o tipo de parto como a cesariana. O desejo da mãe de descansar, a existência de algumas crenças e o medo de que o bebé não esteja a mamar o suficiente são dos principais fatores que levam à introdução da suplementação. Uma das revelações mais preocupantes deste estudo, foi a elevada percentagem de bebés que recebem leite artificial desnecessariamente durante o internamento hospitalar pós-parto.

Título	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo do estudo	Principais resultados/conclusões
Influencers of women's choice and experience of exclusive formula feeding in hospital	Courtney Barnes, Hauck Yvonne, Kelly Mabbott, Kirstu Oficial e Liz Ashton	2021	Austrália	Estudo exploratório Transversal	102 mulheres no período pós-parto, que optaram pela alimentação exclusivamente com leite artificial em um hospital terciário de maternidade na Austrália.	Explorar os fatores que influenciam a decisão das mulheres de alimentar seus bebês exclusivamente com leite artificial durante o internamento e compreender como elas vivenciam essa escolha no contexto hospitalar.	Os principais fatores associados à escolha materna da alimentação com leite artificial foram: experiências negativas em amamentações anteriores; percepção de produção insuficiente de leite; conveniência e fácil acessibilidade do leite artificial; desejo de manter o controle sobre a alimentação, sobretudo entre primíparas; e a necessidade de descanso. Para além destes, as influências externas provenientes da família desempenharam um papel central no processo de decisão, muitas vezes exercendo um impacto superior ao da orientação fornecida pelos profissionais de saúde.

Título	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo do estudo	Principais resultados/conclusões
Factors Influencing Health Professionals' Decisions Regarding the Indication of Infant Formula: A Qualitative Exploration in Uruguay	Alejandra Girona, Gerónimo Brunet Bacharel, Gastón Ares, Raquel Rodríguez, Carolina Leão Mestre, Mónica Lozano e Letícia Vidal	2024	Uruguai	Estudo Qualitativo	Profissionais de saúde que trabalham nos cuidados de saúde primários e secundários, com crianças com menos de 2 anos.	Explorar os fatores que influenciam as decisões dos profissionais de saúde na indicação de leite artificial.	A decisão dos profissionais de saúde de indicar leite artificial não depende apenas de critérios clínicos, mas também de fatores sociais, culturais e institucionais. As expectativas das famílias, as normas sociais, as dificuldades na amamentação, bem como a ampla disponibilidade e comercialização de leite artificial, influenciam fortemente as indicações. Frequentemente, a pressão exercida pelos pais ou a procura de soluções imediatas conduzem à recomendação de leite artificial. Algumas participantes referiram o stress, o cansaço e a má qualidade do sono das puérperas durante o internamento como situações que justificam a introdução de leite artificial. A falta de tempo para orientar adequadamente sobre a amamentação, a escassez de suporte especializado e protocolos pouco claros contribuem para o aumento da prescrição de leite artificial. Adicionalmente, as percepções pessoais, as experiências prévias e até as inseguranças dos profissionais relativamente à amamentação têm impacto na sua prática clínica.

Título	Autores	Ano	País	Tipo de estudo	Participantes	Objetivo do estudo	Principais resultados/conclusões
Barriers and facilitators to breastfeeding during the immediate and one month postpartum periods, among Mexican women: a mixed methods approach	Sónia Hernández-Cordero, Ana Lilia Lozada-Tequeanes, Ana Cecília Fernández-Graxiola, Teresa Shamah-Levy, Matthias Sachse, Paula Veliz e Izchel Cosío-Barroso	2020	México	Estudo observacional, de abordagem mista,	224 puérperas dentro do primeiro mês pós-parto.	Explorar os fatores que influenciam o início da amamentação exclusiva no período de pós-parto imediato e um mês após.	O início precoce da amamentação (no primeiro minuto ou hora após o parto) ocorreu em apenas 49,4% das participantes, e 34,7% relataram que seus bebês receberam leite artificial no hospital. A percepção de produção insuficiente de leite e a insegurança quanto à sua qualidade constituíram motivos frequentes para a introdução precoce de leite artificial, frequentemente associada ao choro do recém-nascido, muitas vezes interpretado como sinal de fome. Dificuldades de ordem técnica e física, como dor ou fissuras nos mamilos e problemas na pega, foram igualmente identificadas como barreiras à amamentação. A oferta de leite artificial no hospital, a distribuição de amostras gratuitas e o incentivo por parte de familiares ou profissionais de saúde revelaram-se fatores que comprometem a manutenção da amamentação exclusiva. Adicionalmente, partos por cesariana e práticas hospitalares inadequadas, como a separação entre mãe e bebê ou a ausência de orientação adequada, constituem obstáculos significativos à implementação da amamentação precoce e exclusiva.